



ISSN 2712-7907

№ 4 (317) 2024

Бюллетень
Счетной палаты РФ
Здравоохранение

Представляя
номер

Галина Изотова



Галина Изотова

исполняющая обязанности
Председателя Счетной палаты
Российской Федерации

Уважаемые читатели!

Очередной номер нашего Бюллетеня мы посвящаем очень важной теме для каждого гражданина нашей страны – здравоохранению.

Безусловно, сохранение и укрепление здоровья населения – ключевой приоритет государства.

Президент Российской Федерации Владимир Путин в Послании Федеральному Собранию уделил особое внимание сфере здравоохранения, сделав акцент на необходимости увеличения продолжительности жизни наших граждан, поддержке их здоровья и долголетия.

Важную роль в сохранении здоровья населения играют медицинские организации, которые оказывают гражданам необходимую помощь. Для большинства организаций, участвующих в реализации базовой программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, основным источником финансового обеспечения являются средства обязательного медицинского страхования (ОМС). За период с 2021 по 2022 год в медицинские организации поступило 5,2 трлн рублей средств ОМС, в 2023 году – 2,7 трлн рублей, в 2024 предусмотрено финансирование в размере 3,1 трлн рублей.

Счетная палата совместно с контрольно-счетными органами 20 регионов проанализировала, как медицинские организации используют средства ОМС, и отметила существенные диспропорции в структуре указанных затрат. Также выявлены резервы для повышения эффективности расходования средств ОМС.

Подробно о полученных результатах мы расскажем вам в нашем Бюллетене. Кроме того, учитывая важность рассматриваемой темы, мы пригласили к дискуссии представителей профильных комитетов парламента, объектов контроля, экспертного сообщества, а также наших коллег из контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации. Уверена, что такой комплексный подход будет способствовать скорейшему решению задач в сфере здравоохранения во благо здоровья и благополучия наших граждан.

Содержание

Отчет о промежуточных результатах экспертно-аналитического мероприятия	5
Мнения	60
Опыт регионов. Комментарии КСО	91
Рекомендации Счетной палаты	99
Тематические проверки Счетной палаты	102
Международная практика	106
Исследования по теме	125
Публикации в СМИ	128



Галина Изотова

исполняющая обязанности
Председателя Счетной палаты
Российской Федерации

Отчет

о промежуточных результатах экспертно-аналитического мероприятия
«Аудит использования средств обязательного
медицинского страхования медицинскими
организациями в 2021–2023 годах»

(с Контрольно-счетной палатой Омской области, Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга, Контрольно-счетной палатой Забайкальского края, Контрольно-счетной палатой Магаданской области, Контрольно-счетной палатой Хабаровского края, Контрольно-счетной палатой Республики Алтай, Контрольно-счетной палатой Республики Калмыкия, Счетной палатой Чеченской Республики, Контрольно-счетной палатой Воронежской области, Контрольно-счетной палатой Липецкой области, Контрольно-счетной палатой Челябинской области, Контрольно-счетной палатой Республики Коми, Контрольно-счетной палатой Калининградской области, Контрольно-счетной палатой Республики Карелия, Счетной палатой Ульяновской области, Контрольно-счетной палатой Чувашской Республики, Счетной палатой Пензенской области, Контрольно-счетной палатой Ярославской области, Контрольно-счетной палатой Кабардино-Балкарской Республики, Контрольно-счетной палатой Кемеровской области – Кузбасса)

Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 22 декабря 2023 года

Ключевые итоги экспертно-аналитического мероприятия

Основная цель мероприятия

Оценить эффективность использования средств обязательного медицинского страхования (далее также – ОМС) при осуществлении деятельности медицинских организаций.

Ключевые результаты мероприятия

Средства ОМС являются основным источником для большинства медицинских организаций, участвующих в реализации базовой программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. В медицинские организации за период с 2021 по 2022 год поступило 5 161,5 млрд рублей средств ОМС, в 2023 году предусмотрено финансирование в размере 2 746,9 млрд рублей.

В структуре расходов медицинских организаций за счет средств ОМС основную долю в среднем занимают затраты на оплату труда (64,2 %), затраты на лекарственное обеспечение (16,6 %) и оплату прочих работ и услуг (9,2 %). Вместе с тем в зависимости от региона и типа медицинской организации структура расходов может существенно различаться. При этом, как показал анализ, существенные отличия в структуре расходов не всегда обусловлены объективными факторами, такими как географическое положение или плотность населения.

Эффективность использования средств ОМС характеризуется достигнутыми результатами оказания медицинской помощи, экономностью затрат.

При этом показатели результативности установлены только для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население.

Оценка результативности медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь, на которую приходится 58,4 % общего объема средств ОМС, в целях определения размера их финансового обеспечения не проводится.

Вместе с тем поиск возможных индикаторов результативности деятельности круглосуточных и дневных стационаров с целью повышения их финансовой мотивации может являться предметом анализа.

Выявлены признаки неэкономного расходования средств ОМС.

Средняя доля административно-управленческого персонала (далее – АУП)¹ в государственных медицинских организациях отдельных регионов (например, Курганская область) в 2022 году превышала 40 %, при доле врачей – 11,1 %.

Значительное количество персонала, обеспечивающего реализацию процессов, не связанных с оказанием медицинской помощи гражданам, свидетельствует о наличии избыточных административных функций, а также о возможностях по оптимизации расходов медицинских организаций за счет централизации однотипных процедур на уровне региона.

В части расходов на приобретение лекарственных средств анализ показал, что в среднем на один случай госпитализации медицинские организации тратили 14,7 тыс. рублей в 2022 году.

В большинстве районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностях стоимость лекарственных препаратов была в 1,5 раза выше. В то же время в ряде сопоставимых субъектов Российской Федерации расходы на приобретение лекарств существенно различались (например, в Республике Карелия – 21,8 тыс. рублей на один случай лечения, в Мурманской области – 13 тыс. рублей).

Расходы на содержание медицинских зданий в 2022 году составили 218,0 млрд рублей, или 8,5 % от объема средств ОМС, израсходованных медицинскими организациями за отчетный период.

По итогам 2022 года государственные медицинские организации размещались в 118 тыс. зданий общей площадью 95 493,3 тыс. кв. м.

Анализ показателя отношения площади зданий к количеству застрахованных лиц позволил установить, что в сопоставимых регионах по географическому расположению и плотности населения значения показателя существенно различаются. Так, например, в Магаданской области на одного жителя приходилось 1,53 кв. м, а в Мурманской области – 0,86 кв. м.

Недостаточная эффективность расходования средств является одним из факторов, влияющих на рост просроченной кредиторской задолженности государственных медицинских организаций, участвующих в ОМС. С 2021 по 2022 год она увеличилась на 16,4 % и составила 15,4 млрд рублей, что превышает темп роста субвенций на ОМС за аналогичный период на 8,3 процентных пункта. В то же время в отдельных субъектах Российской Федерации наблюдается значительный объем остатков неиспользованных средств субвенции на ОМС.

Вместе с тем проведение анализа причин выявляемых нарушений и формирование предложений по повышению эффективности расходования средств ОМС

1. К категории АУП отнесены руководители, заместители руководителей, руководители структурных подразделений (кроме врачей – руководителей структурных подразделений), иные руководители, прочий персонал.

не предусмотрено нормативными правовыми актами, регулирующими проведение территориальными фондами ОМС (далее также – ТФОМС) проверок финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций.

Наиболее значимые выводы

Средства ОМС являются ключевым источником финансового обеспечения в сфере здравоохранения и в основном направляются на оплату оказанной медицинской помощи. Повышение эффективности использования данных средств будет способствовать финансовой устойчивости медицинских организаций.

В структуре расходов средств ОМС между субъектами Российской Федерации наблюдаются существенные диспропорции по доле затрат на заработную плату и лекарственные препараты, которые не всегда могут быть обусловлены объективными факторами.

Выявлены признаки неэкономного (неэффективного) расходования средств ОМС по различным направлениям деятельности медицинских организаций.

При значительном объеме остатков неиспользованных средств субвенции на ОМС наблюдается рост просроченной кредиторской задолженности медицинских организаций.

Проверки медицинских организаций, направленные на анализ эффективности использования средств ОМС, нормативными правовыми актами не предусмотрены.

Полный текст выводов приводится в соответствующем разделе отчета.

1. Основание для проведения экспертно-аналитического мероприятия

Пункт 2.2.18.2 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2023 год.

2. Предмет экспертно-аналитического мероприятия

Средства обязательного медицинского страхования, используемые медицинскими организациями в целях исполнения государственных гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в 2021–2023 годах.

3. Цели экспертно-аналитического мероприятия

3.1. Цель 1. Оценить эффективность использования средств обязательного медицинского страхования при осуществлении деятельности медицинских организаций.

Критерии аудита

1. Фактические значения показателей результативности деятельности большей части медицинских организаций, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь и скорую медицинскую помощь, достигнуты и их значения выше утвержденных (рекомендованных) нормативов.
2. Фактические значения показателей результативности деятельности большей части медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, достигнуты либо их значения выше утвержденных (рекомендованных) нормативов.
3. Системы оплаты труда, установленные в медицинских организациях, позволяют достигать лучших показателей по укомплектованности медицинскими кадрами и результативности деятельности медицинских организаций.
4. Соблюдение оптимального соотношения административно-управленческого и основного персонала приводит к экономному расходованию средств ОМС.
5. Высокая результативность труда медицинских работников оплачивается соответственно объему и качеству оказанных медицинских услуг.
6. Средств ОМС достаточно для достижения установленных целевых показателей по уровню заработной платы медицинских работников.

7. Усовершенствование процессов, направленных на устранение существующих временных, финансовых и иных потерь, проводится централизованно во всех субъектах Российской Федерации.

3.2. Цель 2. Оценить эффективность приобретения нефинансовых активов и их использования медицинскими организациями.

Критерии аудита

1. Оборудование, приобретенное в целях оказания медицинской помощи по ОМС, используется для оказания медицинских услуг в объемах, соответствующих реальным потребностям лиц, застрахованных в сфере ОМС, и его мощности.
2. Закупочные цены государственных медицинских организаций на приобретение нефинансовых активов (оборудования, расходных материалов, лекарственных препаратов и т. д.) не превышают среднерыночные значения.
3. Использование средств ОМС на приобретение лекарственных препаратов не превышает первоначально запланированный объем, рассчитанный в соответствии с обоснованной потребностью.
4. В медицинских организациях сверхнормативные остатки и списание лекарственных препаратов не выше 1 % средств, затраченных на их приобретение; жалобы на отсутствие лекарственных препаратов составляют не более 5 % от общего количества поступивших жалоб.
5. Количество медицинских организаций с низкими показателями использования имеющихся площадей (зданий, сооружений, земельных участков) не превышает 5 % от общего их числа.

4. Объекты экспертно-аналитического мероприятия

- Медицинские организации, участвующие в ОМС.
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
- Министерство здравоохранения Российской Федерации.

5. Исследуемый период

2021–2023 годы, при необходимости иные периоды.

6. Сроки проведения экспертно-аналитического мероприятия

С 19 июля 2023 года по 30 июля 2024 года.

7. Результаты экспертно-аналитического мероприятия

Анализ формы статистического наблюдения 14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями»² (далее – форма 14-Ф), являющейся статистическим инструментарием для организации Минздравом России федерального статистического наблюдения в сфере ОМС, показал следующее.

Число медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ ОМС за 2021–2022 годы, а также за 9 месяцев 2023 года, сокращается (с 9 200 единиц в 2021 году до 8 921 единицы по состоянию на 1 октября 2023 года, или на 3,0 %).

Данные о количестве медицинских организаций отражены в таблице 1.

Таблица 1. Количество медицинских организаций

Наименование показателя	2021 г.	2022 г.	9 мес. 2023 г.
Медицинские организации, юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность в сфере ОМС, всего, ед.	9 200	8 907	8 921
в том числе государственной системы здравоохранения, ед.	5 611	5 570	5 523
подведомственные федеральным органам исполнительной власти, ед.	516	474	465
подведомственные исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации, ед.	5 095	5 096	5 058
муниципальной системы здравоохранения, ед.	139	6	6
частной системы здравоохранения, ед.	3 450	3 331	3 392

2. Утверждена приказом Росстата от 17 апреля 2014 г. № 258 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования».

Наименование показателя	2021 г.	2022 г.	9 мес. 2023 г.
Доля медицинских организаций государственной системы здравоохранения в общем числе медорганизаций, %	61,0	62,5	61,9
Доля медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения в общем числе медорганизаций, %	1,5	0,1	0,1
Доля медицинских организаций частной системы здравоохранения в общем числе медорганизаций, %	37,5	37,4	38,0

Таким образом, по состоянию на 1 октября 2023 года число медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, государственной системы здравоохранения составляет 5 523 единиц, в муниципальной системе здравоохранения осталось 6 медицинских организаций, в частной системе здравоохранения действует 3 392 медицинские организации.

Анализ данных формы 14-Ф в части структуры поступлений средств ОМС в медицинские организации также показал снижение объема поступлений указанных средств в 2022 году по сравнению с 2021 годом на 95 724 019,8 тыс. рублей, или на 3,6 %. По пояснениям ФОМС, причиной указанного является факт поступления в 2021 году дополнительных средств ОМС на борьбу и предотвращение новой коронавирусной инфекции. Сведения о финансировании представлены в таблице 2.

Таблица 2. Финансирование медицинских организаций за счет средств ОМС

тыс. руб.

Наименование показателя	2021 г.	2022 г.	2023 г. (объем субвенции)
Остаток средств ОМС на начало года	177 812 445,2	261 143 570,6	216 097 261,0
Поступило средств ОМС за отчетный период	2 628 630 869,9	2 532 906 850,1	2 746 943 657,0

При этом объем субвенции бюджетам ТФОМС на финансовое обеспечение организаций ОМС на территориях субъектов Российской Федерации (межбюджетные трансферты) за 2021 год составил 2 276 824 524,7 тыс. рублей, за 2022 год – 2 461 274 242,2 тыс. рублей, то есть вырос на 8,1 % по сравнению с предыдущим годом. В 2023 году субвенция предусмотрена в объеме 2 746 943 657,0 тыс. рублей, или 111,6 % от субвенции 2022 года.

Общий объем расходования средств ОМС за анализируемый период (2021–2022 годы и 9 месяцев 2023 года) составил 7 037 164 309,9 тыс. рублей.

Структура расходования средств по отчетным периодам отражена в таблице 3.

Таблица 3. Расходование средств ОМС

Наименование показателя	2021 г.		2022 г.		9 мес. 2023 г.	
	Израсходовано, тыс. руб.	Доля от общей суммы расходов, %	Израсходовано, тыс. руб.	Доля от общей суммы расходов, %	Израсходовано, тыс. руб.	Доля от общей суммы расходов, %
Израсходовано средств за отчетный период, всего, в том числе:	2 542 613 001,1	-	2 577 939 223,3	-	1 916 612 085,5	-
оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	1 594 065 473,1	62,7	1 656 678 311,4	64,3	1 268 883 302,0	66,2
оплата работ, услуг	230 826 092,3	9,1	236 831 553,5	9,2	181 232 331,7	9,5
социальное обеспечение	4 379 971,3	0,2	5 554 854,9	0,2	3 323 066,0	0,2
прочие расходы ³	15 901 950,3	0,6	18 474 258,4	0,7	11 983 096,8	0,6
расходы, направленные на увеличение нефинансовых активов ⁴ , из них:	697 439 514,1	27,4	660 400 245,1	25,6	451 190 289,0	23,5
расходы на увеличение стоимости медицинского оборудования	11 977 760,8	0,5	18 593 544,0	0,7	11 648 263,9	0,6
расходы на увеличение стоимости медикаментов и перевязочных средств	461 899 174,7	18,2	415 977 277,1	16,1	291 691 016,2	15,2

3. Услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги, арендная плата за пользование имуществом, работы и услуги по содержанию имущества, прочие работы, услуги.
4. Увеличение стоимости медицинского оборудования, медицинского инструментария, прочих основных средств; увеличение стоимости нематериальных активов, увеличение стоимости материальных запасов (медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, продуктов питания, реактивов и химикатов, стекла и химвосуды, горюче-смазочных материалов, мягкого инвентаря, прочих материальных запасов).

Анализ представленных данных показал, что в целом расходование средств ОМС в 2022 году выросло по сравнению с 2021 годом на 1,4 %.

Рост доли средств на оплату труда и начисления по оплате труда в общей сумме расходов составил 3,5 % (с 62,7 % в 2021 году до 66,2 % по итогам 9 месяцев 2023 года). Доля средств на оплату работ, услуг также выросла за указанный период на 0,4 % (с 9,1 до 9,5 %); доля средств на социальное обеспечение остается неизменной (по 0,2 %); доля прочих расходов варьируется в диапазоне 0,6–0,7 %; доля расходов, направленных на увеличение нефинансовых активов, уменьшилась на 3,9 % (с 27,4 до 23,5 %).

При этом в разрезе субъектов Российской Федерации диапазон значений долей расходов гораздо шире.

Так, за 2021 год наибольшая доля расходов на оплату труда и начисления по оплате труда (91,9 % от общей суммы расходов по региону) наблюдалась в Магаданской области, наименьшая – в Новгородской области (54,4 %).

За 2022 год наибольшая доля указанных расходов (78,4 % от общей суммы расходов по региону) наблюдалась в Чукотском автономном округе, наименьшая – в Чеченской Республике (52,7 %).

За 9 месяцев 2023 года наибольшая доля указанных расходов (80,2 % от общей суммы расходов по региону) наблюдалась в Чукотском автономном округе, наименьшая – в Чеченской Республике (54,9 %).

Таким образом, по итогам 2022 года и за 9 месяцев 2023 года Чукотский автономный округ занимает лидирующее место по наибольшей доле расходов на оплату труда и начисления по оплате труда в общей сумме расходов средств ОМС по региону.

В части анализа доли средств на оплату работ, услуг установлено, что в 2021 году и за 9 месяцев 2023 года наибольшая доля указанных расходов от общей суммы расходов по региону за соответствующий отчетный период приходилась на г. Байконур (17,6 и 18,4 % соответственно), в 2022 году – на Кировскую область (15,3 %).

Наименьшая доля данных расходов в 2021 году отражена в Магаданской области (2,6 %), в 2022 году и за 9 месяцев 2023 года – в Астраханской области (4,8 и 5,0 % соответственно).

Следует отметить, что значительная часть средств на оплату работ, услуг приходится на оплату коммунальных услуг (от общей суммы средств на оплату работ, услуг за счет средств ОМС в целом по Российской Федерации) – от 30,5 % в 2021 году до 31,2 % за 9 месяцев 2023 года.

При этом наблюдается следующая тенденция: в г. Байконуре на оплату коммунальных услуг в 2021–2022 годах и за 9 месяцев 2023 года приходится 80,1, 82,7 и 86,2 % соответственно (от общей суммы средств на оплату работ и услуг в регионе),

в Чукотском автономном округе – 77,5, 81,8 и 82,4 % соответственно, а в Ненецком автономном округе всего по 0,4 % (в 2021–2022 годах) и 0,8 % (за 9 месяцев 2023 года).

В части анализа доли средств, направленных на увеличение нефинансовых активов, установлено, что в 2021 году в Карачаево-Черкесской Республике она была наибольшей (35,6 % от общей суммы расходов по региону), в Магаданской области – наименьшей (5,0 %).

В 2022 году и за 9 месяцев 2023 года доля средств, направленных на указанные расходы, была наибольшей в Чеченской Республике (38,6 и 36,1 % соответственно), наименьшей – в Чукотском автономном округе (9,8 и 7,7 % соответственно).

При этом основная часть денежных средств, направленных на увеличение нефинансовых активов, приходится на увеличение материальных запасов (от общей суммы денежных средств на увеличение нефинансовых активов в целом по Российской Федерации) – от 97,2 % в 2021 году до 96,2 % по итогам 9 месяцев 2023 года.

В расходах на увеличение материальных запасов доля средств на приобретение медикаментов и перевязочных средств в целом по Российской Федерации составляет от 68,1 % в 2021 году до 67,2 % по итогам 9 месяцев 2023 года. При этом разброс значений по регионам составляет от 86,8 % (Магаданская область в 2021 году) до 36,2 % (Чукотский автономный округ по итогам 9 месяцев 2023 года).

В рамках настоящего экспертно-аналитического мероприятия использованы методы статистического анализа (группировка материалов статистического наблюдения), сравнений и аналогий, контент-анализа законодательных и нормативных правовых актов, логико-предметного анализа. Сбор фактических данных и информации был произведен путем направления запросов, использования электронных документов.

7.1. Оценка результатов деятельности медицинских организаций

В соответствии с приказом Минздрава России от 10 февраля 2023 г. № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» при определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях устанавливается перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

В тарифных соглашениях по реализации территориальных программ ОМС⁵ указываются положения об определении части средств от подушевого норматива, которые выплачиваются медицинским организациям, оказывающим амбулаторную помощь, по результатам оценки достижений показателей результативности с определенной периодичностью.

В соответствии с письмом Минздрава России⁶ мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций субъекта Российской Федерации проводится комиссией по разработке территориальных программ ОМС, частота проведения мониторинга определяется тарифным соглашением, но не реже одного раза в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности рекомендуется производить по итогам года.

Указанное подтверждается выборочным анализом тарифных соглашений по ОМС на 2021–2023 годы Республики Башкортостан, Кемеровской области – Кузбасса, Белгородской области, Краснодарского края, Воронежской области.

В соответствии с данными формы 14-Ф в общей сумме поступлений средств ОМС отдельной строкой отражаются денежные поступления по статье «Выплаты вознаграждений за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи» только по трем субъектам Российской Федерации, а именно:

- в 2021 году поступило 28 164,0 тыс. рублей в два субъекта Российской Федерации: в Калининградскую область – 24 166,0 тыс. рублей, в Республику Саха (Якутия) – 3 998,0 тыс. рублей;

-
5. В соответствии со статьей 30 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением, заключаемым между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 настоящего Федерального закона. Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
6. Письмо Минздрава России от 11 мая 2023 г. № 31-2/И/2-8278 «О направлении дополнений и изменений в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утв. Минздравом России № 31-2/И/2-1075, ФОМС № 00-10-26-2-06/749 от 26 января 2023 г.».

- в 2022 году поступило 287 739,0 тыс. рублей также в два субъекта Российской Федерации: в Калининградскую область – 182 807,1 тыс. рублей, в Нижегородскую область – 104 931,9 тыс. рублей;
- за 9 месяцев 2023 года поступило 12 743,4 тыс. рублей только в Калининградскую область.

Таким образом, данные официальной статистической отчетности по форме 14-Ф содержат признаки недостоверных сведений о размере выплат вознаграждений медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.

Одним из критериев деятельности медицинских организаций является наличие просроченной кредиторской задолженности⁷.

При этом необходимо отметить, что просроченная кредиторская задолженность медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере ОМС, за период с 2021 года по 1 октября 2023 года увеличилась и составила: в 2021 году – 13 225 016,0 тыс. рублей, в 2022 году – 15 392 487,5 тыс. рублей, за 9 месяцев 2023 года – 25 643 071,9 тыс. рублей.

В то же время в анализируемом периоде наблюдается рост остатков неиспользованных средств субвенций, предоставляемых из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС: в 2021 году – 26 576 802,3 тыс. рублей, в 2022 году – 51 208 926,5 тыс. рублей, за 9 месяцев 2023 года – 175 822 558,8 тыс. рублей.

Наибольший объем остатков субвенций приходится на субъекты Российской Федерации, приведенные в таблице 4.

Таблица 4. Остатки субвенций на ОМС

Наименование субъекта РФ	2021 г.		2022 г.		9 мес. 2023 г.	
	Сумма остатков, млрд руб.	Доля в общей сумме остатков, %	Сумма остатков, млрд руб.	Доля в общей сумме остатков, %	Сумма остатков, млрд руб.	Доля в общей сумме остатков, %
г. Москва	4,8	18	12,1	23,7	34,8	19,8
г. Санкт-Петербург	1,4	5,4	2,4	4,7	5,4	3,1
Республика Крым	0,4	1,5	1,2	2,4	3,6	2,1

7. В соответствии с данными по результатам проведения контрольного мероприятия «Проверка формирования и использования бюджетных ассигнований бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, выделенных в 2020–2021 годах на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации (протокол от 28 февраля 2023 г. № 9К (1614)).

Наименование субъекта РФ	2021 г.		2022 г.		9 мес. 2023 г.	
	Сумма остатков, млрд руб.	Доля в общей сумме остатков, %	Сумма остатков, млрд руб.	Доля в общей сумме остатков, %	Сумма остатков, млрд руб.	Доля в общей сумме остатков, %
Краснодарский край	1,2	4,6	1,7	3,2	6,6	3,8
Республика Дагестан	0,8	3,2	2,2	4,2	3,3	1,9
Ставропольский край	0	0	1,6	3,1	3,0	1,7
Республика Башкортостан	0,4	1,6	1,4	2,8	4,9	2,8
Иркутская область	1,7	6,5	2,1	4,1	3,5	2,0
Приморский край	1,6	5,9	1,5	2,9	3,2	1,8

Вместе с тем размер просроченной кредиторской задолженности за счет средств ОМС значительно ниже остатков неиспользованных субвенций: в 2021 году – 49,8 % от общего размера остатков, в 2022 году – 30,0 %, за 9 месяцев 2023 года – 14,6 %.

Значительное превышение остатков средств субвенций над просроченной кредиторской задолженностью за счет средств ОМС наблюдается в субъектах Российской Федерации, приведенных в таблице 5.

Таблица 5. Кредиторская задолженность медицинских организаций

млн руб.

Наименование субъекта РФ	2021 г.		2022 г.		9 мес. 2023 г.	
	Сумма остатков	Сумма просроченной кредиторской задолженности	Сумма остатков	Сумма просроченной кредиторской задолженности	Сумма остатков	Сумма просроченной кредиторской задолженности
Владимирская область	-	-	534,2	227,8	1 341,3	271,7
Калужская область	-	-	340,4	283,5	1 237,8	549,1
Тульская область	175,2	78,9	320,0	137,3	1 361,0	122,5
Республика Дагестан	841,8	228,7	2 157,5	291,7	3 328,5	778,7
Республика Марий Эл	133,3	93,2	148,8	108,4	448,8	63,1
Челябинская область	593,3	1,5	1 143,2	0,6	4 189,4	678,0
Забайкальский край	872,6	320,5	1 494,3	615,5	937,0	643,2

Таким образом, наличие остатков неиспользованной субвенции на конец отчетного периода и одновременный рост просроченной кредиторской задолженности медицинских организаций может свидетельствовать о неэффективной работе комиссий по разработке территориальных программ ОМС в части распределения и перераспределения в течение отчетного финансового года объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями.

Медицинская помощь по профилю «онкология» является одной из затратоемких и социально значимых.

В 2022 году на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями использовано из средств субвенций бюджета ФОМС 327 132 361,6 тыс. рублей, что превышает аналогичные расходы 2021 года на 10,2 % и составляет 13,3 % от общего размера субвенций, из них:

- на противоопухолевую лекарственную терапию – 239 613 408,3 тыс. рублей, или 73,2 % от общего объема использованных средств, что на 8,8 % выше расходов 2021 года;
- на хирургическое лечение – 46 509 027,5 тыс. рублей, или 14,2 % от общего объема использованных средств, что на 13,4 % выше расходов 2021 года;
- на лучевую терапию – 16 570 253,2 тыс. рублей, или 5,1 % от общего объема использованных средств, что на 23,7 % выше расходов 2021 года.

Таким образом, основную долю затрат на оказание медицинской помощи по онкологии составляет противоопухолевая лекарственная терапия.

В анализируемом периоде количество схем, предусмотренных для проведения противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного стационара в субъектах Российской Федерации, составило 525 единиц, из них фактически применялось – 507 (доля использования схем составляет 96,6 %).

При этом наименьшее количество схем, применяемых для проведения противоопухолевой терапии в круглосуточном стационаре, отмечалось в следующих субъектах Российской Федерации:

- Чукотский автономный округ – 25 схем лечения (4,8 % от общего количества утвержденных схем лечения);
- Ненецкий автономный округ – 46 схем лечения (8,8 % от общего количества утвержденных схем лечения);
- Еврейская автономная область – 81 схема лечения (15,4 % от общего количества утвержденных схем лечения);
- Магаданская область – 87 схем лечения (16,6 % от общего количества утвержденных схем лечения);
- Республика Тыва – 80 схем лечения (17,1 % от общего количества утвержденных схем лечения);

- Новгородская область – 101 схема лечения (19,2 % от общего количества утвержденных схем лечения);
- Республика Алтай – 103 схемы лечения (19,6 % от общего количества утвержденных схем лечения).

В анализируемом периоде количество схем, предусмотренных для проведения противоопухолевой лекарственной терапии в условиях дневного стационара в субъектах Российской Федерации, составило 757 единиц, из них фактически применялось – 713 (доля использования схем составила 94,2 %).

