



# СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«13» сентября 2013 г.

№ ОМ-170/14-02

## ОТЧЕТ

### О РЕЗУЛЬТАТАХ КОНТРОЛЬНОГО МЕРОПРИЯТИЯ

**«Аудит эффективности использования государственных средств, направленных на реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за период 2010 – 2012 гг.»**

**(параллельно с контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации)**

(утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации  
(протокол от 9 сентября 2013 г. № 37К (928), п.1)

#### 1. Основание для проведения контрольного мероприятия:

Пункты 3.12.3, 3.12.3.1 - 3.12.3.14 плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2013 год, утвержденного решением Коллегии Счетной палаты (протокол 28 декабря 2012 г. № 58К (891), (переходящее из Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2012 год).

#### 2. Предмет контрольного мероприятия:

2.1. Нормативные и правовые акты, регламентирующие вопросы Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – Программа государственных гарантий) и территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – территориальные программы государственных гарантий) за период 2010- 2012 гг.;

2.2. Данные мониторинга реализации территориальных программ государственных гарантий, осуществляемого Министерством здравоохранения

и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования за период 2010 – 2012 гг.;

2.3. Федеральные формы государственного статистического наблюдения, а также установленные Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования формы отчетности, о реализации Программы государственных гарантий и территориальных программ, государственных гарантий, а также об оказании и финансовом обеспечении медицинской помощи.

3. Объект (объекты) контрольного мероприятия:

3.1. Министерство здравоохранения Российской Федерации.

3.2. Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

3.3. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения Кемеровской области (выборочно).

3.4. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области.

3.5. Департамент здравоохранения Архангельской области.

3.6. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области.

3.7. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения Архангельской области (выборочно).

3.8. Управление здравоохранением Липецкой области.

3.9. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области.

3.10. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения Липецкой области (выборочно).

3.11. Министерство здравоохранения Ульяновской области.

3.12. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ульяновской области.

3.13. Государственные и муниципальные учреждения Ульяновской области (выборочно).

3.14. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (по запросу).

4. Срок проведения контрольного мероприятия – с 12 мая 2012 г. по 13 сентября 2013 г.

5. Цель контрольного мероприятия:

Оценка обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь, предоставляемую в рамках Программы государственных гарантий государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения за счет государственных финансовых средств.

Вопросы

5.1. Анализ нормативных правовых и распорядительных документов, регламентирующих Программу государственных гарантий и территориальные программы государственных гарантий за период 2010 – 2012 гг.

Критерии оценки эффективности:

- своевременность и достаточность нормативных правовых актов и распорядительных документов по Программе государственных гарантий и территориальным программам государственных гарантий.

5.2. Оценка финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования за счет государственных средств.

Критерии оценки эффективности:

- достаточность объемов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования;

- выполнение нормативов стоимости объема медицинской помощи по видам, эффективность тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования;

- расходы федерального бюджета на реализацию отдельных мероприятий Программы государственных гарантий и территориальных программ государственных гарантий, включая лекарственное обеспечение граждан.

5.3. Анализ объема медицинской помощи по видам, предоставленной гражданам в рамках территориальных программ государственных гарантий, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Критерии оценки эффективности:

- сбалансированность территориальных программ государственных гарантий по видам медицинской помощи, а также источникам их финансового обеспечения на основе нормативного планирования объема медицинской помощи, отвечающего реальной потребности населения;

- использование наиболее эффективных организационных технологий оказания медицинской помощи населению в рамках территориальных программ государственных гарантий (дневные стационары, развитие службы неотложной медицинской помощи, межрайонные специализированные центры (отделения), центр амбулаторной хирургии и пр.).

5.4. Оценка формирования и выполнения государственных (муниципальных) годовых заданий медицинскими организациями различного типа (казенные, автономные, бюджетные) в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий.

Критерии оценки эффективности:

- соответствие объема медицинской помощи, установленного годовым государственным (муниципальным) заданием, кадровому обеспечению медицинской организации и потребностям населения;

- эффективность деятельности казенных, бюджетных, автономных медицинских организаций амбулаторного и стационарного типов.

5.5. Анализ кадрового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальных программ государственных гарантий.

Критерии оценки эффективности:

- достаточность обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом для выполнения территориальных программ государственных гарантий.

5.6. Анализ совокупных расходов в субъектах Российской Федерации на медицинскую помощь, в том числе на лекарственное обеспечение, включая государственные расходы на территориальные программы государственных гарантий и расходы домашних хозяйств на платные медицинские услуги и медикаменты.

Критерии оценки эффективности:

- разграничение бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг населению.

5.7. Организация учета, отчетности и системы мониторинга формирования и реализации территориальных программ государственных гарантий за 2010-2012 годы.

Критерии оценки эффективности:

- качество функционирования системы управления и контроля уровня доступности и качества оказываемой медицинской помощи населению в рамках территориальных программ государственных гарантий.

5.8. Оценка выполнения целевых значения показателей качества и доступности медицинской помощи, устанавливаемых территориальными программами государственных гарантий.

Критерии оценки эффективности:

- доступность и качество медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальных программ государственных гарантий.

6. Проверяемый период деятельности: 2010 – 2012 гг.

7. Краткая характеристика проверяемой сферы формирования и использования государственных средств и деятельности объектов проверки.

По оценке Росстата, численность постоянного населения Российской Федерации на 1 апреля 2013 г. составила 143,4 млн. человек и с начала года возросла на 11,4 тыс. человек, или на 0,01%. На соответствующую дату предыдущего года также наблюдалось увеличение численности населения – на 30,9 тыс. человек, или на 0,02%.

За период 2008-2012 гг. естественная убыль населения постоянно уменьшается и в 2012 году данный показатель сократился по отношению к 2008 году более чем в два раза.

Естественная убыль населения в I квартале 2013г. увеличилась по сравнению с соответствующим периодом 2012 г. на 7,6 тыс. человек. Миграционный прирост полностью компенсировал численные потери населения и превысил их на 26,9%.

Число родившихся составило 448,0 тыс. человек, или 12,7 на 1000 человек населения, что практически соответствует аналогичному показателю в I квартале 2012 года. Число умерших составило 490,5 тыс. человек, или 13,9 на 1000 человек населения, что выше по отношению к аналогичному периоду 2012 года на 1,5% (в основном за счет смертности от болезней органов дыхания).

В I квартале 2013г. в России отмечалось снижение числа родившихся (в 56 субъектах Российской Федерации) и увеличение числа умерших (в 42 субъектах).

Естественный прирост населения в I квартале 2013г. зафиксирован в 28 субъектах Российской Федерации (в I квартале 2012г. - в 32 субъектах).

Снижение смертности отмечается от болезней системы кровообращения (-2,7%), или 273,6 тыс. человек, новообразований (-0,5%), или 71,5 тыс. человек, внешних причин (-2,3%), инфекционных и паразитарных болезней (-0,3%). Увеличение – от болезней органов дыхания (+3,1%).

По данным Росстата в период 2009-2012 гг. число умерших (на 100 тыс. человек населения) от всех причин сократилось с 1408 до 1327 человек, или на

5,7%, естественная убыль сократилась с 249,8 тыс. человек в 2009 году до 2,5 тыс. человек в 2012 году, ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась с 68,0 лет в 2008 году (для мужчин – 61,9 лет, для женщин – 74,3 лет) до 69,8 лет в 2011 году (для мужчин – 64,0 лет, для женщин – 75,6 лет).

Одной из основных причин улучшения демографических показателей в Российской Федерации является реализация мероприятий в сфере здравоохранения, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи гражданам России за счет значительного увеличения государственного финансирования.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации (статья 41) «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Программа государственных гарантий, реализуемая в Российской Федерации с 1999 года, является важнейшим инструментом в механизме государственного регулирования здравоохранения, обеспечивающим права граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

8. По результатам контрольного мероприятия установлено следующее.

**8.1. Анализ нормативных правовых и распорядительных документов, регламентирующих Программу государственных гарантий и территориальные программы государственных гарантий за период 2010 – 2012 гг.**

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1, которые утратили силу с 1 января 2012 г. в связи с принятием Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», к полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья

граждан относится разработка и утверждение программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования (далее – Программа государственных гарантий, Программа, ПГГ).

Программа государственных гарантий ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации, и доклад о ее реализации готовится Минздравом (Минздравсоцразвития) России в срок до 1 июля года, следующего за отчетным.

К полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан относится разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования, которая основывается на положениях Программы государственных гарантий.

С 2012 года Программа государственных гарантий принимается с учетом положений статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьи 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в части правового регулирования отношений, связанных с разработкой и принятием территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Минздраву (Минздравсоцразвития) России предписано давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий (далее – территориальная программа государственных гарантий, территориальная программа, ТПГГ) на соответствующий год, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования (далее – территориальные программы ОМС, ТП ОМС).

Структура Программы государственных гарантий включает в себя общие положения, виды и условия оказания медицинской помощи, источники финансового обеспечения оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь (в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования), критерии доступности и качества медицинской помощи.

В период 2010-2012 гг., утвержденные нормативы объема медицинской помощи (в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования), практически не изменялись за исключением норматива объема для амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях, который вырос с 9,5 посещений в 2010 году до 9,7 посещений в 2011-2012 гг. на одного человека в год.

При формировании в субъектах Российской Федерации территориальных программ нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой государственных гарантий в 2010-2012 гг., рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и с учетом средств обязательного медицинского страхования. Определены порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь, включая тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой отражают размер бюджетных ассигнований и средств обязательного медицинского страхования, необходимых для компенсации

затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год. С 2012 года подушевой норматив за счет средств обязательного медицинского страхования установлен в расчете на одно застрахованное лицо в год.

Подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы устанавливаются органом государственной власти субъекта Российской Федерации исходя из нормативов, предусмотренных Программой (без учета средств федерального бюджета) – 7633,4 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования в 2010 г. – 4059,6 рубля и в 2011-2012 гг. - 4102,9 рубля, а также с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Дополнительные основания, виды и условия оказания медицинской помощи, а также связанные с ними объемы страхового обеспечения утверждаются территориальной программой ОМС отдельно от установленных базовой программой обязательного медицинского страхования оснований, видов, условий оказания медицинской помощи, объемов соответствующего страхового обеспечения.

Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики, утвержденных Программой показателей.

В Программах государственных гарантий, утверждаемых на 2010-2012 гг. установлено, что при реализации территориальной программы с учетом рекомендаций Минздравсоцразвития России применяются эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (по законченному случаю, на основе подушевого финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской

помощи, по средней стоимости стационарного лечения пациента с учетом профиля отделения, по клинико-статистической группе болезней).

Выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования с учетом совокупных доходных источников их финансового обеспечения, а также стимулирование эффективности реализации территориальных программ осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Постановлениями Правительства Российской Федерации рекомендуется органам государственной власти субъектов Российской Федерации утверждать территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи до 25 декабря года, предшествующего году реализации ТРГГ.

Субъектами Российской Федерации при разработке территориальных программ государственных гарантий на 2010-2012 гг. учитывались рекомендации Минздравсоцразвития России о формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий. Рекомендации принимались и доводились до субъектов Российской Федерации во второй половине декабря, то есть фактически после утверждения законов о региональных бюджетах и законов о бюджете территориальных фондов ОМС. Столь позднее доведение рекомендаций Минздравсоцразвития России до субъектов Российской Федерации оказывало влияние на качество и экономическую эффективность утвержденных территориальных программ государственных гарантий.

**Счетная палата Красноярского края:** *«Необходимо отметить, что в период подготовки проекта ТПГГ не утверждена ПГГ на федеральном уровне (ежегодно принимается в октябре: на 2010 год – 02.10.2009, на 2011 год – 04.10.2010, на 2012 год – 21.10.2011). Кроме того, Министерство здравоохранения и социального развития РФ разъяснения отдельных вопросов формирования и экономического обоснования ТПГГ направляет после 16 декабря. Соответственно формирование ТПГГ осуществляется на основании проектов писем, размещенных на сайте Минздравсоцразвития РФ».*

Нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации формировались комиссии по разработке заданий по обеспечению государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, основываясь на предложениях организаций здравоохранения регионального подчинения и органов местного самоуправления.

В целях координации деятельности участников системы ОМС в субъектах Российской Федерации формируются межведомственные (согласительные) комиссии по разработке территориальных программ ОМС, принятия решений в сфере тарифов на медицинские услуги и распределения объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями (далее – СМО) и медицинскими организациями.

Рекомендуемые нормативы объема медицинской помощи корректировались с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих особенности демографического состава населения субъекта Российской Федерации (с учетом удельного веса численности детей и взрослых в структуре населения регионов, особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта РФ, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций).

В Определении Верховного Суда Российской Федерации от 17 ноября 2010 г. № 31-Г10-13 указывается, что наличие в Программе государственных гарантий средних нормативов не дает субъектам Российской Федерации права произвольно устанавливать нормативы объема медицинской помощи в размере меньшем, нежели установленные Программой. Субъекты Российской Федерации не наделены также правом занижать указанные нормативы, исходя из предусмотренной Программой возможности, корректировать их с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации.

Некоторые субъекты Российской Федерации утверждали территориальные программы на 2010-2011 гг. позже сроков, рекомендованных Правительством Российской Федерации (25 декабря).

**Контрольно-счетная палата Кировской области:** *«Территориальная программа на территории Кировской области в анализируемом периоде ежегодно утверждалась в конце года и позже утвержденной Программы госгарантий практически на два месяца. Данная ситуация приводила к ежегодному принятию закона Кировской области о бюджете Фонда ОМС на соответствующие годы без утвержденной Территориальной программы, что в свою очередь влекло последующую корректировку бюджета Фонда ОМС. А также не давало возможности оценить при его принятии достаточность выделяемых средств на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».*

Перечень критериев доступности и качества медицинской помощи, установленных территориальной программой в отдельных субъектах Российской Федерации, не в полной мере соответствовал перечню критериев предусмотренных Программой государственных гарантий и при этом не утверждались целевые значения по отдельным показателям. Имелись и другие несоответствия между утвержденными территориальными программами и требованиями к ним законодательных и федеральных нормативных правовых актов.

**Контрольно-счетная палата Магаданской области:** *«Территориальная программа государственных гарантий на 2012 не в полной мере соответствовала требованиям, установленным статьей 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ), так как не содержала перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни населения области».*

Анализ результатов контрольных мероприятий Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации показывает, что не во всех органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения созданы

структурные подразделения, занимающиеся вопросами формирования и реализации территориальных программ государственных гарантий. В этом случае в формировании территориальных программ, их реализации и взаимодействии с территориальным фондом ОМС участвуют различные структурные подразделения органа управления здравоохранением в пределах своих полномочий.

Оказание населению платных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации осуществлялось в 2010-2012 гг. в соответствии с региональными нормативными правовыми актами, принятыми на основе Правил, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27.

Правила определяют порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи) лечебно-профилактическими учреждениями независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности, в том числе научно-исследовательскими институтами и государственными медицинскими образовательными учреждениями высшего профессионального образования, и являются обязательными для исполнения всеми медицинскими учреждениями.

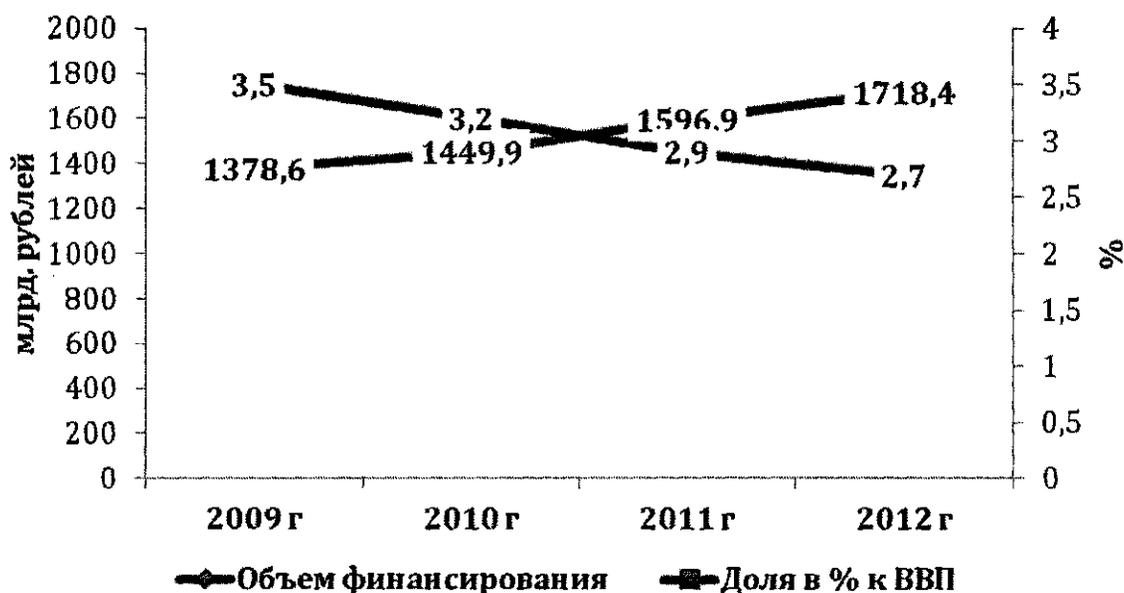
В связи с принятием Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 приняты новые Правила, которые определяют порядок и условия предоставления медицинскими организациями гражданам платных медицинских услуг.

**8.2. Оценка финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования за счет государственных средств.**

**8.2.1. Оценка достаточности объемов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования.**

В соответствии с данными Минздрава России, расходы за счет государственных источников финансового обеспечения Программы государственных гарантий ежегодно увеличиваются и составили в 2012 году 1718,4 млрд. рублей (в 2009 году – 1378,6 млрд. рублей). Рост в период 2009-2012 гг. составил 24,6%, при этом, доля расходов на реализацию Программы по отношению к ВВП снизилась с 3,5% в 2009 году до 2,7% в 2012 году.

**Финансирование Программы государственных гарантий в период 2009-2012 гг. и доля в ВВП**



Данные о финансовом обеспечении Программы государственных гарантий за счет всех источников в период 2009-2012 гг., представлены на диаграмме.

**Финансирование Программы государственных гарантий в период 2009-2012 гг. за счет всех источников (млрд. рублей)**



В субъектах Российской Федерации ежегодно утверждаются территориальные программы государственных гарантий, включающие в себя территориальные программы ОМС, в основном соответствующие принципам формирования и структуре Программы государственных гарантий.

Результаты контрольных мероприятий проведенных Счетной палатой Российской Федерации и отдельными контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации в 2012-2013 гг. показали, что фактическое исполнение территориальных программ в 2010-2012 гг. отличается как от расчетной, так и от утвержденной стоимости, что представлено в таблице (по данным контрольно-счетных органов Российской Федерации).

Субъект Российской Федерации	Отличие фактического исполнения ТПГГ от утвержденного (в т.ч. ТП ОМС), в процентах		
	2010 г	2011 г	2012 г
Белгородская область	-0,6 (-0,1)	-1,3 (-0,1)	-1,3 (3,7)
Волгоградская область*	-6,7 (-7,3)	-6,5 (-5,3)	-7,7 (-3,9)

Вологодская область*	-4,5 (-0,1)	-0,9 (-0,1)	-12,1 (-5,6)
Ленинградская область	-1,1 (-0,6)	-4,9 (-5,0)	0,9 (2,6)
Республика Татарстан	-2,9 (0,4)	-3,6 (-2,2)	-4,7 (-5,6)
Республика Хакассия	-10,7 (-16,2)	-6,5 (-13,7)	-10,7 (-17,8)
Самарская область	0,1 (-0,8)	0,6 (0,2)	1,4 (-2,7)
Чувашская Республика*	-0,4 (0,9)	-1,7 (-1,5)	-1,5 (-1,6)

\*) исполнение ТППГ за 2012 год учитывалось по данным формы № 62 (2000)

Несмотря на ежегодный рост финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий, в 2012 году дефицит территориальных программ сохранился в 66 субъектах Российской Федерации. Общий дефицит территориальных программ сократился с 337,3 млрд. рублей в 2010 году до 164,6 млрд. рублей в 2012 году.

В 2010 году дефицит финансового обеспечения территориальных программ отсутствовал в 9-ти субъектах Российской Федерации, в том числе в Московской, Магаданской и Сахалинской областях, в городах Москва и Санкт-Петербург, в Ненецком, Ханты-Мансийском, Ямало-Ненецком и Чукотском автономных округах.

В 2011 году количество субъектов Российской Федерации с бездефицитными территориальными программами увеличилось до 11, к вышеназванным регионам добавились Тюменская область и Камчатский край.

В 2012 году в 16-ти субъектах Российской Федерации отсутствовал дефицит территориальных программ, в том числе, в Калужской, Ярославской и Свердловской областях, а также в Краснодарском крае.

Размер бюджетных ассигнований бюджета (консолидируемого) субъекта Российской Федерации на реализацию территориальной программы государственных гарантий определяется исходя из величины норматива финансового обеспечения Программы за счет средств соответствующих бюджетов, районного коэффициента и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на начало года, на который утверждается территориальная программа. При определении стоимости

территориальной программы ОМС учитывается величина подушевого норматива ее финансового обеспечения за счет средств ОМС, районный коэффициент и численность застрахованного населения в субъекте Российской Федерации. До 2012 года, в случае если численность постоянного населения в субъекте Российской Федерации превышала численность застрахованных по ОМС граждан, расчет стоимости территориальной программы ОМС осуществлялся исходя их численности постоянного населения в субъекте Российской Федерации.

При неизменных величинах подушевого норматива финансового обеспечения в 2010-2012 гг. смена метода расчета стоимости территориальной программы ОМС, в части указания численности застрахованного населения, привела в отдельных субъектах Российской Федерации, как к снижению, так и к увеличению расчетной стоимости ТП ОМС и соответственно территориальной программы.

В таблице представлены данные, согласно годовой форме федерального статистического наблюдения № 62 (далее - форма № 62), (таблица 2000 - объемы оказания и финансирования медицинской помощи), об изменениях расчетной стоимости ТП ОМС и соответственно ТПГГ в 2012 году по отношению к 2010 и 2011 годам.

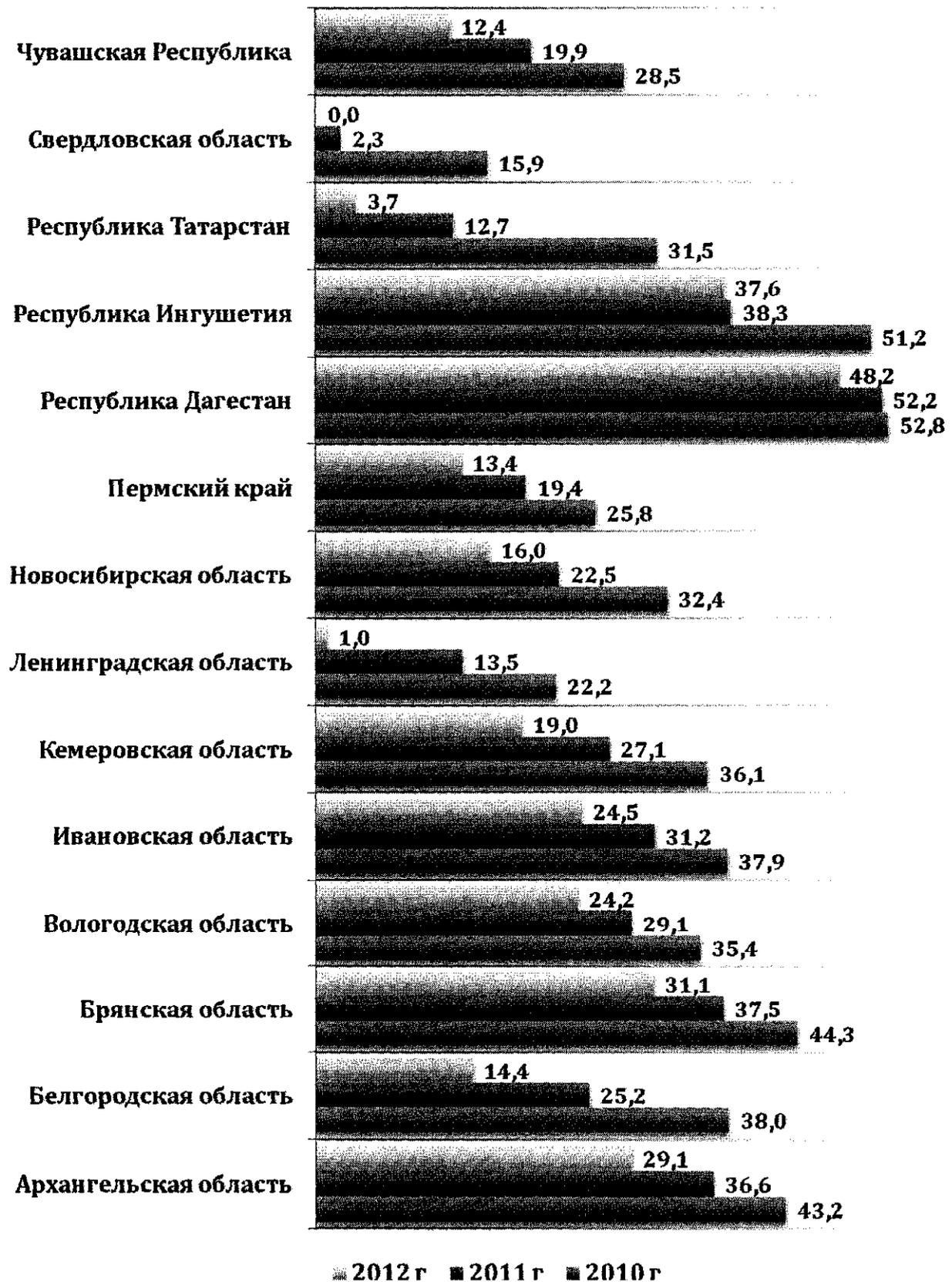
Субъект Российской Федерации	2012 г/2010 г	2012 г/2010 г	2012 г/2011 г	2012 г/2011 г
	ТП ОМС	ТПГГ	ТП ОМС	ТПГГ
Архангельская область	1,02	0,96	1,01	1,00
Владимирская область	0,85	0,91	0,86	0,87
г. Москва	1,18	1,24	1,19	1,05
г. Санкт-Петербург	1,25	1,24	1,10	1,10
Калининградская область	1,07	1,00	1,00	1,00
Краснодарский край	1,00	0,99	0,98	0,97
Нижегородская область	1,34	1,31	1,18	1,25
Новосибирская область	1,01	1,00	1,03	1,01
Пензенская область	1,00	0,98	1,01	0,97
Приморский край	0,94	0,80	0,93	0,80
Республика Дагестан	1,03	1,05	0,92	0,95
Ростовская область	1,05	1,03	1,03	1,01
Сахалинская область	1,10	0,94	1,07	1,08
Челябинская область	0,80	0,80	1,17	1,08

Изменения расчетной стоимости территориальных программ в 2012 году по сравнению с предыдущими годами может свидетельствовать о наличии расхождений между численностью проживающего населения и численностью застрахованных граждан в субъекте Российской Федерации, что соответственно оказывает влияние на размер утверждаемого дефицита. Результаты исследования показывают, что в отдельных субъектах Российской Федерации численность населения принятая при расчете территориальных программ не указывалась или указывалась некорректно.

**Контрольно-счетная палата Ярославской области:** *«Следует отметить, что ни в одной из Территориальных программ на 2010, 2011, 2012 годы не содержатся сведения ни о численности населения Ярославской области, ни о численности застрахованного населения, используемых при формировании стоимости указанных программ. В нормативных документах, регламентирующих порядок составления и утверждения Программ, также отсутствует требование об отражении таких сведений, что, по мнению КСП, не позволяет объективно оценить качество планирования финансовых ресурсов, необходимых для реализации указанных программ... Использование завышенных данных о численности населения, о численности застрахованного населения при определении расчетной стоимости Территориальных программ и Программ ОМС в проверяемом периоде не отражало реальной потребности в их финансовом обеспечении, тем самым создавало искусственно завышенный расчетный дефицит указанных программ».*

Информация о дефиците финансового обеспечения в отдельных субъектах Российской Федерации по данным Минздрава России за период 2010-2012 гг. представлены на диаграмме. Информация контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации об объеме дефицита территориальных программ отличается от данных Минздрава России в пределах от 0,5% до 1,7%, что может быть связано с принятием в расчет расходов страховых медицинских организаций и затрат на ведение дела.

## Дефицит территориальных программ (в %)



Анализ данных о структуре территориальных программ по источникам финансирования свидетельствует о значительном участии в ней средств системы ОМС, доля которых в большинстве субъектов Российской Федерации в период 2010-2012 гг. увеличилась.

Основными причинами увеличения доли средств системы ОМС является переход на преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи в субъектах Российской Федерации за счет территориальных фондов обязательного медицинского страхования и увеличения поступлений из Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе на реализацию программы модернизации здравоохранения, а также увеличение объемов средств консолидированного бюджета, направляемых в систему ОМС на неработающее население и на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС.

