

*Глава ФОМС Наталья Стадченко направила в Генпрокуратуру материалы, в которых говорится о том, что некоторые региональные комиссии ОМС неоднократно в течение года меняют стоимость тарифов на оплату медпомощи. Речь, в том числе, идет и о Саратовской области. По словам аудитора Счетной палаты РФ Александра Филипенко, это приводит к увеличению со стороны страховых медорганизаций расходов на реализацию программы ОМС. Глава саратовского ТФОМС Андрей Саухин сообщил, что прокуратура уже провела проверку в регионе и нарушений не обнаружила.*

В конце прошлой недели коллегия Счетной палаты РФ рассмотрела результаты проверки целевого и эффективного использования страховыми медицинскими организациями (СМО) средств ОМС в 2014 и 2015 годах. В докладе, в частности, отмечается, что региональные комиссии по разработке территориальных программ ОМС неоднократно в течение года изменяли стоимость тарифов на оплату медпомощи. «Изменения в течение года тарифов на оплату медицинской помощи привели к увеличению расходов на реализацию СМО территориальной программы ОМС, компенсация которых произведена за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС, что свидетельствует о дефектах со стороны ТФОМС при планировании и исполнении территориальной программы ОМС», – сообщил аудитор Александр Филипенко. В качестве примера он привел Саратовскую область, где 11 декабря 2014 года в несколько раз был увеличен тариф на оплату медпомощи, а на следующий день стоимость тарифа была снижена в четыре раза. По словам господина Филипенко, на прошлой неделе глава ФОМС Наталья Стадченко сообщила о том, что «по данным фактам материалы направлены в Генпрокуратуру, но решение пока не принято». Коллегия Счетной палаты направила информационное письмо в ТФОМС Саратовской области.

Глава ТФОМС Андрей Саухин сообщил, что проверка Генпрокуратуры по поводу прошлогоднего повышения тарифов уже проводилась, нарушений выявлено не было. «Тарифы были увеличены для того, чтобы раздать деньги больницам и поликлиникам. Для того, чтобы они не остались на счету ТФОМС. Тарифы были увеличены в несколько раз на один месяц. Когда все было перечислено, тарифы были снижены», – сказал он. В этом году, по его словам, ситуация похожая – за октябрь и ноябрь больницы и поликлиники получают деньги по увеличенному тарифу по сравнению с июлем и августом.

Напомним, в декабре прошлого года в медицинском сообществе активно обсуждалась тема тарифообразования на медуслуги. ФОМС разослал по регионам письмо, в котором говорилось о том, что территориальные фонды должны вернуть в бюджет ФОМС

остатки субвенции, не использованные до 1 января 2015 года. На тот момент в саратовском ТФОМС сложилась экономия в размере 2,4 млрд рублей – по словам господина Саухина, это нормированный страховой запас в 1,5 млрд и деньги больницам на декабрь в 900 млн рублей. Чтобы оставить деньги в регионе и не нарушить при этом закон, было решено повысить тарифы в несколько раз. Медработники говорили о том, что экономия создается искусственно за счет установления заниженных тарифов. Представитель ФОМС Игорь Трясучев отмечал, что «применяемая на территории Саратовской области практика искусственного формирования остатка целевых средств в бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования путем снижения уровня финансирования медицинских организаций за счет необоснованного уменьшения тарифов» приводит к «снижению доступности и качества медицинской помощи для населения». В частности, по его мнению, если бы средства были перечислены в течение года, больницы могли бы использовать их более эффективно, учитывая инфляцию.

Заместитель гендиректора АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Сергей Плехов отметил, что тарифы на медпомощь должны быть экономически обоснованными и рассчитываться с учетом реальной себестоимости медицинской услуги. «Понятно, что в обычных условиях в течение нескольких месяцев себестоимость конкретной медицинской услуги существенно не меняется. И если от месяца к месяцу утверждаемые медицинские тарифы на одни и те же услуги существенно различаются, то тут уже речь идет либо об их перебалансировке в целях стимулирования каких-то направлений медицинской деятельности, либо о подгонке под конкретные возможности или проблемы финансирования, – сказал он. – Безусловно, это вызывает серьезные затруднения в организации деятельности, в первую очередь, для медицинских организаций, да и для страховых медицинских компаний также, которые в этих условиях имеют проблемы с нормальным планированием своей деятельности».

**Источник:** [Коммерсантъ \(г. Саратов\)](#), № 227, 09.12.15

**Автор:** Сафиуллина А.