При этом наименьшее количество схем, применяемых для проведения противоопухолевой терапии в дневном стационаре, отмечалось в следующих субъектах Российской Федерации:

- Чукотский автономный округ – 1 схема лечения (0,1 % от общего количества утвержденных схем лечения);
- Ненецкий автономный округ – 32 схемы лечения (4,2 % от общего количества утвержденных схем лечения);
- Еврейская автономная область – 75 схем лечения (9,9 % от общего количества утвержденных схем лечения);
- Магаданская область – 98 схем лечения (12,9 % от общего количества утвержденных схем лечения);
- Республика Тыва – 74 схемы лечения (9,8 % от общего количества утвержденных схем лечения);
- Республика Ингушетия – 99 схем лечения (13,1 % от общего количества утвержденных схем лечения);
- Республика Алтай – 78 схем лечения (10,3 % от общего количества утвержденных схем лечения).

Кратность госпитализаций по противоопухолевой терапии в субъектах Российской Федерации составила 5,55.

Наиболее низкая кратность госпитализаций наблюдается в следующих субъектах Российской Федерации: Чукотский автономный округ – 2,2; Республика Алтай – 4,63; Республика Северная Осетия – Алания – 3,81; Кировская область – 4,10; Республика Ингушетия – 4,12; Владимирская область – 4,53; Ненецкий автономный округ – 4,64.

Значительная дифференциация по количеству применяемых схем и кратности госпитализаций может быть связана с низкой численностью населения в регионе, отсутствием необходимости в применении широкого спектра схем лечения, проведением противоопухолевой лекарственной терапии в федеральных медицинских организациях и медицинских организациях за пределами региона страхования.

В 2022 году впервые в жизни выявлено 624 835 случаев злокачественных новообразований (далее также – ЗНО), в том числе 283 179 случаев у мужчин

и 341 656 случаев у женщин. Прирост абсолютного числа зарегистрированных новых случаев ЗНО (по сравнению с 2021 годом) составил 7,7 %. В 2022 году в субъектах Российской Федерации состояло на учете 4 023 446 пациентов с ЗНО, что на 2,1 % больше, чем в 2021 году, в том числе дети до 17 лет – 0,8 %, пациенты старше трудоспособного возраста – 57,0 %, пациенты трудоспособного возраста – 42,2 %.

Структура заболеваемости ЗНО в анализируемом периоде не изменялась.

В 2022 году в структуре заболеваемости ЗНО мужского населения преобладали опухоли предстательной железы – 48 025 случаев, или 17,0 %; трахеи, бронхов, легкого – 43 907 случаев, или 15,5 %; новообразования кожи – 26 051, или 10,5%. В 2022 году основной причиной ЗНО женского населения являлся рак молочной железы – 76 520 случаев, или 22,4 %, что на 6 806 случаев (0,3 %) больше, чем в 2021 году; рак кожи – 49 713 случаев, или 14,6 %; рак тела матки – 27 908 случаев, или 8,2 %.

Диагностика ЗНО включает проведение морфологической верификации диагноза.

Диагноз злокачественного новообразования в 2022 году морфологически подтвержден в 559 624 случаев (95,8 %), что на 0,6 % больше, чем в 2021 году.

Высокий процент морфологической верификации диагноза отмечается в следующих субъектах Российской Федерации: Тамбовская область (100 %), Псковская область (100 %), Республика Карелия (99,9 %), Астраханская область (99,7 %).

Вместе с тем по ряду заболеваний, имеющих самую высокую годовичную летальность, процент морфологической верификации диагноза незначительно ниже и составляет: 76,98 % – по раку поджелудочной железы, 79,4 % – по раку печени и внутрипеченочных протоков, 88,19 % – по раку трахеи, бронхов, легкого.

Это может быть обусловлено особенностями клинического течения заболеваний, не позволяющими провести морфологическую верификацию диагноза.

Кроме того, в 2022 году в ряде субъектов Российской Федерации (Республика Ингушетия, Республика Хакасия, Камчатский край) не проводились молекулярно-генетические исследования (далее также – МГИ) в целях выявления онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

Незначительное количество МГИ проводилось в следующих субъектах Российской Федерации: Республика Карелия (1 исследование), Чукотский автономный округ (3 исследования), Ненецкий автономный округ (12 исследований).

Данная ситуация сохранялась и в 2023 году.

Так, на территориях 18 субъектов Российской Федерации (Ярославская область, Республика Карелия, Ленинградская область, Мурманская область, Ненецкий автономный округ, Республика Адыгея, Республика Карелия, Астраханская область, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Оренбургская область, Пензенская область, Курганская область, Республика Тыва, Камчатский край, Сахалинская область, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ)

и г. Байконура МГИ не проводились, при том что комиссиями по разработке территориальных программ ОМС в указанных регионах были установлены плановые значения (распределены финансовые объемы и натуральные показатели).

Это может быть обусловлено проведением МГИ на территориях других субъектов Российской Федерации в связи с отсутствием в медицинских организациях необходимого оснащения.

Результат по одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями установлена в федеральном проекте «Борьба с онкологическими заболеваниями» национального проекта «Здравоохранение».

При этом в анализируемом периоде структура вышеуказанной летальности не изменялась. Анализ летальности пациентов в течение года с момента установления диагноза ЗНО (из числа пациентов, впервые взятых на учет в предыдущем году) в субъектах Российской Федерации в 2022 году представлен на рисунке 1.

Рисунок 1

Летальность пациентов в течение года с момента установления диагноза злокачественной опухоли, 2022 год

● Количество выявленных в 2021 году пациентов с ЗНО, чел.

● Смертность, %



Высокая одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями наблюдается в следующих субъектах Российской Федерации: Республика Коми (29,9 %), Еврейская автономная область (25,7 %), Амурская область (28,4 %), Вологодская область (25,0 %), Ненецкий автономный округ (22,7 %), Республика Северная Осетия – Алания (22,6 %), Республика Тыва (25,5 %), Хабаровский край (21,8 %), Магаданская область (23,2 %).

Следующим показателем, характеризующим деятельность медицинских организаций, является доля пациентов, состоящих на диспансерном учете с момента установления диагноза злокачественного новообразования 5 лет и более. Сведения за 2022 год представлены в таблице 6.

Таблица 6. Количество пациентов, состоявших на учете в онкологических учреждениях России 5 лет и более, в 2022 году

Локализация, нозологическая форма	Число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного года, всего, чел.	Число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением с момента установления диагноза 5 лет и более, чел.	Число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением с момента установления диагноза 5 лет и более, %
Злокачественные новообразования - всего, из них:	4 023 446	2 341 440	58,19
у детей в возрасте 0–14 лет	23 582	11 246	47,69
у детей в возрасте 0–17 лет	30 363	15 727	51,80
у сельских жителей (18 лет и старше)	833 374	473 264	56,79
у лиц в возрасте 65 лет и старше	2 290 254	1 398 003	61,04
из них у сельских жителей	442 740	267 631	60,45
злокачественные новообразования губы	30 357	22 972	75,67
полости рта	46 284	24 328	52,56
глотки	19 229	8 532	44,37
пищевода	13 876	5 418	39,05
желудка	132 011	77 253	58,52
ободочной кишки	241 189	133 628	55,40
прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса	181 801	99 523	54,74

Локализация, нозологическая форма	Число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного года, всего, чел.	Число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением с момента установления диагноза 5 лет и более, чел.	Число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением с момента установления диагноза 5 лет и более, %
печени и внутрипеченочных желчных протоков	9 311	3 277	35,19
поджелудочной железы	20 583	7 334	35,63
гортани	41 807	25 026	59,86
трахеи, бронхов, легкого	140 506	63 290	45,04
костей и суставных хрящей	15 361	11 109	72,32
меланомы кожи	106 061	65 123	61,40
других новообразований кожи	435 938	160 090	36,72
соединительной и других мягких тканей	32 269	21 813	67,60
молочной железы	767 881	490 628	63,89
шейки матки	186 142	128 613	69,09
тела матки	285 312	187 973	65,88
яичника	119 470	77 625	64,97
предстательной железы	290 176	140 160	48,30
почки	198 870	125 053	62,88
мочевого пузыря	117 198	68 228	58,22
глаза и его придаточного аппарата	13 418	8 817	65,71
головного мозга и других отделов центральной нервной системы	37 712	22 556	59,81
щитовидной железы	193 431	137 022	70,84
злокачественные лимфомы	139 613	8 8342	63,28
лейкозы	88 420	55 156	62,38

Наиболее низкий процент числа пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением с момента установления диагноза 5 лет и более, от числа пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного года, наблюдается в следующих субъектах Российской Федерации: Республика Алтай – 49,6 %,

Ямало-Ненецкий автономный округ – 51,3 %, Республика Саха – 52,2 %, Нижегородская область – 52,2 %, Магаданская область – 53,4 %.

Федеральным проектом «Борьба с онкологическими заболеваниями» определены направления борьбы с онкологическими заболеваниями, в том числе раннее выявление злокачественных новообразований (активное выявление ЗНО, в том числе в ходе проведения профосмотров и диспансеризации), позволяющее проводить эффективную специализированную медицинскую помощь пациентам.

В 2022 году показатель активного выявления злокачественных новообразований в Российской Федерации составлял 24,5 % (в 2021 году – 24,1 %).

При этом низкий уровень активного выявления онкологических заболеваний наблюдался в Республике Хакасия – 3,8 %, Республике Адыгея – 5,7 %, Костромской области – 7,4 %, Новгородской области – 9,3 %, Саратовской области – 12,8 %, Республике Калмыкия – 12,8 %, Республике Марий Эл – 13,8 %, Нижегородской области – 14,2 %, Орловской области – 14,3 %.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены показатели доступности и качества медицинской помощи.

Оценка достижения целевых значений указанных показателей осуществляется в целом по субъекту Российской Федерации.

При этом анализ выполнения целевых показателей доступности и качества медицинской помощи показал, что в ряде регионов наблюдается низкое исполнение по следующим показателям:

- 1) доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи составила: в Ямало-Ненецком автономном округе – 55,7 % от целевых значений, в Амурской области – 56,7 %, в Новгородской области – 63,5 %, в Сахалинской области – 68,3%;
- 2) доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи составила: в Сахалинской области – 50,0 % от целевых значений, в Чукотском автономном округе – 54,0 %, в Кировской области – 57,7 %, в Кабардино-Балкарской Республике – 63,3 %;
- 3) доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы ОМС, составила: в Смоленской области – 1,7 % от целевых значений, в Новосибирской области – 1,8 %, во Владимирской и Ивановской областях – по 3,0 %, в Ленинградской области – 3,6 %, в Республике Коми и Республике Башкортостан – по 5,0 %;

- 4) доля пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, составила: в Костромской области – 58,2 % от целевых значений, в Еврейской автономной области – 61,1 %, в Оренбургской области – 62,5 %, в Республике Саха (Якутия) – 64,4 %;
- 5) доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года составила: в Республике Карелия – 3,6 % от целевых значений, в Республике Адыгея – 4,4 %, в Республике Коми – 5,7 %, в Республике Саха (Якутия) – 6,4 %, в Вологодской области – 7,0 %, в Орловской области – 7,8 %, в г. Москве – 8,2 %;
- 6) доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у несовершеннолетних составила: в Еврейской автономной области – 1,6 % от целевых значений, в Республике Адыгея – 5,5 %, в Приморском крае – 8,1 %, в г. Санкт-Петербурге – 8,6 %;
- 7) доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных онкологических заболеваний в течение года составила: в Республике Адыгея – 6,8 % от целевых значений, в Республике Тыва – 17,4 %, в Республике Северная Осетия – Алания – 19,3 %, в Карачаево-Черкесской Республике – 21,3 %;
- 8) доля пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями составила: в Новгородской области – 75,5 % от целевых значений, в Ханты-Мансийском автономном округе – 80,1 %, в Краснодарском крае – 85,3 %;
- 9) доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда составила: в Чукотском автономном округе – 30,0 % от целевых значений, в Республике Тыва – 38,0 %, в Республике Коми – 46,8 %, во Владимирской области – 57,3 %;
- 10) доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющим показания к его проведению, составила: в Сахалинской области – 62,0 % от целевых значений, в Республике Мордовия – 71,5 %, в Ярославской области – 76,2 %;
- 11) доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболитический, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи, составила: в Чукотском автономном округе – 5,0 % от целевых

значений, в Республике Калмыкия – 12,4 %, в Карачаево-Черкесской Республике – 35,7 %, в Республике Коми и Республике Северная Осетия – Алания – по 52,0 %, в Томской области – 54,1 %;

- 12) доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению, составила: в Чукотском автономном округе – 11,7 % от целевых значений, в Орловской области – 17,2 %, в Кабардино-Балкарской Республике – 21,8 %, в Томской области – 27,8 %, в Астраханской области – 30,8 %;
- 13) доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями составила: в Алтайском крае – 44,7 % от целевых значений, в Кабардино-Балкарской Республике – 46,7 %, в Челябинской области – 50,0 %, во Владимирской области – 51,3 %, в Республике Северная Осетия – Алания – 52,9 %;
- 14) доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры в первые 6 часов от начала госпитализации, составила: в Новгородской области – 21,7 % от целевых значений, в Республике Калмыкия – 24,4 %, в Рязанской области – 30,4 %, в Саратовской области – 43,9 %;
- 15) доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры, составила: в Республике Калмыкия – 20,0 % от целевых значений, в Кировской области – 37,6 %, в Новгородской области – 38,0 %, в Алтайском крае – 38,3 %.

Кроме того, следует отметить, что в вышеуказанные показатели доступности и качества медицинской помощи включен показатель по удовлетворенности населения медицинской помощью.

Вместе с тем в рамках федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФП «Модернизация первичного звена») установлен аналогичный показатель, значения которого значительно отличаются от установленных в программе государственных гарантий.

Эффективность работы медицинских организаций также характеризуется выполнением финансовой дисциплины.

Вместе с тем следует отметить, что в анализируемом периоде наблюдается рост нецелевого использования средств, полученных медицинскими организациями на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС, а также штрафов

и пеней по результатам проверок (ревизий) деятельности медицинских организаций в сфере ОМС, проведенных территориальными фондами ОМС.

Так, в период с 2021 по 2022 год размер нецелевого использования средств медицинскими организациями увеличился на 22,7 % и составил 2 946 774,7 тыс. рублей.

При этом размер штрафов и пеней за аналогичный период увеличился на 29,6 % и составил 781 154,5 тыс. рублей.

Кроме того, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС размер неоплаты (уменьшения оплаты) медицинской помощи, штрафов с медицинских организаций составил: за 2021 год – 202 051 083,5 тыс. рублей, за 2022 год – 184 542 644,3 тыс. рублей.

Таким образом, в медицинских организациях наблюдается снижение уровня финансовой дисциплины и отсутствие надлежащего контроля за качеством оказания медицинской помощи.

7.2. Оценка расходования средств ОМС на оплату труда, в том числе экономности

7.2.1. В структуре расходов медицинских организаций всех типов одним из основных направлений расходов являются затраты на оплату труда работников как непосредственно связанных с оказанием медицинских услуг, так и не связанных с оказанием медицинских услуг, но необходимых для обеспечения деятельности медицинских организаций.

В ходе экспертно-аналитического мероприятия на основании данных Минздрава Российской Федерации⁸ проведен анализ штатных и занятых должностей, физических лиц в медицинских учреждениях.

В 2022 году в целом по Российской Федерации количество штатных должностей составляло 3 970 862,3 единицы, что на 187 204,2 единицы, или на 4,5 %, меньше, чем в 2021 году (4 158 066,5 единицы). Из них занятые должности составляют 3 380 172,3 единицы, или 85,1 %; в 2021 году этот показатель был равен 3 519 275,8 единицы, или 84,6 % от штатных должностей.

Количество физических лиц в 2022 году составило 2 790 769 единиц, что на 81 735 единиц, или на 2,8 %, меньше, чем в 2021 году (2 872 504 единицы).

8. Статистическая форма отчетности № 47 «Сведения о деятельности медицинских организаций», утвержденная приказом Росстата от 27 декабря 2022 г. № 985, предусматривает заполнение данных по должностям и физическим лицам медицинской организации.

Более подробная информация по штатным и занятым единицам, физическим лицам в разрезе врачей (без зубных), среднего и младшего медицинского персонала (далее также – СМП, ММП) представлена в таблице 7.

Таблица 7. Данные о штатной численности медицинских организаций

Показатель		2021 г., ед.	2022 г., ед.	Отклонение (гр. 3 - гр. 2), ед.	Отклонение, %
Всего (без учета специалистов с высшим образованием, провизоров, прочего персонала)	штатных должностей	4 158 066,5	3 970 862,3	-187 204,3	-4,5
	занятых должностей	3 519 275,8	3 380 172,3	-139 103,5	-4,0
	физических лиц	2 872 504,0	2 790 769,0	-81 735,0	-2,8
в том числе врачей (без зубных)	штатных должностей	884 066,3	834 655,8	-49 410,5	-5,6
	занятых должностей	713 074,5	687 219,5	-25 855,0	-3,6
	физических лиц	537 191,0	528 670,0	-8 521,0	-1,6
СМП	штатных должностей	1 663 731,8	1 576 420,8	-87 311,0	-5,2
	занятых должностей	1 410 884,0	1 348 845,8	-62 038,3	-4,4
	физических лиц	1 150 062,0	1 112 309,0	-37 753,0	-3,3
ММП	штатных должностей	328 423,8	292 968,3	-35 455,5	-10,8
	занятых должностей	274 973,0	244 085,5	-30 887,5	-11,2
	физических лиц	213 912,0	193 220,0	-20 692,0	-9,7

Из данных таблицы следует, что в 2022 году по сравнению с 2021 годом произошло снижение численности штатных единиц.

Коэффициент совместительства⁹ в целом по Российской Федерации в 2021 и 2022 годах равен 1,2.

В 2022 году самый высокий коэффициент совместительства, равный 1,5, наблюдается в Еврейской автономной области, Тульской и Псковской областях. В 2021 году в вышеуказанных субъектах Российской Федерации коэффициент совместительства был равен 1,6 и тоже был самым высоким в Российской Федерации.

Самое низкое значение коэффициента совместительства на протяжении 2021–2022 годов установлено в Республике Дагестан и Республике Ингушетия.

Среди врачей (кроме зубных) в целом по Российской Федерации коэффициент совместительства в 2021 и 2022 годах равен 1,3.

Самый высокий уровень коэффициента совместительства среди врачей (кроме зубных) наблюдается в регионах, представленных в таблице 8.

Таблица 8. Данные о коэффициенте совместительства среди врачей

Наименование субъекта Российской Федерации с высоким уровнем коэффициента совместительства	2022 г.	2021 г.
Еврейская автономная область	2,3	2,4
Псковская область	1,7	2
Республика Коми	1,7	1,8
Ульяновская область	1,7	1,6

Низкий уровень коэффициента совместительства среди врачей (кроме зубных), равный 0,9–1,1, в 2021–2022 годах наблюдается в г. Москве, Республике Дагестан, Республике Ингушетия, Тюменской области, Чувашской Республике.

В категории среднего медицинского персонала в целом по Российской Федерации коэффициент совместительства в 2021 и 2022 годах равен 1,2.

Самый высокий уровень коэффициента совместительства в категории среднего медицинского персонала отмечается в регионах, представленных в таблице 9.

9. Коэффициент рассчитывается как соотношение занятых должностей к количеству фактических работников (физических лиц).

Таблица 9. Данные о коэффициенте совместительства в категории среднего медицинского персонала

Наименование субъекта Российской Федерации с высоким уровнем коэффициента совместительства	2022 г.	2021 г.
Еврейская автономная область	1,5	1,6
Смоленская область	1,5	1,5
Тульская область	1,5	1,6
Удмуртская Республика	1,5	1,5
Ярославская область	1,5	1,5

Низкий уровень коэффициента совместительства в категории среднего медицинского персонала, равный 0,9–1,0, наблюдается в Республике Алтай, Республике Дагестан, Республике Ингушетия, Чеченской Республике.

Среди младшего медицинского персонала в целом по Российской Федерации коэффициент совместительства в 2021 и 2022 годах равен 1,3.

Самый высокий уровень коэффициента совместительства в категории младшего медицинского персонала отмечается в регионах, представленных в таблице 10.

Таблица 10. Данные о коэффициенте совместительства в категории младшего медицинского персонала

Наименование субъекта Российской Федерации с высоким уровнем коэффициента совместительства	2022 г.	2021 г.
Владимирская область	1,7	2,1
Ивановская область	1,7	3,3
Курганская область	1,7	2,2
Нижегородская область	1,7	2,4
Пермский край	1,7	1,9
Псковская область	1,6	2,0
Республика Марий Эл	1,6	1,8
Тульская область	2,0	2,3
Удмуртская Республика	1,7	2,0

В 2021–2022 годах наблюдался низкий уровень коэффициента совместительства (0,9–1,0) в категории младшего медицинского персонала в следующих субъектах Российской Федерации: Республике Алтай, Республике Дагестан, Республике Саха (Якутия), Республике Тыва, Чеченской Республике.

В г. Москве данный коэффициент снизился с 1,7 в 2021 году до 1,1 в 2022 году.

Вышеизложенные факты свидетельствуют о наличии недостатков в медицинских организациях в части укомплектованности штатной численности, а также о недостаточности мер, принимаемых в субъектах Российской Федерации для решения указанной проблематики.

Высокий уровень коэффициента совместительства свидетельствует о недостатке врачей, среднего и младшего медицинского персонала и о повышенной нагрузке на медицинский персонал.

Кроме того, в субъектах Российской Федерации с высоким уровнем совместительства наблюдается недостижение в 2022 году целевых значений показателей доступности и качества медицинской помощи:

- значение показателя «доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» по отношению к установленным целевым значениям составляло: в Смоленской области – 68,2 %, в Еврейской автономной области – 69,2 %, в Псковской области – 73,9 %, в Республике Коми – 91,9 %;
- значение показателя «доля пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями» по отношению к установленным целевым значениям составляло: в Еврейской автономной области – 61,1 %, в Псковской области – 83,5 %, в Смоленской области – 86,6 %, в Ульяновской области – 94,1 %;
- значение показателя «доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года» по отношению к установленным целевым значениям составляло: в Республике Коми – 5,7 %, в Еврейской автономной области – 10,8 %, в Смоленской области – 14,3 %, в Ульяновской области – 80,0 %, в Тульской области – 43,8 %;
- значение показателя «доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у несовершеннолетних» по отношению к установленным целевым значениям составляло: в Еврейской автономной области – 1,6 %, в Псковской области – 24,6 %, в Ульяновской области – 72,2 %, в Республике Коми – 75,0 %, в Смоленской области – 81,8 %, в Тульской области – 90,9 %;

- значение показателя «доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных онкологических заболеваний в течение года» по отношению к установленным целевым значениям составляло: в Псковской области – 38,0 %, в Смоленской области – 58,5 %, в Еврейской автономной области – 69,4 %, в Тульской области – 77,1 %, в Ульяновской области – 80,5 %;
- значение показателя «доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями» по отношению к установленным целевым значениям составляло: в Псковской области – 65,6 %, в Республике Коми – 74,7 %, в Еврейской автономной области – 90,7 %.

На основании анализа межтерриториальных расчетов (далее также – МТР) можно предположить, что в 2022 году высокий уровень коэффициента совместительства отмечается у субъектов Российской Федерации с наибольшей долей расходов по МТР (объем финансовых средств, направленный территориальным фондом ОМС в иные регионы на возмещение средств территориальному фонду ОМС по месту оказания медицинской помощи), за исключением Московской и Ленинградской областей.

Сведения о долях направленных средств от общего размера субвенции в 2022 году представлены в [таблице 11](#).

Таблица 11. Доля расходов на МТР

Наименование субъекта Российской Федерации	Доля направленных средств, %
Брянская область	-5,1
Владимирская область	-7,4
Калужская область	-7,9
Костромская область	-5,4
Рязанская область	-6,0
Смоленская область	-5,5
Тверская область	-6,1
Тульская область	-5,5
г. Москва	-5,8
Республика Коми	-5,9

Наименование субъекта Российской Федерации	Доля направленных средств, %
Новгородская область	-6,8
Псковская область	-5,8
г. Санкт-Петербург	-5,9
Ненецкий автономный округ	-8,0
Республика Адыгея	-12,3
Республика Калмыкия	-8,1
Астраханская область	-5,9
г. Севастополь	-7,3
Республика Дагестан	-4,9
Республика Ингушетия	-8,7
Кабардино-Балкарская Республика	-8,7
Карачаево-Черкесская Республика	-8,5
Республика Северная Осетия – Алания	-5,3
Курганская область	-4,9
Республика Алтай	-6,5
Республика Хакасия	-5,5
Еврейская автономная область	-11,3

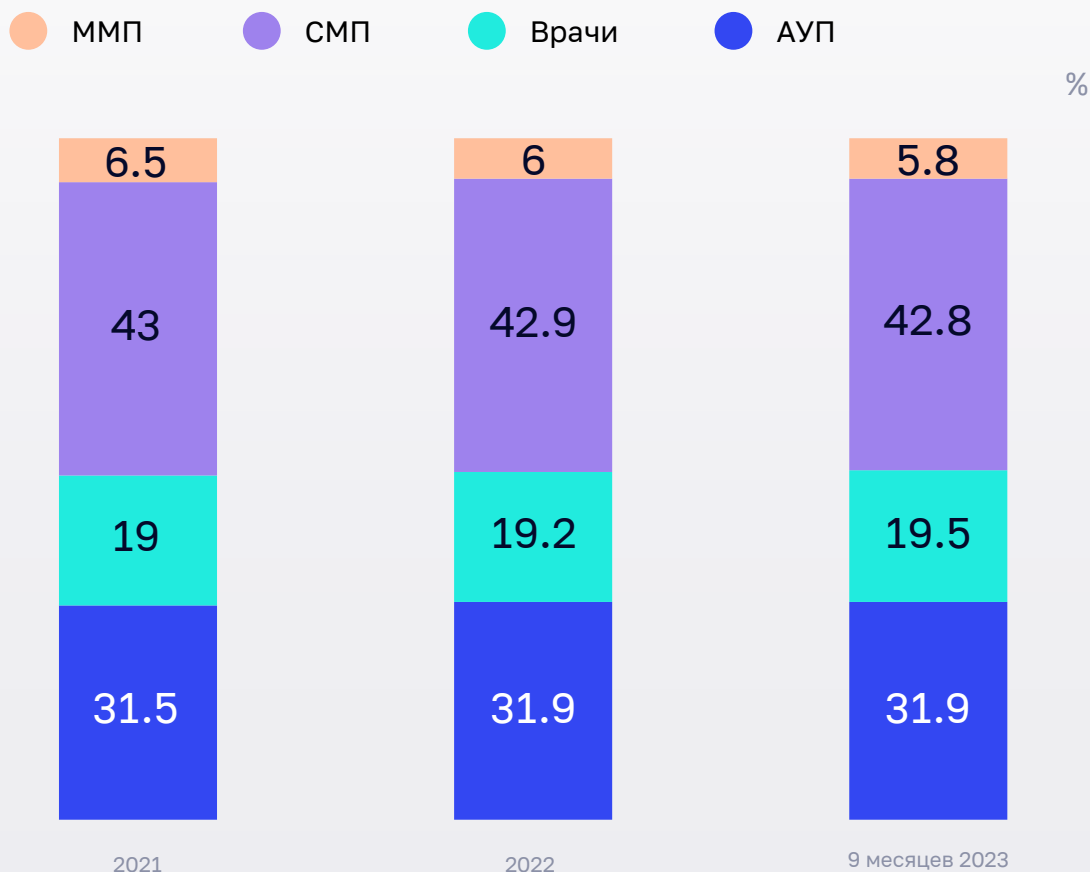
7.2.2. В ходе экспертно-аналитического мероприятия на основании данных ФОМС¹⁰ проведен анализ среднесписочной численности работников медицинских организаций за период 2021–2022 годов и 9 месяцев 2023 года¹¹.

Данные о соотношении численности работников медицинских организаций по категориям представлены на рисунке 2.

-
10. Данные приведены на основании формы отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденной приказом ФФОМС от 26 марта 2013 г. № 65.
11. Данные приведены за декабрь 2021 года, декабрь 2022 года, сентябрь 2023 года.

Рисунок 2

Соотношение численности работников медицинских организаций в разрезе категорий



Данные, представленные на рисунке 2, свидетельствуют, что в анализируемом периоде в структуре работников медицинских организаций доля АУП в 2021 году составляла 31,5 % в общей численности работников, а за 2022 год и 9 месяцев 2023 года увеличилась на 0,4 % и составила на конец отчетного периода 31,9 %.

Также необходимо отметить незначительный рост численности по категории «врачи» – с 19,0 % по итогам 2021 года до 19,5 % за 9 месяцев 2023 года.