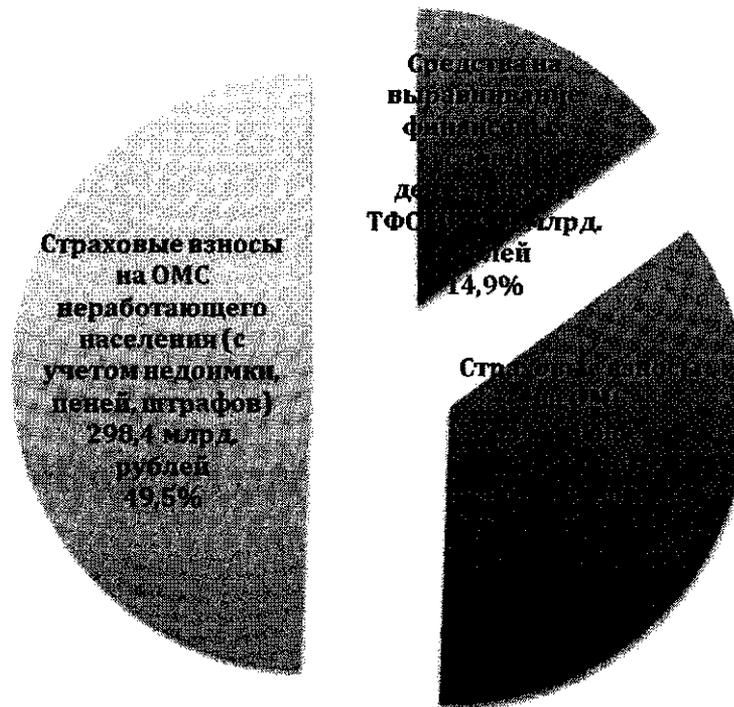
**Контрольно-счетная палата Забайкальского края:** *«Основной причиной недостатка финансовых средств системы обязательного медицинского страхования для реализации Территориальной программы государственных гарантий являлся низкий уровень поступления страховых взносов на неработающее население.*

*Необходимо отметить, что в краевом бюджете объемы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения утверждались в 2010 году в размере 11,6% от объема средств, предусмотренных ТПГГ, в 2011 году – 19,0%. Доля утвержденных объемов страховых взносов на неработающее население в общем объеме средств системы ОМС составила в 2010 году 48,2%, в 2011 году – 42,4%. При этом объем дотаций из Федерального фонда обязательного медицинского страхования в общем объеме средств системы ОМС составил в 2010 году 2 498,7 млн. руб. или 36,2%, в 2011 году – 2 506,5 млн. руб. или 36,0%.*

*По итогам 2012 года страховые взносы на неработающее население утверждены в объеме 100,0% от расчетной потребности. Их доля в общем объеме утвержденной ТПГГ составила 10,6%».*

На диаграмме представлена структура доходов территориальных программ в 2012 году.

## Структура доходов территориальных программ ОМС в 2012 году за счет средств ФОМС



Следует отметить рост доли страховых взносов на ОМС неработающего населения с 46,2% в 2011 году до 49,5% в 2012 году.

**Контрольно-счетная палата Белгородской области:** «В 2011 году поступления из Федерального фонда ОМС составили в размере – 2 097 190,9 тыс. рублей (383 265,5 тыс. рублей – субвенции ФФОМС, ... 1 586 649,0 тыс. рублей – субсидии на реализацию программы модернизации здравоохранения. ... В 2012 году сумма поступлений из Федерального фонда ОМС составили – 7 394 071,0 тыс. рублей (5 002 764,3 тыс. рублей – субвенции ФФОМС, ... 1 943 593,0 тыс. рублей – субсидии на реализацию программы модернизации здравоохранения...».

В 2012 году поэтапный переход на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования осуществлялся в 68 субъектах Российской Федерации.

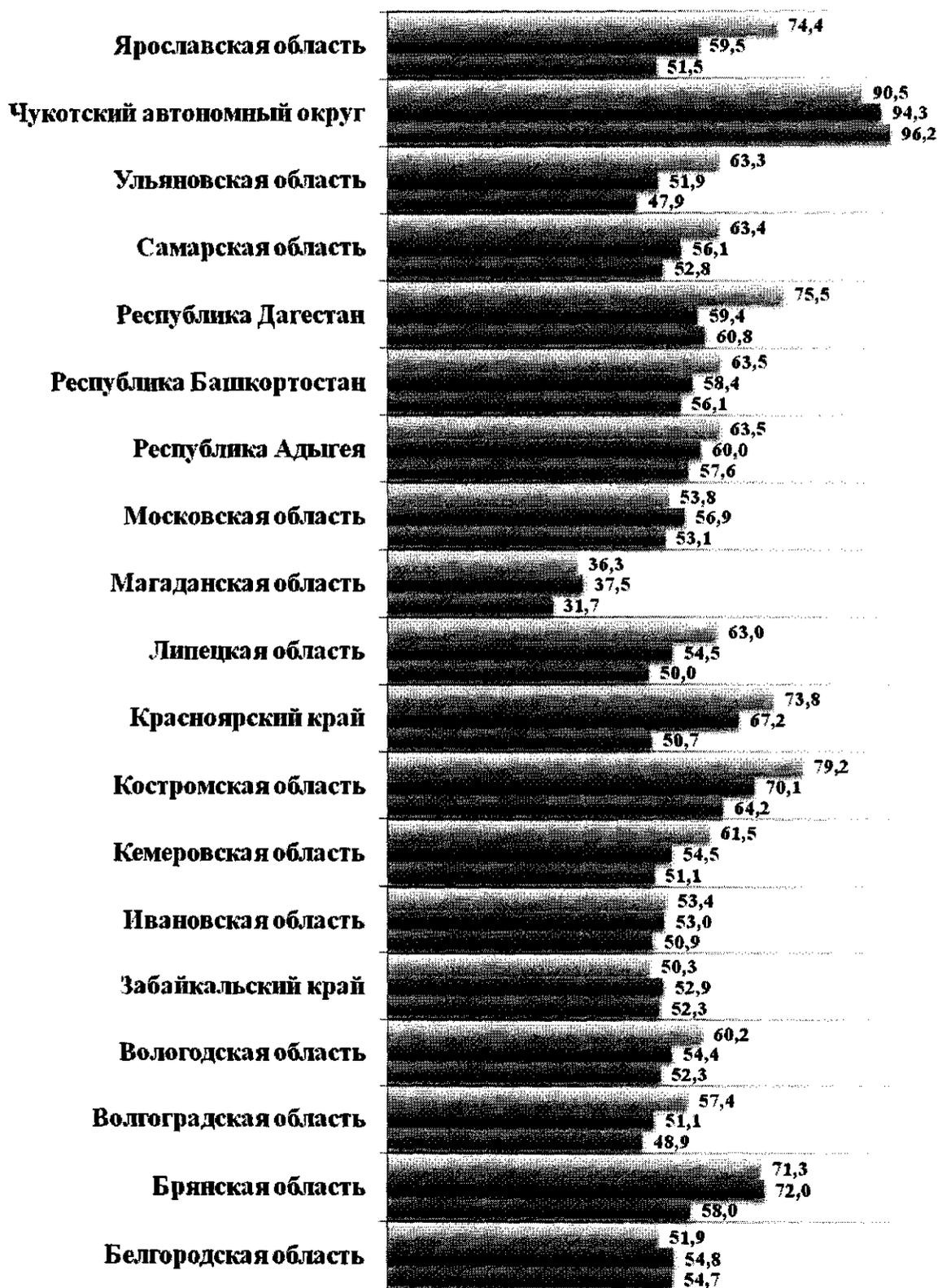
Расходы на территориальные программы обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, осуществлявших переход на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования, по итогам 2012 года, составили 580 186,0 млн. рублей, в том числе:

в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 508 708,4 млн. рублей (87,7% от совокупных расходов на территориальные программы обязательного медицинского страхования);

сверх базовой программы обязательного медицинского страхования – 71 477,7 млн. рублей (12,3%).

Выборочные данные о доли финансирования за счет средств ОМС в утвержденных территориальных программах, по результатам контрольных мероприятий Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов Российской Федерации, представлены на диаграмме.

## Доля финансирования территориальных программ за счет средств ОМС (в процентах)



**Счетная палата Чукотского автономного округа:** *«Согласно приведенным данным, стоимость Территориальной программы ежегодно увеличивается, в том числе увеличивается стоимость Программы ОМС. При этом, увеличилась доля финансового обеспечения Территориальной программы, в том числе Программы ОМС за счет средств окружного бюджета. Доля финансового обеспечения на оказание прочих видов медицинской помощи (региональные целевые программы, содержание Бюро судебно-медицинской экспертизы, высокотехнологичная медицинская помощь), предусмотренной за счет средств окружного бюджета, составляла в структуре финансового обеспечения Территориальной программы в 2010 году 3,4%, в 2011 году – 3,8%, то в 2012 году она составила (план) 9,5%. Соответственно в структуре Территориальной программы в 2012 году снизился удельный вес Программы ОМС и составил 90,5% (2010 год – 96,6%, 2011 год – 96,2%).*

*Объем финансового обеспечения Программы ОМС за счет средств бюджета в 2010-2011 годах составлял 21%, в 2012 году 26% (план)».*

В 2010-2012 гг. доля средств системы ОМС в утвержденном нормативе подушевого обеспечения территориальной программы составляла 53,2%. Фактически, по мере перехода на преимущественно одноканальное финансирование и передаче бюджетных средств в систему ОМС, доля консолидированного бюджета сокращается, а доля средств ОМС растет. В отдельных субъектах Российской Федерации территориальный норматив подушевого обеспечения медицинской помощью за счет средств ОМС превышал федеральный норматив и в тех же суммах был меньше за счет средств консолидированного бюджета.

**Контрольно-счетная палата Костромской области:** *«Расходы системы обязательного медицинского страхования (как источника финансирования территориальных программ ОМС) выросли за четыре года в 1,8 раза и составили в 2012 году 3057,74 млн. рублей, из которых 26,5% (811,06 млн. рублей) средства бюджета области на одноканальное финансирование учреждений здравоохранения и 27,4 % (837,07 млн. рублей) страховые взносы (платежи) на ОМС неработающего населения, полученные из бюджета области. Структура финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий существенно изменилась в*

*результате поэтапного перехода учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование через систему ОМС: начиная с 2009 года в бюджет территориального фонда ОМС поступают средства из областного бюджета и бюджетов муниципальных образований области на одноканальное финансирование учреждений здравоохранения - расширение статей расходов, которые ранее финансировались в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения непосредственно из соответствующего бюджета в рамках бюджетного финансирования».*

Федеральным законом от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» впервые установлен единый для всех субъектов Российской Федерации тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в размере 18 864,6 рублей. С 2012 года страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения поступают в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования в размере, рассчитанном в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В целях равномерного распределения нагрузки на бюджеты субъектов Российской Федерации законодательством предусмотрен поэтапный переход к уплате страховых взносов по единому тарифу, установленному федеральным законом. Так, размер страховых взносов в расчете на одного застрахованного неработающего гражданина в 2012 году составил 3 555,8 рублей или 132% к уровню 2011 года (2 702,5 руб.).

С 2013 года Программой государственных гарантий предусматривается увеличение средних подушевых нормативов финансирования, (без учета расходов федерального бюджета), которые составляют: в 2013 году – 9032,5 рубля, в 2014 году – 10294,4 рубля, в 2015 году – 12096,7 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского

страхования в 2013 году - 5942,5 рубля (65,8% от общего норматива), в 2014 году - 6962,5 рубля (67,6%), в 2015 году - 8481,5 рубля (70,1%).

Таким образом, предусматривается рост объема обязательных платежей в субъектах Российской Федерации на реализацию территориальных программ, включая платежи в систему ОМС.

### **8.2.2. Оценка выполнения нормативов стоимости объема по видам медицинской помощи и эффективности тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования.**

Программами государственных гарантий ежегодно устанавливаются средние значения нормативов, используемых для финансово-экономического обоснования стоимости территориальных программ: нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения.

Сравнительный анализ утвержденных на 2010-2012 гг. объемов медицинской помощи в расчете на 1-го гражданина и фактически выполненных (в соответствии с данными статистической формы № 62), представлен в таблице.

Наименование показателя	Утверждено на:	Факт	Факт	Факт
<b>Объем медицинской помощи в расчете на 1-го жителя</b>	2010-2012 гг. (за счет ОМС)	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Вызовов скорой медицинской помощи	0,318	0,336	0,333	0,332
Посещений АПУ	9,7 (8,962)*	9,312	9,460	9,615
Койко-дней в больницах	2,78 (1,894)	2,733	2,658	2,609
Пациенто-дней в дневных стационарах	0,59 (0,49)	0,523	0,537	0,538
<b>Стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи (рублей)</b>	2010-2012 гг. (за счет ОМС)	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Вызовов скорой медицинской помощи	1710,1	1354,6	1554,9	1732,2
Посещений АПУ	218,1 (169,5**)	221,5	253,3	274,4
Койко-дней в больницах	1380,6 (1167,0)	1368,1	1590,0	1721,3
Пациенто-дней в дневных стационарах	478,0 (470,5)	346,6	392,2	462,0

Подушевое обеспечение ТПГГ (рублей на 1-го жителя)	2010-2012 гг. (за счет ОМС)	2010 г.	2011 г.	2012 г.
<b>Всего:</b>	7633,4 (4102,9***)	72736, (3661,6)	8351,8 (4373,8)	9133,4 (5142,7)
Скорая медицинская помощь	543,8	455,0	517,4	575,7
Амбулаторная медицинская помощь	2072,0	2063,1	2396,3	2638,7
Стационарная помощь	3838,1	3738,9	4225,6	4490,7
Дневные стационары	282,0	181,3	210,5	248,6
Прочие мед. и иные услуги	897,5****	835,3	1002,0	1179,6

\*) в 2010 году норматив составлял 9,5 посещений АПУ, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 8,762 посещения

\*\*) в 2010 году норматив за счет средств ОМС составлял 168,4 рубля

\*\*\*) в 2010 году норматив за счет средств ОМС составлял 4059,6 рублей

\*\*\*\*) в ПТГ 2010-2012 годов норматив не определялся, в том числе для базовой программы ОМС

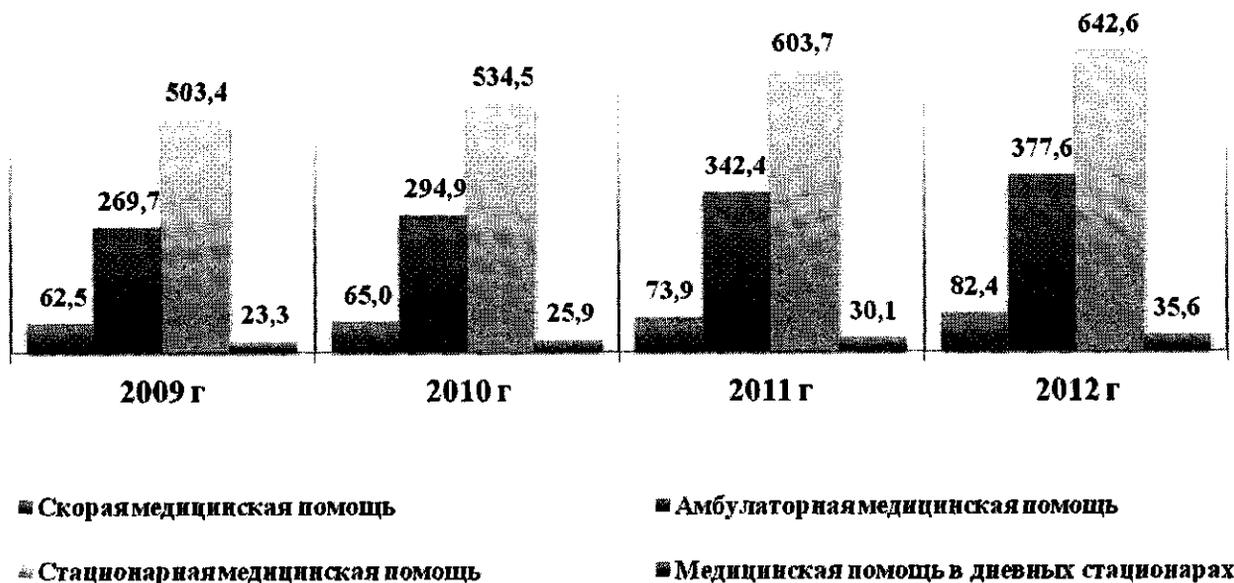
Норматив расходов на прочие медицинские и иные услуги Программой не утверждается и средства расходуются по усмотрению субъектов Российской Федерации.

**Контрольно-счетная палата Брянской области:** *«Кроме того, за счет средств областного бюджета и местных бюджетов финансировались медицинские и иные услуги, предоставляемые центром по профилактике и борьбе со СПИДом, врачебно-физкультурным диспансером, детскими и специализированными санаториями, домами ребенка, ФАПами, бюро судебно-медицинской экспертизы, станциями переливания крови, а также расходы на дополнительные меры по оказанию медицинской помощи, лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан».*

Анализ структуры расходов территориальных программ государственных программ по видам медицинской помощи показывает, что в основном средства направляются на оказание стационарной медицинской помощи - 58,1% в 2010 г. и 56,5% в 2012 г. На амбулаторную медицинскую помощь израсходовано соответственно 32,0% и 33,2%, на скорую медицинскую помощь - 7,1% и 7,2%, на медицинскую помощь в дневных стационарах - 2,8% и 3,1%.

Данные о фактических объемах финансирования медицинской помощи в период 2009-2012 гг. представлены на диаграмме.

### Объем финансирования видов медицинской помощи в 2009-2012 гг. (млрд. рублей)



В 2012 году в 37 субъектах Российской Федерации в территориальные программы обязательного медицинского страхования были включены виды помощи, не входящие в базовую программу обязательного медицинского страхования (скорая медицинская помощь, психиатрия, наркология, фтизиатрия, венерология, профпатология, койки сестринского ухода и т.д.), ранее финансируемые за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

На реализацию данного направления медицинскими организациями в 2012 году использовано 16 965,2 млн. рублей или 2,9% от совокупных расходов на территориальную программу обязательного медицинского страхования.

**Контрольно-счетная палата Сахалинской области:** *«При определении территориальных нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в Сахалинской области проводилась корректировка соответствующих федеральных нормативов по условиям медицинской помощи на величину районного коэффициента и надбавок к заработной плате за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, которые не предусмотрены федеральными*

*нормативами, но рекомендованы Минздравсоцразвития России к применению при расчете территориальных программ госгарантий.*

*Утвержденные подушевые территориальные нормативы по:*

*- скорой медицинской помощи – в 2010, 2011 годах – в 2,4 раза выше федерального, в 2012 году – в 2,3 раза выше федерального,*

*- амбулаторной помощи – в 2010, 2011 годах – в 2,1 раза выше федерального, в 2012 году – в 2,46 раза выше федерального,*

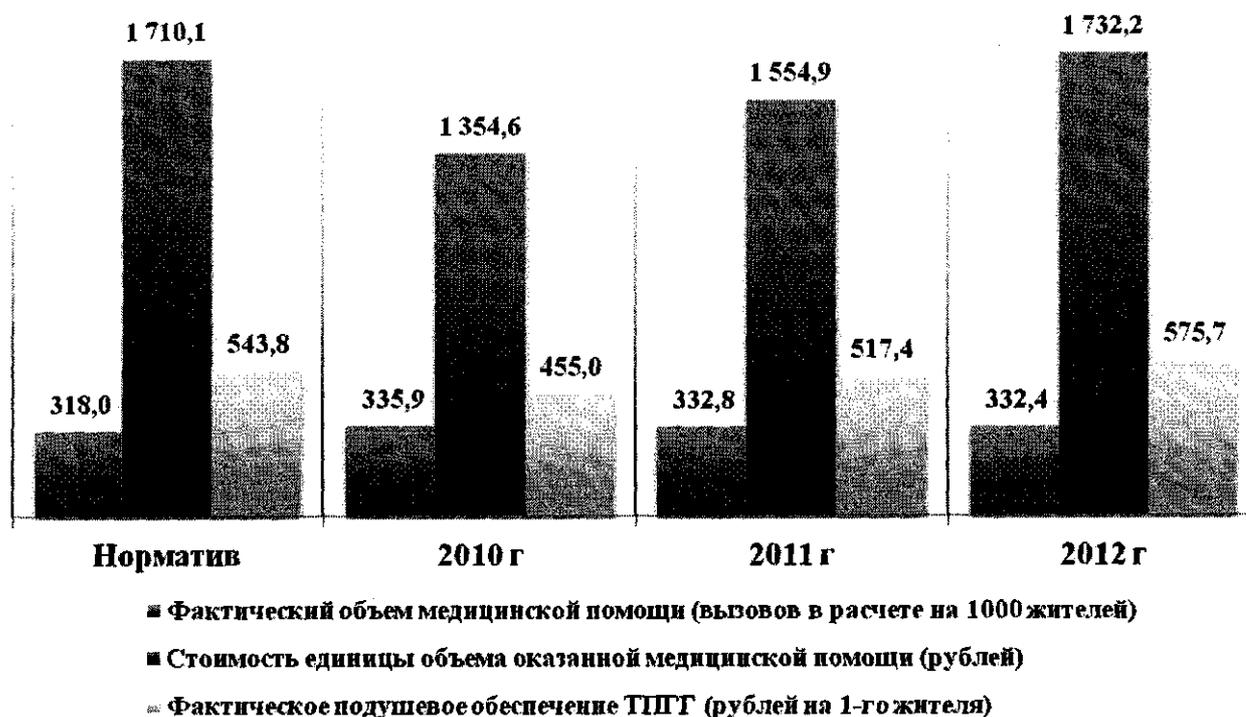
*- стационарной помощи – в 2010 – 2,1 раза выше федерального, в 2011 году – в 2,2 раза выше федерального, в 2012 году – в 2,6 раза выше федерального,*

*- дневным стационарам помощи – в 2010, в 2011 годах – в 2,2 раза выше федерального, в 2012 году – в 3 раза выше федерального».*

#### **Скорая медицинская помощь**

Следует отметить, что средний показатель количества вызовов скорой медицинской помощи снижается и приближается к установленному ПТГ нормативу. Одновременно растут показатели стоимости единицы объема оказанной медицинской помощи и подушевого обеспечения в рамках территориальных программ государственных гарантий.

### Объемы оказания скорой медицинской помощи в среднем по Российской Федерации



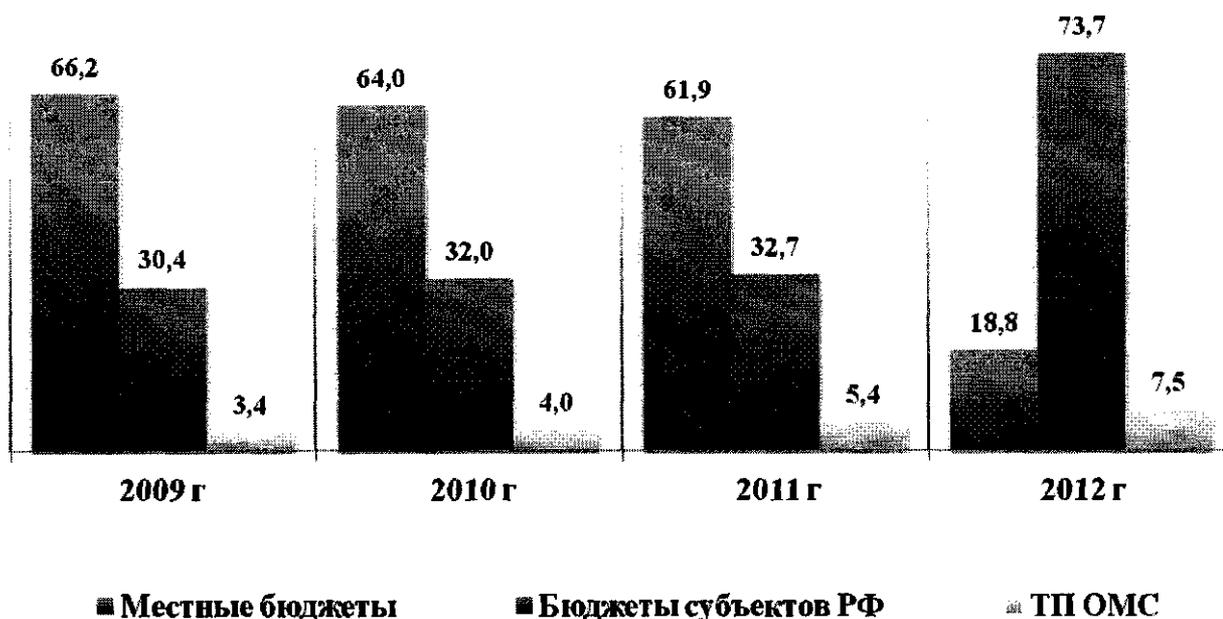
Согласно отчетным данным финансирование скорой медицинской помощи в 2010-2012 гг. осуществлялось за счет местных бюджетов, бюджетов субъектов Российской Федерации и средств ОМС, которые включают средства консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на территориальную программу ОМС (далее – средства ТП ОМС).

Общий объем финансирования скорой медицинской помощи вырос с 65,0 млрд. рублей в 2010 году до 82,4 млрд. рублей в 2012 году, или на 26,8%.

Анализ данных о средней стоимости одного вызова по каждому из источников финансирования показывает, что данный показатель самый низкий при финансировании за счет средств ТП ОМС и составляет от 951,6 рублей в 2010 году до 1268,0 рублей в 2012 году. Самый высокий – за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, который уменьшился с 3648,4 рублей в 2010 году до 1930,4 рублей в 2012 году. Изменения произошли вследствие принятия новых федеральных законов, регулирующих сферу

здравоохранения и передачу финансирования медицинской помощи с местного уровня на уровень субъектов Российской Федерации. Данные о доли участия каждого из источников в финансировании скорой медицинской помощи в период 2009-2012 гг., представлены на диаграмме.

**Доля источников финансирования скорой  
медицинской помощи в период 2009-2012 гг.  
(в %)**

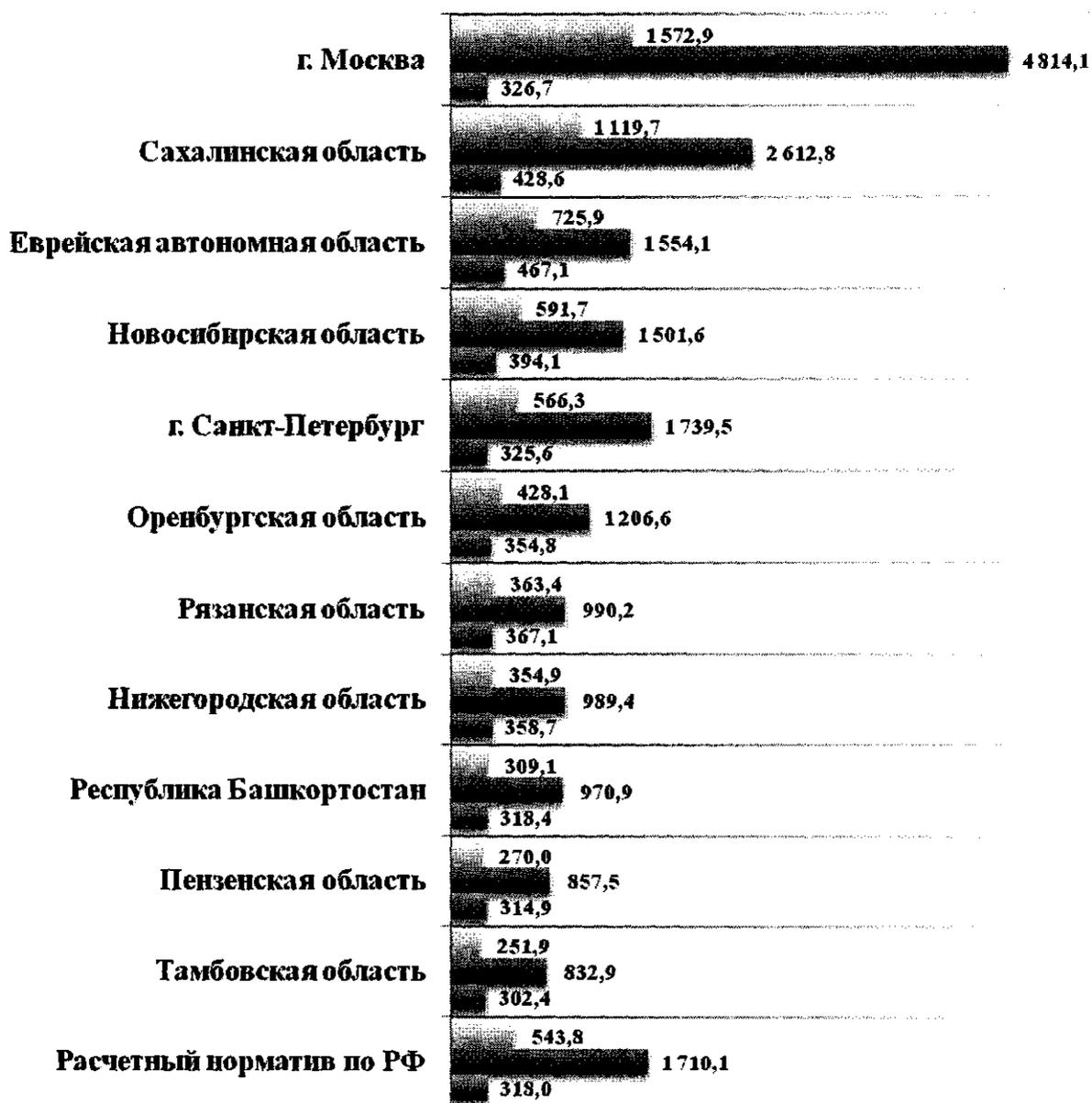


В субъектах Российской Федерации (Еврейская автономная область, Камчатский край, Республика Адыгея, Новосибирская и Сахалинская области, другие), в которых наблюдается самый высокий показатель по количеству вызовов скорой медицинской помощи, отмечается положительная тенденция по снижению данного показателя в период с 2010-2012 гг.