В то же время проведенный анализ численности работников медицинских организаций в разрезе субъектов Российской Федерации выявил отдельные субъекты со значительными отклонениями соотношения работников в разрезе категорий от общероссийских показателей. В таблице 12 приведены данные по четырем субъектам Российской Федерации.

Таблица 12. Данные о соотношении работников в разрезе категорий (с отклонениями от общероссийских показателей)

Категория работников	Период	Российская Федерация	Субъект Российской Федерации			
			Алтайский край	Кемеровская область	Курганская область	Ярославская область
		Удельный вес численности работников в разрезе категорий в общей численности работников				
АУП	2021 г.	31,5	37,8	39,9	42,3	36,9
	2022 г.	31,9	38,0	39,8	44,1	38,6
	9 мес. 2023 г.	31,9	38,5	39,7	43,3	39,3
Врачи	2021 г.	19,0	14,8	15,9	10,3	21,4
	2022 г.	19,2	15,0	16,0	10,5	21,5
	9 мес. 2023 г.	19,5	15,3	16,3	11,1	21,4
СМП	2021 г.	43,0	40,2	40,3	43,7	38,8
	2022 г.	42,8	40,3	39,9	43,4	38,4
	9 мес. 2023 г.	42,8	40,3	39,7	44,1	38,5
ММП	2021 г.	6,5	7,3	3,9	3,6	2,8
	2022 г.	6,0	6,7	4,2	2,0	1,5
	9 мес. 2023 г.	5,7	5,9	4,2	1,6	0,7

Так, в Кемеровской области удельный вес численности основного персонала (по категориям «врачи», СМП, ММП) значительно ниже показателей по Российской Федерации.

При этом в анализируемом периоде удельный вес численности АУП превышает показатель по Российской Федерации на 8,4, 7,9 и 7,8 %. Аналогичная тенденция отмечается в Алтайском крае (за исключением категории ММП), Курганской области (за исключением категории СМП), Ярославской области (за исключением категории «врачи»), а именно – превышение удельного веса АУП над общероссийскими показателями.

7.2.3. По данным Росстата¹² за 2021, 2022 годы и 6 месяцев 2023 года проведен анализ фонда начисленной заработной платы (далее также – ФОТ) работников списочного состава без внешних совместителей за счет средств ОМС в разрезе типов медицинских организаций (таблица 13).

Таблица 13. Анализ фонда начисленной заработной платы работников списочного состава

Тип медицинской организации	2021 г.		2022 г.		6 мес. 2023 г.	
	ФОТ, тыс. руб.	удельный вес, %	ФОТ, тыс. руб.	удельный вес, %	ФОТ, тыс. руб.	удельный вес, %
Больницы	719 061 159,2	65,4	761 295 842,1	65,8	414 738 326,9	65,8
Специализированные больницы*	53 506 528,8	4,9	43 317 264,1	3,7	23 531 126,5	3,7
Диспансеры**	42 461 240,0	3,9	45 543 258,1	3,9	24 016 682,3	3,8
Поликлиники***	167 091 576,8	15,2	180 083 647,5	15,6	96 931 047,3	15,4
Центры****	57 267 260,9	5,2	61 704 055,5	5,3	32 195 735,5	5,1
Медицинские организации скорой медицинской помощи и переливания крови	53 343 966,0	4,9	58 577 176,0	5,1	33 404 725,5	5,3
Медицинские организации особого типа	6 134 077,9	0,6	6 588 643,7	0,6	5 230 340,5	0,8
Медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека	159 380,4	0,1	160 641,9	0,1	52 270,0	0,1

* Специализированные больницы государственной и муниципальной систем здравоохранения, в том числе по профилю медицинской помощи.

** Диспансеры государственной и муниципальной систем здравоохранения.

*** Поликлиники государственной и муниципальной систем здравоохранения, в том числе детские.

**** Специализированные центры государственной и муниципальной систем здравоохранения, в том числе детские.

12. Данные приведены на основании формы федерального статистического наблюдения № ЗП-здрав «Сведения о численности и оплате труда работников сферы здравоохранения по категориям персонала».

В анализируемом периоде наибольший удельный вес в общем объеме ФОТ приходился на больничные учреждения (70,3, 69,5 и 69,5 % соответственно) и поликлиники (15,2, 15,6 и 15,4 % соответственно), наименьший удельный вес приходился на медицинские организации особого типа (0,6, 0,6 и 0,8 % соответственно) и медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (менее 0,1 % ежегодно).

В ходе мероприятия проведен анализ объема ФОТ по категориям работников в разрезе типов медицинских учреждений (без учета медицинских организаций особого типа и медицинских организаций по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека)¹³. Данные приведены в таблице 14.

Таблица 14. Анализ объема ФОТ по категориям работников в разрезе типов медицинских учреждений

Категория работников	2021 г.		2022 г.		6 мес. 2023 г.	
	ФОТ, тыс. руб.	удельный вес, %	ФОТ, тыс. руб.	удельный вес, %	ФОТ, тыс. руб.	удельный вес, %
Больницы						
АУП	173 393 034,6	24,3	190 517 356,0	25,3	104 008 223,6	25,3
Врачи	215 545 981,6	30,2	228 816 819,1	30,3	125 457 968,6	30,5
СМП	283 610 036,4	39,8	295 516 418,8	39,2	161 112 808,1	39,2
ММП	40 467 719,6	5,7	39 558 375,4	5,2	20 312 398,4	4,9
Итого	713 016 772,2	100	754 408 969,3	100	410 891 398,7	100
Специализированные больницы						
АУП	12 075 101,7	22,9	10 502 985,2	24,6	5 627 034,4	24,2
Врачи	17 679 165,7	33,5	13 324 547,2	31,2	7 411 881,0	31,9
СМП	19 250 104,6	36,5	15 132 726,9	35,4	8 335 181,5	35,9
ММП	3 805 642,3	7,2	3 749 982,3	8,8	1 836 079,5	7,9
Итого	52 810 014,3	100	42 710 241,6	100	23 210 176,4	100

13. Объем ФОТ медицинских организаций особого типа и медицинских организаций по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в общем объеме ФОТ ежегодно составляет менее 1 %.

Категория работников	2021 г.		2022 г.		6 мес. 2023 г.	
	ФОТ, тыс. руб.	удельный вес, %	ФОТ, тыс. руб.	удельный вес, %	ФОТ, тыс. руб.	удельный вес, %
Диспансеры						
АУП	10 543 219,7	25,3	11 444 643,2	25,6	5 992 390,4	25,5
Врачи	13 750 289,4	33,0	14 861 197,4	33,3	7 883 106,7	33,5
СМП	14 630 250,9	35,1	15 455 127,2	34,6	8 156 863,2	34,7
ММП	2 742 361,3	6,6	2 874 427,5	6,4	1 493 864,7	6,3
Итого	41 666 121,3	100	44 635 395,3	100	23 526 225,0	100
Поликлиники						
АУП	39 981 123,5	24,0	43 105 326,2	24,0	22 987 791,1	23,8
Врачи	70 840 155,5	42,6	77 465 730,3	43,2	41 337 259,2	42,8
СМП	54 647 993,2	32,8	57 722 897,3	32,2	31 644 125,8	32,8
ММП	921 154,2	0,6	1 014 744,1	0,6	535 614,7	0,6
Итого	166 390 426,4	100	179 308 697,9	100	96 504 790,8	100
Центры						
АУП	14 514 602,5	25,8	15 943 794,9	26,3	7 994 567,1	25,3
Врачи	19 862 146,6	35,3	21 220 252,0	35,0	11 162 542,2	35,3
СМП	19 225 048,0	34,2	20 480 057,8	33,8	10 805 133,3	34,2
ММП	2 689 486,5	4,8	2 977 144,4	4,9	1 649 034,2	5,2
Итого	56 291 283,6	100	60 621 249,1	100	31 611 276,8	100
Медицинские организации СМП и переливания крови						
АУП	12 853 329,30	24,1	14 666 872,4	25,1	8 407 768,30	25,2
Врачи	9 306 187,50	17,5	9 738 073,8	16,7	5 498 396,10	16,5
СМП	30 648 661,80	57,5	33 691 624,1	57,6	19 126 092,70	57,3
ММП	457 629,30	0,9	381 807,3	0,7	322 496,50	1,0
Итого	53 265 807,90	100	58 478 377,6	100	33 354 753,60	100

В среднем в анализируемом периоде ФОТ по категории АУП в разрезе всех типов медицинских организаций варьировался в пределах от 22,9 % (специализированные больницы в 2021 году) до 26,3 % (центры в 2022 году).

В то же время проведенный анализ в разрезе субъектов Российской Федерации по двум типам медицинских организаций¹⁴ показал значительные отклонения доли ФОТ по категории АУП от общероссийских показателей.

В частности, по типу медицинской организации «Больница» на протяжении всего анализируемого периода выявлены субъекты Российской Федерации, в которых доля ФОТ по категории АУП сложилась:

- выше общероссийского показателя – в 36 субъектах Российской Федерации. При этом наибольшая доля наблюдается в Сахалинской области (38,9, 50,7 и 61,1 % соответственно), Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (33,3, 34,1 и 41,6 %), Курганской области (33,8, 35,8 и 35,1 %), Хабаровском крае (34,2, 35,5 и 34,9 %);
- ниже общероссийского показателя – в 33 субъектах Российской Федерации. Наименьшая доля отмечена в Астраханской области (15,3, 16,5 и 17,4 %), Московской области (17,1, 17,3 и 18,9 %).

По типу медицинской организации «Поликлиника» на протяжении всего анализируемого периода выявлены субъекты Российской Федерации, в которых доля ФОТ по категории АУП сложилась:

- выше общероссийского показателя – в 34 субъектах Российской Федерации. При этом наибольшая доля наблюдается в Сахалинской области (40,2, 46,4 и 54,1 %), Новгородской области (33,6, 50,0 и 41,1 %), Ивановской области (37,2, 37,2 и 35,3 %), Чеченской Республике (33,8, 33,6 и 32,6 %);
- ниже общероссийского показателя – в 23 субъектах Российской Федерации. Наименьшая доля отмечена в Забайкальском крае (5,7, 6,1 и 3,7 %), Республике Саха (Якутия) (11,7, 10,6 и 9,0 %), Республике Дагестан (12,0, 13,7 и 12,7 %).

Таким образом, в субъектах Российской Федерации наблюдается образование диспропорций в соотношении основного и вспомогательного персонала медицинских организаций.

7.2.4. В рамках реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ № 597) Правительству Российской Федерации поручалось к 2018 году в том числе обеспечить:

14. Отбор произведен исходя из максимального удельного веса ФОТ по типам медицинских организаций в общем объеме ФОТ (больницы и поликлиники).

- повышение к 2018 году средней заработной платы врачей до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе (абзац 6 подпункта «а» пункта 1);
- повышение к 2018 году средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) – до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе (абзац 2 подпункта «е» пункта 1).

Анализ среднемесячной заработной платы по категориям врачей, СМП, ММП за счет всех источников финансирования за 2021, 2022 годы и 6 месяцев 2023 года, проведенный на основании данных Росстата, приведен в [таблице 15](#).

Таблица 15. Анализ среднемесячной заработной платы по категориям «врачи», СМП, ММП

Категория работников	2021 г.	2022 г.	6 мес. 2023 г.	2022 г. к 2021 г.	2023 г. к 2022 г.
	средняя заработная плата, руб.			динамика изменений, %	
Врачи	92 460,2	102 231,8	105 455,0	10,6	3,2
СМП	46 071,9	49 613,5	52 710,0	7,7	6,2
ММП	39 111,5	43 195,3	44 956,4	10,4	4,1

В анализируемом периоде отмечается рост среднемесячной заработной платы по всем категориям работников. Наибольший рост отмечается в 2022 году относительно 2021 года по категории «врачи» (10,6 %) и ММП (10,4 %).

В то же время в ряде регионов уровень соотношения средней заработной платы по соответствующей категории работников не достигает установленных соотношений по региону (врачи – 200 % средней заработной платы в регионе, средний и младший медицинский персонал – 100 %), в том числе:

- по категории «врачи»: в 2021 году – в 35 регионах; в 2022 году – в 27 регионах; за 6 месяцев 2023 года – в 55 регионах;
- по категории СМП: в 2021 году – в 19 регионах; в 2022 году – в 18 регионах; за 6 месяцев 2023 года – в 32 регионах;
- по категории ММП: в 2021 году – в 68 регионах; в 2022 году – в 60 регионах; за 6 месяцев 2023 года – в 76 регионах.

Достижение установленных целевых показателей по заработной плате позволит дополнительно мотивировать работников медицинской организации и, как следствие, повысит качество оказываемой медицинской помощи. В ряде регионов с недостижением показателей по заработной плате не достигаются критерии

доступности медицинской помощи (например, Карачаево-Черкесская Республика, республики Коми и Северная Осетия – Алания¹⁵). Указанные регионы отличаются высокой долей средств, направленных в иные регионы в рамках межтерриториальных расчетов по месту оказания медицинской помощи (выше среднероссийского показателя – 4,8 %).

7.3. Оценка результатов использования оборудования медицинскими организациями

7.3.1. В соответствии с подпунктом 7.1 пункта 2 статьи 20 Федерального закона № 326-ФЗ медицинские организации обязаны использовать средства нормированного страхового запаса ТФОМС для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования (далее также – мероприятия).

При этом анализ данных о реализации мероприятий показал стойкую тенденцию к невыполнению плановых показателей по финансированию указанных мероприятий.

Так, за 2021 год фактическое финансирование мероприятий составило 56,0 % плановых показателей (план на реализацию мероприятий составлял 10 806 112,3 тыс. рублей, факт – 6 047 716,8 тыс. рублей), за 2022 год исполнение составило 61,2 % (план – 16 493 951,8 тыс. рублей, факт – 10 098 699,7 тыс. рублей), по итогам 9 месяцев 2023 года исполнение составило 33,0 % (план – 10 297 938,4 тыс. рублей, факт – 3 395 999,1 тыс. рублей).

Данный факт может привести к невыполнению программ повышения квалификации медицинских работников, не позволяет медицинским учреждениям своевременно приобретать современное медицинское оборудование в требуемом объеме, а также производить ремонт медицинского оборудования.

Также отмечаются признаки предоставления преференций отдельным медицинским организациям с целью финансирования в рамках мероприятий (когда одной медицинской организации доводилось более 50 % объема средств, израсходованных в отчетном периоде на мероприятия в субъекте Российской Федерации).

Так, в 2022 году в Архангельской области общая сумма израсходованных на мероприятия средств составила 55 269,7 тыс. рублей, из них в ГБУЗ «Архангельская областная клиническая больница» направлено на приобретение медицинского оборудования 28 211,3 тыс. рублей, или 51,0 %.

15. Анализ проведен по итогам 2022 года.

По итогам 9 месяцев 2023 года в Ивановской области общая сумма израсходованных на мероприятия средств составила 13 602,4 тыс. рублей, из них в ОБУЗ «Родильный дом № 4» направлено 100 % указанных средств; в Тамбовской области общая сумма израсходованных на мероприятия средств составила 7 832,9 тыс. рублей, из них в ГБУЗ «Городская клиническая больница № 3 имени И.С. Долгушина» направлено 100 % указанных средств.

7.3.2. По данным территориальных органов Росздравнадзора, в субъектах Российской Федерации за 9 месяцев 2023 года выявлены факты простоя и неэффективного использования медицинского оборудования, в том числе дорогостоящего, закупленного в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», а именно: простой оборудования в связи с поломкой/ремонтom аппарата наблюдается в 21 субъекте Российской Федерации¹⁶. При этом 50 % простаиваемого медицинского оборудования – томографы рентгеновские компьютерные. Данная ситуация в том числе может характеризовать результативность деятельности медицинских организаций.

Данные Росздравнадзора о средней нагрузке на дорогостоящее оборудование (количество исследований, проведенных на одном аппарате в сутки) в 2021–2022 годах представлены в таблице 16.

Таблица 16. Данные о средней нагрузке на дорогостоящее оборудование

	МРТ		КТ		Ангиографы		УЗИ-аппараты		Маммографы		Флюорографы	
	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год
Российская Федерация	10	11	25	20	7	8	10	10	8	9	37	37
Центральный федеральный округ	9	11	27	23	7	8	9	9	9	10	37	40
Белгородская область	7	11	30	18	7	9	16	14	6	6	38	35
Брянская область	8	9	29	18	5	6	8	8	7	9	35	38
Владимирская область	6	6	14	12	7	6	9	9	4	4	21	20

16. Орловская область, Тверская область, Ярославская область, Псковская область, Астраханская область, Краснодарский край, Ростовская область, Нижегородская область, Пермский край, Республика Марий Эл, Республика Татарстан, Саратовская область, Удмуртская Республика, Ульяновская область, Свердловская область, Тюменская область, Алтайский край, Омская область, Томская область, Амурская область, Республика Северная Осетия – Алания.

	МРТ		КТ		Ангиографы		УЗИ-аппараты		Маммографы		Флюорографы	
	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год
Воронежская область	14	15	32	27	10	13	9	15	6	8	49	55
Ивановская область	7	7	26	16	10	9	12	13	12	15	38	41
Калужская область	10	14	33	26	5	6	13	14	6	9	16	14
Костромская область	4	7	10	10	9	9	7	6	8	8	19	19
Курская область	7	10	20	15	11	10	11	11	5	5	30	27
Липецкая область	8	5	30	22	6	7	7	7	10	8	31	39
Московская область	9	9	32	27	11	11	9	8	7	8	35	39
Орловская область	5	6	22	19	6	8	7	7	4	6	22	18
Рязанская область	7	12	25	17	5	6	8	7	7	8	32	29
Смоленская область	4	6	20	16	5	6	6	6	4	5	22	22
Тамбовская область	8	7	24	20	6	9	10	10	11	12	42	41
Тверская область	17	10	25	16	12	17	10	10	5	6	35	22
Тульская область	7	12	22	20	12	12	9	10	9	9	16	18
Ярославская область	5	5	13	10	10	14	9	9	6	7	22	23
город Москва	11	13	29	28	6	7	9	8	16	18	64	98
Северо-Западный федеральный округ	10	11	22	19	5	6	8	8	8	8	34	32
Республика Карелия	6	9	17	17	8	11	16	16	4	5	18	24
Республика Коми	11	15	30	17	6	7	7	8	10	7	18	18
Архангельская область без автономного округа	11	16	26	19	8	9	9	9	13	13	28	25
Ненецкий автономный округ	-	-	24	22	-	-	8	11	4	5	18	17
Вологодская область	22	16	16	12	4	4	7	8	9	7	24	24

	МРТ		КТ		Ангиографы		УЗИ-аппараты		Маммографы		Флюорографы	
	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год
Калининградская область	14	13	23	17	5	3	15	9	6	6	34	27
Ленинградская область	10	11	22	20	6	6	8	9	6	8	34	33
Мурманская область	9	7	17	16	7	10	7	7	11	9	37	29
Новгородская область	11	7	19	17	5	5	18	18	5	8	26	24
Псковская область	0	7	18	11	5	6	7	7	5	6	22	17
город Санкт-Петербург	10	11	25	24	5	6	7	7	7	8	55	56
Южный федеральный округ	9	10	26	21	7	8	12	12	7	9	42	44
Республика Адыгея	10	10	23	15	6	8	7	7	4	5	27	32
Республика Калмыкия	7	16	21	19	3	5	6	6	2	2	15	16
Республика Крым	5	7	15	16	7	8	6	6	3	4	17	17
Краснодарский край	13	14	35	28	10	12	15	16	13	13	71	78
Астраханская область	5	9	27	19	6	6	12	12	8	7	44	33
Волгоградская область	6	7	30	21	5	6	10	10	8	10	44	42
Ростовская область	9	10	18	14	7	7	12	12	4	7	25	26
город Севастополь	6	7	22	21	3	6	6	6	6	11	31	24
Северо-Кавказский федеральный округ	7	9	18	13	6	7	13	12	5	4	40	36
Республика Дагестан	11	12	16	11	4	8	18	17	6	6	34	31
Республика Ингушетия	4	7	16	19	4	3	12	13	9	15	77	78
Кабардино-Балкарская Республика	7	7	22	12	4	4	11	10	3	3	27	26

	МРТ		КТ		Ангиографы		УЗИ-аппараты		Маммографы		Флюорографы	
	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год
Карачаево-Черкесская Республика	7	7	20	12	2	2	8	8	3	4	33	35
Республика Северная Осетия - Алания	4	6	26	14	4	4	7	7	6	4	53	40
Чеченская Республика	6	7	12	10	7	4	9	8	3	2	31	25
Ставропольский край	10	10	18	16	16	15	13	12	4	4	48	44
Приволжский федеральный округ	10	11	28	20	8	9	12	12	9	11	38	38
Республика Башкортостан	15	18	42	25	7	8	15	15	13	12	41	41
Республика Марий Эл	9	6	16	16	8	5	8	9	8	8	31	33
Республика Мордовия	4	4	32	21	5	5	18	19	7	7	20	20
Республика Татарстан	15	18	42	25	12	13	15	15	18	20	43	48
Удмуртская Республика	16	14	32	20	10	14	15	14	7	9	32	31
Чувашская Республика	11	9	29	27	7	15	10	11	8	9	41	40
Пермский край	12	15	32	22	10	10	7	8	10	13	40	36
Кировская область	8	7	24	15	6	7	8	8	7	7	26	23
Нижегородская область	9	10	20	16	6	9	8	7	5	7	31	37
Оренбургская область	9	12	19	14	8	9	13	13	11	11	31	33
Пензенская область	4	5	21	16	12	13	12	14	8	9	34	31
Самарская область	9	11	27	21	7	7	14	14	9	9	50	50
Саратовская область	5	6	15	11	7	7	9	10	8	9	59	53

	МРТ		КТ		Ангиографы		УЗИ-аппараты		Маммографы		Флюорографы	
	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год
Ульяновская область	4	6	29	27	10	10	12	13	15	16	27	26
Уральский федеральный округ	13	15	29	21	7	7	9	9	7	8	37	37
Курганская область	7	6	26	16	9	8	10	11	9	10	22	25
Свердловская область	17	18	28	20	8	10	8	8	8	8	39	38
Тюменская область без автономного округа	14	16	36	32	6	5	9	9	7	7	36	42
Ханты-Мансийский АО	13	15	26	19	5	6	8	9	6	8	28	30
Ямало-Ненецкий АО	5	8	15	14	4	5	7	6	7	9	22	23
Челябинская область	11	15	35	22	7	7	10	11	7	9	50	49
Сибирский федеральный округ	10	11	21	16	6	7	10	11	7	9	37	39
Республика Алтай	5	9	14	8	-	-	6	6	3	3	21	25
Республика Тыва		11	15	10	3	3	9	8	4	6	20	24
Республика Хакасия	9	7	36	18	5	6	9	8	3	7	17	42
Алтайский край	13	14	23	17	5	7	13	13	8	8	32	31
Красноярский край	9	9	24	19	4	5	13	13	9	9	35	34
Иркутская область	10	10	22	17	9	12	11	11	3	8	42	42
Кемеровская область	8	12	15	14	8	9	9	10	11	14	40	35
Новосибирская область	6	7	13	12	8	9	9	10	7	8	55	52
Омская область	11	14	19	15	5	6	8	9	8	10	35	49
Томская область	18	15	37	25	4	5	10	11	6	7	28	29
Дальневосточный федеральный округ	9	11	20	15	7	7	8	8	5	6	26	26
Республика Бурятия	12	21	25	22	13	30	6	6	11	11	23	24

	МРТ		КТ		Ангиографы		УЗИ-аппараты		Маммографы		Флюорографы	
	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год	2021 год	2022 год
Республика Саха (Якутия)	10	16	21	15	12	15	8	9	4	4	19	17
Забайкальский край	19	20	21	14	6	7	14	9	6	5	32	28
Камчатский край	7	9	16	12	3	3	4	5	4	4	19	22
Приморский край	6	7	16	13	8	10	8	9	5	7	38	38
Хабаровский край	8	7	22	18	5	4	12	10	7	6	38	33
Амурская область	9	13	22	16	6	5	9	8	3	4	28	31
Магаданская область	9	11	15	12	6	4	5	6	3	5	16	12
Сахалинская область	9	8	23	18	3	3	7	7	3	3	16	17
Еврейская автономная область	2	4	10	7	1	1	6	8	4	5	21	17
Чукотский автономный округ	2	2	7	5	-	-	3	3	1	1	7	7

Анализ представленных в таблице данных свидетельствует о том, что количество исследований (на одном аппарате в сутки) в разрезе субъектов Российской Федерации имеет значительные отклонения от среднероссийских показателей.

Так, в 2021 году среднероссийский показатель по исследованиям, проводимым с использованием магнитно-резонансного томографа, составляет 10 исследований в сутки, при этом в Псковской области не проведено ни одного исследования, а в Вологодской области проведено 22 исследования. В 2022 году при среднероссийском показателе в 11 исследований в Чукотском автономном округе проведено только 2 исследования.

Среднероссийский показатель по количеству исследований с применением компьютерного томографа (на одном аппарате в сутки) за 2021 и 2022 годы составляет 25 и 20 исследований соответственно. При этом в 2021 и 2022 годах в Чукотском автономном округе проведено только 7 и 5 исследований соответственно. В республиках Башкортостан и Татарстан в 2021 году проведено по 42 исследования, в 2022 году в Тюменской области – 32 исследования.

Среднероссийский показатель по количеству исследований с применением ангиографа (на одном аппарате в сутки) за 2021 и 2022 годы составляет 7 и 8 исследований соответственно. При этом в Еврейской автономной области

в 2021 и 2022 годах проведено по 1 исследованию (ежегодно). В Ставропольском крае в 2021 году проведено 16 исследований, в 2022 году в Республике Бурятия – 30 исследований.

Среднероссийский показатель по количеству исследований с применением маммографа (на одном аппарате в сутки) за 2021 и 2022 годы составляет 8 и 9 исследований соответственно. При этом в Чукотском автономном округе проведено по 1 исследованию (ежегодно), в Республике Татарстан – 18 и 20 исследований соответственно.

Среднероссийский показатель по количеству исследований с применением флюорографа (на одном аппарате в сутки) за 2021 и 2022 годы составляет по 37 исследований ежегодно. При этом в 2021 и 2022 годах в Чукотском автономном округе проведено по 7 исследований (ежегодно). В 2021 году в Республике Ингушетия проведено 77 исследований, в 2022 году в г. Москве – 98 исследований.

7.4. Оценка экономности расходования средств ОМС при осуществлении закупок товаров, работ, услуг для медицинских организаций

Анализ сведений ФАС России о выявленных нарушениях в отношении закупок медицинского оборудования и медицинских изделий, закупок лекарственных средств, закупок услуг по техническому обслуживанию медицинского оборудования, проведенных государственными медицинскими организациями, а также органами исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2021–2022 годах и за 9 месяцев 2023 года, представленный в Счетную палату в рамках настоящего экспертно-аналитического мероприятия, показал следующее.

Выборочным анализом установлен ряд повторяющихся нарушений, допускаемых заказчиками:

- нарушения, допущенные заказчиком в части установления срока действия банковской гарантии, предоставляемой в качестве обеспечения исполнения контракта, установления ненадлежащего срока возврата денежных средств поставщику, внесенных в качестве обеспечения исполнения контракта, допущение технических ошибок зафиксированы по контрактам с начальной (минимальной) ценой контракта (далее – НМЦК) на общую сумму более 4,2 млрд рублей. Так, отдел здравоохранения города Байконура при осуществлении закупки лекарственных препаратов (противоопухолевые препараты), отпускаемых при амбулаторном лечении отдельных категорий граждан, проживающих в городе Байконуре, по рецептам врачей бесплатно или с 50 % скидкой со свободных цен, допустил указанные нарушения на сумму 970 379,9 рублей;
- нарушения в части неправомерного принятия решения о соответствии заявки победителя зафиксированы по контрактам с НМЦК на общую сумму более 5,3 млрд рублей. Так, ФКУ «Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения

граждан» Минздрава России при осуществлении закупки лекарственного препарата «Окрелизумаб» допустило указанное нарушение на сумму 5 314 027 089,6 рублей;

- нарушения процедуры и формы подачи заявок на участие в открытом конкурсе зафиксированы по контрактам с НМЦК на общую сумму более 1,6 млрд рублей. Так, ГБУЗ «Городская больница № 1 города Новороссийска» Минздрава Краснодарского края при осуществлении закупки изделий медицинского назначения (бахилы медицинские одноразовые, из полиэтилена и нетканого материала, набор белья для осмотра / хирургических процедур, нестерильный, одноразового использования и т. д.) допустило указанное нарушение на сумму 599 999,0 рублей.

Также допускались нарушения при описании объекта закупки, когда устанавливались характеристики закупаемого товара, отсутствующие на территории Российской Федерации, а также содержащие показатели и характеристики, значение которых приводят к ограничению доступа к участию в закупке. Так, ГБУЗ «Славянская ЦРБ» Минздрава Краснодарского края при осуществлении закупки изделий медицинского назначения для отделения рентгенэндоваскулярных методов лечения (стент для коронарных артерий, выделяющий лекарственное средство) допустило указанное нарушение на сумму 600 000,0 рублей. Комиссиями по осуществлению закупок неправомерно принимались решения о несоответствии заявки участника закупки: так, ФМБА России при осуществлении закупки медицинского оборудования допустило указанное нарушение на сумму 71 220 000,0 рублей.

Исследование нарушений, допущенных в отношении закупок медицинского оборудования и медицинских изделий, закупок лекарственных средств, закупок услуг по техническому обслуживанию медицинского оборудования, проведенных государственными медицинскими организациями, а также органами исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2021–2022 годах и за 9 месяцев 2023 года, будет продолжено в рамках настоящего экспертно-аналитического мероприятия.

На основании сведений, отраженных в формах 14-Ф и 14-МЕД, а также в форме № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению», утвержденной приказом Росстата от 26 декабря 2022 г. № 979 (далее – форма № 62), проведен выборочный анализ стоимости лекарственного обеспечения пациентов при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров, данные которого могут свидетельствовать о рисках неэкономного (неэффективного) расходования средств ОМС при осуществлении закупок, товаров, работ, услуг для медицинских организаций, что требует дополнительного анализа со стороны Минздрава России и ФОМС.

Так, в условиях круглосуточного стационара при страховых случаях, видах и условиях оказания медицинской помощи, установленных базовой программой ОМС, по итогам 2021 года произведена в целом по Российской Федерации 23 473 901 госпитализация, увеличение стоимости медикаментов и перевязочных средств отражено на сумму 299 345 214,9 тыс. рублей.

Таким образом, среднероссийский показатель по средней стоимости приобретения медикаментов и перевязочных средств в расчете на один случай госпитализации (далее также – средняя стоимость закупки лекарственных препаратов) составляет 12,8 тыс. рублей.

При этом в ряде субъектов Российской Федерации наблюдается значительное превышение (более чем на 60,0 %) показателя средней стоимости закупки лекарственных препаратов (над среднероссийским уровнем): в Республике Хакасия показатель средней стоимости закупки лекарственных препаратов составил 20,6 тыс. рублей (превышение общероссийского уровня на 60,4 %), в Архангельской области – 21,4 тыс. рублей (превышение на 67,2 %), в Кабардино-Балкарской Республике – 21,7 тыс. рублей (превышение на 69,6 %), в Камчатском крае – 23,5 тыс. рублей (превышение на 83,6 %), в Республике Саха (Якутия) – 27,1 тыс. рублей (превышение на 111,8 %).

По итогам 2022 года средняя стоимость приобретения медикаментов и перевязочных средств в расчете на один случай госпитализации составляет 9,9 тыс. рублей¹⁷.

При этом превышение более чем на 60,0 % показателя средней стоимости закупки лекарственных препаратов над среднероссийским уровнем наблюдается в следующих регионах: в Республике Хакасия показатель средней стоимости закупки лекарственных препаратов составил 16,0 тыс. рублей (превышение общероссийского уровня на 61,6 %), в Архангельской области – 16,1 тыс. рублей (превышение на 62,6 %), в Магаданской области – 16,3 тыс. рублей (превышение на 64,6 %), в Ненецком автономном округе – 16,4 тыс. рублей (превышение на 65,7 %), в Красноярском крае – 16,9 тыс. рублей (превышение на 70,7 %), в Камчатском крае – 17,3 тыс. рублей (превышение на 74,7 %), в Республике Саха (Якутия) – 26,0 тыс. рублей (превышение на 162,6 %).

Таким образом, на протяжении двух лет в четырех субъектах Российской Федерации (республики Хакасия и Саха (Якутия), Архангельская область, Камчатский край) средняя стоимость приобретения медикаментов и перевязочных средств в расчете на один случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара значительно превышает среднероссийский уровень.

17. По итогам 2022 года произведено в целом по Российской Федерации 23 486 453 госпитализации, увеличение стоимости медикаментов и перевязочных средств отражено на сумму 231 970 215,9 тыс. рублей.

7.5. Оценка эффективности использования медицинскими организациями имеющейся инфраструктуры (в том числе площадей зданий (сооружений), земельных участков)

В ходе экспертно-аналитического мероприятия на основании данных Минздрава Российской Федерации¹⁸ и ФОМС¹⁹ проведен анализ использования медицинскими организациями имеющихся зданий.

В целом по Российской Федерации количество медицинских учреждений в 2022 году составило 6 473 единицы²⁰, что на 160 единиц, или на 2,4 %, меньше, чем в 2021 году (6 633 единицы).

В 2022 году медицинские учреждения располагались в 118 010 зданиях, что на 90 зданий, или на 0,1 %, меньше, чем в 2021 году (118 100 зданий). При этом количество арендованных зданий в 2022 году по сравнению с 2021 годом увеличилось на 26 единиц, или на 0,3 %, и составило 8 924 здания.

Общая площадь, занимаемая медицинскими учреждениями в 2022 году, составила 95 493 282,0 кв. м, что на 934 884,6 кв. м, или на 1 %, больше, чем в 2021 году (94 558 397,3 кв. м), из них находящихся в аварийном состоянии или требующих сноса, реконструкции и капитального ремонта в 2022 году – 19 248 475,5 кв. м, или 20,2 % общего количества площадей; в 2021 году данный показатель составлял 20 542 355,40 кв. м, или 21,7 % общего количества занимаемых медицинскими учреждениями площадей.

Данные о техническом состоянии медицинских учреждений представлены в таблице 17.

Таблица 17. Показатели технического состояния медицинских учреждений

Наименование показателя	2022 г.	2021 г.	Отклонение, ед. (2022 г. – 2021 г.)	Отклонение, % (2022 г. – 2021 г.)
Число медицинских организаций	6 473	6 633	-160,0	-2,4
Число зданий, всего	118 010	118 100	-90,0	-0,1
из них находятся в аварийном состоянии, требуют сноса	3 204	3 678	-474,0	-12,9

18. Статистическая форма отчетности № 47 «Сведения о деятельности медицинских организаций», утвержденная Приказом Росстата от 27 декабря 2022 г. № 985.

19. Для анализа использованы: форма отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденная приказом ФФОМС от 26 марта 2013 г. № 65; форма 14-Ф.

20. Медицинские организации федерального подчинения, подчинения субъекту Российской Федерации, муниципального подчинения.

Наименование показателя	2022 г.	2021 г.	Отклонение, ед. (2022 г. – 2021 г.)	Отклонение, % (2022 г. – 2021 г.)
требуют реконструкции	874	1 047	-173,0	-16,5
требуют капитального ремонта	15 465	17 357	-1 892,0	-10,9
находятся в приспособленных помещениях	38 285	39 414	-1 129,0	-2,9
находятся в арендованных помещениях	8 924	8 898	26,0	0,3
Общая площадь зданий, всего	95 493 282,0	94 558 397,3	934 884,7	1,0
из них находящихся в аварийном состоянии или требующих сноса, реконструкции и капитального ремонта	19 248 475,5	20 542 355,4	-1 293 879,9	-6,3
Число медицинских организаций, здания которых находятся в аварийном состоянии или требуют сноса, реконструкции и капитального ремонта	3 058	3 188	-130,0	-4,1

В целом по Российской Федерации в 2022 году (по сравнению с 2021 годом) наблюдается положительная динамика технического состояния используемых медицинскими учреждениями помещений. Так, на 12,9 % снизилось количество зданий, находящихся в аварийном состоянии и требующих сноса; на 16,5 % – зданий, требующих реконструкции; на 10,9 % – зданий, требующих капитального ремонта; количество приспособленных помещений уменьшилось на 0,3 %.

В ходе анализа установлено, что в ряде субъектов Российской Федерации количество арендованных зданий в течение 2021–2022 годов оставалось высоким (по сравнению с другими субъектами Российской Федерации), например:

- в Республике Башкортостан – 756 зданий в 2022 году и 741 здание в 2021 году;
- в Республике Татарстан – по 559 зданий в 2021 и 2022 годах.

Стоит отметить, что в Ненецком автономном округе в 2021–2022 годах в аренде находилось всего одно здание.

Резкое увеличение количества арендованных зданий произошло в Московской области. Так, в 2022 году в аренде находилось 575 зданий, что на 302 здания, или на 110,0 %, больше, чем в 2021 году.

В ходе анализа использования площадей медицинскими учреждениями производилось их сопоставление с численностью граждан, застрахованных по ОМС.

Данные по количеству квадратных метров, приходящихся на одного застрахованного по ОМС в 2021–2022 годах, представлены в таблице 18.

Таблица 18. Площадь, приходящаяся на одного застрахованного по ОМС

КВ. М

Субъект Российской Федерации	2022 г.	2021 г.
Российская Федерация	0,66	0,65
Наибольшее количество		
Магаданская область	1,53	1,51
Чукотский АО	1,52	1,30
Ненецкий АО	1,16	1,13
Наименьшее количество		
Республика Ингушетия	0,46	0,43
г. Севастополь	0,41	0,42
Краснодарский край	0,42	0,42
Республика Дагестан	0,33	0,31

Используя данные проведенного анализа и стоимость произведенных расходов²¹ на одного застрахованного по ОМС в Магаданской области, Чукотском и Ненецком автономных округах, можно сделать вывод о наличии высоких показателей по количеству площадей зданий медицинских организаций в данных регионах.

Это может быть связано с особенностями организации медицинской помощи в малонаселенных территориях.

В заключение следует отметить, что расходы, включающие в себя коммунальные услуги, арендную плату за пользование имуществом, работы (услуги) по содержанию имущества, прочие работы (услуги), в 2022 году составили 218 006 870,4 тыс. рублей, что составляет 8,9 % от суммы субвенции, направленной из бюджета Федерального фонда ОМС в территориальные фонды обязательного медицинского страхования. В 2021 году вышеуказанные расходы составили 212 423 011,70 тыс. рублей, что составило 9,3 % от суммы субвенции.

21. В расходы входят коммунальные услуги, арендная плата, расходы на содержание имущества и прочие услуги (без г. Байконура).

8. ВЫВОДЫ

8.1. В медицинские организации в 2021 году поступило 2 628,6 млрд рублей средств ОМС, в 2023 году предусмотрено финансирование в размере 2 746,9 млрд рублей, что на 118,3 млрд рублей, или на 4,5 %, превышает поступление 2021 года.

Число медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ ОМС, с 2021 года сократилось на 279 единиц, или на 3,0 %, и по состоянию на 1 октября 2023 года составило 8 921 единицу.

8.2. В структуре расходов медицинских организаций по средствам ОМС основную долю занимают затраты на оплату труда, которые в среднем за три года составляют 64,2 %, затраты на лекарственное обеспечение и перевязочные средства – 16,6 %, оплату работ и услуг – 9,2 %.

При этом между субъектами Российской Федерации наблюдаются существенные диспропорции в структуре затрат на ОМС. Например, по оплате труда – от 78,4 % в Чукотском автономном округе до 52,7 % в Чеченской Республике, по оплате работ и услуг – от 15,3 % в Кировской области до 4,8 % в Астраханской области.

Это в том числе может быть связано с социально-экономическими и климатогеографическими особенностями субъектов Российской Федерации.

8.3. Просроченная кредиторская задолженность государственных медицинских организаций, участвующих в ОМС, с 2021 по 2022 год увеличилась на 16,4 % и составила 15,4 млрд рублей, что превышает темп роста субвенции за аналогичный период на 8,3 процентных пункта.

В то же время в отдельных субъектах Российской Федерации наблюдается значительный объем остатков неиспользованных средств субвенции на ОМС при наличии просроченной кредиторской задолженности.

Это может свидетельствовать о неэффективной работе комиссий по разработке территориальных программ ОМС в части распределения и перераспределения в течение отчетного финансового года объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями.

8.4. Эффективность использования средств ОМС характеризуется достигнутыми результатами оказания медицинской помощи, экономностью затрат.

Показатели результативности деятельности, увязанные с объемами финансового обеспечения, установлены приказом Минздрава России²² для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

22. Приказ Минздрава России от 10 февраля 2023 г. № 44н.

Для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара, показатели результативности деятельности, увязанные со способами оплаты медицинской помощи, не установлены. В то же время на данный вид медицинской помощи направляется большая часть средств ОМС (58,4 %).

Вместе с тем поиск возможных индикаторов результативности деятельности круглосуточных и дневных стационаров с целью повышения их финансовой мотивации может являться предметом анализа.

8.5. Показатель удовлетворенности населения медицинской помощью²³ был установлен с 2022 года в рамках ФП «Модернизация первичного звена». Кроме того, в программе государственных гарантий предусмотрен аналогичный показатель по удовлетворенности населения доступностью медицинской помощи. Вместе с тем анализ показателя удовлетворенности позволил установить, что фактические значения данного показателя, агрегируемого в рамках программы государственных гарантий и ФП «Модернизация первичного звена», значительно расходятся между собой.

Это свидетельствует о необходимости синхронизации и уточнения методик расчета показателя по удовлетворенности граждан доступностью медицинской помощи.

8.6. Отчетность о поступлении и расходовании средств ОМС не содержит достоверных данных об объемах финансового обеспечения, направленного в медицинские организации в качестве выплат вознаграждений за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.

Так, анализ отчета по форме 14-Ф за 2021–2023 годы показал, что только три субъекта Российской Федерации (Калининградская область, Республика Саха (Якутия), Нижегородская область) в разные годы указывали объем средств, направленных в медицинские организации в качестве вознаграждения за достижение результатов основной деятельности.

Вместе с тем выборочный анализ тарифных соглашений по ОМС показал, что в подавляющем большинстве регионов в указанный период применялся способ оплаты оказанной медицинской помощи, учитывающий достижение установленных показателей результативности деятельности.

8.7. Расходы на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями составляют ежегодно около 300,0 млрд рублей, или 13,0 % всех средств ОМС, направляемых в медицинские организации на оплату оказанной медицинской помощи.

23. Оценка общественного мнения по удовлетворенности медицинской помощью за 2022 год фактически составила 41,4 %.

Основная доля расходов на оказание медицинской помощи по профилю «онкология» приходится на противоопухолевую лекарственную терапию – 73,2 %.

Данный профиль медицинской помощи является наиболее затратоемким, и в этой связи оценка результативности деятельности онкологических медицинских организаций является приоритетом для повышения эффективности расходования средств ОМС.

8.8. Установлены факты, которые могут свидетельствовать о необходимости повышения эффективности расходования средств ОМС по различным направлениям деятельности.

8.8.1. Основная доля расходов медицинских организаций приходится на оплату труда работников как непосредственно связанных с оказанием медицинских услуг, так и не связанных с оказанием медицинских услуг, но необходимых для обеспечения деятельности медицинских организаций.

При этом анализ численности работников медицинских организаций свидетельствует о существенной доле АУП в общей численности работников. Так, в целом по Российской Федерации доля АУП составляет: в 2021 году – 31,5 %, в 2022 году – 31,9 %, за 9 месяцев 2023 года – 31,9 %. В то же время в отдельных регионах данный показатель значительно выше среднероссийского (36 субъектов).

Это свидетельствует о значительном количестве вспомогательных процессов и процедур, обеспечение которых возложено на АУП. При этом отсутствует соответствующая оценка обоснованности выполняемых процессов. Вместе с тем проведение указанной оценки может способствовать повышению экономности расходования средств ОМС.

8.8.2. В целом по Российской Федерации укомплектованность штатных должностей составляет в 2021 году 84,6 %, в 2022 году – 85,1 %. Коэффициент совместительства по Российской Федерации по итогам 2021–2022 годов составил 1,2.

Анализ достижения показателей доступности и качества медицинской помощи показал, что в регионах с повышенным коэффициентом совместительства целевые значения показателей в основном не достигаются.

Кроме того, доступность медицинской помощи не может быть существенно увеличена за счет совместительства должностей. Анализ финансирования базовой программы ОМС показал, что при высоком коэффициенте совместительства субъект Российской Федерации вынужден направлять значительные средства субвенции для оплаты медицинской помощи, оказанной на территории других субъектов Российской Федерации.

8.8.3. Одним из источников для приобретения медицинского оборудования являются средства НСЗ ТФОМС.

В 2021–2022 годах фактическое исполнение расходов НСЗ ТФОМС на приобретение медицинского оборудования не превышало 62 % предусмотренного финансирования. При этом отдельным медицинским организациям доводилось от 50 до 100 % объема выделенных средств.

Таким образом, несоблюдение принципа экономности в условиях непрозрачности принимаемых решений по распределению средств НСЗ ТФОМС между медицинскими организациями на приобретение медицинского оборудования создает вероятность предоставления преференций отдельным медицинским организациям.

8.8.4. По данным Росздравнадзора за 9 месяцев 2023 года, в 21 субъекте Российской Федерации выявлены факты простоя медицинского оборудования, при этом 50 % простаиваемого медицинского оборудования – томографы рентгеновские компьютерные. Также наблюдаются факты неэффективного использования медицинского оборудования и его низкой загрузки. Например, в Еврейской автономной области в 2021 и 2022 годах количество исследований с применением ангиографа (на одном аппарате в сутки) составляет одно исследование, в Чукотском автономном округе в 2021 и 2022 годах количество исследований с применением маммографа (на одном аппарате в сутки) также составляет одно исследование.

В отсутствие анализа причин низкой загрузки оборудования, а также механизма принятия решений по устранению данных причин возникает вероятность недостаточно эффективного использования медицинского оборудования.

8.8.5. Выборочный анализ затрат по лекарственным препаратам на один случай лечения, проведенный на основании статистических данных форм 14-Ф, 14-МЕД и № 62, показал дифференциацию расходов на медикаменты между субъектами Российской Федерации.

При этом в ряде районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностях стоимость лекарственных препаратов в 2022 году превышала среднюю стоимость по Российской Федерации (14,7 тыс. рублей): Республика Карелия – 21,8 тыс. рублей, Архангельская область – 22,0 тыс. рублей.

В то же время выявлены сопоставимые субъекты Российской Федерации, затрачивающие значительно меньшие средства на один случай лечения.

8.8.6. Расходы на содержание зданий медицинских организаций в 2022 году составили 218,0 млрд рублей, или 8,5 % от объема средств ОМС, израсходованных медицинскими организациями за отчетный период.

По итогам 2022 года медицинские организации размещались в 118,0 тыс. зданий общей площадью 95 493,3 тыс. кв. м.

Анализ использования зданий медицинскими учреждениями по отношению к численности граждан, застрахованных по ОМС, показал значительную дифференциацию по количеству площадей зданий как по Российской Федерации, так и между сопоставимыми субъектами Российской Федерации.

В регионах с высокими показателями соотношения площади зданий медицинских организаций к застрахованным лицам доля расходов на содержание также выше, что свидетельствует о наличии резервов по повышению эффективности использования средств ОМС.

8.9. В медицинских организациях за период с 2021 по 2022 год наблюдается снижение уровня финансовой дисциплины в связи с ростом нецелевого использования средств на 22,7 % (2,9 млрд рублей), установленного по результатам проверок территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Нормативными правовыми актами, регулирующими проведение ТФОМС проверок финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций, не предусмотрено проведение анализа причин выявляемых нарушений и формирование предложений по повышению эффективности расходования средств ОМС.

Изменение подходов к проводимым проверкам финансово-хозяйственной деятельности, направленное на повышение эффективности расходов медицинских организаций, позволит укрепить финансовую дисциплину и повысить экономность использования средств ОМС в медицинских организациях.

Мнения



Елена Перминова

председатель Комитета Совета Федерации
по социальной политике

Субвенция из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования является основным источником финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) на территориях субъектов Российской Федерации. Изначально в 2012 году ее размер составлял 611 млрд рублей, к 2024 году он увеличился в пять раз и составил 3 120,2 млрд рублей. Казалось бы, пятикратное увеличение должно гарантировать финансовое наполнение системы ОМС, бесперебойность и качество оказания медицинской помощи, но в ряде субъектов Российской Федерации наблюдается крайне неблагоприятная ситуация с финансированием территориальных программ ОМС. Вместе с увеличением размера субвенции на ОМС отмечается рост просроченной кредиторской задолженности медицинских организаций, а в отдельных случаях есть решения налоговых органов и исполнительные документы по судебным решениям, на основании которых приостанавливаются операции по лицевым счетам медицинских организаций, а значит, парализуется работа медицинской организации, что в конечном итоге негативно отражается на возможности оказания медицинской помощи населению.

В этой связи вопрос эффективного использования средств является ключевым для принятия дальнейших решений по совершенствованию системы ОМС.

Проводимое Счетной палатой в 20 субъектах Российской Федерации экспертно-аналитическое мероприятие по аудиту использования средств ОМС позволит оценить результативность расходов медицинских организаций. Но уже в отчете о промежуточных результатах мероприятия сделаны выводы о неэкономном расходовании средств ОМС по различным направлениям деятельности медицинских организаций.

В структуре расходов медицинских организаций за счет средств ОМС основную долю в среднем занимают затраты на оплату труда – 64,2 %. Затраты на лекарственное обеспечение составляют 16,6 %, а на оплату прочих работ и услуг – 9,2 %. Вместе с тем структура расходов существенно различается в зависимости от региона и типа медицинской организации. При этом, как показывает анализ Счетной палаты, существенные отличия в структуре расходов не всегда обусловлены объективными факторами, такими как географическое положение или плотность населения.

Совет Федерации ранее, работая над обращениями отдельных регионов, уже акцентировал внимание на необходимости повышения качества управления системой здравоохранения субъектов Российской Федерации и структурных диспропорциях

в штатных расписаниях медицинских организаций. Счетная палата в отчете также подтверждает высокую долю административно-управленческого персонала в общей численности работников медицинских организаций, отмечая при этом отсутствие соответствующей оценки обоснованности выполняемых процессов, которая может способствовать повышению экономности расходования средств ОМС по самой высокозатратной статье их использования.

В целом, исходя из опыта работы Комитета Совета Федерации по социальной политике, отмечу, что субъектами Российской Федерации действительно не везде проводится тщательный анализ финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций, а также не выявляются глубинные причины возникновения и роста просроченной кредиторской задолженности. По данным отчета Счетной палаты, просроченная кредиторская задолженность медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере ОМС, за период с 2021 года по 1 октября 2023 года увеличилась и составила: в 2021 году – 13,2 млрд рублей, в 2022 году – 15,4 млрд рублей, за 9 месяцев 2023 года – 25,6 млрд рублей. В большинстве обращений регионов факторами ее появления называются климатогеографические особенности местностей, низкая плотность населения, транспортная доступность и территориальная удаленность, которые, по их мнению, не в полной мере учитываются в методике распределения субвенций.

Безусловно, все эти показатели важны. Два года назад Совет Федерации инициировал работу по внесению изменений в методику распределения субвенций и совместно со Счетной палатой были выработаны предложения. В прошлом году изменения были поддержаны Правительством Российской Федерации и в методике применен новый коэффициент доступности медицинской помощи, который учитывает более равномерное ее распределение в зависимости от расселения населения на территории Российской Федерации. Эта работа будет продолжена.

Срок окончания экспертно-аналитического мероприятия – 30 июля 2024 года. Уверена, что результаты аудита позволят выработать новые совместные предложения по совершенствованию системы ОМС.



Бадма Башанкаев

председатель Комитета Государственной Думы
по охране здоровья

В сфере здравоохранения Счетная палата Российской Федерации рассмотрела несколько важнейших вопросов. Они касались формирования и реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа госгарантий), обеспечения граждан льготными лекарствами, причин кадрового дефицита, а также использования средств, выделенных Фонду «Круг добра» (Фонд поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями).

По многим принципиальным вопросам Комитет по охране здоровья в той или иной форме прежде уже высказывал свое мнение, обозначал позицию и формулировал предложения, поэтому выводов Счетной палаты мы ждали с интересом.

Одним из ключевых мероприятий Счетной палаты стал анализ формирования и финансового обеспечения программы госгарантий в 2021–2023 годах.

Что он показал? Сейчас порядок принятия программы госгарантий (после утверждения федерального бюджета и бюджета ФОМС) создает условия для формирования нормативов затрат под объемы финансового обеспечения.

То есть сначала утверждается бюджет, а потом под него разрабатывается программа.

На наш взгляд, дело должно обстоять иначе. Комитет не раз акцентировал внимание на том, что нужна синхронизация процессов утверждения федерального бюджета, бюджета ФОМС и программы госгарантий. Это даст возможность объективно распределять финансовую поддержку субъектам Российской Федерации для организации системы ОМС.

Важную информацию дала оценка доступности льготных лекарств при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях. Проверка показала, что в ряде регионов отдельные льготные категории граждан не включены в систему льготного лекарственного обеспечения. Кроме того, на бюджеты субъектов Российской Федерации ложится дополнительная нагрузка в связи с федеральными льготниками.

Не менее значимым было контрольное мероприятие Счетной палаты, связанное с аудитом использования средств федерального бюджета, выделенных в 2021–2022 годах Фонду «Круг добра». Эксперты пришли к выводу, что эффективность использования средств, выделенных на обеспечение детей с орфанными заболеваниями лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, следует повысить.

Еще одним важным мероприятием Счетной палаты, проведенным по поручению Государственной Думы в 2023 году, был анализ причин кадрового дефицита в сфере здравоохранения.

Также состоялась проверка использования средств, выделенных в 2020–2021 годах на финансовое обеспечение программ ОМС в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (окончательные итоги будут подведены в июле 2024 года).

Анализ формирования доходов за счет средств ОМС показал, что у отдельных медицинских организаций образовалась кредиторская задолженность, не связанная с эпидемиологической ситуацией.

Один из факторов ее образования – качество финансового менеджмента. Наш Комитет указывал на это неоднократно. В постановление Государственной Думы от 17 ноября 2023 г. № 5162-8 ГД «О Федеральном законе «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» по нашей инициативе включена рекомендация Минздраву России. Ее суть – провести в регионах совместно с ФОМС работу, которая помогла бы повысить качество управления финансовыми ресурсами в системе ОМС. Цель – ликвидация просроченной кредиторской задолженности медицинских организаций.

По каждому из мероприятий 2023 года Счетной палатой были сформулированы четкие предложения, которые направлены в Правительство Российской Федерации.

На наш взгляд, в 2024 году целесообразно провести:

- аудит отдельных вопросов в области обращения лекарственных препаратов, закупка которых осуществляется за счет бюджетных средств, включая государственную регистрацию, регулирование цен и эффективность расходования средств на их приобретение;
- аудит использования средств ОМС при осуществлении медицинскими организациями своей деятельности.

Также необходим анализ доступности медицинской реабилитации для пациентов, перенесших инфаркт или инсульт.



Александр Моор

Губернатор Тюменской области

Развитие здравоохранения – один из постоянных приоритетов политики Тюменской области. Эта сфера обеспечивает решение первостепенных задач – сохранение жизни и здоровья людей, снижение смертности. Эффективность работы системы складывается из нескольких взаимозависимых составляющих, важнейшая из которых – кадровый потенциал отрасли.

На сегодня укомплектованность врачами в регионе составляет 99,1 %, а средним медицинским персоналом – 99,4 %. Это превышает общероссийские данные. Как показал анализ Счетной палаты, в Тюменской области один из самых низких по стране коэффициент совместительства среди врачей. Свой вклад в достижение такого результата вносят Тюменский государственный медицинский университет, а также различные меры поддержки медицинского персонала, в том числе адресные выплаты.

Благодаря национальному проекту «Здравоохранение» появилось больше возможностей для привлечения молодежи в медицину. При этом механизм целевого набора позволил избежать оттока выпускников из районов в областную столицу.

В области активно развивается профориентационная деятельность, открыто 12 медицинских классов. Мы продолжим практику их создания во всех муниципальных образованиях.

Особую поддержку сохранения и развития кадрового потенциала на селе оказывают программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер». За прошедшие пять лет в наши сельские территории приехали 187 врачей и 137 медицинских работников среднего звена.

Современная медицина – одна из технологичных отраслей, и оснащенность здравоохранения во многом определяет возможности конкретного специалиста в оказании медпомощи, а также напрямую влияет на эффективность работы отрасли. Поэтому в Тюменской области постоянно обновляется материально-техническая база медицинских организаций. Мы покупаем самое современное диагностическое оборудование, в основном российского производства. Особое внимание, конечно же, уделяем первичному звену медицины. Заменяем устаревшее оборудование, устанавливаем новое там, где его раньше не было. На данный момент парк «тяжелого» оборудования насчитывает 37 компьютерных томографов, 10 аппаратов магнитно-резонансной томографии и 333 рентгенологические установки. Все они работают в постоянном режиме, повышают точность диагностики.

Данные отчета Счетной палаты свидетельствуют о том, что в Тюменской области показатель по количеству исследований с применением компьютерного томографа

(на одном аппарате в сутки) выше среднероссийского. На одном аппарате КТ проходит 37,5 исследования в сутки, а очередность не превышает 14 дней.