Одновременно, в указанных субъектах Российской Федерации растет финансирование скорой медицинской помощи более чем на 15% в год, однако, утвержденные нормативы финансового обеспечения (без учета районных коэффициентов), не достигнуты.

Данные показателей об объемах скорой медицинской помощи, оказанной в отдельных субъектах Российской Федерации в 2012 г. представлены на диаграмме.

### Показатели объема оказания скорой медицинской помощи в отдельных субъектах Российской Федерации в 2012 году



- Фактическое подушевое обеспечение ТПГГ (рублей на 1-го жителя)
- Стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи (рублей)
- Фактический объем медицинской помощи в расчете на 1000 жителей

**Контрольно-счетная палата Пермского края:** *«Фактические объемы вызовов скорой медицинской помощи в расчете на 1 жителя края ежегодно превышают нормативы, установленные Программой госгарантий: в 2010 году на 11,6%, в 2011 году – 13,8%, в 2012 году - 16,3%. По информации Минздрава ПК в структуре вызовов самое значительное место, традиционно, занимают вызовы по поводу внезапных заболеваний – 80,4%. Затем следуют вызовы по поводу несчастных случаев – 11,9%, вызовы по поводу экстренных перевозок – 6,2% и по поводу родов и патологии беременности – 1,5%».*

В 2012 году оплата скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования осуществлялась в 19 субъектах Российской Федерации (Республики Алтай, Коми и Татарстан, Ивановская, Калининградская, Кировская, Ленинградская, Липецкая, Мурманская, Нижегородская, Новосибирская, Оренбургская, Пензенская, Самарская, Тамбовская, Тюменская и Ярославская области, Чукотский автономный округ).

В 2012 году совокупный объем расходов на оказание данного вида помощи составил 6 077,8 млн. рублей или 1,0% общих расходов на территориальные программы обязательного медицинского страхования, что превышает уровень 2011 года на 62,7%. В разрезе субъектов Российской Федерации наибольшее значение доли использованных средств бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в совокупном объеме расходов на территориальные программы обязательного медицинского страхования отмечено в Ленинградской области – 8,9%, Калининградской области – 7,3%, Оренбургской области – 7,2%, Кировской области – 6,5%.

Расходы средств бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на специализированную (санитарно-авиационную) скорую медицинскую помощь осуществлялись в 3 субъектах Российской Федерации (Республика Татарстан, Тюменская область и Чукотский автономный округ).

Оплата скорой медицинской помощи по числу вызовов осуществлялась в 14 субъектах Российской Федерации (Республики Алтай, Коми и Татарстан, Ивановская, Кировская, Липецкая, Нижегородская, Оренбургская, Пензенская, Самарская, Тамбовская, Ярославская области и Чукотский автономный округ). В 7 субъектах Российской Федерации оплата скорой медицинской помощи осуществлялась иными способами: Калининградская, Кировская, Ленинградская, Мурманская, Новосибирская и Тюменская области оплачивали по подушевому нормативу, Костромская область – по смете расходов станций скорой медицинской помощи. Так же скорая медицинская помощь оплачивалась по законченному случаю лечения в Кировской и Тюменской областях.

#### Амбулаторная медицинская помощь

Показатели объемов амбулаторной медицинской помощи в среднем по Российской Федерации по количеству посещений ниже утвержденных Программой государственных гарантий, однако, по стоимости единицы объема оказанной медицинской помощи и по подушевому обеспечению превышают установленные нормативы, что представлено в таблице.

Наименование показателя	Норматив	2010 г	2011 г	2012 г	Изменения 2012/2010
Фактический объем медицинской помощи в расчете на 1-го жителя (посещений)	9,700*	9,312	9,460	9,615	3,2%
Стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи (рублей)	218,1	221,5	253,3	274,4	23,9%
Фактическое подушевое обеспечение ТПГГ (рублей на 1-го жителя)	2 072,0	2 063,1	2 396,3	2 638,7	27,9%

\*) в 2010 году норматив составлял 9,500, в 2011-2012 гг. – 9,700 посещений

Доля средств территориальной программы ОМС в финансировании амбулаторной медицинской помощи в 2010-2012 гг. составляет более 80%.

Общий объем финансирования амбулаторной медицинской помощи вырос с 294,9 млрд. рублей в 2010 году до 377,6 млрд. рублей в 2012 году, или на 28,1%.

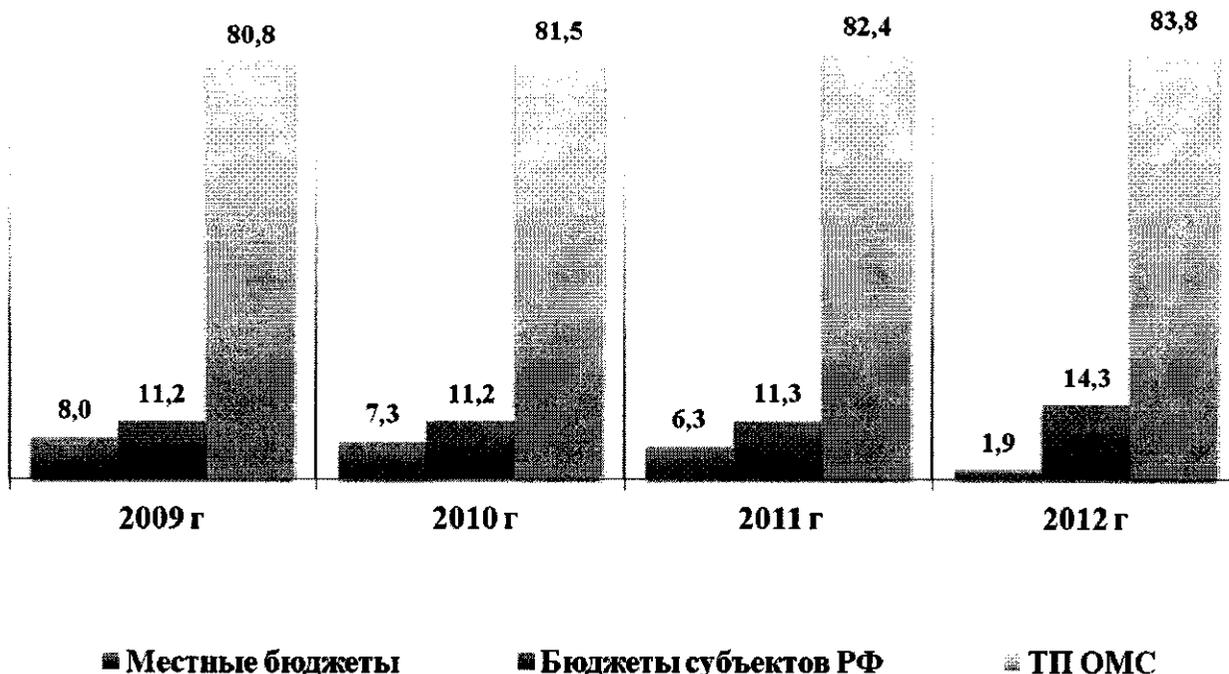
Программами государственных гарантий в 2010-2012 гг. предусмотрены только нормативы посещения амбулаторно-поликлинических учреждений, в то время как в отчетных формах № 62 указывается также количество обращений по поводу заболеваний.

Анализ данных Минздрава (Минздравсоцразвития) России о средней стоимости одного посещения по каждому из источников финансирования показывает, что данный показатель самый низкий при финансировании за счет средств местных бюджетов и составляет от 158,2 рублей в 2010 году до 256,3 рублей в 2012 году. Стоимость одного посещения за счет средств ТП ОМС, как основного источника финансирования, составила в 2010 году 215,4 рублей и в 2012 году 261,6 рублей. Средняя стоимость одного обращения по поводу заболевания значительно выше для всех источников финансирования и составила в 2012 году за счет местных бюджетов – 776,0 рублей, за счет бюджетов субъектов Российской Федерации – 954,0 рублей. За счет средств ОМС, включая средства консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на территориальную программу ОМС, – 665,5 рублей.

Следует отметить, что согласно отчетным данным в общем числе посещений и обращений, доля посещений практически не меняется и составляет около 71,0%.

Данные о доли участия каждого из источников в финансировании амбулаторной медицинской помощи в период 2009-2012 гг., представлены на диаграмме.

**Доля источников финансирования амбулаторной  
медицинской помощи в период 2009-2012 гг.  
(в процентах)**



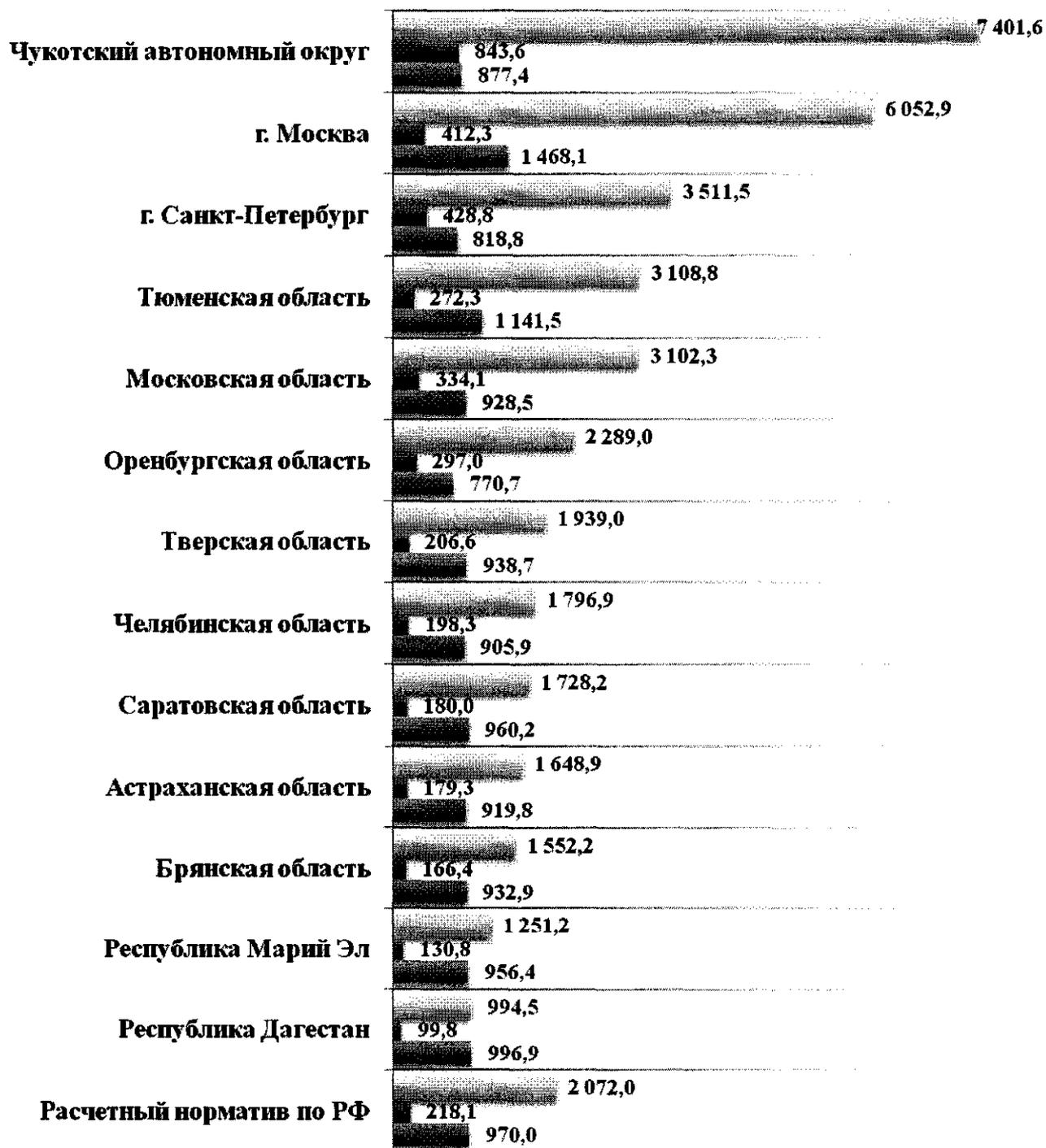
В отдельных субъектах Российской Федерации ежегодный рост финансовых показателей при оказании амбулаторной медицинской помощи превышал 30-40 процентов, рост количества посещений не превышал 3-5 процентов.

Одной из основных причин не достижения показателя по количеству посещений амбулаторно-поликлинических учреждений является нехватка врачебных кадров. Недостаточное обеспечение населения врачами в амбулаторных условиях в ряде сельских районов муниципальных образований снижает доступность квалифицированной медицинской помощи для населения в целом и приводит к уменьшению финансовых доходов лечебно-профилактических учреждений, препятствует развитию амбулаторно-поликлинической службы.

Не выполнение объемов амбулаторной помощи создает дополнительные нагрузки на персонал станций и отделений скорой медицинской помощи. При этом персонал отделений скорой помощи выполняет несвойственные функции (перевозка пациентов по социальным нуждам, выполнение функций участковой патронажной службы).

Данные показателей об объемах оказания амбулаторной медицинской помощи в отдельных субъектах Российской Федерации в 2012 году, представлены на диаграмме.

**Показатели объема оказания амбулаторной  
медицинской помощи в отдельных субъектах  
Российской Федерации в 2012 году**



- Фактическое подушевое обеспечение ТППГ (рублей на 1-го жителя)
- Стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи (рублей)
- Фактический объем медицинской помощи в расчете на 100 жителей

Увеличение финансового обеспечения амбулаторно-поликлинических учреждений в основном связано с реализацией территориальных программ модернизации здравоохранения и внедрения стандартов медицинской помощи.

**Контрольно-счетная палата Ивановской области:** *«Следует отметить, что увеличение стоимости единицы объема оказанной помощи на территории Ивановской области в анализируемом периоде обусловлено увеличением финансирования медицинской помощи, в том числе за счет средств региональной программы модернизации здравоохранения (внедрение стандартов), а также увеличением финансирования территориальных программ».*

В 2010-2011 гг. служба неотложной медицинской помощи в структуре амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций отсутствовала в 33 субъектах Российской Федерации.

В 2012 году служба неотложной медицинской помощи отсутствовала в 26 субъектах Российской Федерации, в том числе в Орловской, Рязанской, Тверской, Тульской, Вологодской, Оренбургской, Свердловской, Иркутской, Новосибирской, Омской, Магаданской областях, городе Санкт-Петербурге, республиках Дагестан, Кабардино-Балкарская, Карачаево-Черкесская, Северная Осетия-Алания, Чеченская, Мордовия, Татарстан, Алтай, Саха (Якутия), Алтайском крае, Ямало-Ненецком, Ненецком и Чукотском автономных округах, а также в Еврейской автономной области.

В целом по Российской Федерации в 2012 году объем неотложной медицинской помощи составил 0,099 посещения на 1 человека, что ниже показателя предыдущего года (0,216 посещения на 1 человека). Среди субъектов Российской Федерации, имеющих службу неотложной медицинской помощи, наиболее низкие объемы посещений (менее 0,02 посещения на 1 человека) отмечены в Ивановской, Калужской, Московской, Ярославской, Архангельской, Новгородской, Саратовской областях и в Забайкальском крае.

Объем посещений на 1 человека по неотложной медицинской помощи превышал среднероссийский показатель в Чувашской Республике – 1,103,

Нижегородской области – 0,736, Псковской области – 0,603, Брянской области – 0,587, Кемеровской области – 0,518, Республике Башкортостан – 0,487, Республике Марий-Эл – 0,354.

Средняя стоимость 1 посещения по неотложной медицинской помощи в 2012 году составила 303,8 рубля (в 2011 году – 202,3 рубля), при этом минимальный показатель отмечен в Липецкой области (67,1 рубля), а максимальный – в Сахалинской области (1 048,9 рублей).

**Контрольно-счетная палата Республики Хакасия:** *«Плановый объем неотложной медицинской помощи предусмотрен в количестве 48530 посещений, что составляет 0,09 посещений на 1 человека. Фактическое выполнение объемов неотложной медицинской помощи составило 12780 посещений (0,024 посещений на 1 человека) или 26,7%, что ниже норматива, рекомендуемого Министерством здравоохранения Российской Федерации в 40 раз (0,96 посещений на 1 человека)».*

#### **Стационарная медицинская помощь**

Показатель оказания стационарной медицинской помощи в среднем по Российской Федерации по объемам медицинской помощи в расчете на 1-го жителя (количество койко-дней в больницах) имеет явную тенденцию к снижению и ниже утвержденного норматива. В то же время наблюдается рост финансового обеспечения оказания стационарной медицинской помощи как по показателю стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи (рублей), так и по подушевому обеспечению в рамках территориальных программ.

Наименование показателя	Норматив	2010 г	2011 г	2012 г	Изменения 2012/2010
Фактический объем медицинской помощи в расчете на 1-го жителя (койко-дней в больницах)	2,780	2,733	2,658	2,609	-4,5%
Стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи (рублей)	1 380,6	1 368,1	1 590,0	1 721,3	25,8%
Фактическое подушевое обеспечение ТППГ (рублей на 1-го жителя)	3 838,1	3 738,9	4 225,6	4 490,7	20,1%

В 2010-2012 гг. стационарная медицинская помощь в основном (около 75,0%) финансировалась за счет средств территориальной программы ОМС. Доля финансирования за счет местных бюджетов сократилась с 3,5% в 2010 году до 1,1% в 2012 году.

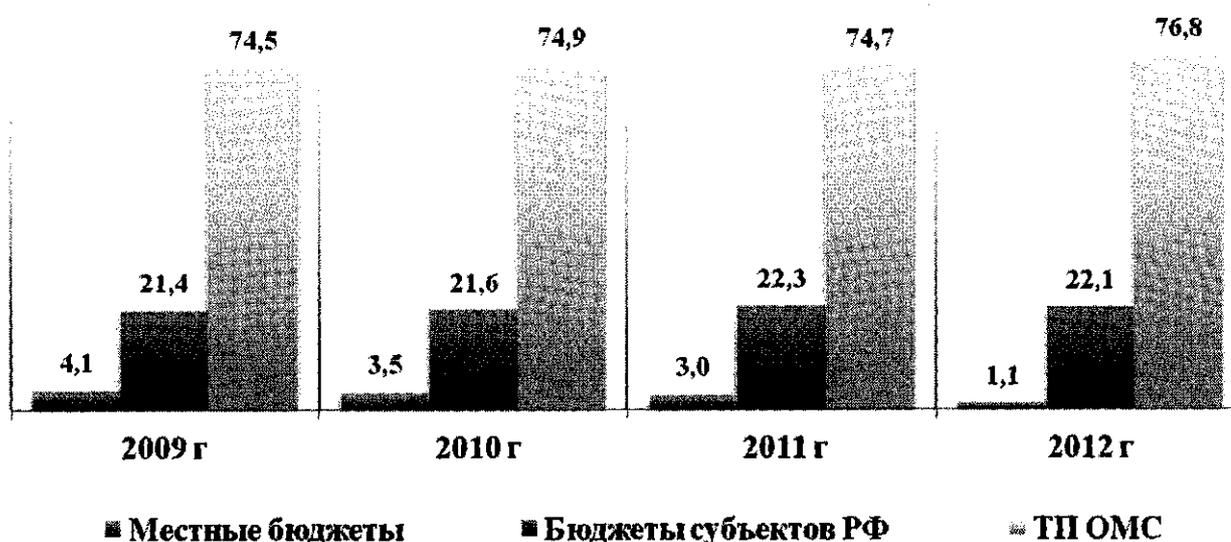
Общий объем финансирования стационарной медицинской помощи вырос с 534,5 млрд. рублей в 2010 году до 642,6 млрд. рублей в 2012 году, или на 20,2%.

Число больных сократилось с 390,7 млн. человек в 2010 году до 373,3 млн. человек в 2012 году. При этом выросла средняя стоимость лечения одного больного с 17,2 тыс. рублей в 2010 году до 21,3 тыс. рублей в 2012 году.

В период 2010-2012 гг. отмечается рост средней стоимости одного койко-дня с 1368,1 рублей в 2010 году до 1721,3 рублей в 2012 году. В то же время средние сроки лечения практически не изменились и составили около 12,4 дней.

Данные о доли участия каждого из источников в финансировании стационарной медицинской помощи в период 2009-2012 гг., представлены на диаграмме.

**Доля источников финансирования стационарной  
медицинской помощи в период 2009-2012 гг. (в  
процентах)**



Следует отметить значительные межрегиональные отличия по показателям, оценивающим уровень оказания стационарной медицинской помощи. В 2012 году минимальный показатель по объему медицинской помощи в расчете на 1-го жителя (койко-дней в больницах) наблюдается в Республике Ингушетия (1,528), а максимальный с Сахалинской области (4,078).

При этом, если показатели стоимости единицы объема оказанной медицинской помощи незначительно отличаются от утвержденного норматива (1380,6 рублей) и составляют в субъектах Российской Федерации соответственно от 1583,6 рублей до 3516,5 рублей, то показатели подушевого обеспечения отличаются в несколько раз и составляют в Республике Ингушетия – 2420,1 рублей, в Сахалинской области – 14341,5 рублей.

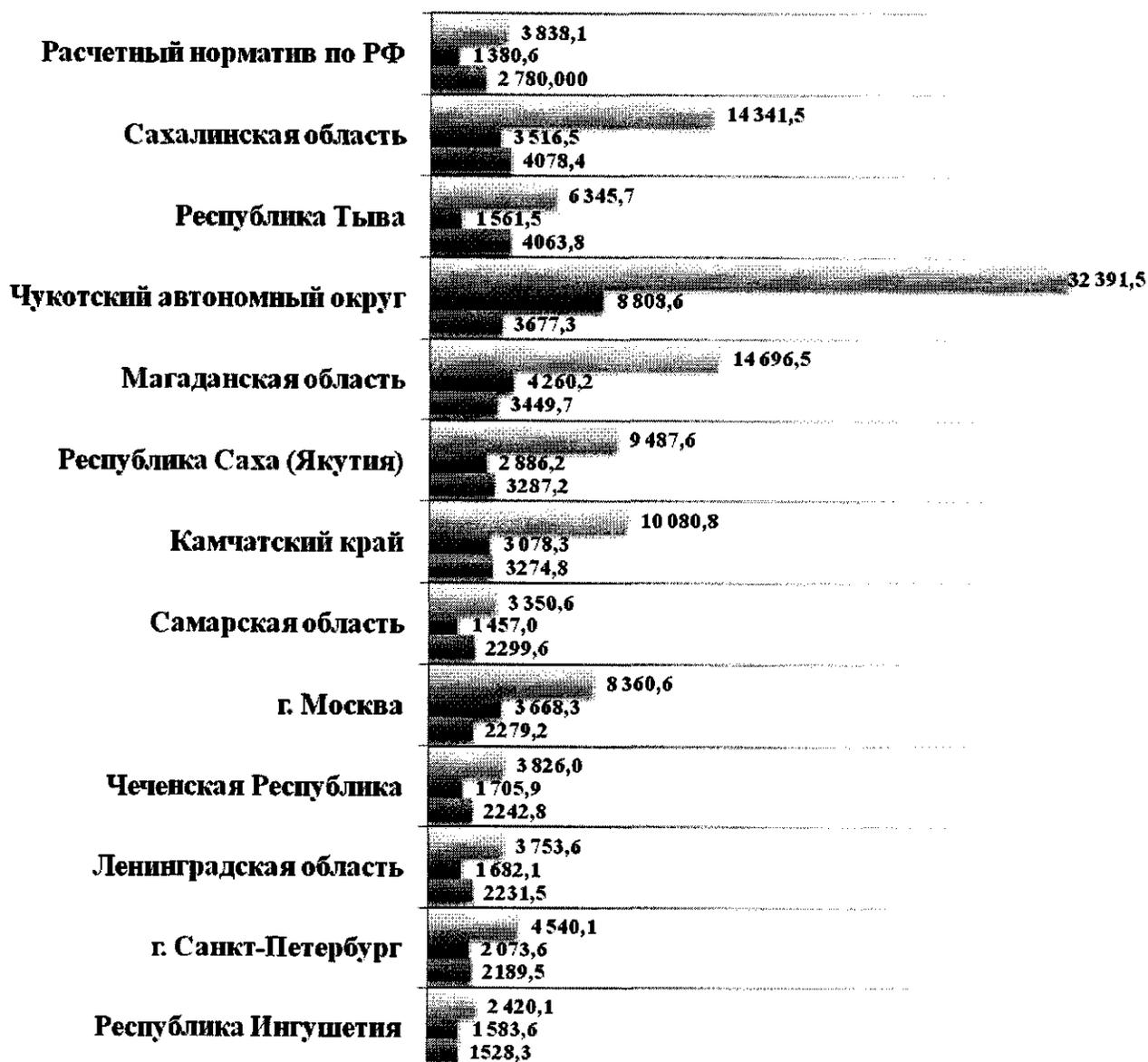
**Контрольно-счетная палата Республики Ингушетия:** *«Низкие нормативы объемов медицинских услуг, утвержденные постановлениями Правительства Республики Ингушетия, согласно объяснительным работников Минздрава, связаны с острой нехваткой больничных и амбулаторно-поликлинических*

*учреждений в республике, что обуславливает дефицит коечного фонда и ограничивает планирование данного норматива».*

Данные показателей об объемах оказания стационарной медицинской помощи в 2012 году в отдельных субъектах Российской, представлены на

диаграмме.

### Показатели объема оказания стационарной медицинской помощи в отдельных субъектах Российской Федерации в 2012 году



- Фактическое подушевое обеспечение ТПГГ (рублей на 1-го жителя)
- Стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи (рублей)
- Фактический объем медицинской помощи в расчете на 1000 жителей (койко-дней)

Как следует из представленной диаграммы, самые высокие показатели подушевого обеспечения наблюдаются в субъектах Российской Федерации Дальневосточного федерального округа, что связано, прежде всего, с применением соответствующих районных коэффициентов.

**Медицинская помощь в условиях дневных стационаров**

Следует отметить, что несмотря на рост показателей по объемам оказания медицинской помощи населению в условиях дневных стационарах, в среднем по Российской Федерации они не достигли утвержденных нормативов.

Наименование показателя	Норматив	2010 г	2011 г	2012 г	Изменения 2012/2010
Фактический объем медицинской помощи в расчете на 1-го жителя (пациенто-дней в дневн. стационар.)	0,590	0,523	0,537	0,538	2,9
Стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи (рублей)	478,0	346,6	392,2	462,0	33,3
Фактическое подушевое обеспечение ТПГГ (рублей на 1-го жителя)	282,0	181,3	210,5	248,6	37,1

В 2010-2012 гг. финансирование медицинской помощи в дневных стационарах за счет средств территориальной программы ОМС составляло около 83-85%. Доля финансирования за счет местных бюджетов сократилась с 3,9% в 2010 году до 1,5% в 2012 году.

Общий объем финансирования медицинской помощи в дневных стационарах вырос с 25,9 млрд. рублей в 2010 году до 35,6 млрд. рублей в 2012 году, или на 35,7%.

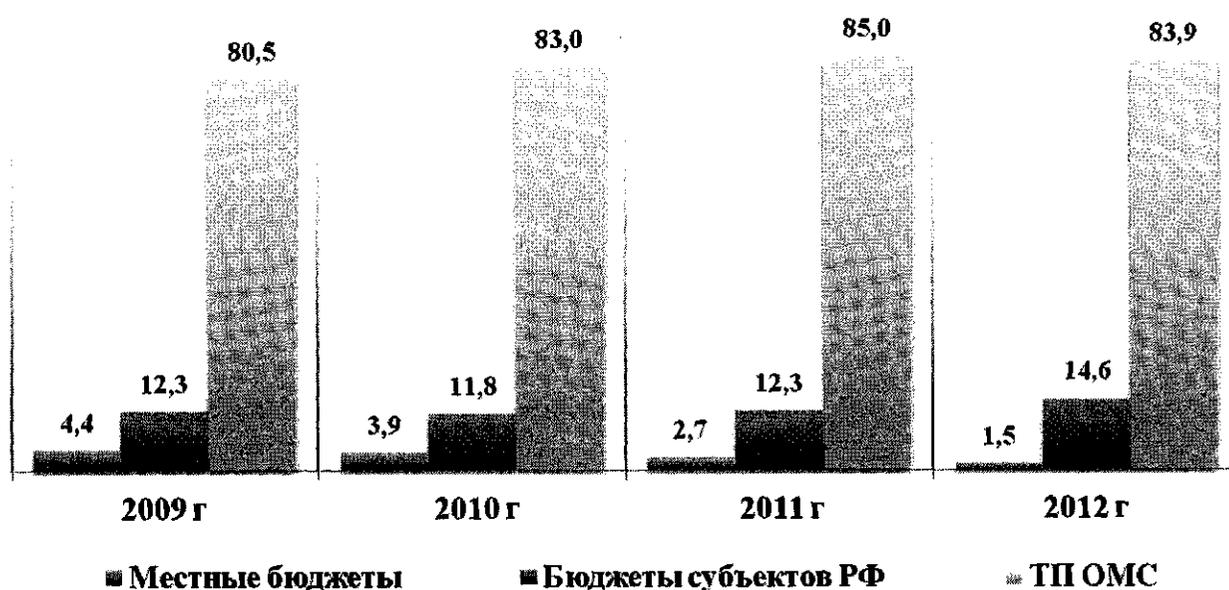
Число больных увеличилось с 6,7 млн. человек в 2010 году до 7,0 млн. человек в 2012 году, или всего на 4,5%. Однако, данное увеличение не компенсировало уменьшения количества больных в круглосуточных стационарах за этот же период в количестве 17,4 млн. человек.

Средняя стоимость лечения одного больного выросла с 3,9 тыс. рублей в 2010 году до 5,1 тыс. рублей в 2012 году, или 27,7%.

В период 2010-2012 гг. отмечается рост средней стоимости одного пациенто-дня с 346,6 рублей в 2010 году до 462,0 рублей в 2012 году, или на 33,3%. В то же время средние сроки лечения практически не изменились и составили около 11,2 дней.

Данные о доли участия каждого из источников в финансировании медицинской помощи в дневных стационарах в период 2009-2012 гг., представлены на диаграмме.

**Доля источников финансирования медицинской помощи в дневных стационарах в период 2009-2012 гг. (в %)**



К числу субъектов Российской Федерации наименее активно использующие данный вид медицинской помощи следует отнести регионы Северо-Кавказского федерального округа с показателем объема медицинской помощи в расчете на 1-го жителя (пациенто-дней в дневных стационарах) в 2012 году от 0,056 до 0,127, а также г. Москва с показателем 0,196.

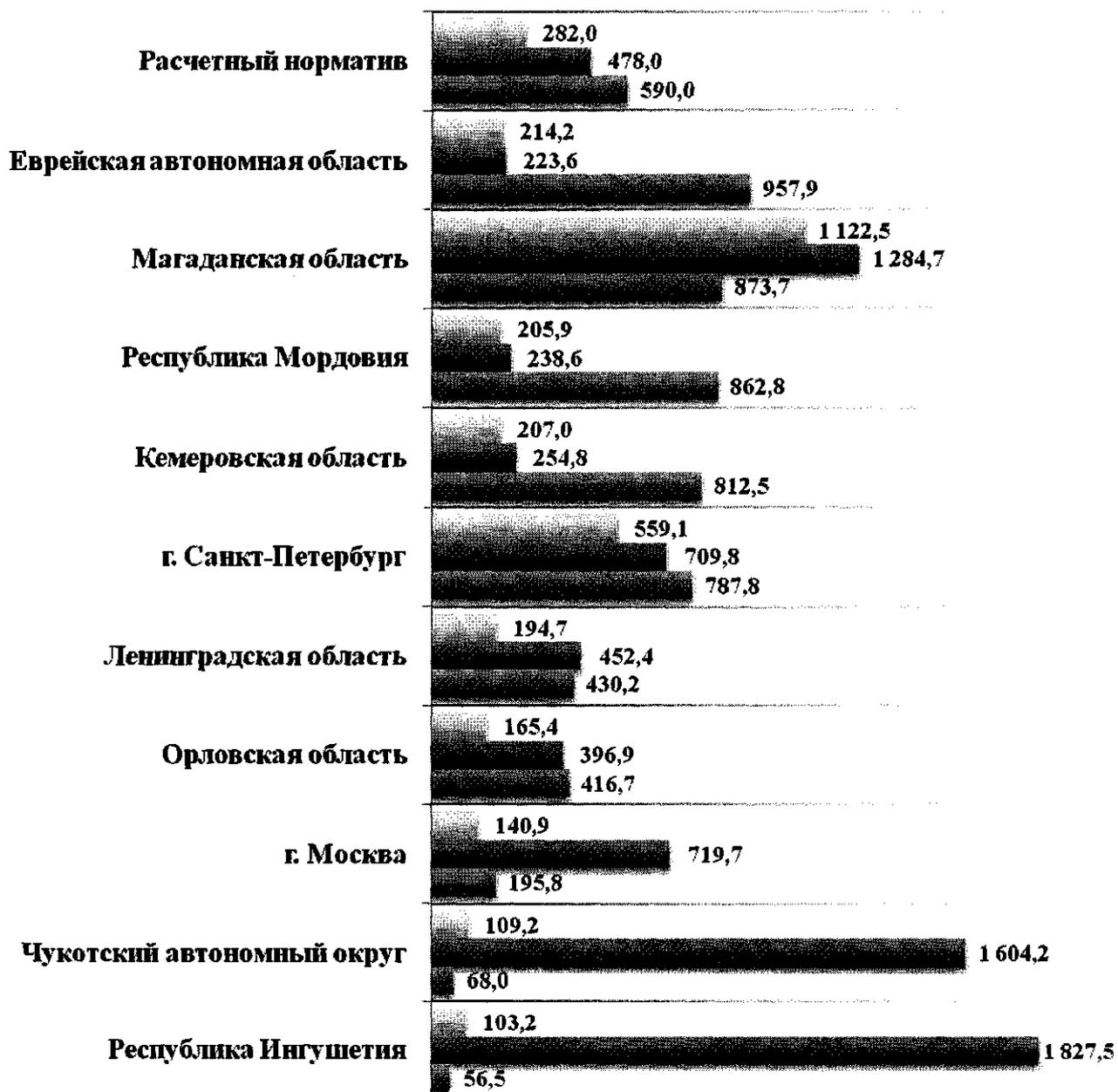
Активно использовалось оказание медицинской помощи в дневных стационарах в 2012 году в г. Санкт-Петербург (0,788), Кемеровской области

(0,813), Республике Мордовия (0,863), Магаданской области (0,874) и в Еврейской автономной области (0,958), в которых утвержденный норматив превышен более чем на 30 процентов.

При этом показатель подушевого обеспечения, при утвержденном нормативе 282,0 рублей составлял в Республике Мордовия – 205,9 рублей, в Кемеровской области - 207,0 рублей, в Еврейской автономной области – 214,2 рублей, в г. Санкт-Петербурге – 559,1 рублей, а в Магаданской области – 1122,5 рублей.

Данные об оказании медицинской помощи в дневных стационарах в 2012 году в субъектах Российской Федерации с минимальными и максимальными показателями по объемам медицинской помощи в расчете на 1000 жителей (количество пациенто-дней в дневных стационарах), представлены на диаграмме.

**Показатели объема оказания медицинской помощи  
в дневных стационарах в отдельных субъектах  
Российской Федерации в 2012 году**



■ Фактическое подушевое обеспечение ТПГ (рублей на 1-го жителя)

■ Стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи (рублей)

■ Фактический объем медицинской помощи в расчете на 1000 жителей (койко-дней)

Анализ информации о результатах контрольных мероприятий Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации свидетельствуют о несбалансированности территориальных программ по видам и объемам медицинской помощи, что подтверждается наличием расхождений между расчетными, утвержденными и фактическими объемами оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации.

**Контрольно-счетная палата Волгоградской области:** *«Фактически выполненные объемы медицинской помощи не соответствуют как нормативным объемам, установленным Правительством, так и территориальным объемам, утвержденным с учетом возрастного-полового состава населения и структуры заболеваемости населения Волгоградской области. Следовательно, территориальные программы не сбалансированы по видам и объемам медицинской помощи, в связи с чем не отвечают реальным потребностям населения».*

#### **Структура финансовых расходов по видам медицинской помощи**

Структура расходов на оказание медицинской помощи в рамках территориальных программ из государственных источников финансирования в исследуемом периоде изменилась незначительно. По-прежнему, около 60% средств составили расходы на оплату труда с начислениями, которые за период с 2010 г. по 2012 г. выросли на 28,3%. При этом уровень заработной платы работников системы здравоохранения остается недостаточным. Несмотря на увеличение расходов на оплату труда работников здравоохранения, отношение уровня их заработной платы к заработной плате работников, занятых в сфере экономики области, по данным Росстата составляет менее 80%.

По данным Росстата в марте 2013 года среднемесячная начисленная заработная плата (без выплат социального характера) в сфере экономической деятельности «Здравоохранение предоставление социальных услуг» составила 22047,0 рублей, что составляет 116,4% к марту 2012 года, а к общероссийскому уровню среднемесячной заработной платы – 76,0%.

Информация об изменениях объемов основных видов затрат на оказание медицинской помощи в структуре расходов на реализацию территориальных программ за счет государственных источников, в среднем по Российской Федерации, представлены в таблице (данные формы № 62 за 2010-2012 гг.), в процентах.

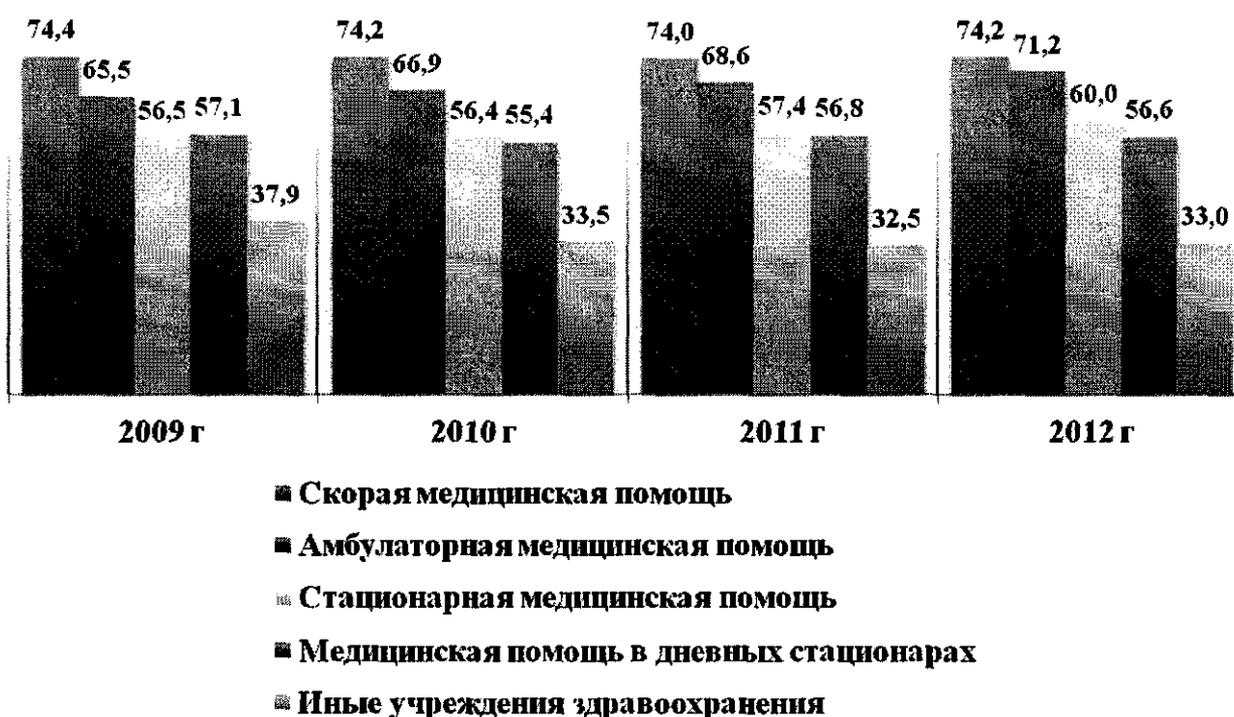
Вид расходов	Доля в общих расходах в 2012 г.	Процентное отношение изменений по годам:			
		2010/2009	2011/2010	2012/2011	2012/2009
Итого по кассовым расходам, в том числе:		5,7	16,5	4,5	28,6
Оплата труда с начислениями	61,1	5,0	18,4	8,4	34,8
Приобретение услуг	12,4	16,6	23,6	-0,5	43,4
Поступление нефинансовых активов, из них:	22,3	2,6	7,6	-3,5	6,6
Увеличение стоимости основных средств, их приобретение	3,2	-0,9	3,6	-8,0	-5,6
Увеличение стоимости материальных запасов, их приобретение, в том числе:	19,2	3,2	8,4	-2,7	8,9
медикаментов и перевязочных средств	12,1	-1,0	7,1	-8,8	-3,3
продуктов питания	2,7	3,2	4,8	-0,5	7,7

Анализ данных свидетельствуют, что наиболее значительные изменения в период 2010-2012 гг. по сравнению с 2009 годом произошли по видам расходов на оплату труда с начислениями и на приобретение услуг. В результате значительного сокращения расходов на медикаменты и перевязочные материалы в 2012 году (-8,8% к 2011 году) общая стоимость закупаемых медикаментов и перевязочных материалов уменьшилась с 177,1 млрд. рублей в 2009 году до 171,3 млрд. рублей в 2012 году.

В структуре кассовых расходов утвержденных территориальных программ ОМС затраты на ведение дела страховыми медицинскими организациями и расходы на выполнение управленческих функций ТФОМС составляют от 2 до 4 процентов.

В зависимости от вида медицинской помощи структура расходов за счет государственных источников несколько отличается, при этом наибольший удельный вес в расходах, как правило, занимает оплата труда медицинских работников, что представлено на диаграмме.

### Информация об удельном весе оплаты труда медицинских работников в структуре расходов (в %)



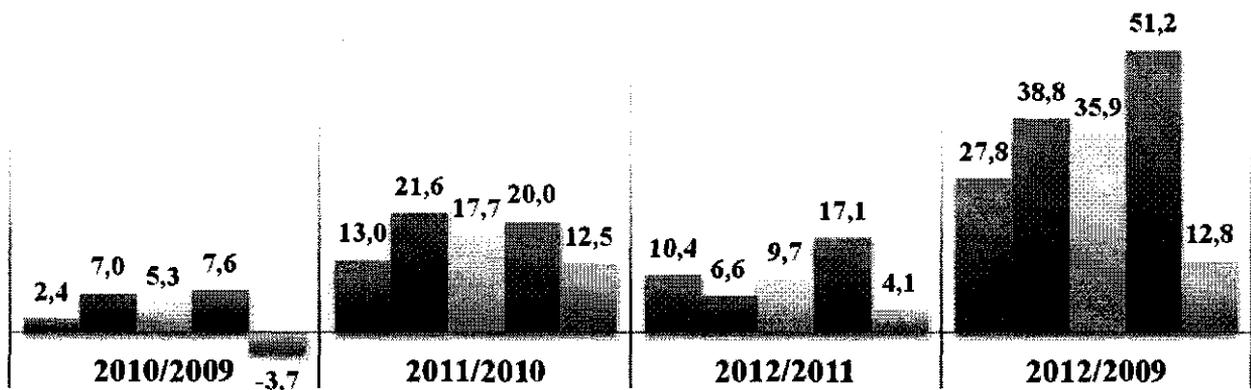
Анализ данных о ежегодных изменениях уровня оплаты труда медицинских работников по видам медицинской помощи свидетельствует, что наиболее значительный рост наблюдался в 2011 году.

В 2012 году рост заработной платы в основном находился на уровне инфляции, за исключением оплаты труда медицинских работников, оказывающих помощь в дневных стационарах. Следует отметить, что за период 2010-2012 гг. наиболее значительный рост оплаты труда в 2012 году по

сравнению с 2009 годом отмечается у медицинских работников, оказывающих помощь в дневных стационарах – 51,2%, у работников амбулаторно-поликлинических учреждений – 38,8%, стационарных медицинских учреждений – 35,9%, скорой медицинской помощи – 27,8%.

С учетом факта отсутствия значительных изменений доли оплаты труда в структуре расходов по видам медицинской помощи, можно утверждать, что рост обеспечивается только за счет общего увеличения расходов на реализацию территориальных программ государственных гарантий.

### Ежегодные изменения уровня оплаты труда медицинских работников (в %)



- Скорая медицинская помощь
- Амбулаторная медицинская помощь
- Стационарная медицинская помощь
- Медицинская помощь в дневных стационарах
- Иные учреждения здравоохранения

В период 2010-2012 годов изменения происходили и по другим статьям расходов, при этом изменения отличались в зависимости от вида медицинской помощи. Следует отметить устойчивый и значительный рост расходов на приобретение услуг, особенно в дневных стационарах – на 56,5% в 2012 году по сравнению с 2009 годом. При оказании скорой медицинской помощи выросли расходы на увеличение стоимости материальных запасов, их

приобретение – на 37,1%, при этом расходы на медикаменты и перевязочные материалы выросли только на 17,0%. Незначительно выросли расходы на продукты питания при оказании стационарной медицинской помощи – 5,8%, но в то же время в дневных стационарах они выросли на 21,1%. Одной из причин незначительно роста по данной статье расходов в больницах, по мнению экспертов, является переход на аутсорсинг и отражение отдельными медицинскими учреждениями расходов на продукты питания по статье «Прочие расходы» (Приобретение услуг).

**Контрольно-счетная палата Пермского края:** *«В 2012 году в сравнении с 2011 доля расходов за счет средств ОМС увеличилась на 17,5%. Рост отмечается по всем видам, кроме расходов на продукты питания. Причем расходы на продукты питания за счет средств ОМС ежегодно снижались и в 2010 году они составили 337,5 млн. руб., в 2011 году -170,7 млн. руб., в 2012 году - 131,4 млн. руб.»*

*По пояснениям ТФОМС ПК, в 2011 и 2012 годах в случае передачи услуг по питанию на аутсорсинг медицинские учреждения данные расходы учитывали в составе «Прочих расходов». Соответственно при формировании сводного отчета по форме № 62 расходы на питание частично были учтены по строке «Прочие расходы», остальные - по строке «Продукты питания» (по учреждениям, которые не перевели услугу по питанию на аутсорсинг). Фактически расходы на питание по средствам ОМС составили: в 2011 году. – 380,7 млн. руб., в 2012 году – 368,7 млн. руб.»*

*Необходимо отметить, что согласно рекомендациям Минздрава ПК в отчетной форме № 62 по средствам бюджета учреждения отражают расходы на питание по строке «Продукты питания» и в случаях передачи услуги на аутсорсинг.»*

Информация об изменениях по отдельным статьям расходов (видам затрат) при оказании медицинской помощи за период с 2009 по 2012 годы, представлены в таблице (в процентах).

Изменения в 2012 году по сравнению с 2009 годом	Скорая медицинская помощь	Амбулаторная медицинская помощь	Стационарная медицинская помощь	Медицинская помощь в дневных стационарах
Расходы :				
1. Оплата труда с начислениями	27,8	38,8	35,9	51,2
2. Приобретение услуг	36,3	38,0	32,4	56,5
3. Поступление	29,7	-10,4	8,7	52,4

нефинансовых активов, из них:				
3.1. Увеличение стоимости основных средств, их приобретение	-1,8	21,3	-23,5	35,1
3.2. Увеличение стоимости материальных запасов, их приобретение, в том числе:	37,1	-14,5	15,3	52,1
3.2.1. медикаментов и перевязочных средств	17,0	-27,8	5,5	39,1
3.2.2. продуктов питания	0,0	-54,7	5,8	21,1

Фактическая доля отдельных статей расходов в общей структуре расходов различных видов медицинской помощи в 2012 году представлена на диаграмме.

## Информация о структуре расходов по видам медицинской помощи в 2012 году (в %)



- Скорая медицинская помощь
- Амбулаторная медицинская помощь
- Стационарная медицинская помощь
- Медицинская помощь в дневных стационарах

**Эффективность тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования.**

В соответствии с действующим законодательством в субъектах Российской Федерации созданы комиссии по разработке территориальных программ ОМС, в состав которых входят представители органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, ТФОМС, страховых медицинских организаций, лечебных учреждений и прочее.

Основными задачами комиссий является распределение объемов предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС между страховыми медицинскими организациями и лечебными учреждениями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Направления расходования средств ОМС, формирование тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы ОМС, размер тарифов на медицинские услуги в системе ОМС, порядок их индексации, а также другие вопросы оплаты медицинской помощи в системе ОМС определяются в субъектах Российской Федерации тарифными соглашениями, которые вырабатываются и принимаются комиссиями.

Тарифы медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, включают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического

оборудования), а также расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока).

Введение преимущественно одноканального финансирования в субъектах Российской Федерации предусматривает, что территориальные программы ОМС могут включать в себя часть расходов на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда (в части прочих выплат), расходы на оплату услуг связи, транспортных и коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

В отдельных субъектах Российской Федерации введение полного тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС для медицинских организаций, участвующих в одноканальном финансировании через систему ОМС осуществлялось в 2 этапа.

На первом этапе предусматривалось два способа включения дополнительных видов расходов в тарифы на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС:

- 1) через норматив финансовых затрат на содержание медицинских организаций на единицу объема медицинской помощи;
- 2) через коэффициенты на дополнительные виды расходов (содержание медицинских организаций).

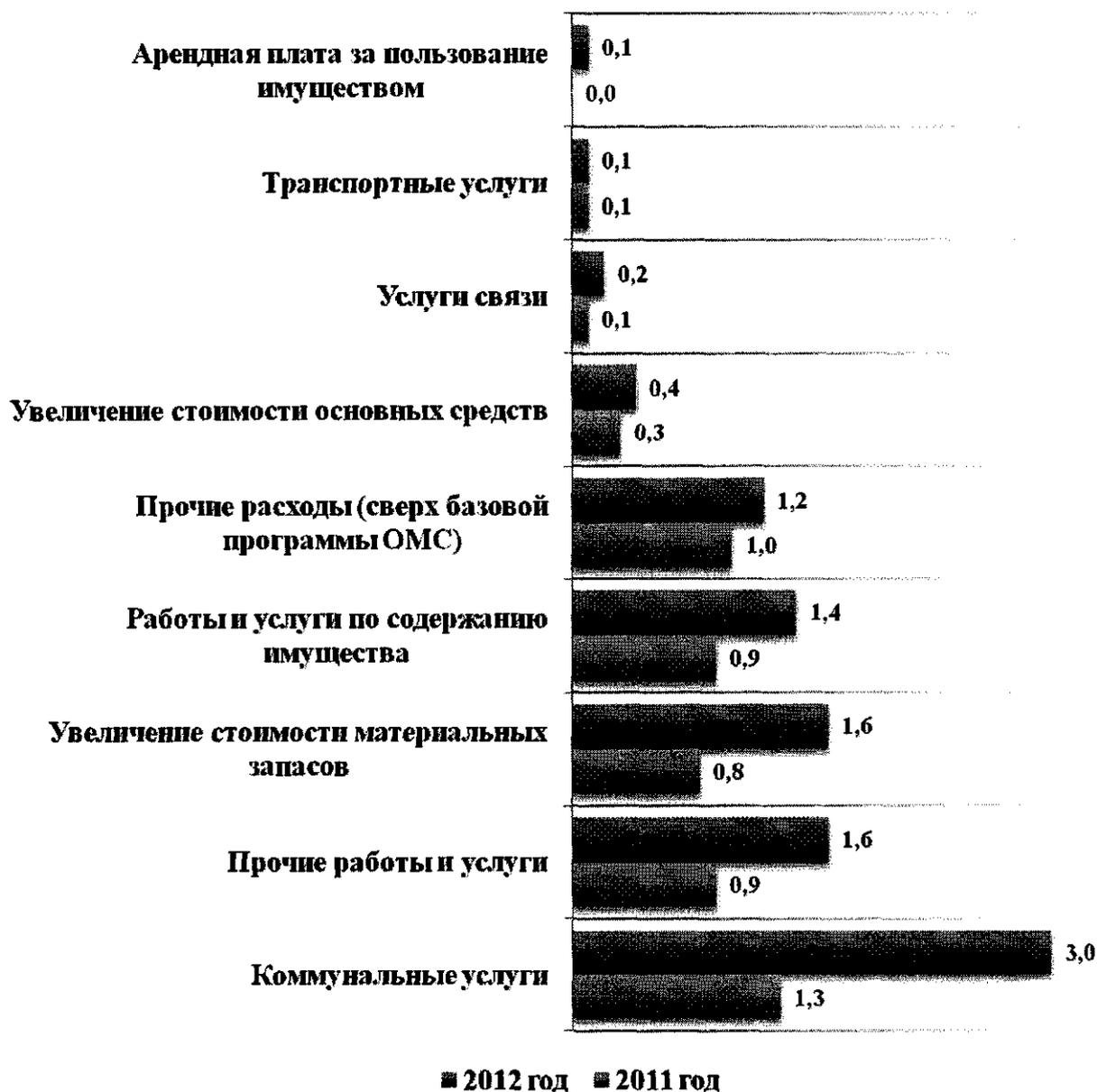
На втором этапе – предусматривалось включение дополнительных видов расходов через норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

В 2012 году в 66 субъектах Российской Федерации на реализацию мероприятий по расширению тарифа по обязательному медицинскому страхованию медицинскими организациями было использовано 54 512,4 млн.

рублей, или 9,4% от совокупных расходов на территориальную программу обязательного медицинского страхования.

При расширении тарифа наибольшую долю в структуре расходов медицинских организаций по территориальной программе обязательного медицинского страхования составили затраты на коммунальные услуги – 3,0%; прочие работы и услуги (установка и монтаж локальных вычислительных сетей, систем охранной и пожарной сигнализации и др.) – 1,6%; увеличение стоимости материальных запасов – 1,6%; горюче-смазочные материалы – 0,4%; прочие материальные запасы – 1,2%); прочие расходы (сверх базовой программы ОМС) – 1,2%. Сопоставление расходов в 2011 и в 2012 годах представлено на диаграмме.

**Структура расходов сверх тарифа ОМС при  
переходе на одноканальное финансирование (в % к  
общей сумме расходов по ТП ОМС)**



В субъектах Российской Федерации использовались различные эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций и в зависимости от вида медицинской помощи производились:

- в круглосуточном стационаре по тарифу за один койко-день (по профилю койки) и за законченный случай лечения (по стандарту медицинской помощи);

**Счетная палата Самарской области:** *«В Самарской области около 20 лет оплата стационарной помощи проводится за законченный случай, или в соответствии с клинико-затратными группами (КСГ). Для внедрения работы по стандартам были разработаны и утверждены специальные КСГ по тем нозологическим группам, которые были определены в качестве приоритетных в программе. Это семь классов заболеваний, которые суммарно дают 74% всех смертей в Самарской области, такие как болезни кровообращения, новообразования, травмы, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, врожденные аномалии и пороки развития».*

- по амбулаторной помощи за посещение врача (по профилю приема и специальности врача), при оплате стоматологических услуг – за 1 условную единицу труда (далее – УЕТ);

- в условиях дневного стационара за один пациенто-день.

Внедрение механизма финансирования по дифференцированному подушевому нормативу является переходом к перспективным (предварительным) методам оплаты медицинской помощи, что позволит перейти к обоснованному планированию объемов как амбулаторно-поликлинической, так и стационарной помощи.

Введение системы фондодержания (метод подушевой оплаты амбулаторно-поликлинического звена за каждого прикрепившегося пациента, при котором в нормативе его финансирования предусматривается оплата не только собственной деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения, но и услуг других медицинских организаций) направлено на повышение ответственности работников амбулаторно-поликлинического звена за состояние здоровья прикрепившегося населения, обеспечение их мотивации к улучшению качества первичной медико-санитарной помощи и преодоление структурных диспропорций в здравоохранении.

В 2012 году в 68 субъектах Российской Федерации медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями в условиях стационара круглосуточного пребывания, оплачивалась по законченному случаю лечения. При этом в 9 субъектах Российской Федерации (Вологодская, Воронежская, Кировская, Костромская, Курганская, Орловская, Челябинская и Ярославская области, г. Санкт-Петербург) расчет размера тарифа на оплату медицинской помощи, оказанную медицинскими организациями в условиях стационара, по законченному случаю лечения осуществлялся по клинико-статистическим группам. Размер средств, направленных на оплату медицинской помощи данным способом, в отчетном периоде составил 73,2% от общего объема на медицинскую помощь, предоставляемую медицинскими организациями в условиях стационара.

В 28 субъектах Российской Федерации медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями в амбулаторных условиях, оплачивалась по подушевому нормативу. Расходы на оплату медицинской помощи данным способом составили 11,3% от совокупного объема финансирования медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторных условиях.

Медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями в условиях дневных стационаров, оплачивалась по законченному случаю лечения в 47 субъектах Российской Федерации. Размер средств, направленных на оплату медицинской помощи данным способом, в отчетном периоде составил 56,1% от общей суммы финансирования медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в условиях дневных стационаров.

Тарифы на медицинские услуги являются контролируруемыми ценами, подлежащими регулированию через тарифное соглашение, по решению согласительной комиссии.

При необходимости изменения тарифов на медицинские услуги территориальные фонды ОМС вносят предложения об установлении коэффициента индексации тарифов на медицинские услуги.

Индексация тарифов производится регулярно, путем применения поправочных коэффициентов, утверждаемых решением согласительной комиссии, с учетом размера поступлений денежных средств, предназначенных для финансирования территориальной программы ОМС, в территориальный фонд ОМС субъекта Российской Федерации.

В соответствии с тарифными соглашениями на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию применяются как индивидуальные тарифы, так и групповые тарифы, дифференцированные по уровням медицинских организаций.

В соответствии с Методикой расчета тарифов на медицинскую помощь (медицинские услуги), оказываемые в системе ОМС, при расчете тарифов используется нормативный метод ценообразования. Преимущественно применяются групповые тарифы по уровням медицинских организаций.

Группировка медицинских организаций по уровням осуществляется в соответствии с утвержденными критериями.

**Счетная палата Российской Федерации (Липецкая область):** *«Для каждой группы медицинских организаций определяется набор медико-экономических стандартов и рассчитываются тарифы на медицинские услуги.*

*По групповым тарифам осуществляется оплата медицинской помощи в стационарах центральных районных больниц, в поликлиниках медицинских организаций г. Липецка, г. Ельца, районов Липецкой области, в стоматологических поликлиниках (кабинетах), в отделениях скорой медицинской помощи центральных районных больниц, в дневных стационарах поликлиник.*

*По индивидуальным тарифам осуществляется оплата стационарной медицинской помощи (за исключением центральных районных больниц), в консультативных поликлиниках областных медицинских организаций».*

Размер тарифа в значительной степени зависит от уровня финансирования территориальной программы, что прописывается в тарифном соглашении и в случае дефицита территориальных программ, может не соответствовать реальным потребностям медицинского учреждения.

В отдельных субъектах Российской Федерации недостаточное финансовое обеспечение территориальных программ приводило к формированию тарифов, обеспечивающих, в первую очередь, расходы на оплату труда медицинских работников, а остальные статьи формировались по остаточному принципу, исходя из наличия средств. В результате складывалось недофинансирование расходов, произведенных по отдельным видам затрат и, как следствие, – к образованию кредиторской задолженности медицинской организации и неэффективному использованию медицинского оборудования, в связи с отсутствием необходимых расходных материалов и своевременного технического обслуживания.

**Контрольно-счетная палата Волгоградской области:** *«Оценкой эффективности размера тарифа ОМС на оплату медицинской помощи установлено, что он утверждается с учетом необходимости оказания гарантированного объема медицинской помощи в условиях недостатка финансового обеспечения территориальных программ. В результате тариф не соответствует реальным потребностям медицинских учреждений, а зависит от уровня финансового обеспечения территориальных программ... Как правило, с начала года тариф уменьшается, в течение года увеличивается, а с начала следующего года уменьшается вновь... В связи с этим медицинскими учреждениями не выдерживается структура утвержденных сметных назначений по расходам, связанным с оказанием медицинской помощи».*

Оплата медицинских услуг, оказываемых в стационаре, по тарифу за один койко-день (по профилю койки) осуществляется по реестрам счетов, сформированных на основании "Карты выбывшего из стационара". Нормативы работы койки и средняя длительность пребывания больного на койке (по профилю) утверждается приказом органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Оплата законченного случая оказания медицинской помощи по стандарту медицинской помощи осуществляется по тарифу законченного случая за счет средств бюджета территориального фонда ОМС и дополнительному тарифу за счет средств субсидии Федерального фонда ОМС (при оплате медицинской помощи в рамках реализации мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения). Тариф законченного случая за счет средств бюджета территориального фонда ОМС определяется исходя из стоимости одного койко-дня профильного отделения стационара.

**Контрольно-счетная палата Ленинградской области:** *«В 2012 году по сравнению с 2011 годом сохранилась тенденция увеличения заработной составляющей в структуре тарифов на оплату медицинской помощи в круглосуточном стационаре в абсолютных значениях от 104,42 руб. до 121,67 руб. и снижение её удельного веса в общем объеме затрат от 1,0% до 1,3%, за исключением педиатрии, где доля заработной платы незначительно выросла на 0,7%. Общций удельный вес затрат по оплате труда с начислениями составил от 71,8% до 76,1% от всех совокупных затрат. Несмотря на увеличение абсолютных значений, общций удельный вес затрат на питание больных снизился от 0,4% до 1,1% и составил от 6,5% до 6,9%. Затраты на приобретение медикаментов увеличились от 2,1% до 2,4% и составили от 19,4% до 20,8%, за исключением тарифной части по педиатрии, где они снизились на 1,4% и составили 16,5% всех совокупных затрат. Доля расходов на приобретение мягкого инвентаря и обмундирования по сравнению с 2011 годом по отдельным профилям медицинской помощи (кардиология и терапия) снизилась на 0,1% и составила 0,5% всех совокупных затрат».*

Оплата амбулаторной медицинской помощи осуществляется на основании "Талона амбулаторного пациента" и "Талона стоматологического пациента" по тарифу посещения по профилю приема и специальности врача, по тарифу на одну УЕТ при оказании стоматологической помощи. Тарифы на медицинские услуги, применяемые при оплате амбулаторной помощи, предусматривают компенсацию затрат на посещение специалиста определенного профиля и включают распределенные по профильным посещениям расходы на проведение диагностических исследований, лечебных

манипуляций, медицинских услуг параклинических подразделений. Тариф на один сеанс (посещение) гемодиализа включает в себя и приобретение расходных материалов, за исключением расходов на питание.

**Контрольно-счетная палата Ивановской области:** «Средневзвешенная стоимость УЕТ за период 2010-2012 годов значительно выросла по таким специальностям, как врач-стоматолог-терапевт (42%), врач-стоматолог детский (26%). Также заметное увеличение было по зубным врачам (18,4%) и по врачам-стоматологам хирургам (17,7%). Менее всего средневзвешенная стоимость 1 УЕТ выросла по специальности врач-стоматолог (6,5%). При этом увеличение идет только в части оплаты труда и начислений на оплату труда. Стоимость материальных затрат остается неизменной на протяжении анализируемого периода и составляет 2,9 рублей».

Выборочные данные о средневзвешенной стоимости одного УЕТ врача стоматолога в отдельных субъектах Российской Федерации представлены на диаграмме.

**Средневзвешенная стоимость 1 УЕТ врача-стоматолога в отдельных субъектах Российской Федерации в 2012 году (в рублях)**



■ Белгородская область ■ Вологодская область ■ Ивановская область ■ Магаданская область

Оплата медицинской помощи в стационаре дневного пребывания производится по тарифу за один пациенто-день по законченному случаю оказания медицинской помощи, но не более установленного органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения. День поступления и день выписки считаются за два дня лечения.

Медицинская помощь, оказанная ребенку (независимо от возраста), находившемуся на лечении в стационаре круглосуточного пребывания с одним из родителей или иным членом семьи, оплачивается с учетом койки по уходу за ребенком.

На территории субъектов Российской Федерации утверждаются индивидуальные тарифы на оплату медицинских услуг по каждой медицинской организации.

В соответствии с порядком осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, медицинская помощь застрахованному гражданину оказывается в объеме, установленном базовой программой ОМС и оплачивается территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи производится по тарифам, установленным для медицинской организации, которая оказывала медицинскую помощь

При этом в Ивановской области за счет средств, поступающих из бюджета Федерального фонда ОМС, осуществляется оплата медицинской помощи по дополнительным тарифам в рамках региональной программы модернизации лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, где оказывалась медицинская помощь в соответствии с договором, заключенным между территориальным фондом и медицинской организацией.

В Ленинградской области оплата счетов производилась с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий

предоставления медицинской помощи и не подлежит межтерриториальным расчетам медицинская помощь по видам, не входящим в базовую программу.

В Ленинградской области численность постоянно проживающих граждан значительно превышает численность застрахованных, в результате объем средств, полученных от других территориальных фондов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Ленинградской области, ежегодно существенно превышает объем средств, перечисленных в другие территориальные фонды за оказанную медицинскую помощь жителям Ленинградской области.

В рамках реализации территориальных программ модернизации здравоохранения осуществляется внедрение медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи, что способствует повышению размеров тарифов, при этом, как показывают исследования, основная часть средств направляется на финансирование оплаты труда медицинских работников.

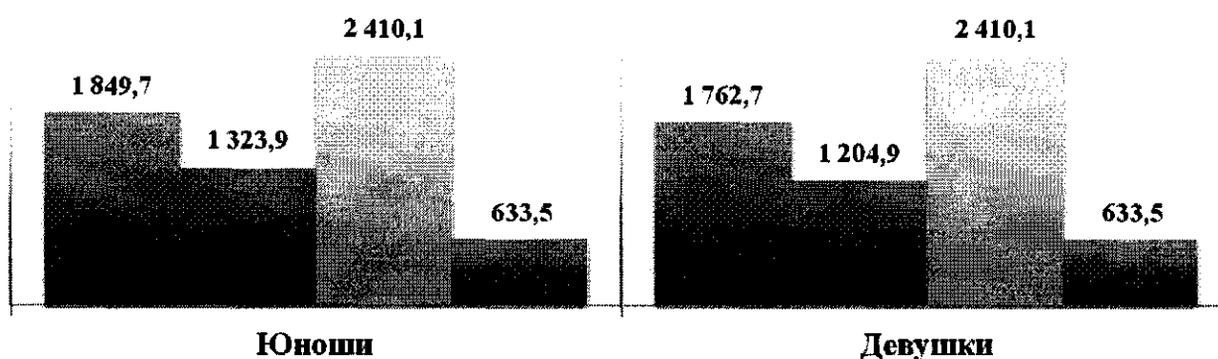
**Контрольно-счетная палата Брянской области:** *«В рамках реализации Региональной программы модернизации по внедрению стандартов стационарной медицинской помощи в ГБУЗ «БОКД» рабочей комиссии была разработана методика определения размера, условий и порядка установления стимулирующих выплат работникам ГБУЗ «БОКД», участвующим в мероприятиях по оказанию круглосуточной медицинской помощи по тарифам федеральных и территориальных стандартов специализированной медицинской помощи кардиологического профиля болезней.»*

*Расчет суммы средств на выплаты стимулирующего характера медицинским работникам осуществлялся ежемесячно по факту поступления денежных средств на счет ГБУЗ «БОКД» за оказанную медицинскую помощь с учетом результата экспертизы качества медицинской помощи».*

Исследования показывают, что размеры тарифов на ту же самую медицинскую услугу в различных субъектах Российской Федерации отличаются. В близлежащих регионах отличия могут составлять десятки процентов. Информация о средней стоимости одного законченного случая углубленной диспансеризации 14-летних подростков (с учетом средств по

Программе модернизации здравоохранения на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи) в 2012 году представлена на диаграмме.

**Информация о средней стоимости одного законченного случая на проведение углубленной диспансеризации 14-летних подростков в 2012 году (в рублях)**



■ Ленинградская область ■ Брянская область ■ Калужская область ■ Республика Адыгея

**Контрольно-счетная палата Калужской области:** «В 2011 году в Калужской области было внедрено 19 федеральных и 5 региональных СМП (прим.- Стандарт медицинской помощи) в 34 МО на общую сумму 167 605,2 тыс. руб., что составило 34 % планового объема программы модернизации здравоохранения. Тарифным соглашением установлен состав тарифа по внедрению стандартов – дополнительный тариф и тариф по ОМС. Размер и структура дополнительных тарифов устанавливались протоколом Согласительной комиссии. Оплата по дополнительному тарифу осуществляется за счёт субсидии ФФОМС, оплата по тарифу по ОМС – за счёт средств ОМС.

Анализ стоимости лечения по стандартам при оказании стационарной медицинской помощи показал, что доля дополнительного тарифа в разрезе стандартов составляет от 8,4% до 40,5% стоимости 1 случая лечения».

Структура кассовых расходов по территориальным программам ОМС включает в себя расходы на оплату медицинской помощи, затраты на ведение

дела страховой медицинской организации и расходы на выполнение управленческих функций. Доля расходов на оплату медицинской помощи в субъектах Российской Федерации отличается и составляет 96-98% от общей фактической стоимости территориальных программ.

### **Организация работы по контролю качества медицинской помощи и защиты прав пациентов при реализации территориальных программ ОМС**

В соответствии с законодательством Российской Федерации обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи осуществляется путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирования граждан о порядке обеспечения и защиты их прав.

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС утвержден приказом Федерального фонда ОМС. Контроль оказания гражданам медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Экспертизы имеют целевой и плановый характер.

Медико-экономическую экспертизу осуществляет специалист-эксперт, являющийся врачом. Экспертизу качества медицинской помощи осуществляет эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом.

Согласно приказу ФОМС территориальные фонды обязательного медицинского страхования обеспечивают ведение территориального реестра экспертов качества медицинской помощи и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети "Интернет"

Результаты медико-экономического контроля, оформленные соответствующим актом, являются основанием для применения мер, предусмотренных законодательством для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) а также могут являться основанием

для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторного медико-экономического контроля, повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда.

**Контрольно-счетная палата Ивановской области:** «В целом объем финансовых средств, удержанных по результатам экспертиз, составил в период 2010-2011 годов более 12000,0 тыс. рублей. По итогам первой половины 2012 года объем удержанных средств уже составил 8000,0 тыс. рублей. Штрафные санкции по результатам экспертиз в 2011 году составили 2973 тыс. рублей, за первую половину 2012 года – 554,2 тыс. рублей».

Информация о количестве страховых медицинских организаций (далее – СМО) и филиалов страховых медицинских организаций, работающих со средствами ОМС в 2010-2012 гг., представлена в таблице.

Наименование федерального округа	Количество в 2010 г		Количество в 2011 г		Количество в 2012 г	
	СМО	Филиалов	СМО	Филиалов	СМО	Филиалов
Российская Федерация, всего:	100	261	82	240	70	216
Центральный	26	48	22	50	23	47
Северо-Западный	15	36	8	32	7	26
Южный	5	20	4	15	3	13
Северо-Кавказский	1	14	1	10	0	10
Приволжский	13	62	11	56	8	52
Уральский	15	22	14	23	9	19
Сибирский	17	39	16	36	15	31
Дальневосточный	8	19	6	17	5	17
г. Байконур	0	1	0	1	0	1

Анализ данных свидетельствует, что количество СМО и их филиалов, работающих со средствами ОМС, ежегодно сокращается. В 2012 году наибольшее количество страховых медицинских организаций работало в г. Москва (10), Московская область (7), Кемеровская область (5) и Свердловская область (4).

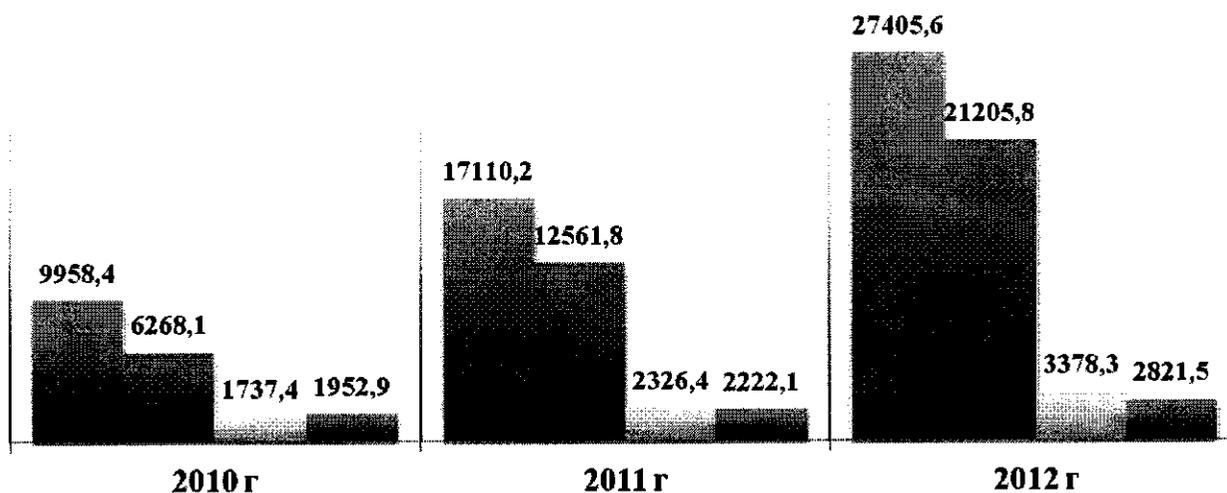
Согласно данным ФОМС в 2010-2012 гг. (форма отчетности № 10 (ОМС), объем средств, образовавшихся у страховой медицинской организации в результате выявления сумм, необоснованно предъявленных медицинскими организациями к оплате, ежегодно растет.

Основные нарушения, выявляемые в ходе проведения медико-экономического контроля и соответствующей экспертизы, включают в себя: необоснованное завышение объема и стоимости услуг (необоснованное удлинение сроков лечения (количества услуг, посещений, койко-дней, пациенто-дней), выставление счета за не оказанные медицинские услуги, отсутствие первичной документации без уважительных причин, дефекты оформления первичной документации, приведшие к невозможности оценить динамику состояния пациента, объема и характер медицинской помощи и прочее.

Доля средств неоплаченных по результатам экспертизы качества медицинской помощи и в результате проведения медико-экономической экспертизы составила в 2012 году 22,6% от общей суммы средств, образовавшихся у страховой медицинской организации в результате выявления сумм, необоснованно предъявленных медицинскими организациями к оплате, в 2011 году – 26,6%, в 2010 году – 37,1% соответственно.

Информация за период 2010-2012 гг. представлена на диаграмме.

**Средства, образовавшиеся у страховой  
медицинской организации в результате выявления  
сумм, необоснованно предъявленных  
медицинскими организациями к оплате по  
результатам контроля в 2010-2012 г. (млн. рублей)**



- Средства, образовавшиеся у СМО, всего
- По результатам медико-экономического контроля
- По результатам медико-экономической экспертизы
- По результатам экспертизы качества медицинской помощи,

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» собственными средствами СМО в сфере ОМС являются: средства, предназначенные на расходы на ведения дела по обязательному медицинскому страхованию, 30 процентов от суммы, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи или проведения медико-экономической экспертизы и прочее.

Согласно данным ФОМС в 2012 году на формирование собственных средств СМО в сфере обязательного медицинского страхования израсходовано 11 488 978,6 тыс. рублей, из них средства, предназначенные на ведение дела по ОМС составили 9 757 911,9 тыс. рублей, средства полученные по результатам

экспертиз – 1 631 828,8 тыс. рублей, или 14,2% от общего объема собственных средств СМО. Самый высокий процент собственных средств, полученных СМО по результатам экспертиз, отмечается в Республике Дагестан (41,4%), Саратовской области (31,6%), Московской области (30,5%), Республике Бурятия (28,9%) и Республике Ингушетия (28,7%).

Средства СМО на ведение дела по ОМС увеличились на 746 554,0 тыс. рублей, или на 8,3 % по сравнению с 2011 годом (9 011 357,9 тыс. рублей).

По результатам проведения повторных экспертиз по требованию территориальных фондов ОМС выявлены случаи неправомерного удержания СМО средств с медицинских организаций. В 2012 году общая сумма выплаченных СМО штрафов за нарушение условий договора составила 22 719,8 тыс. рублей, в том числе территориальным фондам ОМС – 22 681,4 тыс. рублей. Из них 4 646,0 тыс. рублей в Свердловской области.

**Контрольно-счетная палата Ленинградской области:** *«В 2012 году ТФОМС ЛО были проведены 187 реэкспертиз ЭКМП и 1249 реэкспертиз МЭЭ СОГАЗа, в ходе которых были выявлены 45 случаев нарушений, допущенных сотрудниками СОГАЗа, в том числе: 3 случая при проведении ЭКМП и 42 нарушения при проведении МЭЭ. В результате со стороны ТФОМС ЛО были применены штрафные санкции к СОГАЗу в сумме 11,2 тыс. руб., а также уменьшено финансирование на 106,4 тыс. рублей».*

**8.2.3. Расходы федерального бюджета на реализацию отдельных мероприятий Программы государственных гарантий и территориальных программ государственных гарантий, включая лекарственное обеспечение граждан.**

Расходы федерального бюджета на финансирование Программы, увеличились за период 2010 - 2012 гг. на 4,7 % и составили в 2012 году 411,4 млрд. рублей.

Доля финансирования за счет федерального бюджета, которое включает в себя расходы на медицинскую помощь в федеральных медицинских учреждениях, подведомственных Минздраву (Минздравсоцразвития) России,

Федеральному медико-биологическому агентству (далее - ФМБА России) и Российской академии медицинских наук (далее – РАМН), оказание отдельным категориям граждан социальной услуги по дополнительной бесплатной медицинской помощи в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, в том числе по 7-ми высокочувствительным нозологиям, денежные выплаты участковым врачам и медицинским сестрам на оказание дополнительной бесплатной медицинской помощи, денежные выплаты медицинскому персоналу ФАПов и учреждений скорой медицинской помощи, профилактику, выявление и лечение ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С, иммунизацию населения в рамках Национального календаря профилактических прививок и прочее, ежегодно уменьшается.

За период с 2009 года по 2012 год доля финансирования Программы за счет средств федерального бюджета сократилась с 28,4% до 23,9%

В реализации Программы в 2012 году приняли участие 117 федеральных государственных медицинских учреждений (далее – ФГУ), подведомственных Минздраву России (без учета санаторно-курортных учреждений), в том числе 55 больничных учреждений (47,0 % всех ФГУ), 12 амбулаторно-поликлинических учреждений (10,3 %), 33 научно-практических центров (28,2 %), 1 учреждение охраны материнства и детства (0,9 %), 16 прочих учреждений (13,6 %).

На реализацию Программы в ФГУ израсходовано 81 516,0 млн. рублей, в том числе бюджетные ассигнования федерального бюджета составили 76 709,5 млн. рублей (93,5 % всех средств), средства системы ОМС – 4 859,0 млн. рублей (6,5 %).

На стационарную медицинскую помощь, оказанную 813,4 тыс. пациентам, израсходовано 79 198,4 млн. рублей, что составляет 97,2 % всех средств (за счет средств федерального бюджета – 75 241,8 млн. рублей или 95,0% средств).

Выполненный объем медицинской помощи, оказанной ФГУ в стационарных условиях, составил 11 491,0 тыс. койко-дней. Стоимость лечения одного пациента в стационаре в среднем составила 97 367,1 рубля. Средние сроки лечения одного пациента в стационаре составили 14,1 дня, средняя стоимость одного койко-дня – 6 892,2 рубля.

На медицинскую помощь, оказанную ФГУ в амбулаторных условиях, израсходовано 1 184,2 млн. рублей, что составляет 1,5 % всех средств (за счет средств федерального бюджета – 456,6 млн. рублей или 38,6 % средств).

Число посещений ФГУ в 2012 году составило 3 483,4 тыс., стоимость одного посещения в среднем составила 340,0 рублей.

В реализации Программы в 2012 году приняли участие 46 санаторно-курортных учреждений, подведомственных Минздраву России. За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета на лечение пациентов в санаторно-курортных учреждениях израсходовано 5 905,5 млн. рублей.

В 2012 году в федеральных санаторно-курортных учреждениях пролечено 110,0 тыс. пациентов, стоимость лечения одного пациента составила в среднем 53 112,2 рубля.

В 2012 году в санаторно-курортных учреждениях пациентами проведено 2 659,1 тыс. койко-дней, средние сроки лечения одного пациента в санаторно-курортных учреждениях составили 24,2 дня.

В оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных Минздраву России, принимали участие 120 ФГУ, из них подведомственных Минздраву России – 73, РАМН – 19 и ФМБА – 26 учреждений, Минтруду России – 2, а также 222 медицинские организации субъектов Российской Федерации на условиях софинансирования из федерального бюджета.

В 2012 году на оказание ВМП за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета израсходовано 51,7 млрд. рублей (в 2011 году – 44,7 млрд. рублей), в том числе, федеральными медицинскими организациями,

подведомственными Минздраву России – 34,5 млрд. рублей, РАМН – 8,1 млрд. рублей, ФМБА – 4,1 млрд. рублей, учреждениями здравоохранения субъектов Российской Федерации – 5,0 млрд. рублей.

ВМП в федеральных медицинских организациях получили 324 686 тыс. пациентов, в том числе, в ФГУ, подведомственных Минздраву России – 247 666 пациентов (76,3 %), РАМН – 50 357 пациентов (15,5 %), ФМБА – 26 163 пациентов (8,1 %), Минтруду России (0,1 %). В учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации, ВМП (на условиях софинансирования из федерального бюджета) получили 127 041 тыс. пациентов.

В 2012 году высокотехнологичная медицинская помощь оплачивалась за счет средств обязательного медицинского страхования в 4 субъектах Российской Федерации (Республика Татарстан, Красноярский край, Тюменская область, г. Санкт-Петербург). По итогам 2012 года расходы на ВМП составили 3 218,0 млн. рублей, или 0,6% общих расходов на территориальные программы ОМС, что превышает уровень 2011 года на 29,2%. В Республике Татарстан указанные расходы составили 7,8% всех расходов на территориальную программу ОМС, Тюменской области – 7,5%, в Красноярском крае – 1,2%, г. Санкт-Петербург – 1,1%.

ВМП в указанных субъектах Российской Федерации оплачивалась по законченному случаю лечения. Кроме того, в г. Санкт-Петербурге применялась оплата высокотехнологичной хирургической медицинской помощи за счет средств ОМС частично: только за проведенную операцию, без учета расходов, связанных с предоперационным лечебно-диагностическим процессом и послеоперационной реабилитацией в условиях стационара круглосуточного пребывания.

В период 2010–2012 годов из федерального бюджета на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан выделено 264,7 млрд. рублей и на 2013 год предусмотрено финансирование в объеме 94,3 млрд. рублей. Из них,

на централизованную закупку лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных высокозатратными нозологиями (7 нозологий) (далее – ВЗН), израсходовано в период 2010–2012 гг. свыше 133,0 млрд. рублей, или 50,2% от общего объема финансирования лекарственного обеспечения граждан. В целях обеспечения больных ВЗН лекарственными препаратами в 2013 году, предусмотрены средства в объеме 52,6 млрд. рублей.

Численность граждан, требующих обеспечения лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных ВЗН, ежегодно увеличивается и выросла с 72,1 тыс. человек в 2010 г. до 117,2 тыс. человек в 2013 г., или на 62,5%. Наиболее быстрыми темпами растет численность больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей. Численность таких больных за указанный период увеличилась с 28,1 тыс. человек до 52,2 тыс. человек, т.е. рост составил 86,0%.

Средний показатель численности больных ВЗН на 100 тысяч населения Российской Федерации по состоянию на 31 декабря 2012 г. составил 81,7 человек и колебался от 50,0 человек в СКФО до 98,6 человек в ЦФО.

Наиболее высокий показатель наблюдается в Рязанской области (144,6 человек), Тульской области (132,5 человек) и Пензенской области (125,1 человек). Самый низкий в Чукотском автономном округе (23,7 человек), Республике Тыва (27,0 человек) и в Забайкальском крае (36,0 человек).

Общая численность отдельных категорий граждан, которые оставили за собой право на получение ГСП в виде НСУ, включающего в себя бесплатное лекарственное обеспечение, ежегодно снижается.

Средства федерального бюджета расходуются на лекарственные препараты также при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации в ходе реализации федеральных целевых программ в сфере здравоохранения, мероприятий, осуществляемых в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» и финансирования деятельности федеральных бюджетных медицинских учреждений.

Согласно расчетным данным общий объем средств федерального бюджета, направленных на лекарственное обеспечение населения Российской Федерации при реализации вышеуказанных мероприятий (без учета лекарственного обеспечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи) в период 2010 – 2012 гг. составляет свыше 71,1 млрд. рублей.

В 2011-2012 гг. осуществлялась реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации. Субсидии федерального фонда ОМС, предусмотренные на реализацию задачи региональных программ по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, направлялись на оказание медицинской помощи в рамках территориальных программ.

В 2012 году субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предусмотренные на реализацию задачи региональных программ по внедрению стандартов медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, направленные на оказание медицинской помощи в рамках территориальных программ, составили 82,9 млрд. рублей (в 2011 году - 27,9 млрд. рублей).

В рамках реализации Программы модернизации здравоохранения в 2011-2012 гг. в субъектах Российской Федерации в соответствии с федеральным и региональным законодательством, регулирующим вопросы охраны здоровья граждан, кроме внедрения стандартов оказания медицинской помощи осуществлялось укрепление материально-технической базы и внедрение современных информационных технологий.