В регионе реализуются масштабные проекты и программы, в числе которых и нацпроект «Здравоохранение». Они создают совершенно новые условия для работы медиков и расширения их профессиональных возможностей. Но самое главное, все они помогают в решении основной задачи – укреплении здоровья граждан и повышении доступности и качества оказания медицинской помощи для каждого жителя области.



Владимир Катренко

заместитель Председателя ПАО «Промсвязьбанк»,
с 2007 по 2018 год – аудитор Счетной палаты
Российской Федерации

В представленном отчете Счетная палата рассматривает одно из важнейших направлений, которому со стороны государства уделяется особое внимание¹, – эффективность и качество реализации базовой программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Актуальность вопросов, освещаемых в отчете, трудно переоценить. Охрана здоровья граждан, сбережение народа России и развитие человеческого потенциала являются приоритетами внутренней политики нашего государства и рассматриваются в качестве задач, обеспечивающих достижение целей государственной политики в сфере национальной безопасности², а снижение качества человеческого потенциала вследствие снижения качества и доступности медицинской помощи отнесено к основным угрозам экономической безопасности Российской Федерации³ в среднесрочной перспективе.

В отчете отражены результаты комплексной экспертно-аналитической работы по оценке эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), которые сегодня являются основным источником финансирования для большинства медицинских организаций, участвующих в оказании бесплатной медицинской помощи населению, по основным статьям затрат в структуре расходов средств ОМС в увязке с основными статистическими показателями деятельности системы здравоохранения.

Системный подход и детальная экспертиза показателей, в том числе характеризующих финансовую дисциплину и обоснованность при расходовании средств ОМС, укомплектованность штата и диспропорцию в соотношении основного и вспомогательного персонала медицинских организаций, интенсивности использования медицинского оборудования, доступности и качества медицинской помощи, а также удовлетворенности населения оказываемыми медицинскими услугами, достигнутых регионами Российской Федерации с учетом их географических

1. В настоящее время реализуется национальный проект «Здравоохранение». Паспорт проекта утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24 декабря 2018 г. № 16), реализация проекта запланирована в период с 2019 по 2024 год включительно.
2. Согласно подпунктам 5, 6 пункта 33 Стратегии национальной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 2 июля 2021 г. № 400.
3. Согласно подпункту 21 пункта 12 Стратегии экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 13 мая 2017 г. № 208.

особенностей и плотности заселения в сравнении с усредненными показателями по стране, позволяет определить наиболее успешные практики реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и точки роста эффективности даже на уровне отдельных субъектов Российской Федерации.

Особое значение в целях повышения эффективности расходования средств ОМС имеют отмеченные в отчете недостатки организации контрольных процедур со стороны территориальных фондов ОМС в отношении финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций, устранение которых в конечном итоге положительно скажется на сбалансированности системы здравоохранения Российской Федерации и достижении целей государственной политики в области охраны здоровья населения.



Лариса Попович

директор Института экономики здравоохранения

Система обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), существующая в Российской Федерации с 1993 года, имела целью обеспечить равные права граждан на получение бесплатной медицинской помощи. За эти годы происходили различные трансформации порядка финансирования работы медицинских организаций. Однако неизменным остается принцип распределения объемов предоставления и финансирования медицинской помощи между организациями амбулаторного звена, который реализуется решениями комиссии по разработке территориальных программ ОМС.

От того, насколько эффективной будет работа этих комиссий, зависит устойчивость функционирования медицинской сети в регионе. Возникающая кредиторская задолженность в отдельных организациях во многом связана не столько с недостатком финансирования здравоохранения, сколько с ошибочным планированием объемов или несвоевременным перераспределением финансового обеспечения. В итоге возникают ситуации, когда лечебно-профилактическое учреждение вынуждено выбирать между необходимостью отказа в медицинской помощи пациенту или риском неоплаты счета за уже оказанную помощь при превышении выделенных лимитов. Многочисленные судебные решения говорят о сложности этой проблемы. Поэтому очень важно, что Счетная палата уделила особое внимание наличию просроченной кредиторской задолженности медицинских организаций.

При этом в отчете Счетной палаты проведено сопоставление объемов просроченной задолженности с величиной остатков неиспользованных субвенций. Результаты показали, что размер просроченной кредиторской задолженности за счет средств ОМС значительно ниже остатков неиспользованных субвенций. Учитывая большое число субъектов, где наблюдается такая несбалансированность финансового обеспечения государственных гарантий, необходимо обратить более пристальное внимание исполнительных органов власти регионов к работе территориальных комиссий в системе ОМС. Однако, учитывая нарастающие объемы кредиторской задолженности и постоянно возникающие сообщения о ее наличии в значительном числе субъектов, выявленные Счетной палатой проблемы имеют и более глубокие корни – они свидетельствуют о необходимости пересмотра архаичной системы распределения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями и поиску более эффективного способа компенсации их затрат. Решения здесь могут быть разными, в том числе в цифровую эпоху, и требуют специального рассмотрения.

Очень серьезная проблема выявлена Счетной палатой в части реализации равных прав граждан на эффективную терапию при заболеваниях, в первую очередь затратно-емких и социально значимых. При отмечаемом существенном росте выделяемых финансовых средств и нескольких сотнях разработанных схем противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного и дневного стационара вызывает удивление крайне скудное использование этих схем лечения в значительном числе регионов. Деликатность заключения Счетной палаты относительно причин такой ситуации понятна, однако, как представляется, проблема все же требует более глубокого анализа и при необходимости – более радикальных мер по повышению квалификации медицинского персонала. Россияне должны иметь возможность получать самую современную терапию независимо от места проживания. И государство очень многое для этого делает. Нельзя допускать дискредитацию его усилий из-за тех или иных просчетов в кадровой политике на местах.

Это тем более важно, если принять во внимание еще один выявленный Счетной палатой аспект: отсутствие или незначительно число проводимых молекулярно-генетических исследований (далее – МГИ) в целях выявления онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии. А ведь именно МГИ могут быть существенным источником повышения эффективности лекарственной терапии и обеспечивать более таргетную, а значит, и менее затратно-емкую, безопасную и персонализированную терапию. Безусловно, вывод Счетной палаты о том, что причиной этой ситуации может быть отсутствие в медицинских организациях необходимого оснащения, справедлив. Однако необходимо провести более глубокий анализ и иных причин, мешающих внедрению современных подходов к эффективной борьбе с онкологическими и иными заболеваниями, требующими современных генетических исследований и методов терапии. Благодаря отчету Счетной палаты были выявлены барьеры для внедрения инновационных технологий, и дальнейшая работа в этом направлении представляется крайне важной и актуальной задачей, особенно с учетом разработки новых национальных проектов в сфере технологического суверенитета страны.

Конечно, не менее значимы и другие выявленные Счетной палатой недостатки системы ОМС. Это прежде всего крайне неоднородные показатели средней стоимости закупки лекарственных препаратов и перевязочных средств в различных субъектах Российской Федерации. Обоснованность таких отличий все же нуждается в отдельном более глубоком анализе с учетом самых разных аспектов – от административно-организационных особенностей работы медицинских организаций до клинико-эпидемических показателей региона. Такой анализ позволит выявить резервы повышения эффективности расходования бюджетных средств и, возможно, повысить удовлетворенность населения оказываемой помощью.

Диспропорции в оплате труда, на которые обращает внимание Счетная палата, также должны стать предметом более пристального анализа органов власти. Необходимо ликвидировать те значительные перекосы в структуре фонда оплаты труда, на которые

обращается внимание в отчете. Кроме того, представляется, что отмеченные нарушения в системе финансовой отчетности являются руководством к действию для региональных органов управления здравоохранением, а обнаруженное отсутствие синхронизации в ряде показателей и критериев эффективности медицинской помощи может стать важным сигналом для Министерства здравоохранения Российской Федерации и привести к улучшению нормативных документов.

В целом отчет затрагивает значительное число «болевых точек» системы ОМС и является отличной основой для начала трансформации российской медицины, повышения ее инновационного потенциала и результативности для граждан, а также эффективности в части расходования тех значительных и постоянно растущих объемов финансирования, которые государство вкладывает в общественное здравоохранение.



Нинель Хан

эксперт Президентской академии,
кандидат экономических наук, доцент

Экспертно-аналитическое мероприятие, проведенное Счетной палатой, выполнено на обширном статистическом материале и позволяет сформулировать гипотезы, которые еще ожидают своих исследователей. Сделанные выводы обоснованы исходными данными и существенны. Отмеченные остатки неиспользованных средств субвенции на обязательное медицинское страхование (далее также – ОМС) при наличии просроченной кредиторской задолженности, возможно, указывают на недостаточную проработанность программ ОМС территориальными комиссиями.

Интересен вывод о «необходимости синхронизации и уточнения методик расчета показателя удовлетворенности граждан доступностью медицинской помощи». Критика отчетных показателей и суммовых значений совершенно справедлива. Современные возможности обработки больших данных позволяют не использовать вторичные показатели. На основе «сырых» параметров, взятых у источника, можно конструировать модели, используемые для оценки рисков и планирования изменений норм и правил.

Ценность отчета состоит в верификации исходных данных и формулировании гипотез. Сгруппируем гипотезы в три направления возможных решений. Первое – деятельность общественных институтов, установление межотраслевых, межсекторальных правил взаимодействия. Второе – это отраслевой подход, связь клинических рекомендаций с приоритизацией финансирования (эффективность здравоохранения). В третьем, отражающем территориальный подход, собраны гипотезы о готовности медицинских организаций (далее – МО) действовать эффективно.

Результаты деятельности МО в отчете представлены косвенными показателями (например, кредиторская задолженность). Прямые показатели появляются при анализе мониторинга по профилю «онкология» или «сердечно-сосудистые заболевания». Гипотеза о различиях в дифференциации по количеству применяемых схем лечения показывает, что оценка результата может быть только в конкретном случае, когда врач и пациент встречаются в определенных социально-экономических условиях.

Согласно нормативным ролям условия должна оценить страховая медицинская организация (далее – СМО), определив инцидент как страховой случай, который требует вовлечения в деятельность должной МО (имеющей лицензию, ресурсы, соответствующий персонал и т. д.). В сложившейся практике маршрутизацию пациент определяет себе сам, а иногда в этом участвует участковый терапевт, врач по профилю или главный врач МО.

Во-первых, региональные приказы по маршрутизации пациентов не являются обязательными для СМО, скорее они определены как корпоративные документы для государственных МО. Во-вторых, СМО получают информацию по факту расходования средств, не проектируют маршрут с пациентом. Таким образом, использованные средства ОМС нельзя признать выплатами по страховому случаю. Под видом страхования реализовано бюджетное финансирование государственных МО, СМО не управляет рисками пациента.

В настоящее время существует множественность источников финансирования в сфере здравоохранения: ОМС, добровольное медицинское страхование, квоты на высокотехнологическую медицинскую помощь, программы по профилактике, личные средства граждан. Все они не гармонизированы. Признание солидарности в источниках финансирования позволило бы реализовать софинансирование при выборе степени комфорта или уровня медицинской технологии (далее – МТ). Солидарность сейчас осуществляется либо как платная услуга, либо нелегально. Любое принуждение принимается участниками процесса как искажение ценностей.

Авторами отчета отмечена измеримость результативности (степень достижения цели), например оценка первичной медико-санитарной помощи при наличии прикрепленного населения или качества лечения заболевания по профилю «онкология». При отсутствии параметров результата можно комментировать только экономность (умеренность расходов). Значит, для оценки эффективности необходимы измеряемые, объективированные параметры состояния пациента и его движения.

В системе здравоохранения по большинству профилей определены центры компетенций – национальные медицинские информационные центры (далее – НМИЦ). Они активно участвуют в создании клинических рекомендаций, проводят экспертизу статистической информации по профилю. Ресурсная обеспеченность является важнейшим фактором качества реализации МТ, поэтому логично было оценить наполняемость тарифа и законченность случаев. В отчете это показано на примере профиля «онкология» и «сердечно-сосудистые заболевания».

Для оценки доступности и качества медицинской помощи по профилю специалистам НМИЦ понадобится описать концепт здоровья и тем самым связать факторы риска с этиологией заболевания. Авторами статьи «ЗДТ»-концепт как модель интеграции травматолого-ортопедической службы в приоритетные направления развития и национальные проекты Российской Федерации»¹ представлена модель оказания медицинской помощи по профилю «травматология-ортопедия». Главной целью педиатра на приеме или при диспансеризации всегда было выявление заболеваний. Травматологи, периодически участвующие в диспансеризации, выявляют заболевания из детства (Д1). Команды детских врачей работают с рисками будущих заболеваний.

1. <https://cyberleninka.ru/article/n/3dt-kontsept-kak-model-integratsii-travmatologo-ortopedicheskoy-sluzhby-v-prioritetnye-napravleniya-razvitiya-i-natsionalnye>

Команды взрослых врачей уже наблюдают дегенеративные изменения (Д2), вместе с пациентом контролируют превышение нагрузок над потенциалом организма. Травма (Т) определяется как страховой случай, а Д1 и Д2 – как возможные жизненные ситуации и только частично как страховой случай, если исходить из смысла, что наступление инцидента можно предупредить разумными способами.

Финансирование жизненных ситуаций пациентов с дегенеративными изменениями, например профилактика заболеваний, реализуется в рамках программы «Активное долголетие» и не представлено как страховой случай. Одновременно пациенты находятся на диспансерном наблюдении, при этом участковый врач может и не знать, кто и где ведет программу в городе. Какие средства должны быть использованы для достижения результата – пенсионного фонда, обязательного медицинского страхования или личные средства граждан? Большинство источников являются социальными фондами и влияют на доходы и расходы домохозяйства, рабочие места в регионе, а в итоге – на качество жизни граждан в стране. При наличии информации о ситуативных целях потребителя (пациента, гражданина) возможно построить поведенческие модели, которые, по оценке специалистов, являются сегодня самым значительным фактором здоровья и желаемого результата эффективного использования средств ОМС.

Целевое использование средств ОМС обеспечивается СМО, которые проверяют выставляемые счета и не возмещают расходы МО при сомнениях в целесообразности и относимости. Не предусмотренные ОМС расходы МО покрываются иными источниками. Авторы отчета сформулировали гипотезы неэффективности деятельности МО: снижение финансовой дисциплины, растущая доля немедицинского персонала, необоснованные отклонения в оснащении МО, высокий уровень совместительства медицинского персонала.

Главные врачи умело «жонглируют» источниками финансирования МО, и если бы авторы отчета смогли изучить направления расходования доходов от платных услуг, то увидели бы реальное положение дел в МО. Государственные медицинские организации часто не самостоятельны в принятии управленческих решений. Мы видим такие признаки корпоративности, как централизованные бухгалтерии, единые закупки и склады материального обеспечения, утверждение штатного расписания и другие. Корпорации конкурируют с частными, ведомственными медицинскими организациями на рынке услуг и кадров.

Действуя как регуляторы на рынке медицинских услуг, руководители региональных систем здравоохранения избегают конфликта интересов. Государственные организации являются по многим услугам монополистами, цены на их услуги ограничиваются, а в части управления медицинским персоналом регулирование затруднено. Дисбалансы, дефициты и профициты медицинского персонала по разным профилям в регионах являются хроническими.

Региональные рынки медицинских услуг и рынки труда медицинского персонала конкурентны в крупных городах и неконкурентны в малых городах и малонаселенных территориях. Управление средствами ОМС требует оценки конкуренции на рынке медицинских услуг и кадров.

Ценность проведенного аудита заключается в фиксации фактов использования средств обязательного медицинского страхования в 2021–2023 годах. Предложенные сравнения данных, выборка ситуаций позволяют оценить эффективность использования средств, приобретения нефинансовых активов.

В отчете о результатах экспертно-аналитического мероприятия подняты важные вопросы как практического, так и онтологического характера. Факт участия контрольно-счетных палат двадцати регионов позволяет надеяться, что предложенная методика аудита использована для изменения в субъектах правовых норм в сфере здравоохранения. А настоящий бюллетень даст почву для научных исследований в сфере общественного здоровья, поиска лучших решений качества жизни в России.



Константин Смирнов

руководитель Аналитического департамента
в социальной сфере Исполкома Народного фронта

Выявленные Счетной палатой проблемы носят системный характер, и их решение может потребовать кардинальной реновации всей отечественной системы здравоохранения. Так, чрезмерно высокая доля административного персонала и чрезвычайно малая доля врачей в медицинских организациях делают такие организации патологически убыточными, так как в медицинской организации зарабатывает деньги в основном только врач. Более того, выявленное Счетной палатой соотношение долей врачей и административного персонала говорит о существенном перераспределении потенциального дохода врачей в пользу иных сотрудников медицинских организаций, не имеющих прямого отношения к медицинской деятельности. Важно отметить, что сложившаяся практика является не просто пагубной, но несет высокие риски для существования всей системы здравоохранения в целом и должна быть прекращена в кратчайшие сроки, так как ведет к вымыванию медицинских кадров из государственной системы здравоохранения из-за низкого уровня оплаты труда по причине нерационального распределения доходов медицинской организации от оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

Так, с 27 апреля по 2 июня 2023 года в рамках Комплексного мониторинга здравоохранения проходило анкетирование медицинских работников, которое охватило около 20,3 тыс. респондентов из всех 89 регионов Российской Федерации, включая 5,5 тыс. врачей, 13,5 тыс. работников среднего медицинского персонала, 1,3 тыс. – младшего медицинского персонала. В ходе опроса 41 % медицинских работников сообщили, что не удовлетворены содержанием и условиями своей работы, чаще всего указывая размер заработной платы (70 %) и нагрузку – большое количество пациентов и смен (39 %). Также в ходе мониторинга респондентам из числа врачей задавался вопрос о соответствии их заработной платы показателям, установленным «майскими указами» Президента Российской Федерации (удвоенной средней заработной плате по региону). Ответы респондентов взвешивались в разрезе регионов. В результате были получены следующие данные: 41 % врачей получают менее 100 % от средней заработной платы по региону; 51 % врачей получают от 100 % до 200 % от средней заработной платы по региону; 8 % врачей получают более 200 % от средней заработной платы по региону.



Валентина Цыцова

заместитель председателя комиссии ОП РФ
по здравоохранению

Средства обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) – основной источник финансирования бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации, обеспечивающий финансовую устойчивость системы здравоохранения в целом и большинства медицинских организаций в частности. Поэтому эффективное использование средств ОМС является важнейшим инструментом обеспечения качества и доступности медицинской помощи для населения.

В настоящее время показатели результативности использования средств ОМС установлены соответствующим приказом Минздрава России для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население (для поликлиник). Для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, такие критерии отсутствуют, хотя на эти медицинские организации приходится основная доля расходования средств ОМС.

При этом существуют проблемы в организации работы по предоставлению отчетности о поступлении и расходовании средств ОМС, направленных в поликлиники на выплату вознаграждений за результативность работы, что не позволяет сделать корректные выводы о влиянии данного фактора в качестве мотивационного для выполнения целевых значений доступности и качества медицинской помощи.

Требуется изменение подходов к проводимым территориальными фондами ОМС (далее – ТФОМС) проверкам финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций. В анализируемом периоде по результатам проверок ТФОМС выявлен рост нецелевого использования средств, полученных медицинскими организациями на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС. Нормативными правовыми актами для ТФОМС не предусмотрены анализ причин выявленных нарушений и формирование предложений по повышению эффективности использования средств ОМС. Наличие соответствующей нормативной базы будет способствовать укреплению финансовой дисциплины в медицинских организациях.

Среди признаков неэкономного расходования средств ОМС в анализируемом периоде некоторые имели место и ранее.

К ним прежде всего относятся:

- превышение средней доли административно-управленческого персонала ряда медицинских организаций над основным персоналом, оказывающим медицинскую помощь;

- простой дорогостоящего медицинского оборудования;
- закупка лекарственных препаратов и расходных материалов по необоснованно высоким ценам.

По вопросу приобретения оборудования из средств нормированного страхового запаса ТФОМС обращено внимание на повышение прозрачности принимаемых решений по распределению средств во избежание предоставления преференций отдельным медицинским организациям.

Счетная палата также обратила внимание на рост кредиторской задолженности медицинских организаций, работающих в сфере ОМС. По ее данным, в 2023 году размер кредиторской задолженности увеличился по сравнению с 2021 годом почти в два раза (на 93,9 %). При этом в 6,5 раза вырос объем остатков неиспользованных средств субвенций, предоставляемых из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС. Сделан вывод о целесообразности оценки эффективности деятельности комиссий по разработке территориальных программ ОМС, в функции которых входит распределение и перераспределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями.

Подчеркнуто важное значение укомплектованности медицинскими кадрами региона для эффективной работы медицинских организаций в сфере ОМС. В субъектах Российской Федерации с высоким уровнем совместительства наблюдается недостижение в 2022 году целевых значений показателей доступности и качества медицинской помощи, а также отток средств ОМС в другие регионы на возмещение средств ТФОМС по месту оказания медицинской помощи (межтерриториальные расчеты).

Отмечено, что в анализируемом периоде имеет место рост среднемесячной заработной платы по всем категориям работников.

В то же время указаны регионы, где уровень соотношения средней заработной платы по соответствующей категории работников не достигает значений, установленных Указом № 597.

Достижение целевых показателей по заработной плате является важнейшим фактором мотивации работников медицинской организации в повышении качества оказываемой медицинской помощи.

Важно, что дана оценка не только для страны в целом. На основе проведенного анализа каждый регион имеет возможность определить свое место в линейке эффективного использования средств ОМС, а также разработать конкретные механизмы его повышения.



Анатолий Домников

председатель Профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации

Основной целью Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации (далее – Профсоюз) является повышение уровня жизни работников медицинской организации, достижение справедливого и достойного уровня их оплаты труда, социальной и правовой защищенности.

Ознакомившись с представленным отчетом, хочется отметить профессиональный подход специалистов Счетной палаты к анализу фактического распределения финансового обеспечения средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), в том числе направленного на оплату труда работников.

Вывод Счетной палаты о достаточности финансовых средств ОМС, в особенности на фонд оплаты труда, подтверждается ежегодным ростом среднемесячной заработной платы медицинских работников.

При этом Профсоюз отмечает видимую диспропорцию в размерах заработной платы персонала одинаковой специальности в различных регионах. Необходимость решения указанной проблемы признана на всех уровнях государственной власти. В настоящее время для ее урегулирования разрабатываются единые подходы к установлению заработной платы медработников.

Несмотря на предоставление медицинским организациям средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала¹, сокращается численность физических лиц основного медицинского персонала, что отразилось в отчете Счетной палаты в части анализа штатной численности и физических лиц медицинского персонала в учреждениях.

Сокращение штатных должностей порой не влечет за собой снижение нагрузки на специалиста или укомплектование персоналом (физическими лицами), что еще раз указывает на необходимость проведения мероприятий в учреждениях для привлечения специалистов и ликвидации дефицита кадров.

Региональные организации профсоюзов неоднократно обращали внимание руководителей медицинских организаций на несоблюдение нормативов штатной численности, установленных порядками оказания медицинской помощи: показатели штатной численности медицинского персонала утверждались ниже рекомендуемых

1. Приказ Минздрава России от 22 февраля 2019 г. № 85н.

в связи с невозможностью укомплектовать должности физическими лицами. При этом, что также справедливо отмечено в отчете Счетной палаты, штат административно-управленческого персонала увеличивается, медицинская организация несет дополнительную финансовую нагрузку.

Обращает на себя внимание факт наличия существенных остатков субвенции бюджета Федерального фонда ОМС, отраженный в отчете. Добавлю, что также одними из видимых факторов формирования остатков финансовых средств являются невыполнение медицинскими организациями плановых объемов медицинской помощи, а также низкая стоимость фактического исполнения финансового обеспечения объемов медицинской помощи в учреждениях. При этом зачастую наличие кредиторской задолженности наблюдается именно в таких медицинских организациях.

В заключение хочется отметить, что в отчете Счетной палаты подробно описаны причины неэффективности расходования финансовых средств ОМС, представлены критические замечания, а также сделаны определенные выводы для выравнивания ситуации и улучшения работы.

Считаю необходимым рекомендовать руководителям медицинских организаций, органам государственного управления в сфере здравоохранения, а также непосредственно руководителям профсоюзов всех уровней учесть данный отчет в своей дальнейшей работе.



Дмитрий Кузнецов

вице-президент Всероссийского союза страховщиков

На протяжении последних десяти лет Счетная палата анализирует эффективность деятельности всей системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), включая отдельных ее участников. В рамках представленного отчета эффективность использования средств ОМС рассмотрена на уровне одного из основных участников системы – медицинских организаций, оказывающих застрахованным лицам бесплатную медицинскую помощь.

Счетной палатой проведен всесторонний качественный аудит деятельности таких медицинских организаций – от расходования средств на оплату труда работников до загруженности медицинского оборудования и использования имеющихся площадей.

В ходе анализа выявлены основные причины просроченной кредиторской задолженности медицинских организаций, связанные с отдельными недостатками при ведении финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций, в том числе при осуществлении закупок лекарственных препаратов, использовании средств на финансирование деятельности административно-управленческого персонала, а также в части своевременности оплаты договорных обязательств на приобретение товаров, работ, услуг.

Невозможно не согласиться с выводом Счетной палаты о необходимости установления показателей результативности для всех медицинских организаций, а не только для тех, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь.

Поднятый в отчете вопрос о недостатках деятельности комиссий по разработке территориальных программ ОМС в части распределения объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения по медицинским организациям напрямую связан с необходимостью возврата правовой нормы о таком распределении в отношении страховых медицинских организаций. Это позволит обеспечить наибольшее соответствие распределенных объемов медицинской помощи реальным потребностям застрахованных лиц и тем самым повысит финансовую устойчивость системы ОМС в целом.

Обращает на себя внимание проведенный Счетной палатой анализ фактической структуры затрат медицинских организаций: 64,2 % средств ОМС направляются на оплату труда работников, в то время как при распределении субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС данный показатель установлен в размере 70 %, что свидетельствует о диспропорции уже на этапе формирования потребности регионов в объеме средств субвенции.

Основные выводы и рекомендации Счетной палаты подтверждают высокую значимость проведенной проверки для достижения установленных целей и задач в сфере охраны здоровья граждан.



Дмитрий Муравьев

директор дирекции обязательного медицинского страхования
в г. Москве АО «МАКС-М»

Счетной палатой проведен глубокий аудит эффективности использования средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) при осуществлении деятельности медицинских организаций в 2021–2023 годах, являющихся основным источником финансирования бесплатной медицинской помощи. В целях комплексного изучения вопроса обоснованно сформулированы критерии аудита, отражающие эффективность использования средств ОМС на уровне медицинской организации и субъекта Российской Федерации.

По данным отчета, общий объем финансирования медицинских организаций за счет средств ОМС составил 5 161,5 млрд рублей за период с 2021 по 2022 год, в 2023 году предусмотрено финансирование в размере 2 746,9 млрд рублей.

Выявлены проблемы эффективного использования средств ОМС регионами, несовершенства методики оценки деятельности медицинских организаций в части использования показателей, отражающих результативность оказания медицинской помощи.

Обоснованным является предложение о разработке индикаторов результативности деятельности не только для медицинских организаций при подушевом финансировании первичной медико-санитарной помощи, но и при оказании специализированной помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров с целью комплексного анализа эффективности использования средств ОМС, а также мотивации и вознаграждения работников за результаты работы. При этом действующий порядок оценки достижения медицинскими организациями показателей результативности¹ и расчет мотивационных выплат требуют доработки.

По данным Счетной палаты², только в трех субъектах Российской Федерации отражались денежные поступления по статье «Выплаты вознаграждений за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи».

При этом стимулирующие выплаты в размере 10,8 млрд рублей направлены в 2 659 медицинских организаций в 82 субъектах Российской Федерации³.

-
1. Утвержден приказом Минздрава России от 10 февраля 2023 г. № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».
 2. Получены по результатам анализа формы статистического наблюдения 14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями».
 3. Данные отчета о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2022 году, утвержденного решением Правления ФОМС от 22 мая 2023 г.

Абсолютное большинство действующих показателей отражают охват населения профилактическими мероприятиями, но не конечные результаты работы первичного звена с прикрепленным населением, в том числе при управляемых заболеваниях у лиц трудоспособного возраста. Сбор информации осуществляется из разных источников, а рекомендуемые подходы к балльной оценке, сравнение достигнутых результатов с собственными за предыдущий период не позволяют оперативно и объективно оценить деятельность медицинских организаций.

По данным отчета, просроченная кредиторская задолженность с 2021 по 2022 год увеличилась на 16,4 % и составила 15,4 млрд рублей. При этом в отдельных субъектах Российской Федерации наблюдается значительный объем остатков неиспользованных средств субвенции на ОМС, что свидетельствует о неэффективной работе комиссий по разработке территориальных программ ОМС в части распределения и перераспределения в течение отчетного финансового года объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями.