Своевременная реализация утвержденных программ способствует повышению доступности и качества медицинской помощи, оказываемой населению в рамках территориальных программ, однако, в ходе исследования, контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации установлены

факты неэффективного расходования бюджетных средств, в том числе закупленного, но не введенного в эксплуатацию медицинского оборудования.

**Счетная палата Самарской области:** *«В ММБУ ГП № 10 г.о. Самара установлен факт наличия неиспользуемых мобильных персональных компьютеров марки *LenovoThinkPad* в количестве 17 штук стоимостью 310,1 тыс. рублей, выделенных детскому поликлиническому отделению № 1. Указанные компьютеры на момент проверки находились в упакованном виде, без программного обеспечения, и не использовались в работе детского поликлинического отделения № 1 по причине отсутствия на момент проверки локально-вычислительной сети».*

Кроме того, установлены факты нецелевого использования закупленного оборудования.

**Контрольно-счетная палата Республики Северная Осетия-Алания:** *«Проверкой установлено, что в рамках программы Модернизации здравоохранения ВМБУЗ «КБСМП» получено офтальмологическое оборудование на сумму 14463 тыс. руб. Оборудование в больнице не установлено, передано по договору на ответственное хранение вновь образованной муниципальной «Клинике глазных болезней». В нарушении условий договора Клиника установила данное оборудование и использует его в работе при оказании платных медицинских услуг».*

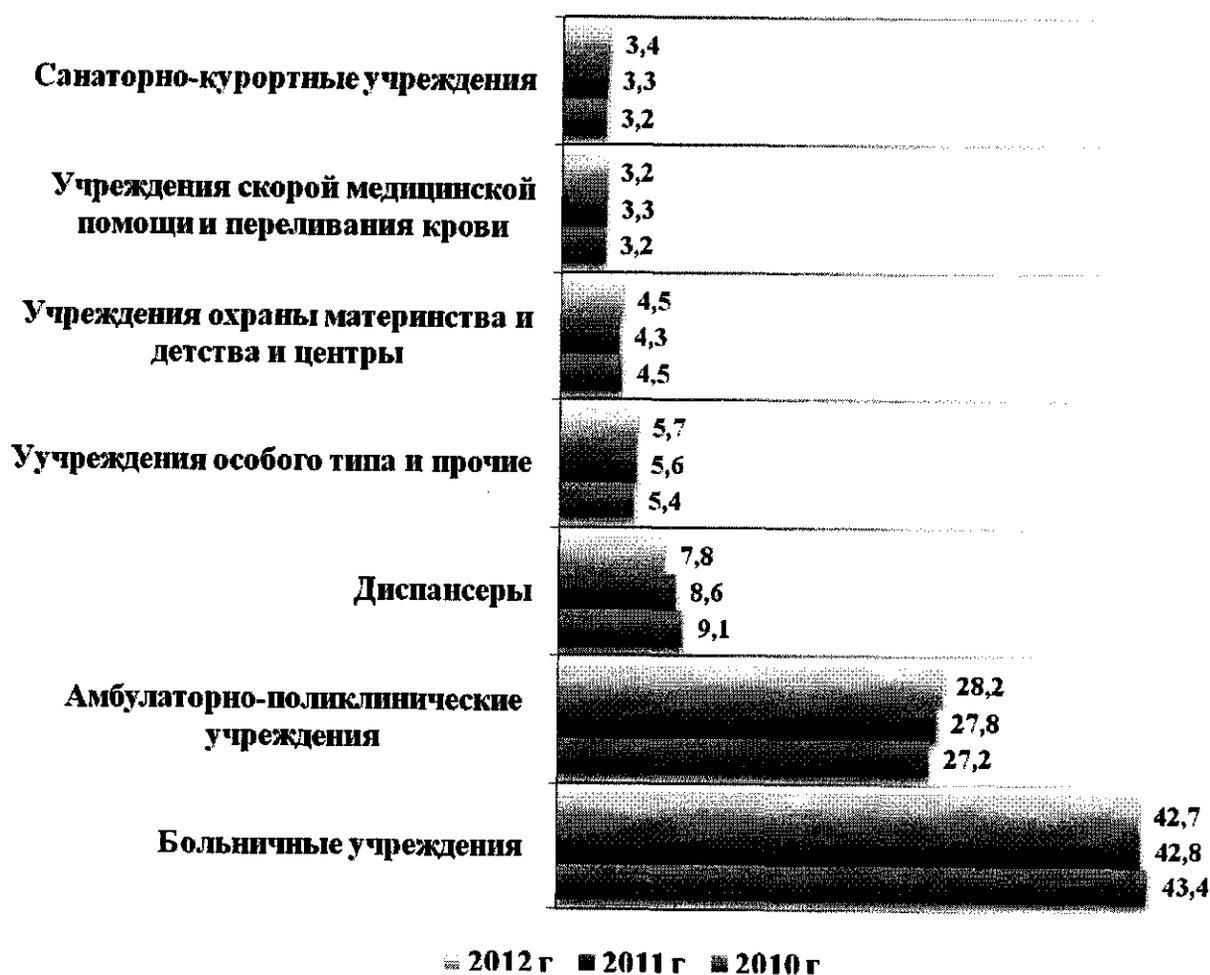
**8.3. Анализ объема медицинской помощи по видам, предоставленной гражданам в рамках территориальных программ государственных гарантий, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования.**

**8.3.1. Сбалансированность территориальных программ государственных гарантий по видам медицинской помощи, а также источникам их финансового обеспечения на основе нормативного планирования объема медицинской помощи, отвечающего реальной потребности населения.**

В реализации территориальных программ в 2012 году приняли участие 10,8 тыс. медицинских организаций различных видов и уровней подчиненности (в 2010 году – 11,3 тыс., в 2011 году – 11,0 тыс.).

На диаграмме представлены данные о структуре медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий в 2010-2012 гг.

**Данные о структуре медицинских организаций,  
участвующих в реализации территориальных  
программ  
в 2010-2012 гг. (в %)**



Анализ данных показывает, что структура медицинских учреждений за период 2010-2012 гг. значительно не изменилась. Уменьшилась доля больничных учреждений и диспансеров, увеличилась – амбулаторно-поликлинических учреждений.

Программами модернизации здравоохранения отдельных субъектов Российской Федерации в течение 2011 - 2012 годов планировалось поэтапное уменьшение количества лечебно-профилактических учреждений за счет объединения (присоединения) маломощных лечебных учреждений здравоохранения и перевода части участковых больниц с неэффективно работающими койками во врачебные амбулатории и (или) офисы врачей общей практики с дневными стационарами. Ожидаемый результат мероприятия - снижение неэффективных расходов здравоохранения.

**Контрольно-счетная палата Ярославской области:** *«Несмотря на поставленные цели оптимизации сети медицинских учреждений - повышения качества и уровня оказания медицинской помощи населению Ярославской области реорганизация нескольких маломощных родильных отделений в муниципальных образованиях повлекла негативные отклики со стороны жителей.*

*В связи с этим в начале 2013 года Минздравом России была сформирована и направлена в Ярославскую область комиссия для оценки состояния родильных отделений в Борисоглебском, Пошехонском, Рыбинском и Мышкинском районах.*

*По оценке Комиссии состояние ликвидируемых родильных отделений не соответствовало требованиям Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи, в отдельных случаях не соблюдались санитарно-гигиенические нормы – так, в Борисоглебском родильном отделении отсутствовала горячая вода, не было централизованной канализации. В штате родильных отделений отсутствовали врачи анестезиологи-реаниматологи и неонатологи.*

*По результатам работы комиссии сделаны выводы о том, что решение о реорганизации маломощных родильных отделений принято правильно, при этом имели место негативные моменты:*

*- допущены ошибки в порядке формирования потоков пациентов, в организации транспортировки женщин в родильные отделения;*

*- не в полной мере оценивались риски развития осложнений во время родов, в связи с чем женщины не направлялись своевременно в медицинские учреждения более высокого уровня для оказания необходимой и адекватной медицинской помощи;*

*- не была проведена на должном уровне разъяснительная работа среди жителей по вопросу закрытия родильных отделений, что и вызвало непонимание и негативную оценку мероприятий по оптимизации акушерских коек.*

*Также по результатам работы комиссии Департаменту здравоохранения рекомендовано доработать листы маршрутизации беременных женщин с обязательным соблюдением всех требований медицинской эвакуации, с учетом рисков возникновения осложнений в родах, а также в возможно короткие сроки провести доукомплектование лечебных учреждений новым санитарным автотранспортом».*

В структуре медицинских организаций, принимавших участие в реализации территориальных программ в 2012 году, преобладали медицинские организации субъекта Российской Федерации которые составили 58,7 % от общего числа организаций (6 342), муниципальные медицинские организации – 26,4 % (2 849), федеральные медицинские организации, подведомственные Минздраву России, Российской академии медицинских наук, другим министерствам и ведомствам – 5,2 % (558), медицинские организации негосударственной формы собственности – 9,8 % (1 061).

В связи с вступлением в силу Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в 2012 году по сравнению с предыдущим годом отмечено снижение удельного веса муниципальных медицинских организаций (с 52,6% до 26,4%, в 2010 году – 55,2%), участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий и увеличение удельного веса медицинских организаций субъекта Российской Федерации (с 36,1% до 58,7%, в 2010 году – 34,9%). Увеличилась доля федеральных медицинских организаций (с 4,6% до 5,2%, в 2010 году – 4,4%) и медицинских организаций негосударственной формы собственности (с 6,7% до 9,8%, в 2010 году – 5,5%).

В системе обязательного медицинского страхования в 2012 году работали 74,3 % медицинских организаций, реализующих территориальные программы (в 2011 году – 74,2 %, в 2010 году – 72,4%). Большинство муниципальных медицинских организаций работали в системе ОМС (87,5 %). Среди

муниципальных медицинских организаций, расположенных в сельской местности, этот показатель составил 95,8 %. Доля медицинских организаций субъекта Российской Федерации, работающих в системе ОМС, была ниже (62,2 %), в 2010 году – 40,9%. Подавляющее большинство негосударственных медицинских организаций (98,6 %) работало в системе ОМС.

Данные об оказании медицинской помощи гражданам Российской Федерации в рамках реализации территориальных программ в период 2009-2012 гг., представлены в таблице (млн. единиц).

Наименование медицинской помощи	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г	Рост 2012/2009
Скорая медицинская помощь (число обслуженных лиц)	48,6	48,3	47,9	47,6	-2,1%
Амбулаторная медицинская помощь (число посещений)	1 321,7	1 331,3	1 351,4	1 375,9	+4,1%
Амбулаторная медицинская помощь (число обращений)	519,2	540,4	552,4	541,3	+4,3%
Стационарная медицинская помощь (число больных)	31,2	31,0	30,6	30,1	-1,9%
Медицинская помощь в дневных стационарах (число больных)	6,4	6,7	6,9	7,0	+9,4%

Анализ представленных данных свидетельствует о незначительных изменениях объемов медицинской помощи в период 2009-2012 гг., оказываемых населению, за исключением роста на 9,4% числа больных, обслуженных в дневных стационарах.

В 2012 году показатель подушевого финансового обеспечения Программы государственных гарантий (включая средства федерального бюджета) составил 12 008,3 рублей и за период с 2010 по 2012 год в текущих ценах увеличился на 18,4 процента. Увеличение подушевого показателя обусловлено ростом финансирования за счет средств ОМС, в том числе благодаря реализации региональных программ модернизации здравоохранения, в части внедрения стандартов медицинской помощи.

Информация о подушевых показателях финансового обеспечения Программы за счет различных источников представлены на диаграмме (средства ОМС указаны в расчете на одно застрахованное лицо).

**Показатель подушевого финансового обеспечения  
ПГГ в 2010-2012 гг. за счет различных источников  
финансирования (рублей)**



Показатель подушевого финансового обеспечения Программы за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и средств системы ОМС составил в 2012 году 9 133,4 рубля, что на 23,6 % выше по сравнению с 2010 годом.

**Контрольно-счетная палата Московской области:** *«Подушевой норматив финансового обеспечения, утвержденный Территориальной программой госгарантий с учетом изменений в расчете на 1 человека в 2010 году составил 8 300,97 рубля, что на 8,7% выше федерального норматива, в 2011 году – 9 672,23 рубля, что на 26,7% выше федерального норматива, в 2012 году – 11 364,03 рубля, что на 48,9% выше федерального норматива.»*

*Расходы на Московскую областную программу государственных гарантий, и платные медицинские услуги в расчете на 1 жителя представлены в таблице (в рублях).*

<i>Наименование расходов</i>	<i>2010 год</i>	<i>2011 год</i>	<i>2012 год (план)</i>
<i>Расходы на Московскую областную программу государственных гарантий, в расчете на 1 жителя, в том числе</i>	<i>8 184,1</i>	<i>8 829,2</i>	<i>11 364,0</i>
<i>- за счет средств бюджета</i>	<i>4 170,1</i>	<i>4 256,4</i>	<i>5 292,2</i>
<i>- за счет средств ОМС</i>	<i>4 014,0</i>	<i>4 572,8</i>	<i>6 071,8</i>
<i>Расходы на платные медицинские услуги, в расчете на 1 жителя</i>	<i>418,5</i>	<i>454,0</i>	<i>508,7</i>

**8.3.2. Использование наиболее эффективных организационных технологий оказания медицинской помощи населению в рамках территориальных программ государственных гарантий (дневные стационары, развитие службы неотложной медицинской помощи, межрайонные специализированные центры (отделения), центр амбулаторной хирургии и пр.).**

В субъектах Российской Федерации проводится систематическая работа по оптимизации коечного фонда в круглосуточных стационарах и увеличению объемов оказания медицинской помощи в дневных стационарах.

**Счетная палата Российской Федерации (Архангельская область):** *«В 2011 году в области продолжены меры по оптимизации круглосуточной коечной сети, в результате которой проведены реструктуризация и перепрофилизация коек в учреждениях здравоохранения области. Сокращено 235 коек круглосуточного пребывания. Перепрофилированы койки ортопедического профиля в койки травматологического профиля, терапевтические, педиатрические и койки патологии для беременных и рожениц в койки патологии недоношенных и новорожденных. Сокращение коек круглосуточного пребывания в учреждениях здравоохранения области в значительной степени замещено дневными стационарами при поликлинике и на дому, центрами амбулаторной хирургии».*

Сокращение коек круглосуточного пребывания в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации замещается дневными стационарами при поликлинике и на дому, центрами амбулаторной хирургии.

**Счетная палата Российской Федерации (Ульяновская область):**

*«Стационарозамещающие виды медицинской помощи жителям Ульяновской области оказываются по 15 профилям. Обеспеченность местами дневных стационаров выше среднероссийского значения - 19,0 на 10 тыс. населения. Среди пролеченных пациентов основная доля – лица пожилого возраста, страдающие хроническими заболеваниями системы кровообращения, цереброваскулярной патологией, заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Обеспечение больных лекарственными препаратами в период лечения в стационаре на дому осуществляется в соответствии с Перечнем жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов, определённых Территориальной программой государственных гарантий на территории Ульяновской области. Функции возложены на врачей участковой сети (врачи терапевты участковые, врачи общей практики), врачебные назначения (манипуляции, инъекции) осуществляют медицинские сёстры участковой сети, выделен санитарный автотранспорт.*

*С целью повышения эффективности работы дневных стационаров и развития стационаров на дому в учреждениях здравоохранения разработаны показания для госпитализации в дневные стационары».*

В 2010 году в субъектах Российской Федерации начали работу центры здоровья, в которых обследуется взрослое и детское население. Для пациентов с факторами риска составляются индивидуальные планы по дальнейшему обследованию и наблюдению.

С 2011 года в ряде субъектов Российской Федерации региональные центры здоровья начали осуществлять выездную работу по обследованию населения в отдаленных населенных пунктах.

В субъектах Российской Федерации проводится работа по оптимизации сети учреждений здравоохранения, в ходе которой участковые больницы преобразуются в структурные подразделения центральных районных больниц.

Территориальные программы государственных гарантий на 2012 год имеют некоторые особенности формирования, а именно:

- перевод государственных учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование;

- переход муниципальных учреждений здравоохранения в государственную собственность субъектов Российской Федерации в связи с изменениями законодательства;
- включение в систему ОМС новых медицинских организаций;
- создание межрайонных специализированных центров на базе муниципальных учреждений здравоохранения, в которых будет оказываться амбулаторная и стационарная медицинская помощь, включая акушерско-гинекологическую и хирургическую жителям прикрепленных районов;
- внедрение новых способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат (амбулаторной медицинской помощи методом подушевого финансирования, за пролеченного больного в соответствии со стандартами оказания стационарной медицинской помощи, стационарная помощь, предоставляемая в рамках территориальной программы ОМС, оплачивается по тарифам за законченный случай по клинико-статистическим группам заболеваний);
- открытие отделений неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях;
- развитие общей врачебной практики в сельских районах с увеличением количества врачей общей практики;
- развитие выездных форм работы в отдаленные и сельские территории (мобильные врачебные бригады);
- оказание медицинской помощи с использованием передвижных модульных бригад.

Результаты контрольных мероприятий Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации показывают, что в рамках региональных программ модернизации здравоохранения проводится дальнейшее реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение её в соответствие с численностью и составом населения субъекта Российской Федерации, а также со структурой

заболеваемости и смертности на территории региона, сети и структуры учреждений здравоохранения с выходом на количество учреждений здравоохранения, необходимых для оказания медицинской помощи населению в соответствии с нормативами.

В субъектах Российской Федерации ведется работа по реализации концепции 5-ти уровневой системы оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению, а также к 3-х уровневой системе.

Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения определяются учреждения здравоохранения, выполняющие функцию межтерриториальных центров в части оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению; нормативно закрепляются «зоны ответственности» указанных центров, заключаются соответствующие соглашения между муниципальными образованиями. Кроме того, в регионах создаются эффективные финансовые механизмы разграничения оказываемой медицинской помощи в соответствии с уровнем учреждения через систему клинико-статистических групп.

**1-й уровень** включает в себя учреждения, в которых оказывается высокотехнологичная медицинская помощь.

**2-й уровень** включает в себя учреждения, оказывающие специализированную медицинскую помощь. Специализированная помощь по психиатрии, фтизиатрии, наркологии, венерологии детскому населению оказывается в основном на базе специализированных диспансеров.

**3-й уровень** включает в себя учреждения, оказывающие первичную и специализированную медицинскую помощь, а также учреждения, на базе которых организованы межмуниципальные центры.

С целью совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями на функциональной основе организовываются межмуниципальные/межрайонные хирургические центры для оказания

специализированной медицинской (хирургической) помощи населению близлежащих районов

Основные задачи межмуниципальных и межрайонных хирургических центров – это повышение доступности и качества специализированной медицинской помощи, внедрение современных медицинских технологий.

**4-й уровень** включает медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь.

С целью сбалансированности сети учреждений здравоохранения сельской местности, в соответствии с нормативами, и обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи, проводятся мероприятия по развитию структуры медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению. В малонаселенных пунктах, где отсутствуют ФАПы, планируется создание домовых хозяйств первой помощи, работают офисы врачей общей практики.

**5-й уровень** – медицинские учреждения сельской местности, входящие в 1-4 уровни.

Доля медицинских учреждений 2-4 уровня составляет в субъектах Российской Федерации свыше 90,0 процентов.

**Счетная палата Российской Федерации (Ульяновская область):** «В малонаселенных пунктах с числом жителей менее 100 человек, где отсутствуют ФАПы, планировалось создание 294 домовых хозяйств. В настоящее время созданы 105 домовых хозяйств первой помощи.

*В соответствии с принятым порядком оказания медицинской помощи больным туберкулезом на ФАПы возлагаются функции по наблюдению за диспансерными группами больных туберкулезом, по контролю за приемом лекарственных средств больными туберкулезом в целях предупреждения отрыва от лечения и профилактики туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.*

*В настоящее время в области работают 37 офисов врачей общей практики, в которых работают 69 врачей общей практики, из них 57 врачей в сельской местности».*

С целью дальнейшего снижения уровня материнских и перинатальных потерь, повышения качества акушерской и неонатологической помощи за счёт рационального распределения объёмов медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным, утверждены положения об уровнях оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам на территории субъекта Российской Федерации.

**Первая группа** - учреждения здравоохранения, количество родов в которых не превышает 500 в год, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога.

**Вторая группа** - учреждения здравоохранения, количество родов в которых составляет от 500 до 1 500 в год, имеющие в своей структуре отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных (профилизованные по видам патологии родильные дома, а также межрайонные перинатальные центры).

**Третья группа** - государственные (областные, краевые, республиканские, федеральные) учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, имеющие в своем составе отделения реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных, отделение патологии новорожденных. В отдельных субъектах Российской Федерации в 2012 году таких учреждений не было.

**Счетная палата Российской Федерации (Кемеровская область):** «В 2011 году в Кемеровской области в рамках восьми межтерриториальных медицинских объединений организовано 22 межтерриториальных центра на базе областных и муниципальных медицинских организаций, 49 межтерриториальных отделений, 22 специализированных отделения в структуре межтерриториальных медицинских объединений.

*В рамках межтерриториальных медицинских объединений заканчивает лечение от 92 до 98% населения муниципальных образований, входящих в объединение.*

*Оптимизация муниципального здравоохранения путем создания межтерриториальных медицинских объединений, организация областных и*

*межмуниципальных специализированных центров обеспечивает равную доступность квалифицированной специализированной медицинской помощи городскому и сельскому населению.*

*Амбулаторная и стационарная медицинская помощь населению оказываются по региональным стандартам. В областных и муниципальных учреждениях в рамках Программы модернизации начато внедрение федеральных стандартов высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи».*

В целях оптимизации работы скорой медицинской помощи и сокращения затрат в субъектах Российской Федерации особое внимание уделяется развитию неотложной медицинской помощи и помощи на дому.

**Контрольно-счетная палата Новосибирской области:** *«В Новосибирской области открыты 12 офисов общей врачебной практики (общее число - 58), реорганизованы во врачебные амбулатории с дневными стационарами 14 участковых больниц (общее число врачебных амбулаторий - 107). Из 90 открытых кабинетов неотложной медицинской помощи детское население обслуживают 46 кабинетов и взрослое население – 44 кабинета. Открыты 19 первичных онкологических кабинетов, организованы 4 сестринские бригады обследования пациентов на дому. В настоящее время работают 32 кабинета медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. В районах области в 162-х населенных пунктах с численностью населения до 100 человек созданы домовые хозяйства по оказанию медицинской помощи. В 2012 году открыто 2 межрайонных кабинета психиатрической помощи детскому населению на базе ГБУЗ НСО «Бердская центральная городская больница» и ГБУЗ НСО «Тогучинская центральная районная больница».*

**8.4. Оценка формирования и выполнения государственных (муниципальных) годовых заданий медицинскими организациями различного типа (казенные, автономные, бюджетные) в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий.**

**8.4.1. Оценка соответствия объема медицинской помощи, установленного годовым государственным (муниципальным) заданием, кадровому обеспечению медицинской организации и потребностям населения.**

Государственное задание по реализации территориальной программы государственных гарантий медицинским организациям разрабатывается субъектами Российской Федерации на основании нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации, федеральных и региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Задания разрабатываются органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения совместно с территориальным фондом ОМС и органами местного самоуправления с учетом предложений организаций здравоохранения на основании потребности населения в медицинской помощи, а также объемов медицинской помощи и объемов финансовых средств, выделенных на ее оказание, а также проектов бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов и бюджетов территориальных фондов ОМС.

Задания устанавливаются органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации после утверждения региональных бюджетов и бюджетов территориальных фондов ОМС и доводятся до подведомственных организаций. Для муниципальных учреждений здравоохранения задания (муниципальные задания) также устанавливаются на уровне субъекта Российской Федерации, согласовываются с местными органами власти в сфере здравоохранения и доводятся ими до учреждений.

В течение отчетного периода проводится мониторинг выполнения государственного задания за прошедший отчетный период. На основании полученных данных формируется свод по субъекту Российской Федерации в разрезе муниципальных образований и медицинских учреждений по видам помощи. При необходимости вносятся соответствующие изменения.

В ходе исследования установлено, что в отдельных субъектах Российской Федерации объемы медицинской помощи для муниципальных районов определялись в виде протоколов согласования без распределения по медицинским учреждениям и без указания объемов финансирования.

Имеются случаи отсутствия распределенных объемов медицинской помощи для ведомственных и частных медицинских учреждений, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

При согласовании объемов медицинской помощи для муниципальных районов в 2010-2011 гг. органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения не располагали данными об объемах средств, предусмотренных в местных бюджетах для их выполнения, в результате чего сведения об объемах средств консолидированного бюджета на реализацию территориальных программ указывались некорректно.

Исследования показывают, что основой планирования объемов медицинской помощи в большинстве субъектов Российской Федерации является не реальная потребность в ней населения, а финансовые возможности региона и сложившаяся сеть учреждений здравоохранения. Предложения бюджетных учреждений здравоохранения по определению заданий основываются на объемах медицинской помощи и финансовых средств, выделенных на ее оказание в предшествующий период. Государственные (муниципальные) задания исполнялись медицинскими организациями не в полном объеме. Выполнение объемов медицинской помощи ниже запланированных показателей отдельными медицинскими организациями свидетельствует о неэффективном планировании, наличии проблем с доступностью медицинской помощи для населения и отсутствии сбалансированности территориальных программ государственных гарантий в субъектах Российской Федерации.

**Контрольно-счетная палата Калужской области:** *«Фактическое невыполнение объемов медицинской помощи в сопоставлении с плановыми показателями за 2011 год объясняется следующими причинами:*

- *дефицит врачебных кадров и среднего медицинского персонала, и как следствие, высокий коэффициент совместительства;*
- *недостаток площадей;*
- *уменьшение количества пациентов, обратившихся за медицинской помощью.*

*Итоги выполнения муниципального задания на обеспечение бесплатной медицинской помощи свидетельствуют о том, что при его согласовании не в полной мере учитывалась потребность населения г. Калуги в медицинской помощи, не учтены факторы, влияние которых следовало предусмотреть при планировании, а также возможности Учреждения предоставлять бесплатную медицинскую помощь».*

Государственные (муниципальные) задания учреждениям здравоохранения в 2010–2012 гг. устанавливаются в территориальных программах.

**Счетная палата Российской Федерации (Кемеровская область):** *«В ходе выборочной проверки рассмотрены государственные (муниципальные) задания и их выполнение за 2010 – 2011 годы учреждением здравоохранения ОКУ «Липецкая областная психоневрологическая больница»*

*Выполнение объемных и финансовых показателей оказания медицинской помощи, предусмотренных государственными заданиями на 2010 – 2011 годы, ОКУ «Липецкая областная психоневрологическая больница» составило:*

*по амбулаторной медицинской помощи в 2010 году объемного показателя – 84,9% финансового показателя – 109,8%, в 2011 году объемного показателя – 106,1%, финансового – 97,6%;*

*по стационарной медицинской помощи в 2010 году объемного показателя – 106,2% финансового – 101,8%, в 2011 году объемного показателя – 102,5%, финансового – 91,7%;*

*по медицинской помощи в дневных стационарах в 2010 году объемного показателя – 113,7%, финансового – 83,3%, в 2011 году объемного показателя – 117,5%, финансового – 92,5%.*

*При этом кассовое исполнение расходов ОКУ «Липецкая областная психоневрологическая больница» в рамках реализации Территориальной программы Липецкой области составило в 2010 году – 101,3% утвержденного государственным заданием финансового обеспечения, в 2011 году – 92,0%.*

*Следует отметить, что в отчетах по форме № 62 ОКУ «Липецкая областная психоневрологическая больница» за 2010 – 2011 годы, утвержденные финансовые показатели в рамках реализации Территориальной программы Липецкой области, отличаются от финансовых показателей, утвержденных в государственных заданиях. Так, утвержденные объемы финансирования на 2010 год в отчете по форме № 62 составляют 229 171,0 тыс. рублей, в государственном задании на 2010 год утверждены –*

226 121,0 тыс. рублей, на 2011 год в отчете по форме № 62 – 274 086,0 тыс. рублей, в государственном задании утверждены – 295 704,4 тыс. рублей.

*То есть, плановые финансовые показатели государственных заданий ОКУ «Липецкая областная психоневрологическая больница» на 2010 – 2011 годы были изменены (объемные показатели не менялись), однако в Территориальные программы Липецкой области, в том числе и в государственные задания, изменения не вносились».*

Исследования контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации выявили факты не выполнения государственного задания при наличии возможности выполнения распределенных объемов медицинской помощи.

**Контрольно-счетная палата Омской области:** *«Так, бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Исилькульская центральная районная больница» выполнило амбулаторных посещений за плату в количестве 19046 посещений на сумму 7136,3 тыс. рублей при невыполнении государственного (муниципального) задания по оказанию амбулаторной помощи за 2011 год. Указанного объема медицинской помощи было бы достаточно не только для того, чтобы выполнить, но и перевыполнить государственное (муниципальное) задание. Так, при плане амбулаторных посещений в количестве 360160 посещений, фактическое посещение составило бы 367362 посещения, или 102,0%. Вместо предоставления гарантированной Программой бесплатной медицинской помощи, в отдельных случаях с граждан взималась плата. Более того, оплаченные пациентами медицинские услуги, включались в реестры, подаваемые в страховые медицинские организации, на оплату услуг за счет средств обязательного медицинского страхования».*

**8.4.2 Эффективность деятельности казенных, бюджетных, автономных медицинских организаций амбулаторного и стационарного типов.**

Оценка эффективности работы медицинских организаций основывается на Методике оценки деятельности поликлиники и стационара больницы, разработанной Департаментом медицинского обеспечения ОАО «РЖД».