Необходимо учесть, что вопросы оплаты труда работников, материально-технического и финансового обеспечения деятельности государственных учреждений субъекта Российской Федерации отнесены к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации по предметам совместного ведения, осуществляемым данными органами самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации⁴. Следовательно, такие причины возникновения просроченной кредиторской задолженности, как увеличение расходов на оплату труда работников, превышение коечного фонда медицинских организаций, необходимого для выполнения плановых объемов, невыполнение плановых объемов, свидетельствуют о недостаточности мер, принимаемых регионами по сохранению финансовой стабильности медицинских организаций, в том числе в части оперативной корректировки планов финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций. Можно полностью согласиться с выводами Счетной палаты по результатам проведенного аудита, что для усиления финансового контроля за деятельностью медицинских организаций необходимо прежде всего на региональном уровне расширить полномочия территориальных фондов ОМС, а также рассмотреть возможность привлечения страховых медицинских организаций при проверке финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций.

4. Статья 26.3 Федерального закона от 6 октября 1999 г. № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации».



Дмитрий Толстов

генеральный директор АО «СК «СОГАЗ-Мед»

Представленный отчет отражает системный подход Счетной палаты к аудиту использования средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) медицинскими организациями в 2021–2023 годах. Повышение эффективности использования ресурсов ОМС, являющееся целью данного исследования, – одна из важнейших задач системы ОМС.

Рациональное обеспечение системы здравоохранения необходимыми финансовыми ресурсами для оказания качественной и доступной медицинской помощи остается стратегической задачей государства, так как здоровье населения напрямую влияет на экономическое развитие.

Вместе с тем следует отметить, что введение ОМС в Российской Федерации и его поступательное развитие дало положительные результаты для здравоохранения, позволило выделить такие источники финансирования здравоохранения, как страховые взносы на ОМС работающих и неработающих граждан, и благодаря этому сделать размеры финансирования здравоохранения менее зависимыми от бюджетных возможностей.

Изменен принцип оплаты гарантированной медицинской помощи – теперь она зависит не от размеров коечного фонда и численности персонала, а от реальных объемов и качества оказанной медицинской помощи. В той или иной форме эти важнейшие тенденции нашли свое отражение в данном отчете.

Сегодня в системе ОМС оказывается более 90 % медицинской помощи, и эффективность использования ресурсов при этом имеет приоритетное значение для достижения качественных показателей здоровья населения, увеличения продолжительности жизни, сбережения народонаселения как основных задач реализации национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография».

В системе ОМС каждая медицинская организация должна уметь оценивать экономическую эффективность своей деятельности, достигая максимального эффекта в оказании медицинской помощи при контролируемых затратах.

В отчете Счетной палаты отмечается, что показатели результативности деятельности медицинских организаций устанавливаются только для первичного звена.

Для стационаров с круглосуточным и дневным пребыванием пациентов, на оплату медицинской помощи в которых направляется 58,4 % средств ОМС, показатели не установлены, что снижает их мотивацию к повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов.

В структуре расходов медицинских организаций за счет средств ОМС основную долю занимают затраты на оплату труда (64,2 %), при этом в отчете отмечены необоснованные расходы на персонал, обеспечивающий реализацию процессов, не связанных с оказанием медицинской помощи гражданам. Это свидетельствует о наличии избыточных административных функций и снижает эффективность использования ресурсов ОМС. Такая ситуация требует оптимизации административных расходов.

Органам управления здравоохранения субъектов Российской Федерации и руководству медорганизаций необходимо обратить внимание на наличие просроченной кредиторской задолженности в медицинских организациях. Такая задолженность должна быть подвергнута анализу и постоянному контролю.

В отчете обоснованно отмечена недостаточная прозрачность решений по распределению и корректировке объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения между медицинскими организациями. Зачастую принимаемые решения доводятся до медицинских организаций без необходимого обсуждения или обоснования. Органам управления здравоохранения субъектов Российской Федерации также необходимо обратить внимание на данный факт.

Дан подробный анализ реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», в связи с этим отмечено, что в 2022 году показатель активного выявления злокачественных новообразований в Российской Федерации составлял 24,5 % (в 2021 году – 24,1 %). С целью повышения эффективности проведения диспансеризации в полномочия страховых медицинских организаций с 2024 года включена обязанность проведения экспертного контроля в случае выявления у гражданина в течение одного года после прохождения диспансеризации заболевания, которое могло быть выявлено на диспансеризации. Такие меры, безусловно, должны повысить эффективность проводимых профилактических мероприятий.

Представленный в отчете анализ нагрузки на дорогостоящее оборудование по регионам, на наш взгляд, следует провести с использованием установленных норм времени на исследования – это даст более объективную картину эффективности его эксплуатации.

В отчете отмечается, что поиск возможных индикаторов результативности деятельности круглосуточных и дневных стационаров с целью повышения их финансовой мотивации может являться предметом анализа. Вместе с тем здравоохранение имеет большой опыт установления показателей результативности деятельности разных типов медицинских организаций.

Необходимо законодательно закрепить обязательность установления показателей результативности работы для круглосуточных и дневных стационаров с выплатой соответствующего вознаграждения, повысив тем самым мотивацию персонала к повышению качества оказания медицинской помощи.

В целом отчет содержит многогранный статистический анализ использования средств ОМС. Счетной палатой сделано справедливое заключение, что введение новых подходов к проводимым проверкам финансово-хозяйственной деятельности, направленных на повышение эффективности расходов медицинских организаций, позволит укрепить финансовую дисциплину и повысить рациональность использования средств ОМС в медицинских организациях.

Считаем, что итоги данного аудита необходимо использовать органам здравоохранения субъектов Российской Федерации для анализа и принятия соответствующих решений, с целью повышения эффективности использования ресурсов системы ОМС, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи.



Александр Трошин

директор по развитию «АльфаСтрахование-ОМС»

Задача эффективного использования ограниченных государственных средств в здравоохранении и системе ОМС сегодня особенно актуальна и напрямую влияет на качество лечения граждан и их удовлетворенность медицинской помощью.

Хотелось бы отметить следующие выводы отчета.

Существенная доля административно-управленческого персонала в общей численности работников свидетельствует о значительном количестве вспомогательных процессов и процедур, обеспечение которых возложено на данную категорию медицинского персонала. При этом отсутствует соответствующая оценка обоснованности выполняемых процессов. Вместе с тем ее проведение может способствовать повышению экономности расходования средств ОМС.

Высокий уровень коэффициента совместительства свидетельствует о недостатке врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а также о повышенной нагрузке на медицинский персонал. В субъектах Российской Федерации с высоким уровнем совместительства наблюдается недостижение в 2022 году целевых значений показателей доступности и качества медицинской помощи.

На фоне нехватки врачей оценка общественного мнения по удовлетворенности медицинской помощью за 2022 год фактически составила 41,4 %.

Период с 2021 по 2022 год в медицинских организациях характеризуется наличием остатков неиспользованной субвенции и одновременным ростом просроченной кредиторской задолженности медицинских организаций. При этом наблюдается снижение уровня финансовой дисциплины и рост нецелевого использования средств.

Выводы указывают на главные причины финансовых и кадровых затруднений медицинских организаций, негативно влияющие на качество и удовлетворенность населения медицинской помощью.

Также в отчете отмечено, что эффективность использования средств ОМС определяется достигнутыми результатами оказания медицинской помощи, экономностью затрат. При этом показатели результативности установлены только для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население. Оценка результативности медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь, в целях определения размера их финансового обеспечения не проводится.

Выявленная проблематика ставит вопрос об эффективности использования средств ОМС в системе в целом. Представляется актуальным более широко исследовать эту тему, имеющую государственное значение и оказывающую прямое влияние на качество медицинской помощи и удовлетворенность граждан. При этом необходимо учитывать лучшие мировые практики, не ограничиваясь рамками одних лишь медицинских организаций.



АНТОН УСТЮГОВ

заместитель генерального директора
ООО «Капитал Медицинское Страхование»,
председатель рабочей группы ВСС
по методологии экспертизы качества медицинской помощи
в системе ОМС, кандидат медицинских наук

Вопросы достаточности средств, направляемых государством на финансирование здравоохранения, их эффективного распределения и использования составляют предмет постоянных дискуссий на всех уровнях. В Российской Федерации действует бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения, при этом средства обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) являются основным источником оплаты медицинской помощи и составляют около 68 % в структуре государственных расходов на здравоохранение и более 80 % стоимости всей медицинской помощи. За последние пять лет расходы бюджета Федерального фонда ОМС (далее – ФФОМС) увеличились почти на 78 % – с 2 186,7 млн рублей в 2019 году до 3 885,8 млн рублей в 2024 году. Субвенции из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС на реализацию базовой программы ОМС на территориях субъектов Российской Федерации ежегодно увеличиваются, причем это происходит опережающими темпами по отношению к прогнозируемому росту потребительских цен и с учетом потребностей регионов в выполнении целевых показателей по заработной плате медицинских работников. Однако, по сообщениям исследователей в области организации здравоохранения, объем выделяемых средств не является достаточным и медицинские организации накапливают просроченную кредиторскую задолженность. На важность данной проблемы указывает поручение Президента Российской Федерации от 8 января 2020 г. № Пр-27, в пункте 6 которого высшим должностным лицам (руководителям высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации рекомендовано проанализировать причины образования просроченной кредиторской задолженности государственных и муниципальных медицинских организаций и разработать меры, направленные на недопущение такой задолженности в дальнейшем.

Таким образом, по нашему мнению, в рамках экспертно-аналитического мероприятия Счетной палатой Российской Федерации заявлена весьма актуальная цель – оценить эффективность использования средств ОМС при осуществлении деятельности медицинских организаций, то есть использования этих средств конечными получателями. При этом под эффективностью использования подразумевается как экономность, так и достижение заданных результатов.

Основные выводы промежуточных результатов экспертно-аналитического мероприятия демонстрируют высокую важность проведенного исследования.

Установлено, что в структуре расходов медицинских организаций за счет средств ОМС основную долю занимают затраты на оплату труда (64,2 %), что в целом соответствует ожиданиям, поскольку Методикой распределения субвенций¹ доля заработной платы предусмотрена в размере 70 %. При этом расходы на содержание медицинских зданий в 2022 году составили 8,5 % объема средств ОМС, израсходованных медицинскими организациями. Это вызывает дополнительный интерес, поскольку решение вопросов материально-технического и финансового обеспечения деятельности государственных учреждений субъекта Российской Федерации, в том числе вопросов оплаты труда работников, отнесено к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации, осуществляемым данными органами самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, а за счет средств ОМС указанные полномочия финансируются лишь дополнительно².

В отчете уделено внимание вопросам применения схем проведения противоопухолевой лекарственной терапии. Мы тоже отмечаем небольшое количество схем химиотерапии, применяемых в ряде регионов, и в целом поддерживаем выводы, что это может быть связано с низкой численностью населения в регионе, отсутствием необходимости в применении широкого спектра схем лечения, проведением противоопухолевой лекарственной терапии в федеральных медицинских организациях и медицинских организациях за пределами региона страхования. Полагаем, что такая дифференциация может быть связана также с квалификацией врачей-онкологов и наличием в регионах некоторых препаратов для противоопухолевой лекарственной терапии.

Вызывает озабоченность, что на территориях 18 регионов (в половине из них ООО «Капитал Медицинское Страхование» осуществляет деятельность по ОМС) не проводятся медико-генетические исследования. Это дает нам сигнал о том, что при проведении экспертизы качества медицинской помощи, оказанной онкологическим больным, необходимо акцентировать внимание на соблюдении прав застрахованных лиц на данное исследование в этих регионах.

Очевидно, что результаты экспертно-аналитического мероприятия будут способствовать совершенствованию деятельности комиссий по разработке территориальных программ ОМС, а также усилению контроля со стороны органов, осуществляющих функции и полномочия учредителя, за деятельностью подведомственных учреждений.

-
1. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».
 2. В соответствии с положениями статей 42 и 44 Федерального закона от 21 декабря 2021 г. № 414-ФЗ «Об общих принципах организации публичной власти в субъектах Российской Федерации».

Опыт регионов.

Комментарии КСО



Виктория Рослякова

главный инспектор Контрольно-счетной палаты
Забайкальского края

Контрольно-счетная палата Забайкальского края приняла участие в проведении параллельного экспертно-аналитического мероприятия «Аудит использования средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями в 2021–2023 годах», целью которого является оценка эффективности использования средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) при осуществлении деятельности медицинских организаций.

Предварительные выводы Контрольно-счетной палаты Забайкальского края по результатам проведенного аудита во многом сопоставимы с результатами, полученными Счетной палатой Российской Федерации.

Вопрос результативности использования средств ОМС рассматривался Контрольно-счетной палатой Забайкальского края в том числе и с точки зрения достижения основной цели по обеспечению застрахованных лиц на территории субъекта бесплатной, гарантированной государством медицинской помощью в объеме, определенном территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края, утвержденными на 2021, 2022, 2023 годы.

Анализ достижения целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы, показал, что в течение анализируемого периода по отдельным критериям целевые значения не достигнуты (по 11 из 22 установленных значений).

Проводимое экспертно-аналитическое мероприятие позволило определить ключевые причины недостижения поставленных целей. В нашем субъекте это прежде всего низкая укомплектованность медицинскими кадрами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В данном направлении существует ряд проблемных вопросов, охватывающих стабильный отток медицинских кадров из государственной системы здравоохранения под влиянием различных факторов: от уровня и условий оплаты труда до вопроса престижности медицинских организаций и доступности различной инфраструктуры, обеспечивающей качество жизни. Ввиду особенностей географического положения Забайкальского края выявлены диспропорции по уровню укомплектованности медицинских организаций, чаще всего обусловленные удаленностью от административного центра.

На начало 2023 года укомплектованность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, врачами составляла 77,3 % (при плановом значении 93,0 %), средним медицинским персоналом – 68,8 % (при плановом значении 87,7 %), укомплектованность фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий медицинскими работниками – 63,7 % (при плановом значении 79,7 %). Уровень обеспеченности населения врачами (на 10 000 чел. населения) составил 34,7 % (при среднероссийском уровне 37,6 %).

Миграционные процессы оказывают значимое влияние на демографические показатели в крае. На фоне убыли населения отдельные типы медицинских организаций не отвечают нормативным требованиям по численности обслуживаемого населения.

При данных обстоятельствах возросла финансовая неустойчивость медицинских организаций, отмечается рост кредиторской задолженности, вызванной несбалансированностью между объемами принимаемых обязательств и получаемых доходов.

На начало 2023 года кредиторская задолженность по средствам ОМС в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, составляла 1 025 983,1 тыс. рублей (рост к аналогичному периоду 2022 года составил 34,6 %), из которых 608 491,6 тыс. рублей – просроченная (рост к аналогичному периоду 2022 года составил 73,5 %).

По результатам анализа объемов средств, использованных медицинскими организациями не по целевому назначению, выявлена необходимость в повышении дисциплины эффективности использования средств ОМС. За анализируемый период размер средств, использованных не по целевому назначению и возвращенных в бюджет Федерального фонда ОМС, составил 87 769,4 тыс. рублей.

Эти обобщенные и краткие выводы о факторах, влияющих на эффективное использование средств ОМС в крае, получены на основе анализа множества процессов и явлений в данной сфере.



Татьяна Дягилева

аудитор Контрольно-счетной палаты
Магаданской области

Контрольно-счетная палата Магаданской области поддерживает выводы, представленные в отчете Счетной палаты Российской Федерации, которые позволили акцентировать внимание на проблемном вопросе, связанном с необходимостью повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) в целях достижения результатов оказания медицинской помощи застрахованному населению.

Особое внимание в отчете уделено просроченной кредиторской задолженности государственных организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

Одной из проблем учреждений Магаданской области, участвующих в ОМС, является значительный – с 1,5 млрд до 2,1 млрд рублей – рост просроченной кредиторской задолженности за 2023 год, что обусловлено спецификой нашего региона, где плотность населения составляет 0,29 человек на 1 кв. км. Для обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи жителям области¹ на ее территории необходимо содержать сверхнормативную сеть медицинских подразделений, расположенных в отдаленных районах, а именно восемь районных больниц с численностью обслуживаемого населения от 1,5 тыс. до 8,5 тыс. человек.

В заключениях Контрольно-счетной палаты Магаданской области по результатам экспертно-аналитических мероприятий, проведенных в целях контроля за использованием средств ОМС, неоднократно отмечалась необходимость решения вопроса по сокращению просроченной кредиторской задолженности, даны соответствующие рекомендации Правительству Магаданской области.

В целях урегулирования сложившейся ситуации, устранения дефицита средств ОМС:

- исполнительными органами власти Магаданской области осуществлен ряд мероприятий по сокращению расходов на содержание медицинских организаций;
- Минфином России принято решение о выделении дополнительной финансовой помощи из федерального бюджета на погашение просроченной кредиторской задолженности в размере 710,7 млн рублей².

1. Статья 10 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Протокол заседания при Минфине России и Губернаторе Магаданской области от 23 декабря 2022 г. № 5-148.

С 1 января 2024 года сняты ограничения на коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг (6,5) и введен коэффициент доступности медицинской помощи (1,05)³.

Объем субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области на 2024 год рассчитан и распределен в размере 8,7 млрд рублей⁴, что на 1,2 млрд рублей превышает уровень 2023 года.

Постановлением Правительства Магаданской области от 28 декабря 2023 г. № 966-пп утверждена стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2024 год в размере 8,6 млрд рублей, в ходе реализации которой прогнозируется незначительный дефицит финансирования медицинских организаций, что существенно снизит дальнейший рост просроченной кредиторской задолженности.

-
3. С учетом внесения изменений в Методику распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденную Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462.
 4. Приложение 4 к Федеральному закону от 27 ноября 2023 г. № 541-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».



Талгат Шугулбаев

Председатель Контрольно-счетной палаты
Омской области

Средства обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) являются основным источником финансового обеспечения для медицинских организаций. Эффективность расходования указанных средств – один из факторов, влияющих на качество оказания медицинской помощи.

Аудит использования средств ОМС медицинскими организациями способствует выявлению проблем и ресурсов для обеспечения качества и доступности медицинской помощи для населения Омской области.

Отчет о промежуточных результатах экспертно-аналитического мероприятия, проведенного Счетной палатой Российской Федерации, позволил конкретизировать экспертные параметры и более детально изучить отдельные вопросы, связанные с использованием средств ОМС. Например, стало возможным оценить достаточность объема остатков на счетах медицинских организаций не только в привязке к просроченной кредиторской задолженности, но и с учетом среднемесячного расхода денежных средств, а также целесообразности запасов лекарственных средств и продуктов питания.

Кроме того, анализ обеспеченности медицинских организаций врачами и средним медицинским персоналом проводится в разрезе видов медицинской помощи, поскольку существует значительная дифференциация укомплектованности штатами в стационаре и амбулаторном звене.



Дмитрий Огородников

Председатель Счетной палаты Тюменской области

Проведенный Счетной палатой Российской Федерации аудит использования средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) медицинскими организациями, по результатам которого дана оценка эффективности использования средств ОМС при осуществлении деятельности медицинских организаций, является значимым мероприятием, направленным на повышение качества и доступности медицинской помощи, повышение экономности расходования средств ОМС.

В отчете о результатах аудита дана оценка расходования средств ОМС на оплату труда, в том числе приведены данные о коэффициентах совместительства среди врачей по Российской Федерации, выделены регионы с высоким и низким коэффициентами совместительства. Отмечено, что в Тюменской области наблюдается низкий уровень коэффициента совместительства среди врачей (в диапазоне 0,9–1,1). Данный показатель свидетельствует о доступности медицинской помощи, возможности получить медицинскую помощь на территории области.

Проведенная оценка результатов использования медицинского оборудования важна для дальнейшего детального анализа и выявления резервов для повышения эффективности его использования.

Актуальные вопросы в сфере здравоохранения были также рассмотрены 27 февраля 2024 года за круглым столом на тему «Здравоохранение и образование – ключевые национальные приоритеты страны и основа повышения благополучия граждан», проведенным Счетной палатой Российской Федерации в городе Тюмени. Участники круглого стола из разных регионов России, в том числе представители контрольно-счетных органов регионов Сибирского и Уральского федеральных округов, обсудили вопросы увеличения продолжительности жизни, повышения качества и доступности медицинской помощи для населения, региональные особенности и успехи при реализации национального проекта «Здравоохранение».

Выводы и рекомендации Счетной палаты Российской Федерации являются значимыми для определения подходов к проводимым контрольно-счетными органами проверкам эффективности расходования средств ОМС и использования имущества медицинскими организациями.



Елена Боева

Председатель Контрольно-счетной палаты
Хабаровского края

Рост объемов финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования Хабаровского края за период 2021–2023 годов составил 2,2 млрд рублей, или 7,5 %.

При этом наблюдаются отклонения при оценке достижения целевых показателей программы. Достижение показателей, связанных с оказанием амбулаторной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи в стационарах, рассчитанной на количество койко/пациенто-дней, варьируется в пределах 87–97 %.

Представленный в отчете вывод о связи достижения целевых показателей с уровнем укомплектованности штатных должностей и повышенным коэффициентом совместительства подтверждается данными проводимого нами анализа.

Несмотря на рост за период 2021–2023 годов показателей укомплектованности кадров, их значения по категориям «врачи» и «средний медицинский персонал» по итогам 2023 года составили 75,4 и 83,2 % соответственно. При этом коэффициент совместительства находится на достаточно высоком уровне – 1,4.

В качестве причин, оказывающих влияние на показатели кадровой укомплектованности медицинских учреждений в Хабаровском крае, следует отметить наличие значительных территорий, относящихся к категории труднодоступных северных районов. На долю этих районов и приходится основная доля потребности в дополнительных кадрах.

Одним из применяемых в Хабаровском крае решений, направленных на сокращение кадрового дефицита в труднодоступных отдаленных районах, является практика увеличения количества бюджетных мест в медицинских образовательных учреждениях края с последующим закреплением выпускаемых специалистов в медицинских организациях с низкой укомплектованностью кадров.

Рекомендации Счетной палаты

Реализация рекомендаций, выданных по результатам предыдущих проверок

С 2019 года Счетная палата опубликовала 61 рекомендацию, касающуюся системы здравоохранения. На март 2024 года 15 из них выполнены, 4 выполнены частично, 42 не выполнено – их реализация остается на контроле Счетной палаты.

Примеры выполненных рекомендаций

Рекомендовать Правительству Российской Федерации в паспорте национального проекта «Здравоохранение» и в федеральном проекте «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» дополнить показатели по укомплектованности врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, данными по укомплектованности указанными работниками в условиях дневного стационара.

По результатам проведенного анализа Правительство постановило внести изменения в методику распределения межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала.

Поручить Минздраву России включить в перечень видов медицинских организаций, которым предоставляются средства нормированного страхового запаса (НСЗ) для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, следующие медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь: диспансеры, медико-санитарные части, областные больницы.

Минздравом России утвержден приказ о расширении перечня медицинских организаций, которым предоставляются средства НСЗ территориального фонда обязательного медицинского страхования для оплаты труда врачей и среднего медперсонала, за счет включения в него родильных домов, медико-санитарных частей, диспансеров, женских консультаций, консультативно-диагностических центров.

Примеры невыполненных рекомендаций

Минздраву России было поручено внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования (ОМС), установив обязанность медицинской организации ежемесячно представлять территориальному фонду ОМС реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в отчетном периоде.

Минздрав России не издавал нормативный правовой акт или разъяснительное письмо о порядке осуществления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья проверок эффективности использования средств ОМС подведомственными медицинскими организациями.

Аппарату Правительства Российской Федерации было предложено обеспечить полноту системы стандартов оказания медицинской помощи, используемых при формировании тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС.

Минздрав России поддержал инициативу создания единой системы учета затрат для государственных медицинских учреждений, а также разработки методики расчета себестоимости медицинских услуг и экономически обоснованных тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС. Однако для реализации указанных положений необходимо наделить федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья полномочием по созданию методики и обязать все государственные медицинские учреждения внедрить ее в полном объеме.

При этом внедрение единой системы учета затрат медицинских организаций потребует дополнительного финансового обеспечения для разработки и поддержки соответствующего программного продукта.

В связи с указанным следует продолжить мониторинг выполнения рекомендации.

Текущие статусы выполнения рекомендаций Счетной палаты с комментариями инспекций доступны в Базе рекомендаций: <https://rec.ach.gov.ru>



Тематические
проверки
Счетной палаты

Система ОМС

Ключевым источником финансового обеспечения в сфере здравоохранения являются средства обязательного медицинского страхования (ОМС), которые в основном направляются медицинским организациям на оплату оказанной гражданам медицинской помощи.

Так, в период с 2014 по 2016 год Счетная палата провела ряд проверок по данному направлению и [отметила](#) отсутствие у медорганизаций единых подходов к разработке и принятию внутренних нормативных документов. Кроме того, несмотря на достаточное финансирование [в 2014–2015 годах](#), медицинские организации не в полном объеме выполнили свои обязательства по защите прав пациентов.

В 2021 году Счетная палата [провела анализ](#) российской системы ОМС и отметила недостаточную эффективность ее функционирования. Так, анализ выявил неполную обеспеченность потребности в финансовых ресурсах на оплату сверхплановых объемов медпомощи по ОМС, а также ограничения по участию частных медицинских организаций в системе ОМС, в том числе связанные с недостаточно прозрачным порядком распределения объемов медпомощи.

В 2022 году Счетная палата [проанализировала](#), как работает система защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС. По результатам аудита был сделан вывод, что система защиты прав застрахованных в сфере ОМС в России еще только формируется, для более эффективной работы необходимо усовершенствовать ее нормативное регулирование и повысить прозрачность. Из-за пробелов в законодательстве пользователи услуг в рамках ОМС или не знают о своих правах, или не могут получить их в полном объеме. Кроме того, недостаточно определены полномочия участников системы.

Первичное звено здравоохранения

В 2019 году Счетная палата детально рассмотрела эффективность расходования в 2018–2019 годах средств федерального бюджета, направленных на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Этой теме был посвящен [Бюллетень](#) Счетной палаты. Анализ показал, что доступность услуг в сфере детского здравоохранения пока не соответствует требуемому уровню. Квалифицированных специалистов-педиатров в регионах не хватает, а состояние большинства зданий, используемых под детские поликлиники, не может обеспечить детям необходимый комфорт.

Цифровизация и информационные системы

Цифровизация здравоохранения – важный этап на пути повышения качества и доступности медицинских услуг.

В 2019 году Счетная палата провела [мониторинг](#) обеспечения поликлиник и больниц скоростным интернетом. Он показал, что поручение Президента Российской Федерации о подключении всех медицинских учреждений страны к скоростному интернету в 2017–2018 годах в целом выполнено, однако управление реализацией проекта было организовано недостаточно эффективно. Кроме того, мониторинг выявил низкую загрузку каналов связи, что свидетельствует о малой востребованности скоростного интернета в медицинских организациях.

В 2022 году Счетная палата [проанализировала](#) текущее состояние информатизации медицинской отрасли и выявила ряд проблем, которые тормозят цифровую трансформацию данной сферы. Так, проверкой установлено, что внедрение информационных систем без отказа от бумажного документооборота значительно снижает производительность труда медперсонала, создавая при этом дополнительную нагрузку для врачей. Кроме того, анализ показал, что большинство процессов в отрасли здравоохранения не оптимизированы для дальнейшей автоматизации и отличаются от региона к региону. Это формирует различные подходы к реализации функционала модулей информсистем в регионах и усложняет «сквозной» обмен информацией.

Строительство объектов в сфере здравоохранения

С 2016 по 2018 год Счетная палата вела [мониторинг](#) реализации программы развития перинатальных центров, утвержденной Правительством в 2013 году и предусматривающей строительство 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации. В ходе проверок Счетная палата неоднократно отмечала несоблюдение сроков реализации программы на всех ее этапах. Так, работы по проектированию в полном объеме закончились только 7 сентября 2018 года – на четыре года позже установленного срока. Затянулось и само строительство центров: их планировали сдать в декабре 2016 года, затем срок перенесли на декабрь 2017 года, а фактически завершили строительство только в 2018 году.

Несоблюдение сроков было установлено Счетной палатой и в ходе [аудита](#) реализации проекта по созданию научно-клинической лаборатории с питомником для разведения и содержания кабарги. Строительство планировалось завершить в 2021 году, однако объекты не были введены в эксплуатацию в указанный срок вследствие своего технического состояния. Проверка также выявила различные нарушения и недостатки при осуществлении госзакупок в рамках проекта. Так, договор на разработку

проектно-сметной документации с единственным поставщиком был заключен без соответствующего распоряжения Правительства. Кроме того, не было обеспечено казначейское сопровождение заключаемых контрактов, а извещения о проведении закупок у единственного поставщика размещались с нарушением установленных сроков.