В ходе контрольных мероприятий в субъектах Российской Федерации эффективность работы поликлиники определялась на основе показателя функции врачебной деятельности и финансового обеспечения, при этом:

- функция врачебной деятельности определяется как отношение фактического числа посещений к плановому (нормативному) числу посещений;
- исполнение финансового обеспечения определяется как отношение фактических расходов поликлиники к утвержденным расходам.

Объемы неэффективных расходов в больничных учреждениях определены исходя из расчета коэффициентов:

- рационального использования коечного фонда, определяемый как отношение фактической занятости койки к нормативной;
- целевого использования коечного фонда, определяемый как количество обоснованно госпитализированных больных к общему количеству больных;
- экономической эффективности коечного фонда, определяемый как произведение коэффициентов рационального и целевого использования коечного фонда.

**Контрольно-счетная палата Волгоградской области:** *«В ходе аудита проанализировано 153 учреждения из 242 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Анализом установлены неэффективные расходы в 2010 году в 41 учреждении на 267,3 млн. руб., в 2011 году в 44 учреждениях на 372,1 млн. руб. за счет завышения в учреждениях коечного фонда». Из 153 проанализированных учреждений деятельность поликлиники неэффективна в 39 учреждениях по итогам 2010 года и в 31 учреждении по итогам 2011 года, то есть в этих учреждениях функция врачебной должности исполняется в недостаточной степени».*

Медицинские организации в субъектах Российской Федерации выполняют объемы медицинской помощи на основе доводимых до них годовых государственных заданий и соответствующего финансового обеспечения, что позволяет оценивать эффективность работы медицинских организаций в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий.

**Контрольно-счетная палата Республики Башкортостан:** *«Установлено, что МБУЗ Поликлиника № 1 ГО г. Уфа в 2010 году работала неэффективно, поскольку при финансовом обеспечении на 105% функция врачебной должности выполнялась на 1033%, а в 2011 году – эффективно, так как при финансовом обеспечении на 90% функция врачебной должности выполнялась на 104,5%.*

*В ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ» использование коечного фонда стационара за 2010-2011 год по занятости койки свидетельствует об эффективном его использовании. Экономический эффект увеличился с 1285,6 тыс. рублей в 2010 году до 4721,8 тыс. рублей в 2011 году. При сокращении количества коек в круглосуточном стационаре в 2011 году по сравнению с 2010 годом на 10 коек отмечается увеличение количества пролеченных больных на 639 человек, оборота койки с 48,8 дней в 2010 году до 52,7 дней в 2011 году и снижение уровня фактического срока лечения с 7,1 в 2010 году до 6,7 койко-дней в 2011 году. Соответственно коэффициент рационального использования коечного фонда увеличился с 1,01 в 2010 году до 1,03 в 2011 году. В итоге установлено, что стационар работал в 2010-2011 годах эффективно».*

В ходе контрольных мероприятий, проводимых контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации, получены, как позитивные, так и негативные результаты оценки деятельности медицинских организаций.

**Контрольно-счетная палата Чувашской Республики:** *«В 2010 году в Бюджетном учреждении (Городская больница № 5) общий коечный фонд по государственному и муниципальному заказу составил 151 единицу, при общем годовом нормативе оборота койки 29,58 (среднее количество больных на одну фактически развернутую койку в год), фактический оборот койки составил 35,28; коэффициент средней занятости койки сложился в размере 1,2. В 2011 году коечный фонд составил 160,5 единиц, при плановом нормативе оборота койки 27,06; фактический оборот – 35,78; коэффициент средней занятости койки сложился в размере 1,3, или на 0,1 пункта выше уровня 2010 года».*

**8.5. Анализ кадрового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальных программ государственных гарантий.**

#### **Кадровое обеспечение**

В информационных письмах Минздравсоцразвития России ежегодно приводится рекомендуемая методика планирования кадровых ресурсов и количества коек, необходимых для оказания бесплатной медицинской помощи в рамках территориальных программ 2010-2012 гг. для обоснования и установления территориальных нормативов обеспеченности населения ресурсами (медицинскими кадрами и больничными койками).

Исследования показывают, что в отдельных субъектах Российской Федерации нормативы обеспеченности населения врачебными кадрами по видам медицинской помощи не определены.

Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, утверждаемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, содержат положения о рекомендуемых штатных нормативах медицинской организации и ее структурных подразделений, исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

В результате, расчет потребности регионов в медицинских кадрах может производиться, как в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами медицинской организации, установленными в порядках оказания медицинской помощи, так и в соответствии с рекомендуемой методикой планирования кадровых ресурсов и количества коек, необходимых для оказания бесплатной медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий.

Анализ данных, полученных на основе контрольных мероприятий, свидетельствует о наличии существенных расхождений о потребности в медицинских кадрах, рассчитанных с применением разных нормативных правовых актов при определении потребности для различных медицинских организаций.

Потребность во врачах одной специальности для амбулаторно-поликлинического учреждения и для стационара может иметь противоположные показатели потребности.

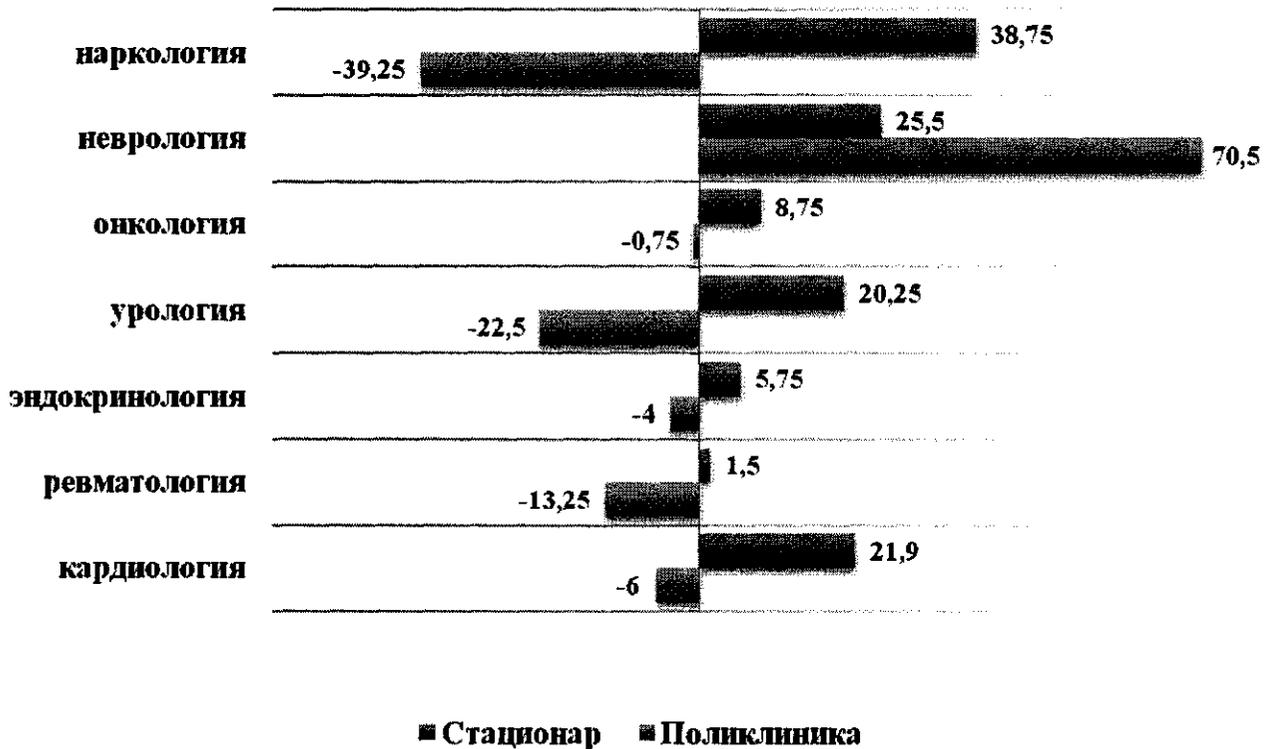
**Счетная палата Республики Татарстан:** *«Анализ потребности во врачебных кадрах рассчитанной на основе объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы госгарантий и на основе порядков оказания медицинской помощи, установленных Минздравсоцразвития России, показал значительные различия в обеспеченности врачами различных специальностей, как по поликлиникам, так и по стационарам. Сравнительная оценка определения потребности во врачебных кадрах по специальностям представлена в таблице.»*

Отдельные специальности	Потребность по Территориальной программе госгарантий			Потребность по порядкам МЗСР РФ		
	всего	поликлиника	стационар	всего	поликлиника	стационар
кардиология	257	72	185	375	190	185
ревматология	25	14	11	80	67	13
эндокринология	172	136	36	248	212	36
урология	167	80	87	277	190	87
онкология	341	158	183	343	160	183
неврология	708	304	404	708	304	404
наркология	247	157	90	290	196	94
Итого	1 917	921	996	2 321	1319	1 002

*Потребность по Территориальной программе госгарантий составляет по специальности ревматология 25 врачей, тогда как потребность рассчитанная по порядкам Минздравсоцразвития России - 80 врачей. По специальности урология по программе – 167 врачей, по порядку – 277 врачей, по специальности эндокринология по программе - 172 врача, по порядку – 248 врачей. Таким образом, штатная численность врачей установлена ниже потребности, рассчитанной на основе объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы госгарантий».*

На диаграмме представлена информация о потребности в медицинских кадрах в Ярославской области по данным контрольного мероприятия Контрольно-счетной палаты Ярославской области.

**Отличия потребности во врачах рассчитаной  
согласно методике для территориальной  
программы и в соответствии с порядками  
оказания медицинской помощи**



Минздравом России предусмотрены корректировки расчета потребности во врачах с учетом изменений нормативов Программы государственных гарантий на 2013–2015 гг., в которой, например, утверждено снижение норматива посещений при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, до 9,1 и далее до 8,5 посещений на 1 жителя (в 2012 г. – 9,7 посещений). Таким образом, по расчетам Минздрава России, снижение потребности в медицинских кадрах к 2015 году может составить порядка 12-15% по амбулаторному приему и по стационару.

Кроме того, Минздравом России при согласовании в 2012 году порядков оказания медицинской помощи больным по отдельным профилям проведена коррекция нормативов нагрузки на одну должность врача (среднего

медицинского работника) по ряду профилей (ревматология для детей, урология, челюстно-лицевая травма, офтальмология, детская офтальмология и др.). Одновременно проведены коррекция и согласование указанных нормативов и нормативов, рекомендуемых Минздравом России в информационном письме о формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов.

Уровень обеспеченности населения врачебными кадрами по стране имеет положительную динамику на протяжении ряда лет, данный показатель составил в 2012 году 44,7 врачей на 10 тыс. населения. Одновременно, отмечается снижение уровня обеспеченности населения средними медицинскими работниками до 90,8 человек на 10 тыс. населения в 2012 году.

В субъектах Российской Федерации отклонения показателей обеспеченности врачами и средними медицинскими работниками от средних величин составляют 2-кратную разницу, что не позволяет обеспечить равенство в доступности и качестве медицинской помощи для всех граждан Российской Федерации.

В таблице представлена динамика показателей кадрового обеспечения в 2010-2012 годах врачами и средними медицинскими работниками.

Наименование показателя	2010 г.	2011 г.	2012 г.
<b>Врачи</b>			
Всего врачей (без аспирантов, клинических ординаторов, интернов)	579 645	585 240	594 743
Всего врачей (с аспирантами, клиническими ординаторами, интернами)	625 671	628 481	639 303
Обеспеченность населения врачами на 10 тыс. человек (без аспирантов, клинических ординаторов, интернов)	40.6	40.9	41.6
Обеспеченность населения врачами на 10 тыс. человек (с аспирантами, клиническими ординаторами, интернами)	43.8	43.9	44.7
Укомплектованность врачами (%) *	91.7	90.8	89.6
Коэффициент совместительства врачами	1.5	1.5	1.5
<b>Средние медицинские работники</b>			
Всего среднего медицинского персонала (абс. числа)	1 327 783	1 320 020	1 299 297

Обеспеченность населения средним мед. персоналом (на 10 тыс. населения), (%)	92.9	92.3	90.8
--	------	------	------

\* с аспирантами, клиническими ординаторами, интернами

Обеспеченность медицинскими кадрами имеет существенные территориальные различия. Максимальная концентрация врачебного персонала на 10 тыс. населения отмечается в городской местности, минимальная – в сельской местности, при этом различия в обеспеченности в городской и сельской местности в отдельных субъектах Российской Федерации, могут превышать 3 и более раз.

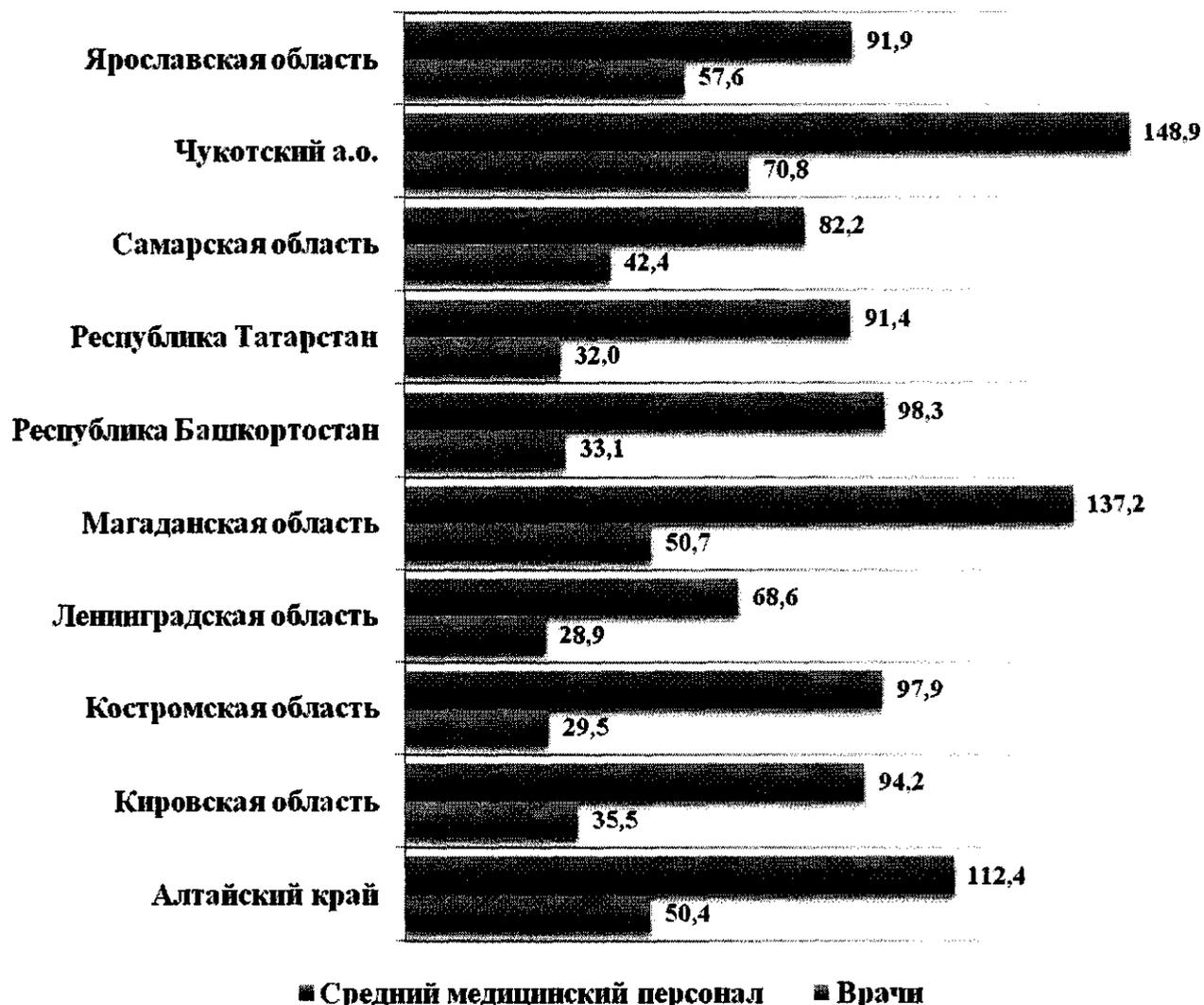
Обеспеченность населения средним медицинским персоналом в городской и сельской местности также отличается, однако, разница в основном не превышает 2-2,5 раза.

**Счетная палата Самарской области:** *«Показатель обеспеченности врачами колеблется в сельских районах от 12,2 в Волжском районе до 26,5 в Богатовском районе. В городах этот показатель составил: от 12,9 в Октябрьске до 31,6 в Тольятти.*

*Диапазон колебаний по обеспеченности средними медицинскими работниками составил от 32,5 в Волжском районе до 99,5 в Шенталинском районе, в городах области – от 56,7 в Октябрьске до 92,6 в Сызрани. В городском округе Самара показатель обеспеченности медицинскими кадрами составил: по врачам – 65,5 и по средним медицинским работникам – 86,8 на 10 тыс. населения».*

Информация об обеспеченности жителей субъектов Российской Федерации медицинскими работниками на 2012 год представлены на диаграмме.

**Показатели обеспеченности медицинскими  
работниками (чел. на 10 тыс. населения) на 2012 год**



В отдельных субъектах Российской Федерации, высокие, по сравнению со среднероссийским уровнем, показатели обеспеченности медицинскими работниками обусловлены необходимостью сохранения сверхнормативных ставок врачей узких специальностей в отдаленных малонаселенных труднодоступных районах для обеспечения населения качественной, своевременной и доступной специализированной медицинской помощью. Обеспечить эту помощь в полном объеме только посредством санитарной авиации или выездных врачебных бригад не представляется возможным из-за

сложных климатических условий и плохой транспортной доступности (отсутствие железнодорожного сообщения; сообщение с рядом поселений только авиационным транспортом; расстояние от областного центра до районных центров - от 50 км до 650 км).

По данным Минздрава России в 2012 году численность врачей в Российской Федерации составляет 639,3 тыс. человек, средних медицинских работников – 1 299,3 тыс. человек.

С целью выявления недостатка или избытка кадров здравоохранения на региональном и государственном уровнях и оценки эффективности использования имеющихся кадровых ресурсов для расчета потребности населения во врачебных кадрах для текущего планирования здравоохранения, в том числе определения количества врачей, необходимого для удовлетворения объемов помощи, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи «ЦНИИ информатизации и организации здравоохранения Минздравсоцразвития России» разработана методика расчета потребности субъектов Российской Федерации во врачебных кадрах. В 2010 году методические рекомендации апробированы в ряде субъектов Российской Федерации и доработаны с учетом полученных замечаний.

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Минздравом России в августе 2012 года в субъекты Российской Федерации направлены доработанные методические рекомендации, касающиеся кадрового обеспечения медицинскими работниками.

В доработанную методику внесены коэффициенты перерасчета, которые учитывают территориальные особенности субъектов Российской Федерации - расположение субъекта в районах Крайнего Севера и приравненных к ним, плотность населения, удельный вес сельского населения. При этом применяются понижающие нагрузку на должности врачей коэффициенты. Так,

для субъектов, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним, применялся коэффициент 0,5; для субъектов имеющих не менее 50% населения, проживающего в сельской местности и имеющих низкую плотность населения – 0,9.

В целом, по данным Минздрава России на начало 2013 года, дефицит врачей, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в амбулаторно-поликлинических учреждениях составляет 38820 человек. Профицит врачебных кадров отмечается в стационарах – 11367 человек.

**Контрольно-счетная палата Костромской области:** *«В ОГБУЗ «Окружная больница Костромского округа №1» вакантными в 2012 году были 42% штатных должностей поликлинических отделений (в 2010 году - 40%, в 2011 году – 37%). В результате оптимизации коечного фонда больницы и сокращения штатных должностей дефицит врачей оказывающих стационарную медицинскую помощь за 3 года уменьшился на 20% и составил в 2012 году 30%. Общая численность врачей медицинской организации за 2010-2012 годы сократилась на 9,1%. Коэффициент совмещения врачебных должностей в 2012 году в АПУ составил 1,39, в стационарных отделениях - 1,44. В учреждении существует нехватка (20%) среднего медицинского персонала».*

В результате анализа данных, полученных Минздравом России из субъектов Российской Федерации, сделанного на основе критериев достаточности обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом для выполнения территориальных программ государственных гарантий в число дефицитных врачебных специальностей (специальности, по которым дефицит ощущается в 90% субъектов Российской Федерации) включены: анестезиология-реаниматология, патологическая анатомия, скорая медицинская помощь, клиническая лабораторная диагностика, рентгенология, фтизиатрия, психиатрия.

Более чем в 50% субъектов Российской Федерации в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, отмечен дефицит участковых терапевтов и участковых педиатров.

**Контрольно-счетная палата Белгородской области:** *«В целом по лечебным учреждениям области для реализации Территориальной программы в 2011 году из 401 необходимой единицы анестезиологов-реаниматологов работало всего 231 человек, дефицит составил 170 единиц (42,4% от потребности), не хватало эндокринологов – 17 человек (21,5%), инфекционистов – 28 человек (32,2%), онкологов – 14 человек, стоматологов – 155 человек (42,1%), фтизиатров – 53 человека (43,1%), терапевтов (65 человек или 9,4%). Дефицит эндоскопистов – 38 (50%), рентгенологов – 50 (28,9%), специалистов ультразвуковой диагностики – 44 (27,5%), функциональной диагностики – 38, патологоанатомов – 42 (67,7%), врачей клинической лабораторной диагностики – 66 (22,6%). Сохраняется высокий уровень дефицита врачей, оказывающих скорую медицинскую помощь, который составляет 45 физических лиц, или 23,3% от потребности».*

Большинство субъектов Российской Федерации отмечают избыток врачей по специальностям «дерматовенерология» и «акушерство и гинекология».

По ряду врачебных специальностей (эндоскопия, ультразвуковая диагностика, функциональная диагностика, профпатология, физиотерапия) соответствующие должности, в основном, занимают совместителями.

**Контрольно-счетная палата Пермского края:** *«В 2012 году дефицит медицинских кадров в Пермском крае сложился по следующим врачам-специалистам: анестезиологи-реаниматологи, лабораторные генетики, онкологи, патологоанатомы, психотерапевты, врачи клинической лабораторной диагностики, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, хирурги торакальные, эндоскописты.*

*С целью закрепления медицинских кадров в сельской местности администрациями муниципальных районов выдаются целевые направления выпускникам общеобразовательных учреждений для поступления на бюджетной основе в ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. Академика Е.А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».*

*Для обеспечения притока медицинских кадров Правительством края утверждена долгосрочная целевая программа «Привлечение и закрепление медицинских*

*кадров в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Пермского края на 2013-2015 годы», которая предусматривает за счет средств краевого и местных бюджетов:*

- оплату обучения медицинских кадров (профессиональная переподготовка, прохождение подготовки в интернатуре, ординатуре);*
- частичную компенсацию аренды (найма) жилья, затрат на приобретение (строительство) жилья».*

Контрольные мероприятия Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации показывают, что в разрезе видов оказания медицинской помощи штатная укомплектованность врачами в основном превышает 90%. Наименьший показатель штатной укомплектованности наблюдается в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, наибольший – в скорой медицинской помощи. Однако, если коэффициент совместительства, в рамках оказания амбулаторной медицинской помощи составляет в среднем 1,25-1,45, то у медицинских работников скорой медицинской помощи, в зависимости от субъекта Российской Федерации, коэффициент совместительства доходит до 1,8, что подтверждает низкую укомплектованность медицинских учреждений физическими лицами.

**Контрольно-счетная палата Чувашской Республики:** *«В разрезе видов оказания медицинской помощи (в 2011 г.) сложились следующие показатели укомплектованности врачами: амбулаторная медицинская помощь – 88,53%; стационарная медицинская помощь – 92,9%; скорая медицинская помощь – 94,8%. Коэффициент совместительства в рамках оказания амбулаторной медицинской помощи составил 1,3; стационарной медицинской помощи – 1,6; скорой медицинской помощи – 1,6».*

Высокий уровень совместительства медицинских работников предполагает повышенную нагрузку на персонал, что непосредственным образом оказывает влияние на качество медицинских услуг. Исследования показывают, что численность врачей (физических лиц) в субъектах Российской Федерации ниже потребности во врачебных кадрах рассчитанной, как по

методике для территориальных программ, так и порядков оказания медицинской помощи.

**Контрольно-счетная палата Магаданской области:** *«Число штатных должностей врачей, выполняющих объемные показатели в рамках государственного задания для оказания скорой медицинской помощи в 2010 году (52,75 единицы) и 2011-2012 годы (53,75 единицы) в основном соответствует потребности во врачебных кадрах, рассчитанной на основе Порядков МЗСР РФ. В то же время данные показатели в 2,8 раза превышают потребность во врачебных кадрах по ТПГГ (19 единицы). При фактическом количестве врачей (19 физических лиц) коэффициент совместительства составил 1,8».*

Следует отметить, что при сохранении общих тенденций дефицита медицинских кадров, показатели укомплектованности врачами в период 2010-2012 гг. меняются в зависимости от вида медицинской помощи, что может быть связано с изменениями в уровне заработной платы в различных медицинских организациях.

**Контрольно-счетная палата Волгоградской области:** *«Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод о превышении штатной численности над требуемой для выполнения территориальных программ. Излишняя штатная численность фактически не обеспечена объемами медицинской помощи и используется для доведения уровня заработной платы работников здравоохранения до уровня, приближенного к средней зарплате по экономике, за счет совместительства, совмещения и расширения зон обслуживания, то есть за счет экономии по вакансиям».*

Дефицит средних медицинских работников в Российской Федерации, определяемый исходя из соотношения численности врачей к численности среднего медицинского персонала с учетом установленных распоряжением Правительства Российской Федерации от 3 июля 1996 г. № 1063-р нормативов обеспеченности врачами (41) и средним медицинским персоналом (114,3) на 10 тыс. населения, составляет 418 тыс. человек.

Данный факт наряду с низким уровнем заработной платы, недостаточностью мер социальной поддержки обуславливается существенным сокращением объемов подготовки специалистов со средним медицинским

образованием в образовательных учреждениях субъектов Российской Федерации.

Снижение уровня профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников, консерватизм в применении современных образовательных технологий, медленное внедрение в учебный процесс знаний по ряду быстро развивающихся направлений медицины не позволяют обеспечить устойчивую динамику развития здравоохранения, включая повышение уровня обеспеченности качественными медицинской помощью и фармацевтическими услугами.

Начиная с 2013 года, Минздравом России организована разработка типовых программ дополнительного профессионального образования по 96 медицинским и фармацевтическим специальностям, а также пересмотр программ подготовки на этапах послевузовского профессионального образования в интернатуре и ординатуре. Координационным советом по медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава России разработаны типовые профессиональные образовательные программы интернатуры по 33 медицинским и фармацевтическим специальностям и ординатуры – по 96 специальностям, а также программы дополнительного профессионального образования (профессиональная переподготовка) по всему спектру медицинских и фармацевтических специальностей. Указанные программы рекомендованы для реализации образовательным учреждениям высшего и дополнительного профессионального образования

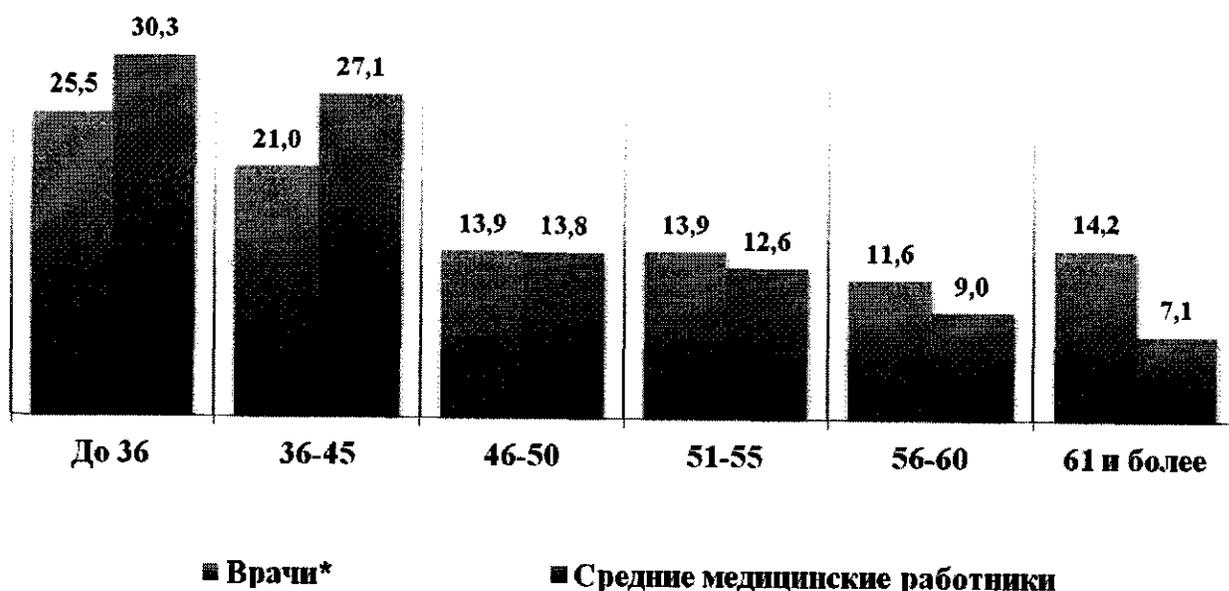
В рамках обеспечения качества профессионального образования медицинских и фармацевтических работников в течение 2013-2014 гг. запланировано повышение квалификации всех педагогических работников государственных образовательных организаций, находящихся в ведении Минздрава России (свыше 27 тыс. человек).