Оплата труда медицинского персонала

Оплата труда медицинских работников – одна из ключевых статей расходов медицинских организаций. В 2021 году Счетная палата по поручению Государственной Думы [проверила](#) эффективность использования средств нормированного страхового запаса (НСЗ) на оплату труда медработников. Итоги проверки показали, что программа софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медперсонала за счет средств НСЗ фонда ОМС реализуется недостаточно эффективно: запланированные показатели не достигнуты, средства расходуются не в полном объеме. Проверка также выявила отдельные нарушения и недостатки при использовании средств НСЗ. В частности, территориальные фонды не соблюдали сроки перечисления средств медицинским организациям, а те, в свою очередь, не вели отдельный аналитический учет полученных средств и несвоевременно подавали заявки на их предоставление.

Международная практика

Введение

Обеспечение всеобщего и равного доступа к услугам здравоохранения [является](#) одним из приоритетов глобального развития. Принятая Организацией Объединенных Наций в 2015 году [Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года](#) в качестве одной из целей устойчивого развития ([ЦУР 3](#)) включает обеспечение здорового образа жизни и благополучия для всех в любом возрасте.

Важными показателями в рамках ЦУР 3 являются степень охвата населения основными медицинскими услугами, а также численность населения с высокой долей затрат на медицинскую помощь в общей структуре доходов и расходов.

Выделяют три основные [проблемы](#) доступности медицинской помощи:

- отсутствие четко сформулированной государственной политики в области обеспечения всеобщего доступа к медицинским услугам;
- нехватка финансирования систем здравоохранения, что вынуждает население нести дополнительные расходы на медицину;
- низкая эффективность расходов на систему здравоохранения.

По состоянию на 2024 год только в 72 странах медицинские услуги [доступны](#) более чем для 90 % населения. Низкая доступность услуг здравоохранения и медицинской помощи, в особенности в развивающихся странах, [приводит](#) к значительной избыточной смертности (до 8,6 млн человек в 2016 году в развивающихся странах и странах с низким уровнем дохода), а также [потерям](#) до 15 % мирового ВВП. Согласно расчетам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2023 года, увеличение охвата населения услугами в области здравоохранения, в первую очередь за счет развития систем первичной медицинской помощи, [позволит](#) предотвратить до 60 млн смертей и повысить ожидаемую продолжительность жизни на 3,7 года к 2030 году.

Другим важным фактором является недостаточное финансирование систем здравоохранения. По мнению авторов совместного исследования Всемирного банка и ВОЗ 2023 года, с 2015 года достижение намеченных в рамках ЦУР 3 показателей всеобщего охвата услугами здравоохранения [замедлилось](#). Свыше 4,5 млрд человек в мире не имеют свободного доступа к основным медицинским услугам. Более того, в 2000–2019 годах число людей, понесших существенные дополнительные расходы на здравоохранение (более 10 % семейного бюджета), увеличилось на 76 % до 1 млрд человек (14 % мирового населения). Около 1,3 млрд человек (17 % мирового населения) оказались в условиях крайней бедности из-за увеличения расходов на здравоохранение.

Наконец, важной причиной отсутствия прогресса в достижении всеобщего доступа к медицинским услугам является низкая эффективность расходов на здравоохранение. Эксперты Всемирного экономического форума (ВЭФ) [отмечают](#), что, хотя темпы роста расходов на здравоохранение опережают темпы роста ВВП во всех группах стран, до 20 % всех мировых средств, выделенных на здравоохранение и медицинскую помощь (около 1,8 трлн долларов США), расходуются неэффективно¹. Данные средства могли бы быть использованы для увеличения охвата населения медицинской помощью, а также для снижения стоимости страховых медицинских взносов.

При этом ВЭФ [ожидает](#), что к 2035 году от 70 до 90 % средств, выделяемых на медицинскую помощь (по линии как государственного, так и частного финансирования) будут использованы для лечения хронических заболеваний, в то время как доля расходов на неотложную медицинскую помощь будет сокращаться.

Подходы международных организаций

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

В 2018 году в целях достижения ЦУР 3 Всемирной организацией здравоохранения [принята](#) Тринадцатая общая программа работы на 2019–2023 годы, которая впоследствии была [продлена](#) до 2025 года. Цель программы – дополнительно обеспечить к 2025 году охват услугами здравоохранения для 1 млрд человек, способствуя более эффективной защите населения при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения, а также обеспечению высокого уровня жизни.

Анализируя промежуточные итоги реализации ЦУР 3, эксперты ВОЗ [отмечают](#) отставание от графика обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ). В 2000–2021 годах доля населения, не охваченного ВОУЗ, сократилась примерно на 15 %. Как следствие, в 2021 году около 4,5 млрд человек не были полностью охвачены основными услугами здравоохранения. По мнению ВОЗ, одной из фундаментальных проблем достижения данной ЦУР по-прежнему [остаётся](#)

-
1. В качестве примера приводится система здравоохранения США, где объем расходов на медицинскую помощь существенно превышает аналогичные показатели для других стран – членов ОЭСР, в то время как основные показатели здоровья населения (в частности, ожидаемая продолжительность жизни, детская и материнская смертность) значительно хуже.

неравенство (во всех формах – от различий в уровне доходов до вопросов гендерного равенства), мониторинг которого имеет ключевое значение для выявления и отслеживания неблагополучных групп населения. В качестве возможного решения проблемы всеобщего и равного доступа к здравоохранению ВОЗ [рекомендует](#) уделить особое внимание финансированию систем первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которая позволяет охватить до 90 % населения медицинскими услугами.

Также для проведения качественной оценки национальных систем финансирования здравоохранения ВОЗ [разработала](#) Матрицу прогресса финансирования здравоохранения. Матрица оценивает сильные и слабые стороны систем финансирования здравоохранения, основываясь на наборе контрольных показателей, демонстрирующих прогресс в достижении ВОУЗ, и [предназначена](#) для мониторинга изменений в разработке и реализации национальной политики финансирования здравоохранения и оценки соответствия передовой практике. Матрица [включает](#) оценки по семи группам показателей – от двух до пяти показателей в каждой группе.

1. Политика, процессы и управление финансированием здравоохранения (Health financing policy, process & governance):
 - инструменты политики финансирования здравоохранения соответствуют целям ВОУЗ, определяют приоритетность и последовательность стратегий обеспечения медицинских услуг;
 - государственные расходы на здравоохранение характеризуются прозрачной финансовой и нефинансовой отчетностью;
 - в ходе реализации политики в области здравоохранения используется доказательная база, основанная на международном опыте и общесистемных данных.
2. Изыскание и сбор финансовых средств (Revenue raising):
 - расходы на здравоохранение финансируются в основном за счет государственных источников финансирования;
 - уровень финансирования предсказуем на протяжении нескольких лет;
 - поток финансовых средств стабилен, исполнение бюджета находится на высоком уровне;
 - применяются налоговые меры, создающие стимулы для более здорового поведения отдельных граждан, групп населения, а также для работодателей.
3. Аккумуляция доходов (Pooling revenues):
 - структура и механизмы аккумуляции доходов в системе здравоохранения дают возможность перераспределять имеющиеся средства;
 - система здравоохранения и функции финансирования интегрированы или координируются по утвержденным схемам и программам.

4. Стратегические закупки и оплата поставщикам (Purchasing & provider payment):
 - выделение ресурсов поставщикам медикаментов и услуг здравоохранения осуществляется на основе анализа потребностей населения, эффективности деятельности поставщиков или комбинации данных факторов;
 - система и инструменты закупок товаров ориентированы на решение задач в области предоставления медицинских услуг;
 - система и инструменты закупок включают механизмы бюджетного контроля.
5. Государственные гарантии и условия доступа (Benefits & conditions of access):
 - население обладает информацией о своих правах на получение гарантированных медицинских услуг и собственных обязательствах в сфере здравоохранения;
 - в рамках единой системы для всего населения предоставляется набор приоритетных гарантированных услуг здравоохранения;
 - предлагаемые изменения в перечне гарантированных населению медицинских услуг оцениваются с точки зрения соотношения затрат (включая бюджетные средства) и выгод (в том числе повышения качества жизни);
 - предусмотренные гарантии в сфере здравоохранения соответствуют имеющимся ресурсам, перечню услуг в области здравоохранения и механизмам распределения средств между поставщиками;
 - перечень гарантированных услуг здравоохранения включает четкие предельные значения официальных платежей, осуществляемых потребителями, и обеспечивает доступ для уязвимых групп населения.
6. Управление государственными финансами (Public financial management):
 - формирование бюджета здравоохранения и его структура поддерживают гибкое расходование средств и согласуются с приоритетами сектора;
 - поставщики могут получать доходы напрямую, гибко ими управлять и отчитываться о расходах и результатах.
7. Функции и программы общественного здравоохранения (Public health functions & programmes)²:
 - инструменты политики финансирования здравоохранения руководствуются целями ВОУЗ, ориентированы на систему здравоохранения в целом, определяют приоритетность и последовательность стратегий обеспечения медицинских услуг;
 - структура и механизмы аккумулирования доходов в системе здравоохранения дают возможность перераспределять имеющиеся средства;

2. Для оценки по данной категории применяются показатели из других групп.

- система здравоохранения и функции финансирования интегрированы или координируются по утвержденным схемам и программам;
- система и инструменты закупок ориентированы на поддержку задач в области предоставления медицинских услуг;
- формирование бюджета здравоохранения и его структура поддерживают гибкое расходование средств и согласованы с приоритетами сектора.

Показатели оцениваются по шкале от 1 (указанные практики находятся в зачаточном состоянии) до 4 (высоко развиты).

Еще одним аспектом финансирования системы здравоохранения, на который обращает внимание ВОЗ, является медицинское страхование на общинном уровне ([МСОУ](#)), предназначенное для населения с низким уровнем дохода. Характерной особенностью МСОУ является участие общины в его организации и управлении системой здравоохранения.

Небольшие системы добровольного МСОУ имеют следующие институциональные особенности:

- определение рисков для здоровья и объединение финансовых средств происходят внутри общины или группы лиц, обладающих общими характеристиками, такими как географическое месторасположение или род занятий;
- страховые премии часто имеют фиксированный размер и не зависят от индивидуальных рисков для здоровья;
- право на получение страхового пособия в большинстве случаев зависит от размера взноса;
- членство является добровольным;
- система действует на некоммерческой основе.

По мнению ВОЗ, традиционные модели МСОУ, основанные только на добровольных взносах при незначительном субсидировании малоимущих и уязвимых групп населения, могут в лучшем случае играть лишь вспомогательную роль в рамках национальной стратегии финансирования здравоохранения, нацеленной на обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Для перехода от небольших систем МСОУ к национальной системе финансирования здравоохранения в целях обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения решающее значение имеют следующие особенности институционального устройства:

- обязательный охват населения;
- использование доходов сектора общего государственного управления для субсидирования охвата уязвимых и малоимущих слоев населения;

- создание более крупных пулов (например, за счет увеличения числа участников, расширения границ местных пулов или создания единого национального пула);
- обеспечение активной и четко определенной роли местных органов управления в привлечении заинтересованных сторон.

Всемирный банк (ВБ)

В 2023 году ВБ [проанализировал](#) развитие систем медицинского страхования в странах с низким и средним уровнем доходов³ в 1989–2019 годах (всего 62 страны). В фокусе внимания три ключевых аспекта – степень охвата населения медицинским страхованием, модель финансирования программ медицинского страхования и порядок оплаты медицинских услуг.

справочно

В странах Восточной и Центральной Азии, а также Латинской Америки удалось достичь всеобщего охвата медицинским страхованием, в то время как в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии уровень охвата по состоянию на 2023 год остается ниже 5 %. Наиболее высокая динамика роста охвата медицинским страхованием зафиксирована в Руанде (в 2005–2019 годах с 41 до 83 %), Турции (в 1998–2013 годах с 56 до 88 %), Индонезии (в 2012–2017 годах с 40 до 61 %).

Эксперты выделяют две модели финансирования медицинского страхования:

- за счет налоговых поступлений;
- за счет взносов в фонды медико-социального страхования.

В странах с низким и средним уровнем доходов используется смешанный подход: часть населения покрывается медицинским страхованием непосредственно за счет общего налогообложения, определенные социальные группы – за счет обязательных взносов в фонд медико-социального страхования. При этом спрос на программы добровольного медицинского страхования (не субсидируемые государством) остается низким⁴.

-
3. Согласно классификации ВБ, в странах с низким доходом валовый национальный доход составляет 1 085 долларов США на душу населения, в странах с доходами ниже среднего уровня – от 1 086 до 4 255 долларов США.
 4. В 2012 году в странах с низким и средним уровнем дохода услугами добровольного медицинского страхования пользовалось менее 5 % населения.

В 2008 году Индия запустила новую дополнительную схему медицинского страхования ([Rashtriya Swasthya Bima Yojana](#)), направленную на поддержку наиболее уязвимых слоев населения. Заплатив сумму в размере 30 рупий (0,36 доллара США), граждане получают бесплатный доступ к медицинскому обслуживанию в частных или государственных больницах до годового лимита в 500 тыс. рупий⁵ на семью (6,03 тыс. долларов США). Программа финансируется за счет федерального и регионального бюджетов (в соотношении 75/25). Средняя сумма субвенций на одну семью – от 500 до 600 рупий (6–7 долларов США).

Страховые организации (определяются на конкурсной основе) самостоятельно заключают договоры с медицинскими учреждениями и возмещают им расходы по тарифам, которые определяются государством.

ВБ выделил более 19 различных механизмов финансирования поставщиков медицинских услуг. В числе прочих – плата за конкретную услугу, подушевая оплата (устанавливается фиксированная сумма за каждого пациента, находящегося под их наблюдением в течение определенного периода времени), контрактное бюджетирование (медицинское учреждение подписывает договор на определенную сумму).

Результаты исследования показали, что программы дополнительного медицинского страхования (субсидируемые государством) расширили доступ к медицинским услугам, однако не привели к существенному улучшению показателей здоровья населения. Более того, отсутствие финансовых стимулов для медицинских учреждений (в виде частных услуг) – причина снижения качества медицинского обслуживания.

Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)

Системы здравоохранения в странах – членах ОЭСР [включают](#) в себя как национальные системы здравоохранения, так и социальное медицинское страхование. В национальных системах здравоохранения основная часть финансирования осуществляется за счет общего налогообложения, в то время как в системах социального медицинского страхования финансирование обычно осуществляется за счет сочетания взносов в фонд оплаты труда и налогообложения.

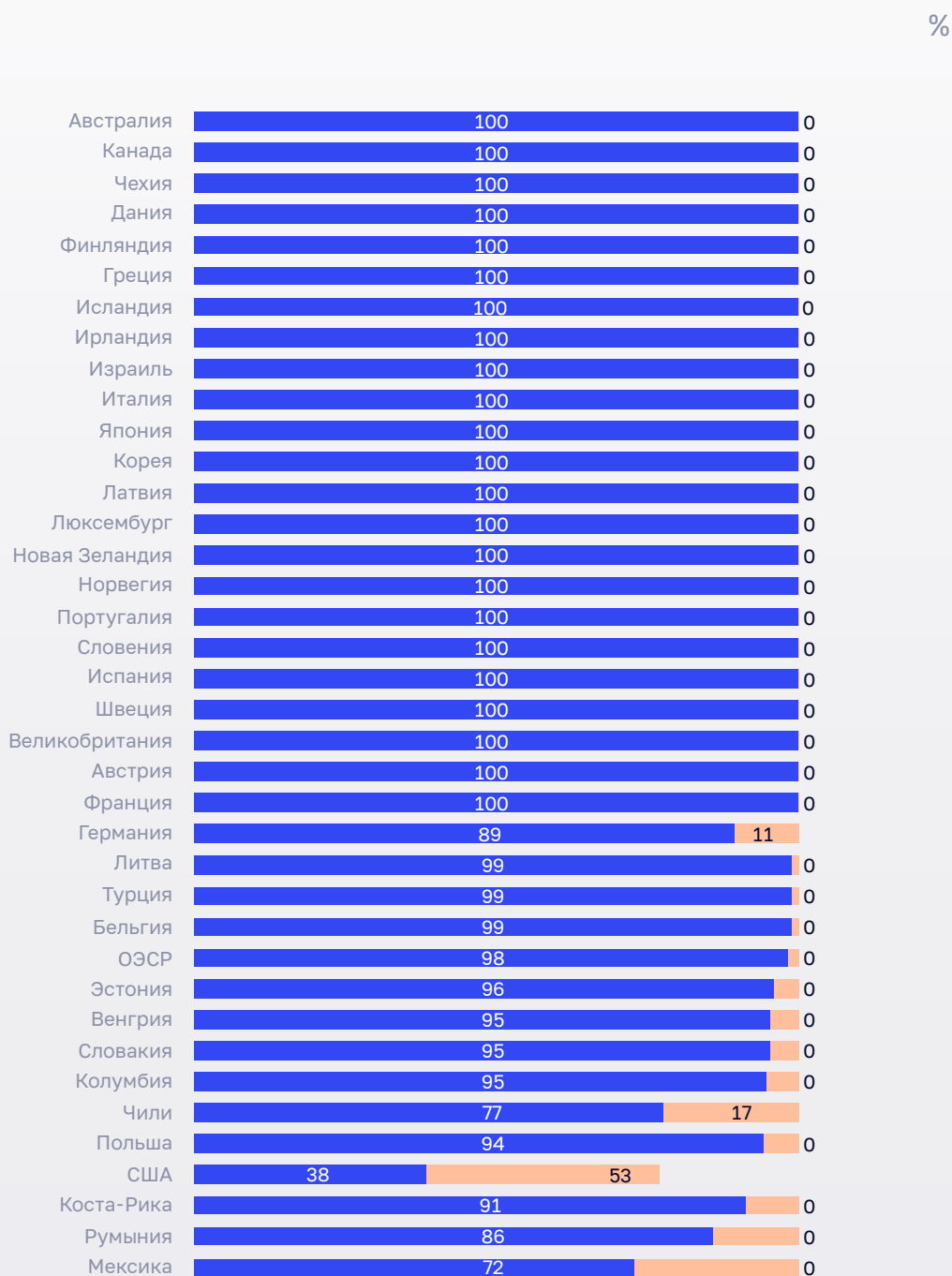
Первичное частное медицинское страхование подразумевает страховое покрытие основного набора услуг и может быть добровольным или обязательным по закону (для части или всего населения). Дополнительное частное медицинское страхование всегда является добровольным.

5. Данные за 2018 год.

Рисунок 1

Охват населения основным набором услуг в странах ОЭСР, 2021 год

● Полное государственное покрытие ● Первичное частичное медицинское страхование



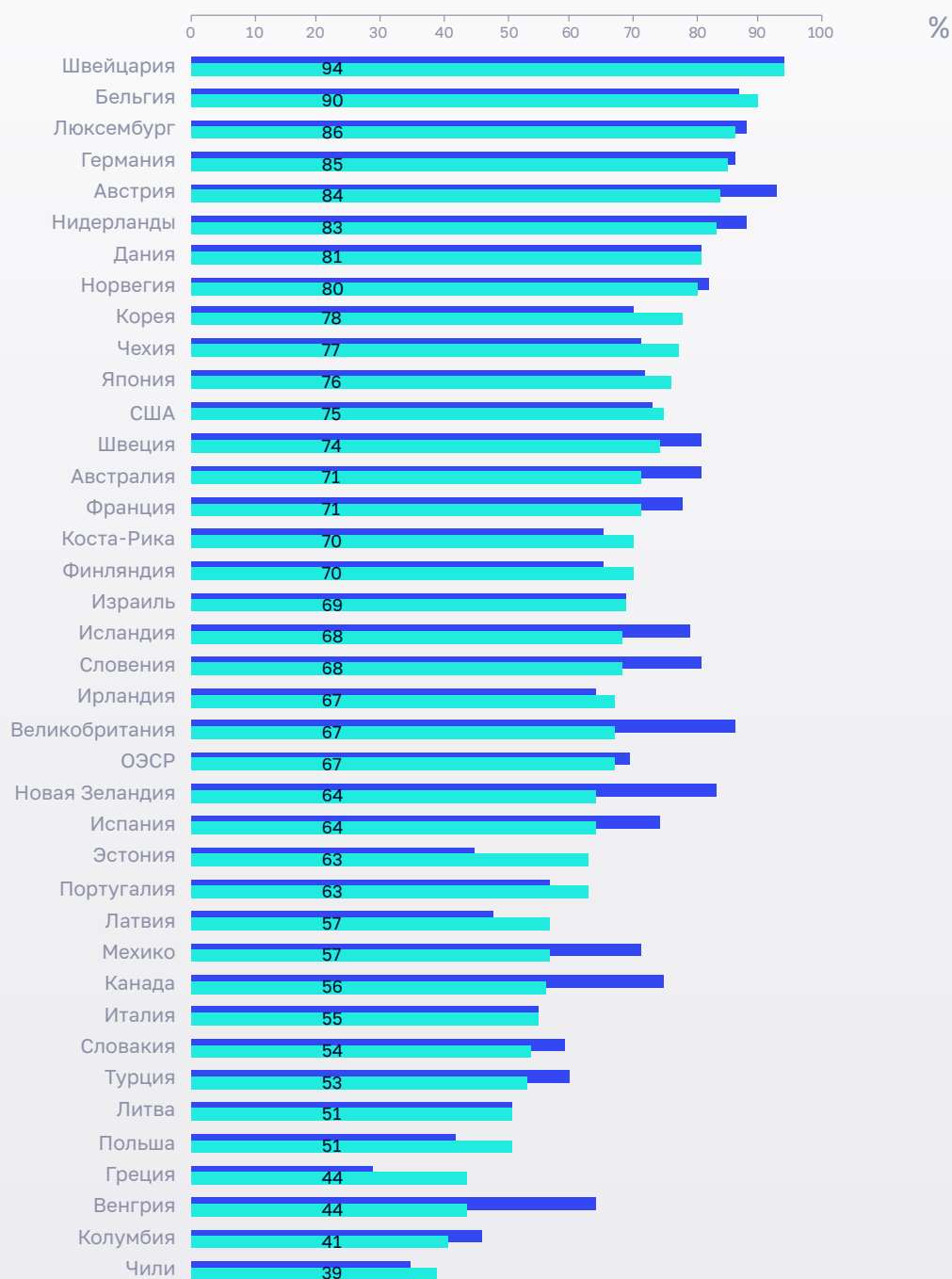
Источник: Обзор ОЭСР 2023 года «[Health at a Glance 2023](#)».

Рисунок 2

Степень удовлетворенности доступностью качественного медицинского обслуживания

● 2012 г.

● 2022 г.



Источник: Обзор ОЭСР 2023 года «[Health at a Glance 2023](#)».

В большинстве стран возможно приобрести дополнительную медицинскую страховку через добровольное частное медицинское страхование. По данным ОЭСР 2023 года, наиболее [распространены](#) следующие виды дополнительного частного медицинского страхования:

- дополнительное страхование (Complementary insurance) – покрывает расходы, не входящие в базовое страхование, например собственные расходы пациента (зачастую включает такие расходы, как стоматология, рецептурные лекарства, госпитализация). Широко распространено в Бельгии, Словении и Франции (более 90 % населения);
- расширенное страхование (Supplementary insurance) – предлагает дополнительные услуги сверх базового покрытия, такие как специализированная медицинская помощь (как правило, требующая долгосрочной госпитализации, лечения и специализированного медицинского ухода). Наиболее распространено в Израиле и Нидерландах (более 80 % населения);
- дублированное страхование (Duplicate insurance) – подразумевает наличие двух и более страховых полисов от разных поставщиков для одного человека (или семьи). Данный вид страхования обеспечивает доступ к услугам, уже покрываемым государственной или базовой частной страховкой, но дает возможность получения более быстрого доступа к медицинской помощи или большего выбора поставщиков услуг. Такой вид дополнительного страхования популярен среди населения Австралии и Ирландии.

Опыт зарубежных стран

Великобритания

В Великобритании [функционирует](#) система всеобщего бесплатного здравоохранения, которая финансируется преимущественно за счет средств государственного бюджета. Прямое государственное финансирование дополняется средствами национальных страховых взносов ([National Insurance Contributions](#)). Объем отчислений на здравоохранение из фондов национального страхования устанавливается ежегодно и составляет около 11–12 % общего финансирования. Доля платежей пациентов за медицинские услуги [оценивается](#) в 1 %. Медицинские учреждения также могут получать дополнительные средства за счет коммерческих сделок, например продажи имущества.

В 2021 году было принято решение о расширении источников финансирования посредством введения целевого налога на здравоохранение и социальное обеспечение ([Health and Social Care Levy](#)). Предполагалось, что данный налог будет взиматься в 2022–2025 финансовых годах, однако он был отменен в октябре 2022 года.

Медицинское обслуживание в Великобритании [является](#) бесплатным для всех постоянно проживающих на территории страны лиц независимо от уровня дохода и состояния здоровья. Данный принцип был установлен в 1946 году Законом о национальной службе здравоохранения ([National Health Service Act 1946](#))⁶. Исключения из данного принципа могут вводиться только актом Парламента.

В соответствии с Законом о здравоохранении 2009 года ([Health Act 2009](#)) и Законом о здравоохранении и социальном обеспечении 2012 года ([Health and Social Care Act 2012](#)) медицинские учреждения обязаны ежегодно публиковать в открытом доступе отчеты о качестве оказываемых услуг ([Quality Accounts](#))⁷. В отчете содержится общая информация о самооценке медицинским учреждением качества оказываемых услуг и мерах, предпринимаемых для его постоянного улучшения, а также данные о проверках регуляторов, если они имели место в отчетный период. Кроме того, в отчетах должна содержаться информация по 15 индикаторам⁸.

Активно используются финансовые инструменты для стимулирования медицинских учреждений соблюдать критерии доступности и качества медицинской помощи. Для первичного звена системы здравоохранения – врачей общей практики (*general practitioners*) с 2004 года действует Рамочная система качественных результатов

-
6. Заменен одноименными законами 1977 года и 2006 года ([National Health Service Act 1977](#), [National Health Service Act 2006](#)).
 7. В случае, если их годовая прибыль составляет не менее 130 тыс. фунтов стерлингов (около 160 тыс. долларов США) и/или в них работает не менее 50 сотрудников.
 8. Данные индикаторы включают:
 - сводный показатель смертности на уровне больницы;
 - число пациентов, за которыми осуществлялось наблюдение в течение семи дней после выписки из психиатрического стационара;
 - показатели соблюдения среднего времени реагирования на вызовы скорой помощи;
 - количество пациентов с подозрением на инфаркт миокарда, уход за которыми осуществляется по клиническим стандартам;
 - количество пациентов с подозрением на инсульт, осмотренных врачом лично в соответствии с клиническим стандартом;
 - количество госпитализаций в отделения неотложной помощи при содействии групп по домашнему разрешению кризисных ситуаций;
 - количество пациентов, вновь госпитализированных в течение 30 дней после выписки;
 - показатели динамики качества жизни по результатам медицинского вмешательства, которые определяются самими пациентами;
 - показатели реагирования на личные просьбы пациентов;
 - количество медицинских работников, которые порекомендовали бы данное медучреждение своей семье или друзьям;
 - количество пациентов, которые порекомендовали бы данное медучреждение своей семье или друзьям;
 - отзывы пациентов о работе центров оказания психиатрической помощи по месту жительства;
 - пациенты, при госпитализации которых оценивались риски венозной тромбоземболии;
 - показатели инфицирования псевдомембранозным колитом, бактерией *C. difficile*;
 - количество инцидентов, связанных с безопасностью пациентов, и процент инцидентов, при которых имели место случаи серьезных травм или смерти пациентов.

([Quality Outcomes Framework](#), далее – Рамочная система). Показатели Рамочной системы касаются видов заболеваний и динамики состояния здоровья обслуживаемых пациентов, используемых лекарств и технологий, оснащения медицинских кабинетов, технических условий оказания медицинской помощи и других обстоятельств. Они ежегодно обновляются на индивидуальной основе, и при их расчете зачастую учитывается динамика по сравнению с предыдущим годом, что призвано способствовать постоянному повышению качества медпомощи. За достижение каждого целевого показателя начисляется определенное количество баллов, от суммы которых и зависит общая сумма выплаты. Использование системы является добровольным для врачей. Однако в любом случае, если специалист наберет менее 150 баллов, может быть сокращен фиксированный бюджет. Оценка достижения показателей Рамочной системы и расчет платежей [осуществляются](#) в автоматическом режиме с использованием цифровых инструментов.

справочно

Введение Рамочной системы [позволило](#) в среднем повысить доход врачей общей практики на 25 %. Вместе с тем по результатам исследования, проведенного в 2011 году экспертами из Манчестерского университета (University of Manchester), стимулирующие выплаты [оказывали](#) положительное влияние на качество медицинской помощи и состояние здоровья пациентов только в первые три года.

В настоящее время в медицинских и научных кругах обсуждается вопрос о целесообразности применения Рамочной системы. В частности, в Шотландии аналогичная система была отменена в 2016 году. Однако специалисты из Национального института передового опыта в области здравоохранения и медицинской помощи (National Institute for Health and Care Excellence) Кембриджского университета (University of Cambridge) и Университета Данди (University of Dundee) подчеркивают, что отмена стимулирующих выплат может привести к снижению качества медицинских услуг.

Франция

Медицинское обслуживание во Франции [осуществляется](#) по страховой системе – каждый житель должен иметь государственный или частный медицинский полис (l'Assurance Maladie), при этом медицинское страхование доступно как гражданам Франции, так и мигрантам при наличии вида на жительство.

Медицинская страховка необходима для лечения в государственных поликлиниках, коммерческих медицинских учреждениях, а также для приобретения отдельных лекарственных средств. Предоставление медицинских услуг во Франции платное, но часть или полную сумму расходов покрывает полис медицинского страхования.

Размер компенсации составляет от 60 до 100 % в зависимости от выбранного типа страхования.

Страховые взносы в рамках государственного медицинского страхования [уплачиваются](#) работодателями в размере от 7 до 13 % оплаты труда. Для самозанятых граждан применяется прогрессивная шкала взносов в соответствии с уровнем дохода (до 6,5 и 0,5 % дополнительно на оплату больничного листа). Получить государственную медстраховку могут трудоустроенные граждане, члены их семей и иждивенцы, а также студенты и другие категории лиц, в том числе иностранные граждане с видом на жительство, проживающие на территории страны не менее трех месяцев.

Взносы в рамках обязательного медицинского страхования [обеспечивают](#) более 75 % расходов на здравоохранение во Франции.

Финансирование государственного медицинского страхования зависит от программы и демографических особенностей категорий населения. Общий социальный взнос пропорционален доходу, но является прогрессивным по причине более низкой ставки для тех, кто получает пособия. Общие социальные взносы достигают трети доходов фондов медицинского страхования.

Другим источником финансирования оказания медпомощи во Франции [являются](#) дополнительные программы медицинского страхования. Средства используются для оплаты части расходов лица на медицинское обслуживание, которые не покрываются государственной медицинской страховкой (льготные услуги, единовременные платежи по медицинским услугам, госпитализация, а также покрытие расходов на офтальмологические услуги, ортопедию, вспомогательные средства, например слуховые аппараты).

ФРГ

В ФРГ финансирование предоставления бесплатной медицинской помощи населению осуществляется в рамках системы обязательного медицинского страхования. Граждане [могут](#) получить медпомощь по полисам государственного (Gesetzliche Krankenversicherung) и частного (Private Krankenversicherung)⁹ медицинского страхования. Около 90 % населения ФРГ обслуживаются в рамках государственного медицинского страхования, 11 % – в рамках частного медицинского страхования, около 2 % населения (отдельные категории граждан, например военнослужащие) получают медпомощь по специальным программам страхования.

9. Право на получение медпомощи в рамках частного медицинского страхования имеют трудоустроенные граждане с годовым доходом выше 66,6 тыс. евро, а также самозанятые граждане и государственные служащие.

Фонд государственного медицинского страхования [финансируется](#) за счет ежемесячных взносов застрахованных лиц и ежегодной федеральной субсидии. Ставка ежемесячного взноса гражданина ФРГ в фонд [составляет](#) 14,6 % годового налогооблагаемого дохода (до вычета налогов), который при этом не должен превышать 62,1 тыс. евро. Данный взнос [уплачивается](#) в равных долях работодателем и работником. Кроме того, существует дополнительный взнос, размер которого каждая медицинская страховая компания определяет индивидуально, в зависимости от уровня дохода застрахованного лица. Федеральная субсидия направляется из налоговых поступлений федерального бюджета и ежегодно корректируется.

Около 95 % медицинских услуг [покрывается](#) государственным медицинским страхованием, их перечень примерно одинаков во всех больничных кассах (Krankenkassen)¹⁰. При этом государственная страховка покрывает медицинские расходы, необходимые для лечения пациента: если доступны разные методы лечения, то в рамках страхования предоставляются только наиболее экономически выгодные. Также госстрахование не включает осмотр и консультацию главного врача (руководителя лечебного учреждения) или предоставление отдельной палаты в больнице. Граждане вправе заключить договор частного медицинского страхования. Также они могут [оформить](#) дополнительную медицинскую страховку с целью расширения спектра оплачиваемых услуг (Krankenzusatzversicherung).

В целом в ФРГ [функционирует](#) развитая сеть больниц, обеспечивая высокий уровень доступности стационарной помощи, но доступность учреждений по всей стране варьируется в зависимости от регионов (городских и сельских районов) и от конкретных областей специализированной помощи.

справочно

Однако уровень доступности медицинской помощи в стране [различается](#) на федеральном уровне и уровне земель. Административные процедуры в некоторых регионах препятствуют эффективному предоставлению медицинской помощи, особенно амбулаторной. Также неравномерно распределен перечень медицинских услуг: в сельских районах спектр предоставляемой помощи гораздо хуже, чем в городских районах с более развитой инфраструктурой.

10. Больничные (или медицинские страховые) кассы — некоммерческие организации, ведущие страховую деятельность. Они финансово независимые, самокупаемые, полностью самоуправляемые в рамках определенных законодательством структур. В ФРГ больничные кассы двух видов: государственные и частные. Те, кто зарабатывает 54,9 тыс. евро и менее в год, обязаны оформить страховой медицинский полис в государственной кассе. Те, чьи доходы хотя бы на один евро превышают данную сумму, имеют право выбора и могут, если хотят, стать членом частной кассы.

Опыт зарубежных высших органов аудита

Национальное управление по аудиту Великобритании

В 2021 и 2022 годах Национальное управление по аудиту Великобритании ([National Audit Office](#), далее – ВОА Великобритании) проводило аудит деятельности Национальной службы здравоохранения¹¹ ([National Health Service](#), далее – Служба) в части ликвидации очередей и обеспечения своевременности оказания плановой медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19.

В докладе «Очереди и время ожидания в Англии» 2021 года ([Backlogs and Waiting Times in England](#)) ВОА Великобритании были проанализированы причины увеличения времени ожидания и формирования очередей до и во время пандемии COVID-19, деятельность Службы по отслеживанию очередей с учетом стандартов времени ожидания, а также предпринятые для сокращения очередей меры и риски реализации данных мер. Аудиторы установили, что целевой показатель в области плановой медицинской помощи не соблюдался Службой в течение четырех лет до начала пандемии COVID-19, а весь набор целевых показателей времени ожидания диагностики и лечения онкологических заболеваний – в течение шести лет. В ходе пандемии отставание от целевых показателей значительно возросло.

В 2022 году ВОА Великобритании [провел](#) аудит эффективности использования ресурсов в рамках принятого Службой специального Плана по ликвидации очередей на оказание плановой медицинской помощи, возникших в период пандемии COVID-19 ([Delivery plan for tackling the COVID-19 backlog of elective care](#), далее – План по ликвидации очередей).

Критерии аудита включали:

- наличие четко сформулированных и достижимых целей;
- наличие согласованных и эффективных мер по их реализации;
- выполнение промежуточных задач в предусмотренные сроки.

Аудиторы выявили, что в основу стратегии заложено повышение показателей эффективности оказания медицинской помощи беспрецедентными темпами, которые не наблюдались и до пандемии. Несмотря на то что План по ликвидации очередей предусматривает значительное сокращение очередей и времени ожидания плановой медицинской помощи в целом к 2025 году, он не содержит конкретных сроков реализации необходимых для этого мер. Меры, направленные на снижение количества обращений за оказанием плановой медицинской помощи, могут привести к снижению

11. Национальная служба здравоохранения – совокупность национальных государственных организаций здравоохранения Англии, Уэльса, Шотландии и Северной Ирландии.

ее доступности для отдельных групп населения. Реализация документа в 2022 году не осуществляется плановыми темпами в связи с нагрузкой на систему здравоохранения, превышающей прогнозируемые показатели, а также из-за снижения эффективности работы медицинского персонала и нехватки кадров. Кроме того, ввиду инфляции финансирование Службы в реальных ценах будет расти меньшими темпами, чем в предыдущие годы. В связи с этими факторами ВОА Великобритании ожидает, что цели Плана по ликвидации очередей к 2025 году достигнуты не будут.

Аудиторы рекомендовали следующее:

- совершенствование индикаторов и показателей мониторинга эффективности деятельности Службы с учетом выявленных рисков к апрелю 2023 года;
- выработку и публикацию к апрелю 2023 года Министерством здравоохранения и социального обеспечения и Службой специализированного руководства и требований отчетности в целях обеспечения их прозрачности и последовательного применения;
- организацию независимой оценки основных мер, предусмотренных Планом по ликвидации очередей.

Счетный суд Французской Республики

В 2017 году Счетный суд Французской Республики (Cour des comptes, далее – ВОА Франции) опубликовал отчет «Будущее медицинского страхования» ([L'avenir de l'Assurance Maladie](#)), в котором представил результаты проведенных проверок, в том числе по вопросам доступа граждан к медицинской помощи и качества оказываемых медицинских услуг.

Аудиторы подчеркнули, что доступ к медицинской помощи затруднен во многих регионах страны. Данная негативная тенденция усугубляется такими факторами, как старение населения, развитие хронических патологий, требующих дорогостоящего лечения, а также повышение стоимости производства медицинского оборудования. Как следствие, увеличивается нагрузка на государственное финансирование учреждений здравоохранения и медицинского страхования.

В качестве инструмента оценки доступности медпомощи используется «показатель потенциальной локальной доступности» (indicateur d'accessibilité potentielle localisée), разработанный Министерством здравоохранения и социальной защиты Франции (Ministère des Solidarités et de la Santé, далее – Министерство). Показатель рассчитывается отдельно для каждого муниципалитета (органа самоуправления) в разрезе по направлениям медицинского обслуживания¹². Согласно данному

12. Показатель отражает спрос и предложение на доступность медпомощи, количество занятых медицинских специалистов и возрастную структуру населения.

критерию, самые низкие показатели доступности медпомощи характерны для муниципалитетов в сельской местности, а также районов с невысокой численностью населения.

По мнению ВОА Франции, повышение тарифов на медицинские услуги, которые не покрываются за счет государственного медицинского страхования, могут служить фактором снижения доступности медпомощи. Кроме того, отмечается значительное снижение качества оказываемой медицинской помощи в связи с нехваткой врачей и медицинских работников, низкоэффективной работой больниц и невысоким уровнем заработной платы медицинских специалистов.

ВОА Франции подчеркнул необходимость повышения эффективности государственных расходов на предоставление медицинской помощи. В частности, уточнение сфер действия программ государственного (обязательного) и дополнительного медицинского страхования может усовершенствовать управление рисками, снизить затраты и исключить случаи перерасхода бюджетных средств. Аудиторы обратили внимание на эффективность использования цифровых инструментов при оказании помощи: телемедицина, электронные услуги для граждан и компьютерные базы данных пациентов помогут значительно повысить доступность и удобство медицинских услуг для населения.

ВОА Франции рекомендовал Министерству, а также профильным учреждениям принять следующие меры:

- обновить структуру финансового управления программами медицинского страхования;
- реорганизовать систему государственного медицинского страхования;
- упростить населению доступ к медицинской помощи во всех регионах;
- оптимизировать систему оказания медицинской помощи на дому с учетом потребностей пациентов;
- обеспечить высокий уровень качества медицинской помощи;
- содействовать эффективному и экономному использованию средств государственного медицинского страхования.

Федеральная счетная палата Федеративной Республики Германия

В августе 2018 года Федеральная счетная палата Федеративной Республики Германия (Bundesrechnungshof, далее – ВОА ФРГ) [опубликовала](#) результаты аудита оказания государственными медицинскими учреждениями услуг в области ортодонтии. Аудиторы проверили, как организации государственного медицинского страхования (Gesetzliche Krankenkassen, больничные кассы) оплачивают ортодонтические услуги для застрахованных граждан. В ходе проверки особое внимание уделялось вопросам

нормативного правового соответствия (в частности, процедур ортодонтического лечения) и целесообразности (например, экономической эффективности отдельных контрактов).

справочно

Медицинские страховые компании ежегодно выделяют на ортодонтическое лечение около 1,1 млрд евро. Застрахованные лица имеют право на лечение, если их неправильное расположение зубов соответствует определенной измеримой группе, называемой группой ортодонтических показаний (kieferorthopädischen indikationsgruppe).

Аудиторы выявили, что предоставление ортодонтической помощи гражданам не было в надлежащем порядке задокументировано Федеральным министерством здравоохранения (Bundesministeriums für Gesundheit). По мнению ВОА ФРГ, документы министерства были неинформативны и отличались низким уровнем раскрытия данных. Вследствие этого медицинские страховые компании не получали полной информации о потребностях в предоставлении медицинской помощи и в ряде случаев отказывали гражданам в страховании услуг ортодонтии.

Кроме того, ВОА ФРГ указал объекту аудита на законодательно закрепленные полномочия и выделенные ресурсы, позволяющие ведомству самостоятельно проводить исследования в области ортодонтической помощи.

Проверка показала, что многие застрахованные граждане пытались оплатить лечение самостоятельно, в обход страховых компаний и, как следствие, получали неполный спектр услуг, положенных в рамках обязательного медицинского страхования. ВОА ФРГ рекомендовал Федеральному министерству здравоохранения и Ассоциации стоматологов-ортодонт (GKV-Spitzenverband) рассмотреть вопрос об обязательстве медицинских учреждений сообщать медицинским страховым компаниям о предлагаемых и используемых вариантах с самостоятельной оплатой услуг пациентами. Медицинские страховые компании могли бы затем консультировать застрахованных лиц о преимуществах и недостатках данного варианта предоставления медицинской помощи.

В заключение аудиторы подняли вопрос недостаточной информированности граждан об услугах, доступных им в рамках обязательного медицинского страхования. ВОА ФРГ отметил, что научно обоснованная информация об оказании услуг ортодонтии практически недоступна для застрахованных лиц, и рекомендовал Федеральному министерству здравоохранения и Ассоциации стоматологов-ортодонт принять меры по доведению данной информации до граждан и регулярно размещать на официальных сайтах и других онлайн-платформах актуальную информацию по интересующим пациентов вопросам.

Исследования
по теме

Эволюция и перспективы системы обязательного медицинского страхования в России

Российская система обязательного медицинского страхования (ОМС) начала свой путь с попытки сочетания механизмов государственного, общественного и рыночного регулирования. Однако несформированность рыночных институтов в экономике обусловила постепенное изменение дизайна модели ОМС, что привело к доминированию централизованного государственного регулирования.

Автор проводит сравнительный анализ двух сценариев: замещение рыночных и общественных механизмов регулирования административным или все же попытка дальнейшего развития рыночных и общественных механизмов в системе ОМС и рост роли страховых медицинских организаций.

В исследовании подчеркивается, что в конечном счете конкурентная модель ОМС потребует создания институтов выбора состава страховых программ, размера страхового взноса, состава поставщиков медицинских услуг и объемов медицинской помощи, которые будут оплачены каждому из них.

[Подробнее](#)

Порядок и источники финансирования здравоохранения в субъектах Российской Федерации

Среди 189 стран мира в соответствии с международным рейтингом ООН (2020 год) Россия по финансированию здравоохранения находится в районе 140-го места. По финансированию здравоохранения в процентах к ВВП в России тратится не более 5 %, в Европейском союзе – 10 %, в США – 17 %.

Основным недостатком системы ОМС авторы называют наличие сложной цепочки доведения денежных средств до медицинских организаций. Актуальной проблемой также является система оплаты медицинской помощи, так как в основе планирования ее объемов находится не фактическая потребность населения, а финансовая возможность субъекта.

Авторы подчеркивают необходимость законодательного закрепления ответственности за нерациональное использование финансовых средств и усиления мер общественного контроля за деятельностью системы ОМС.

[Подробнее](#)

Финансирование здравоохранения: возможные ответы на современные вызовы

Актуальность проблем финансирования здравоохранения возрастает в условиях новых вызовов, связанных с современной социально-экономической и политической ситуацией. Это может затруднять существенное увеличение финансирования этой сферы. При этом, как показывают исследования, расходы на здравоохранение выступают фактором, определяющим здоровье нации, так как их размер положительно влияет на продолжительность жизни населения.

Автор делает акцент на возможных дополнительных механизмах финансирования здравоохранения, таких как добровольное медицинское страхование, налоги на потребление вредных для здоровья товаров, соплатежи гражданами в государственных медицинских учреждениях за получаемые услуги.

[Подробнее](#)

Публикации в СМИ

Счетная палата выявила нарушений в здравоохранении на 160 млрд рублей

В прошлом году Счетная палата Российской Федерации начала оценивать эффективность использования медорганизациями средств обязательного медицинского страхования. Согласно промежуточным итогам аудита, контрольное ведомство обратило внимание «на существенную дифференциацию медорганизаций по расходам на закупку лекарств и содержание зданий, что не всегда может быть обусловлено такими объективными факторами, как плотность населения или географическое расположение». Окончательные итоги проверки Счетная палата подведет в этом году.

07.03.2024 | Ведомости

[Полная версия публикации](#)

В России появятся два новых национальных проекта – «Семья» и «Продолжительная и активная жизнь»

Президент Российской Федерации Владимир Путин в ходе Послания Федеральному собранию 29 февраля анонсировал запуск новых национальных проектов – «Семья» и «Продолжительная и активная жизнь». Концептуально они будут сосредоточены на народосбережении: стимулировании рождаемости и увеличении продолжительности здоровой жизни россиян. Озвученные же внутри них инициативы пока в основном продолжают развитие мер действующих национальных проектов «Демография» и «Здравоохранение». Их составные элементы пересобраны с учетом фокусировки на актуальных проблемах, стоящих перед страной, а также на комплексном решении этих проблем. В рамках нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» президент анонсировал запуск новой комплексной программы по охране материнства, сбережению здоровья детей и подростков, в том числе репродуктивного. *«Чтобы дети рождались и росли здоровыми, а в будущем и у них были здоровые дети»,* – пояснил он. Главными приоритетами программы станут расширение сети женских консультаций, модернизация перинатальных центров, детских поликлиник и больниц. На реализацию этого нацпроекта до 2030 года потребуется более 1 трлн рублей, заявила вице-премьер Российской Федерации Татьяна Голикова. По ее словам, в этот объем финансирования входит и проект по модернизации первичного звена здравоохранения. Как отметил Владимир Путин, будут продолжены федеральные проекты по борьбе с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также с диабетом. Сейчас они реализуются в нацпроекте «Здравоохранение», его курирует Минздрав.

Принципиально новым стало предложение Путина поощрять россиян заботиться о здоровье при помощи налоговых вычетов: граждане смогут вернуть налог на доход физлиц за регулярное прохождение диспансеризации и успешную сдачу нормативов ГТО (физкультурно-спортивный комплекс).

01.03.2024 | Ведомости

[Полная версия публикации](#)

Лекарствам добавляют средств

Депутаты Госдумы от фракций ЛДПР, КПРФ и «Справедливая Россия – За правду» внесли в Госдуму законопроект, который предлагает разрешить использовать средства материнского капитала на получение ребенком платных медуслуг или покупку лекарств по назначению врача. Они считают, что такое расходование маткапитала «будет наиболее востребованной и эффективной мерой государственной поддержки семей, имеющих детей», а принятие законопроекта «окажет реальную помощь родителям в лечении детей» и «положительно скажется на демографическом развитии страны». Эксперт, с которым поговорил «Ъ», полагает, что инициатива будет замещать уже существующие государственные институты – причем таким образом, что финансовые средства, необходимые для долгосрочных инвестиций в условия жизни семьи, будут растрочены «на краткосрочные цели».

29.02.2024 | Коммерсантъ

[Полная версия публикации](#)

Личное здравоохранение

Программа обязательного медицинского страхования (ОМС) продолжает совершенствоваться. В 2024 году в ОМС войдут новые виды медицинской помощи. Практика медицинских осмотров и реабилитации, диспансерное наблюдение за хроническими больными, охват больных гепатитом С и консультации медицинского психолога в поликлинике – вот что ожидает пациентов, которые получают бесплатную медпомощь по полису ОМС. Об этом сообщает Социальный фонд России. Как отметил глава Фонда ОМС Илья Баланин, особое внимание будет уделено амбулаторному лечению. *«Мы так же, как и все медицинское сообщество, признаем важность профилактики здорового образа жизни и работаем над тем, чтобы наша*

система ОМС не только покрывала лечение заболеваний, но и стимулировала наших граждан к заботе о своем здоровье. Поэтому одним из приоритетных для сферы здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования направлений в последние годы является финансирование амбулаторного звена. Это позволит существенно развить оказание помощи в амбулаторном звене, увеличить объемы профилактической помощи, медицинской реабилитации, диспансеризации. Это будет способствовать решению ключевой задачи, которая стоит перед Минздравом России: повышению продолжительности жизни наших граждан и, соответственно, развитию здорового общества», – сказал он.

27.02.2024 | Страхование сегодня

[Полная версия публикации](#)

Росздравнадзор и ФОМС наладят обмен сведениями о результатах проверок медорганизаций

Росздравнадзор и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) 24 февраля подписали соглашение о межведомственном взаимодействии. В его рамках планируется осуществлять информационный обмен сведениями о результатах контрольно-надзорных мероприятий, проведенных в медицинских организациях, сообщила пресс-служба Росздравнадзора. В частности, стороны намерены взаимодействовать при проведении мероприятий ФОМС по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями, а также контрольно-надзорных мероприятий территориальных органов Росздравнадзора.

24.02.2024 | Медицинский вестник

[Полная версия публикации](#)

Минстрой попросили взять на контроль строительство реабилитационного центра в Евпатории

Спикер Совета Федерации Валентина Матвиенко попросила главу Минстроя Ирека Файзуллина взять под личный контроль ход строительства Федерального детского реабилитационного центра в Евпатории на 300 коек. Как сообщила на пленарном

заседании 21 февраля вице-спикер верхней палаты парламента Инна Святенко, хотя сам центр возводится опережающими темпами, важно, чтобы параллельно были сданы в эксплуатацию инфраструктурные объекты – общежитие для врачей (151 квартира) и пансионат для родителей на 150 номеров. По данным аудита Счетной палаты Российской Федерации, по итогам 2022 года Федеральный детский реабилитационный центр в Евпатории входил в список объектов федеральной адресной инвестиционной программы с наибольшей дебиторской задолженностью – сумма долга составляла 2,1 млрд рублей. Несмотря на то что первый этап строительства планируется завершить в 2024 году, выполненные и принятые работы по объекту отсутствовали по состоянию на июнь прошлого года, отмечали аудиторы.

22.02.2024 | Медицинский вестник

[Полная версия публикации](#)

Путин заявил о новых принципах работы системы здравоохранения

Президент Российской Федерации Владимир Путин объявил о дополнительных выплатах медикам с 1 марта 2024 года. Глава государства также пообещал, что модернизация первичного звена здравоохранения обязательно будет продолжена. Кроме того, в России запустят нацпроект по развитию технологий сбережения здоровья. Все эти решения Путин объявил на пленарном заседании Форума будущих технологий, которое было посвящено передовым разработкам в сфере медицины. Новые открытия в области медицины должны быть доступны и широко использоваться в первичном звене здравоохранения. Так, больницы и клиники должны быть ориентированы на сбережение здоровья граждан, поставил задачу президент. *«Нам нужно настроить всю систему – от первичного звена до ведущих клиник и институтов – на сбережение здоровья граждан»*, – подчеркнул он, отметив, что не количество оказанных услуг, а именно человек и его здоровье должны находиться в центре всей системы здравоохранения.

14.02.2024 | Российская газета

[Полная версия публикации](#)

Медорганизациям разрешили тратить средства ОМС на дезинсекцию и дератизацию помещений

ФОМС подтвердил, что средства ОМС могут направляться на дезинфекцию, дезинсекцию и дератизацию помещений. Но целесообразно оплачивать эти услуги за счет всех имеющихся у медорганизации средств, пропорционально объемам оказываемой медицинской помощи. Проведение дезинфекции, дезинсекции, дератизации может осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования. Такие разъяснения дал ФОМС в ответ на поступившее обращение. В письме сообщается, что в соответствии с пунктом 192 Правил ОМС в расчет тарифов включаются затраты медорганизации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи и потребляемые в процессе ее предоставления, а также другие расходы, необходимые для обеспечения деятельности учреждения.

14.02.2024 | Медицинский вестник

[Полная версия публикации](#)

ФОМС расширит сотрудничество с «Кругом добра»

Подписано соглашение о сотрудничестве между ФОМС и фондом помощи детям с тяжелыми и редкими заболеваниями «Круг добра». Документ предусматривает расширение совместной работы для защиты прав таких пациентов и поддержку инициатив, направленных на улучшение медицинских аспектов их жизни, отмечается в сообщении. Соглашение, в частности, предусматривает взаимодействие в информировании семей о возможностях «Круга добра» в качестве дополнительного механизма организации и финансирования помощи детям, координацию в рамках регулирования правовых отношений, возникающих в связи с обязательным медицинским страхованием таких пациентов, организацию совместных мероприятий для семей, представителей органов исполнительной власти и медорганизаций. По словам главы ФОМС Ильи Баланина, от эффективности этой работы зависит качество и скорость получения пациентами, страдающими тяжелыми заболеваниями, жизненно важных препаратов и другой помощи. Председатель правления «Круга добра» Александр Ткаченко надеется, что сотрудничество с ФОМС позволит сделать помощь таким пациентам более комплексной и эффективной.

07.02.2024 | Медицинский вестник

[Полная версия публикации](#)

В полис ОМС предлагают включать тапочки и туалетную бумагу

В полис ОМС предлагают включать оплату бытовых предметов, необходимых при нахождении пациентов в медицинской организации, – халатов, тапочек, зубной пасты и щетки, туалетной бумаги. Как выяснили «Известия», такие рекомендации Минздраву дали в Совете Федерации по итогам слушаний на тему «Актуальные вопросы защиты прав потребителей и пути их решения».

24.01.2024 | Известия

[Полная версия публикации](#)

Стало известно, как расширились стандарты оказания медпомощи россиянам

В базовой программе ОМС с начала 2024 года появилось несколько новых видов высокотехнологичных медицинских услуг. В этом году расходы бюджета на профилактические мероприятия (включая диспансеризацию и медицинские осмотры) по программе государственных гарантий увеличились на 17,3 %. Дополнительные средства будут потрачены в том числе и на новые виды диагностических обследований, которые включили в программу диспансеризации. Речь идет об анализах крови на антитела к вирусному гепатиту С, а также о ряде исследований, по которым можно выявить нарушения репродуктивной системы. Еще одно нововведение – изменения, касающиеся диспансерного наблюдения хронических пациентов. Правда, не всех. В наступившем году предлагается установить финансовые нормативы и средние объемы медпомощи для трех видов наблюдения: за онкологическими больными, пациентами с сахарным диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями (именно эти группы заболеваний составляют наибольшую долю всех хронических больных). С учетом средних нормативов на наблюдение в программу госгарантий заложено более 101 млрд рублей из Фонда ОМС. Эксперты считают, что это позволит сделать диспансерное наблюдение за пациентами более эффективным, поскольку стимулирует медицинские организации более ответственно относиться к оказанию медпомощи по этим профилям.

23.01.2024 | Московский комсомолец

[Полная версия публикации](#)

Мишустин потребовал предоставлять новым регионам весь спектр медицинских услуг

Премьер-министр России Михаил Мишустин призвал руководителей новых регионов страны взять на личный контроль ситуацию с исполнением на их территориях базовой программы обязательного медицинского страхования. Подготовка к запуску в Донецкой и Луганской народных республиках, Запорожской и Херсонской областях полноценной общероссийской программы ОМС пока продолжается. И очень важно, чтобы в переходный период выполнялись социальные обязательства перед людьми, чтобы у них была возможность обращаться в поликлиники, больницы и бесплатно получать необходимое лечение, в том числе и высокотехнологичное, подчеркнул премьер-министр на заседании правительства. Для этого кабмин утвердил правила финансового обеспечения медицинской помощи жителям четырех субъектов Федерации в текущем году, сообщил Мишустин. На эти цели предусмотрено почти 39 млрд рублей. Средства будут направляться в виде межбюджетных трансфертов напрямую из федерального Фонда обязательного медицинского страхования. *«Жалобы людей на здоровье не должны оставаться без внимания и, конечно, без заботливого отношения со стороны медицинского персонала, врачей»,* – указал премьер.

18.01.2024 | Российская газета

[Полная версия публикации](#)

Бюллетень – это официальное ежемесячное издание Счетной палаты Российской Федерации. В нем публикуются отчеты о завершённых проверках, экспертные заключения ведомства, методические и аналитические материалы.

В издании представлены официальные позиции и мнения членов Коллегии и сотрудников аппарата Счетной палаты по вопросам государственного финансового контроля, бюджетной и налоговой политики, другим финансово-экономическим вопросам.

Издание основано в 1997 году, зарегистрировано в Комитете РФ по печати за 017653 от 28 мая 1998 года и в Министерстве по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций РФ – Эл 77-4479 от 23 апреля 2001 года. ISSN 27127907.

Комментарии представителей органов власти и объектов контроля, а также мнения привлеченных экспертов не являются официальной позицией Счетной палаты Российской Федерации.

для справки