Исследования Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации показали, что доля

медицинских работников, продолжающих трудиться после назначения пенсии (независимо от ее вида), составляет 12%, а с учетом лиц «предпенсионного» возраста доля возрастных медицинских работников доходит до 25 - 30%, что свидетельствует об имеющейся тенденции старения кадрового потенциала отрасли и возможном нарастании имеющегося дефицита медицинских кадров.

Информация о возрастном составе медицинских работников Российской Федерации в 2012 году представлена на диаграмме (в процентах).

### **Возрастной состав медицинских работников Российской Федерации в 2012 году (в процентах)**



\*) Врачи указаны с учетом работающих организаторами здравоохранения на должностях руководителей и их заместителей, доля которых составляет около 5%

Доля женщин врачей составляет более 70,0%, доля женщин среди средних медицинских работников превышает 95,0%.

**Счетная палата Республики Татарстан:** «Наибольшую долю в общей численности медицинского персонала занимают специалисты, имеющие стаж работы от 30 и выше лет (20,1%). При этом наибольшая доля врачей (24,5%) и среднего медицинского персонала (18,5%) работают в системе здравоохранения более 30 лет, что

*свидетельствует о возрастном составе работающих. Доля молодых специалистов в общей структуре медицинского персонала незначительна и составляет по категории «врачи» 7,1%, по категории «средний медперсонал» - 6,3%».*

За период с 2000 до 2010 годы доля работников здравоохранения в возрасте до 45 лет от общего числа занятых в здравоохранении сократилась с 65,5% до 53,7%.

**Счетная палата Алтайского края:** *«Возрастная структура врачебных кадров: до 35 лет – 25,2%, от 36 до 55 лет – 49,2%, старше 55 лет – 25,6%. Возрастная структура врачей в городе и в сельской местности практически одинаковая и свидетельствует о преобладании медицинского персонала среднего возраста».*

В субъектах Российской Федерации отмечается недостаточный уровень трудоустройства выпускников, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд систем регионального здравоохранения на территории и по направлению субъекта Российской Федерации, являвшегося заказчиком подготовки (средний показатель по Российской Федерации не превышает 70%, в ряде субъектов Российской Федерации данный показатель составляет ниже 50%).

Данный факт обуславливается отсутствием заинтересованности молодых специалистов в предлагаемом субъектами Российской Федерации трудоустройстве, в том числе, в связи с недостаточным уровнем заработной платы, объемом мер социальной поддержки, включая отсутствие в ряде регионов действенных решений жилищных проблем специалистов, и, как следствие, снижением уровня престижа медицинской профессии.

**Контрольно-счетная палата Вологодской области:** *«Одной из важных проблем кадрового обеспечения системы здравоохранения области является устойчивый рост работающих лиц предпенсионного и пенсионного возраста: врачи в возрасте 50 лет и старше составляют 45%. Средний возраст медицинских работников 47 лет. Отсутствие единой эффективной оценки системы труда медицинского и немедицинского персонала, разрыв в оплате труда работников здравоохранения и работников занятых в сфере экономики, не позволяют привлечь в отрасль достаточное количество молодых и высококвалифицированных кадров и ограничивают возможность предоставления качественных медицинских услуг».*

### **Анализ уровня заработной платы медицинских работников.**

Одним из основных факторов, оказывающих негативное воздействие на сбалансированность кадровой политики, является различный уровень материальной обеспеченности медицинских работников, в том числе с учетом территориального признака, что предопределяет необходимость обеспечения медицинских работников государственного сектора здравоохранения конкурентным уровнем заработной платы.

Согласно данным Росстата среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников бюджетных учреждений в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг за январь - декабрь 2012 года в Российской Федерации составила 20 210,6 рублей, или 85,1% заработной платы по экономике Российской Федерации за соответствующий период. При этом среднемесячная заработная плата работников в учреждениях здравоохранения муниципальной формы собственности составила за аналогичный период 17 768,1 рублей (74,8% от средней заработной платы по Российской Федерации).

В отдельных субъектах Российской Федерации среднемесячная номинальная начисленная заработная плата врачей за 2011 год была ниже заработной платы по экономике соответствующего региона (в Тюменской области - 72,4%, в Республике Саха (Якутия) - 81,5%, в Республике Северная Осетия - Алания - 94,6%, в Санкт-Петербурге - 96,1%, в Рязанской области - 98,5%). Среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала в большинстве субъектов Российской Федерации не превышает 50 - 60% средней заработной платы в соответствующем регионе.

В рамках реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи, предусмотренных Программой модернизации здравоохранения, в субъектах Российской Федерации медицинским работникам осуществлялись выплаты стимулирующего характера. Принятые меры позволили повысить заработную плату врачей и среднего медицинского

персонала только отдельных специальностей. В результате в отдельных субъектах Российской Федерации заработная плата врачей работающих по стандартам медицинской помощи на десятки процентов превышала уровень заработной платы врачей, не работающих по стандартам. Наиболее значительные изменения произошли в 2012 году.

**Контрольно-счетная палата Белгородской области:** *«Средняя заработная плата работников учреждений здравоохранения в 2011 году возросла по сравнению с 2010 годом на 20,6% и составила 12 394,0 рубля. Несмотря на увеличение расходов на оплату труда работников здравоохранения, отношение уровня их среднемесячной заработной платы к среднеобластному уровню в 2011 году составило лишь 70,2% (в 2010 году – 64,5%). В ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ» заработная плата врача, работающего по стандартам медицинской помощи, в среднем по стационару в 2011 году выше на 11,4%, заработной платы врача, не работающего по стандартам медицинской помощи, в 2012 году соответственно на 41,5% больше. Зарплата среднего медицинского работника, работающего по стандартам медицинской помощи, в среднем по стационару в 2011 году выше на 11,5%, заработной платы среднего медицинского работника, не работающего по стандартам медицинской помощи, в 2012 году - на 32,7%.*

В то же время в отдельных субъектах Российской Федерации отсутствует значительное отличие в уровне заработной платы медицинских работников, работающих и не работающих по стандартам медицинской помощи.

Уровень заработной платы руководителей медицинских организаций формируется в зависимости от регионального законодательства и может быть ограничен процентным отношением к уровню средней заработной платы по медицинскому учреждению.

**Контрольно-счетная палата Волгоградской области:** *«Наименьшее отношение штатной численности к физическим лицам сложилось по руководящему составу учреждений здравоохранения – в 1,1 раза. Это объясняется высоким уровнем оплаты труда, который превышает заработную плату врачебного персонала по итогам 2012 года примерно в 3 раза, а в отдельных случаях в 6 раз (зарплата руководителя ГУЗ «Клиническая поликлиника № 3» – 175,1 тыс. руб., врача – 29,8 тыс. руб.)».*

В зависимости от медицинского учреждения уровень заработной платы может отличаться.

**Контрольно-счетная палата Калужской области:** *«Заработная плата руководителя городской поликлиники в 2010-2011 годах была ниже заработной платы руководителя ЦРБ, по прогнозу на 2012 год – заработная плата руководителя поликлиники превысит заработной платы руководителя ЦРБ.»*

*Данный факт связан с тем, что в соответствии с Законом № 196-ОЗ размеры окладов руководителей государственных учреждений устанавливаются не более чем в двукратном размере по отношению к средней заработной плате основного персонала (врача-специалиста) возглавляемого им государственного учреждения.*

*В ЦРБ заработная плата руководителя рассчитывается от средней заработной платы медицинских работников амбулаторно-поликлинической службы, получающих доплаты в рамках реализации программы модернизации (6-10 тыс. руб.), и медицинских работников стационара, получающих незначительные доплаты. Соответственно, среднемесячная заработная плата медицинских работников ЦРБ складывается ниже, чем медицинских работников городской поликлиники».*

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. № 614-р утвержден комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года.

В число мероприятий, которые должны способствовать улучшению кадрового обеспечения в российском здравоохранении, в частности входят:

- Совершенствование методики расчета потребности в медицинских кадрах с учетом структурных преобразований в здравоохранении, международного опыта, развития частно-государственного партнерства;

- Разработка и утверждение руководителями высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации программ, направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также разработку дифференцированных мер социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей;

- Утверждение примерных дополнительных профессиональных программ медицинского и фармацевтического образования, в том числе включающих использование дистанционных образовательных технологий;

- Поэтапный перевод работников медицинских организаций на "эффективный контракт".

В 2013-2014 гг. планируется создание дополнительных электронных сервисов для медицинских работников, таких как специализированные электронные библиотеки, закрытые социальные сети, дистанционные программы обучения.

Исследования показывают, что в субъектах Российской Федерации работа по привлечению молодых специалистов и закреплению кадров на работе в медицинских организациях имеет целевой и направленный характер с выделением соответствующего финансирования на реализацию принятых программ. Программами предусматриваются профориентационная работа с учащимися образовательных школ, преддипломная подготовка студентов 3-5 курсов медицинских ВУЗов, в том числе обучающихся по целевому направлению субъекта Российской Федерации, подготовка специалистов с высшим профессиональным образованием в клинической интернатуре, обеспечение дополнительных социальных гарантий вновь прибывшим врачам-специалистам и прочее.

**Контрольно-счетная палата Сахалинской области: «С 2011 года Министерство начало проводить планомерную работу по обеспечению врачебными кадрами. Постановлением Правительства Сахалинской области от 28.04.2012 № 198 была утверждена долгосрочная целевая программ «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Сахалинской области на 2013-2017 годы, в которой предусмотрены дополнительные меры по улучшению кадровой ситуации в системе здравоохранения Сахалинской области».**

В отдельных субъектах Российской Федерации проводится изучение вопроса целесообразности внесения изменений в законодательство, касающиеся снятия ограничений по возрастному цензу медицинских

работников, переехавших на работу в сельскую местность и получающих стимулирующие единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. рублей. Привлечение опытных и пожилых врачей, желающих уехать на работу в отдельные труднодоступные районы сельской местности могут способствовать решению проблемы дефицита кадров и повысить качество оказания медицинской помощи сельским жителям.

**8.6. Анализ совокупных расходов в субъектах Российской Федерации на медицинскую помощь, в том числе на лекарственное обеспечение, включая государственные расходы на территориальные программы государственных гарантий и расходы домашних хозяйств на платные медицинские услуги и медикаменты.**

Программой государственных гарантий предусматривается, что при оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

Территориальные программы включают в себя перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи).

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включают расходы на приобретение лекарственных средств.

Кроме того, Программой государственных гарантий предусматривается утверждение в субъектах Российской Федерации перечня лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых

лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.

Уровень организации лекарственного обеспечения граждан в субъектах Российской Федерации отличается. Не во всех субъектах Российской Федерации утверждены нормативные правовые акты регулирующие вопросы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан и их финансового обеспечения, перечни лекарственных препаратов и другие вопросы.

**Контрольно-счетная палата Кировской области:** *«В 2010-2011 годах полномочия по обеспечению региональных льготников лекарственными препаратами за счет средств областного бюджета, предусмотренных в областном фонде компенсаций в виде субвенций, были возложены на органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов Кировской области. Закупка лекарственных препаратов осуществлялась, как правило, малыми партиями по розничным ценам, отсутствовал механизм перераспределения лекарственных препаратов. С 1 января 2012 года полномочия по организации обеспечения региональных льготников возложены на Департамент».*

Общий объем финансовых средств, направляемых субъектами Российской Федерации на лекарственное обеспечение граждан, составил в 2012 году ориентировочно около 30 млрд. рублей. Отсутствие федеральных нормативных правовых актов, регулирующих вопросы отчетности о расходах на эти цели в субъектах Российской Федерации, не позволяет обеспечить учет финансирования на должном уровне и степень обеспечения прав граждан на бесплатное (с 50-ти процентной скидкой) лекарственное обеспечение, предусмотренное территориальными программами государственных гарантий.

**Контрольно-счетная палата Калужской области:** *«В 2011 году на лекарственное обеспечение льготных категорий граждан по Постановлению № 890 (прим. постановление Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890) было выделено 247, 2 млн. руб. средств консолидированного бюджета области*

*(80% – средства местного бюджета и 20% – средства областного бюджета), что больше 2010 года на 15,3%. Отпущено лекарственных препаратов на 202,9 млн. руб.*

*Количество данной категории льготников увеличилось с 68 356 человек в 2010 году до 83 312 человек в 2011 году.*

*В 2011 году 50 890 человек получили лекарственные средства, или 61% имеющих право на региональную льготу. В среднем каждый обратившийся получал лекарства на сумму 3 988 руб. в год (332 руб. в месяц).*

*Дорогостоящие препараты, не вошедшие в перечень лекарственных препаратов по ТППГ для льготного отпуска, могут быть выписаны по решению врачебной комиссии медицинской организации. Стоимость препаратов, поставляемых по решению комиссии, составила 53,4 млн. руб. (закупка осуществляется Министерством за счёт средств областного бюджета).*

*Кроме того, для лечения редких (орфанных) заболеваний Министерством было закуплено и отпущено за счёт средств областного бюджета лекарственных средств на 45,6 млн. руб.»*

В исследованиях контрольно-счетных органов отдельных субъектов Российской Федерации отмечаются ограниченные финансовые возможности регионов в ходе реализации мероприятий по лекарственному обеспечению граждан по региональной льготе.

**Контрольно-счетная палата Сахалинской области:** *«Из 42273 льготников число получающих дорогостоящие препараты, больных сахарным диабетом – 10998, бронхиальной астмой – 3235, онкологическими заболеваниями – 4998. При этих заболеваниях кроме медикаментов по основному заболеванию, назначаются препараты по сопутствующим заболеваниям, в результате чего на лекарственное обеспечение одного пациента приходится от 2,5 до 6 тысяч рублей.*

*В среднем в расчете на 1 льготника в месяц расходы снизились с 365,7 рубля в 2010 году до 239,02 рубля в 1 полугодии 2012 года (или на 34,6%).*

*Стоимость препаратов в июне 2012 года на 1 больного сахарным диабетом составила 3419 рублей или в 14,3 раза больше чем в среднем на 1 льготника, бронхиальной астмой – 2577 рублей или в 10,8 раза больше чем в среднем на 1 льготника, онкологическими заболеваниями – 5618 рублей или в 23,5 раза больше чем в среднем на 1 льготника».*

Мероприятия, связанные с лекарственным обеспечением отдельных категорий граждан (Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ), включая обеспечение граждан лекарственными препаратами, предназначенными для больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, с учетом лекарственных препаратов, предусмотренных перечнем, утверждаемым Правительством Российской Федерации за счет средств федерального бюджета, проводятся в субъектах Российской Федерации в соответствии с требованиями федеральных нормативных правовых актов.

**Счетная палата Красноярского края:** *«Право на льготное лекарственное обеспечение в рамках набора социальных услуг на 2011 год в крае сохранили за собой 107,35 тыс. чел., или 45,7% от общего числа лиц, имеющих право на меры социальной поддержки в виде лекарственного обеспечения.»*

*По данным Министерства здравоохранения в реализации мероприятий Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» в 2011 году задействованы 165 МО, 153 аптечных организации (121 аптека и 32 аптечных пункта).*

*Исполнение бюджетных ассигнований в 2011 году составило 99,6%. Удельный вес граждан, получивших лекарственное обеспечение от числа сохранивших льготу, в 2011 году составляет 74,4%. Число получателей услуг сократилось в 2011 году от уровня 2010 года на 1,5%, что влияет на сокращение количества рецептов.*

*В соответствии с постановлением Правительства РФ от 30.11.2010 № 961 в 2011 году 823 человека со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей получили лекарственную помощь на общую сумму 478,9 млн. руб. В 2011 году по сравнению с 2010 годом объем лекарственного обеспечения увеличился на 7,6%, число получателей – на 1,9%».*

Объем расходов на медикаменты и перевязочные материалы при оказании медицинской помощи в рамках реализации территориальных

программ ежегодно увеличивается. Однако, доля этих расходов в общем объеме финансирования уменьшается независимо от источника финансирования расходов.

Данные о расходах медицинских организаций в субъектах Российской Федерации на медикаменты и перевязочные средства (в таблице М и ПС) в 2010-2012 гг. в соответствии с формой № 62 (7000) за счет всех источников финансирования, представлены в таблице.

Источник финансирования	2010 г		2011 г		2012 г	
	Кассовые расходы	Доля М и ПС	Кассовые расходы	Доля М и ПС	Кассовые расходы	Доля М и ПС
Бюджеты всех уровней	625 942,6	15,4	716 967,9	14,4	696 704,5	11,7
Государственные внебюджетные фонды	540 527,9	14,7	641 557,8	13,2	722 834,8	12,4
Государственные средства, ВСЕГО:	1 166 470,5	15,0	1 358 525,7	13,8	1 417 539,3	12,1
Домашние хозяйства	56 522,1	8,7	62 188,9	8,6	71 297,4	8,3
ДМС	9 811,4	10,8	9 825,9	10,3	9 730,0	10,2
Внебюджетные средства, ВСЕГО:	79 433,5	9,3	86 064,5	8,9	97 508,6	8,5
ВСЕГО по всем источникам:	1 245 904,1	14,7	1 444 590,2	13,5	1 517 047,9	11,8

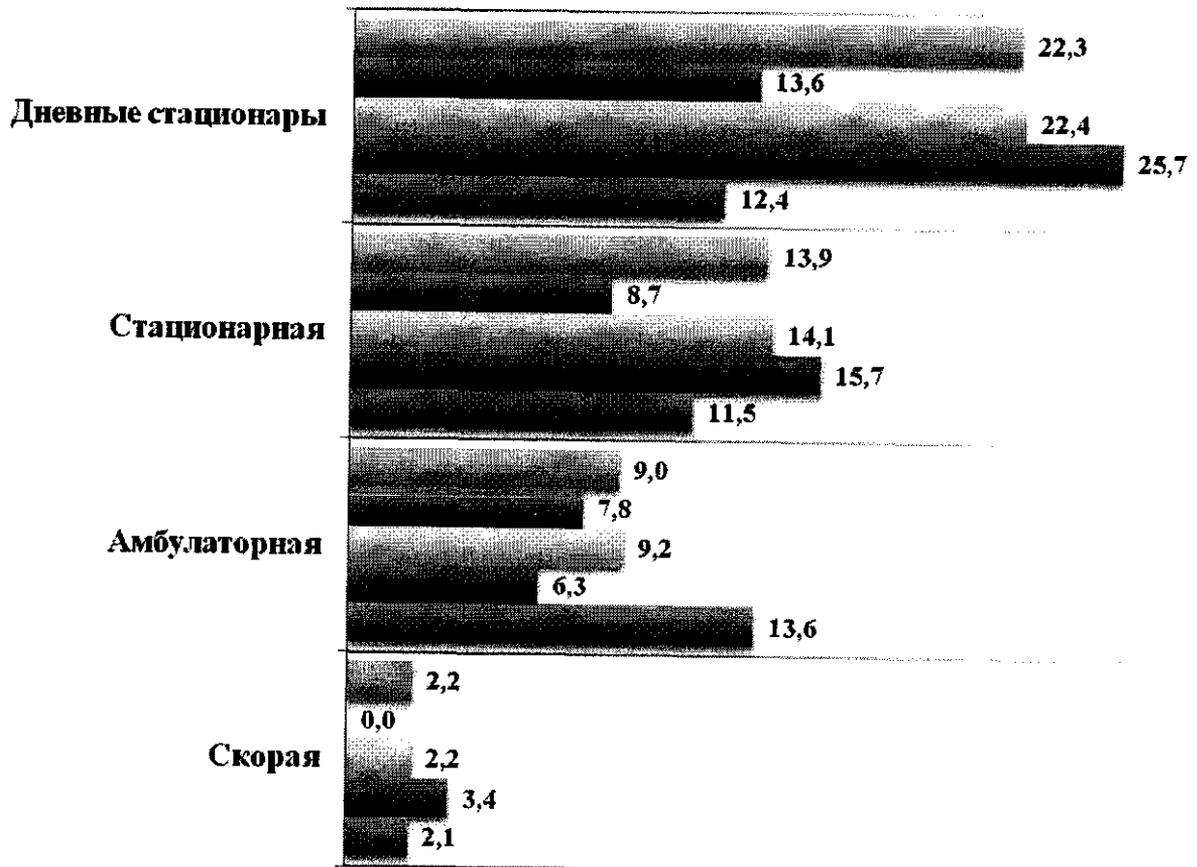
Следует отметить, что доля расходов на медикаменты при оказании медицинской помощи за счет государственных средств значительно превышает аналогичный показатель за счет внебюджетных средств.

В 2010-2012 гг. доля расходов на медикаменты и перевязочные средства при оказании всех видов медицинской помощи, независимо от источника финансирования, имеет тенденцию к снижению.

Самая низкая доля расходов на медикаменты и перевязочные средства отмечается при оказании скорой медицинской помощи, самая высокая – при оказании медицинской помощи в дневных стационарах.

На диаграмме представлена информация о доли расходов на медикаменты и перевязочные средства в 2012 году по видам медицинской помощи.

**Доля расходов на медикаменты и перевязочные средства в 2012 году при оказании медицинской помощи (в процентах)**



- ВСЕГО по всем источникам финансирования
- ВСЕГО внебюджетные средства
- ВСЕГО расходов из государственных источников
- Государственные внебюджетные фонды
- Бюджеты всех уровней

Переход на преимущественно одноканальное финансирование практически не отразился на изменениях доли расходов на медикаменты и перевязочные средства при оказании различных видов медицинской помощи. Увеличение доли отмечено при оказании скорой и амбулаторной медицинской помощи, а снижение при оказании стационарной медицинской помощи и в дневных стационарах.

#### **Платные медицинские услуги.**

Доля расходов на оказание медицинской помощи за счет внебюджетных средств (платные медицинские услуги) в период 2010-2012 гг. составила 6,0-6,4% и практически не изменялась по видам медицинской помощи, за исключением небольшого роста (около 0,5%) при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Доля расходов за счет ДМС по всем видам расходов не превышала 1,0%, в то время как за счет домашних хозяйств данный показатель составил в среднем около 4,5%, при этом расходы домохозяйств при оказании амбулаторной медицинской помощи составили около 10,0%.

**Контрольно-счетная палата Республики Адыгея:** *«В динамике трех лет доля доходов от осуществления платной медицинской деятельности и ДМС ежегодно увеличивалась с 5,8 процента в 2010 году, до 7,5 процента в 2012 году. Наибольший удельный вес в расходах от платных медицинских услуг и ДМС занимали расходы за счет домашних хозяйств. Так, в 2010 году сумма расходов составила 123,7 млн. руб. или 97,3 процента от общей суммы расходов от платной медицинской деятельности, в 2011 году – 142,3 млн. руб. или 97,3 процента от общей суммы расходов, в 2012 году – 168,8 млн. руб. или 88,5 процента от общей суммы расходов.»*

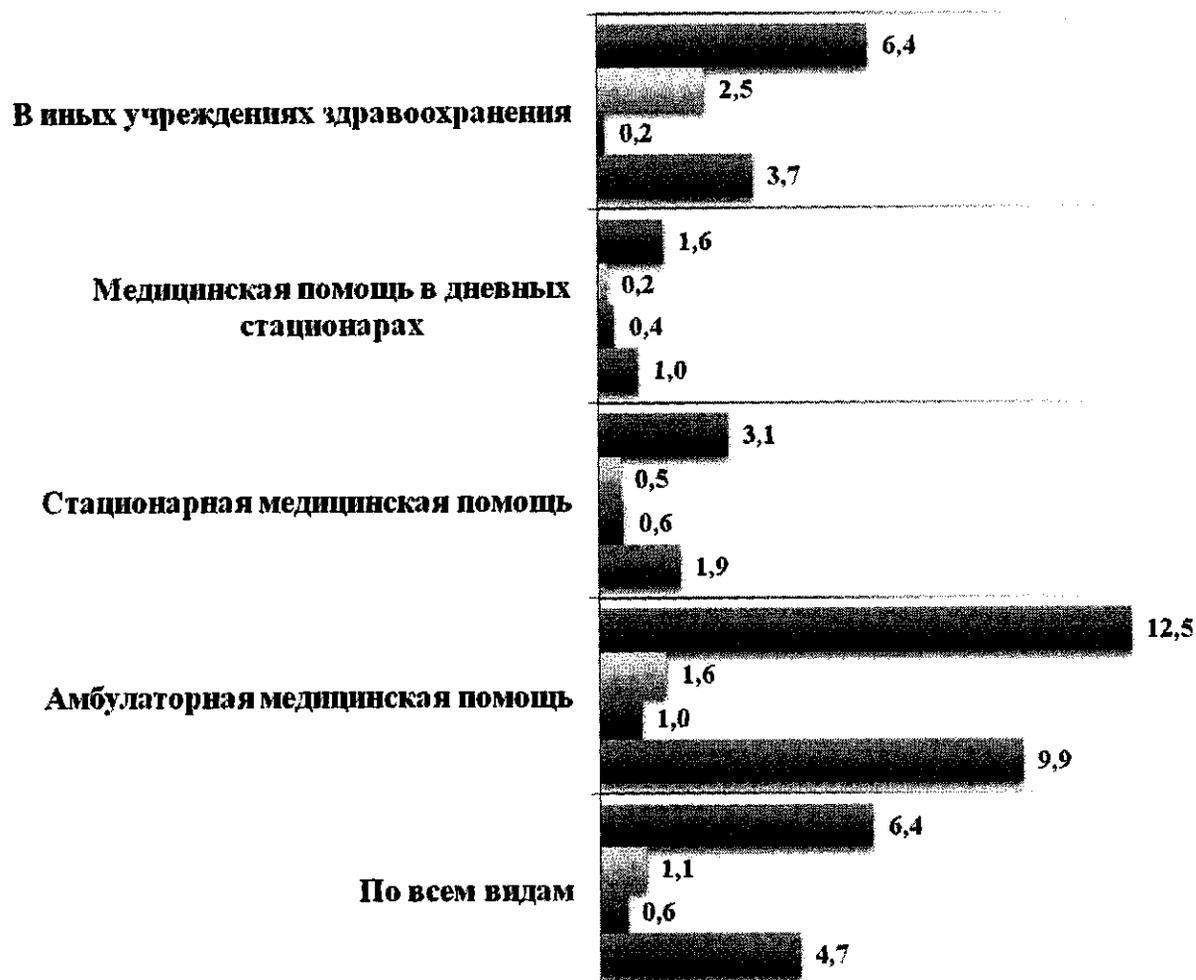
*В 2010 году платные услуги на 1 жителя Республики Адыгея составили 289,0 руб., в 2011 году – 332,3 руб., что выше размеров предыдущего года на 15,0 процентов, в 2012 году – 431,0 руб., что на 29,7 процента превысили размеры 2011 года.*

*Объем платных медицинских услуг, оказываемых учреждениями здравоохранения Республики Адыгея, в 2010 году составил 127,2 млн. руб., в 2011 году – 146,2 млн. руб. с ростом на 14,9 процента к предыдущему году, в 2012 году 190,7 млн. руб. с ростом на 31,1 процента к предыдущему году.*

*Нарастание платности, в свою очередь, порождает скрытую коммерциализацию лечебно-профилактических учреждений».*

Следует отметить, что внебюджетные средства чаще всего используются при оказании амбулаторной медицинской помощи, что связано с потребностью населения в получении диагностических услуг, доступность которых за счет средств из государственных источников отсутствует или ограничена в связи с длительными сроками ожидания.

**Доля расходов внебюджетных средств в 2012 году в  
общих расходах на оказание медицинской помощи в  
субъектах Российской Федерации (в %)**



- ВСЕГО
- Прочие источники финансирования
- ДМС
- домашних хозяйств

В целях упорядочения предоставления населению в учреждениях здравоохранения платных медицинских услуг в субъектах Российской Федерации на основе федеральных нормативных правовых актов утверждаются положения о порядке выдачи специального разрешения на предоставление

платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, находящимися в ведении региональных и муниципальных исполнительных органов государственной власти, порядка расходования средств, полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, государственными учреждениями, разрабатываются методические рекомендации по формированию стоимости услуг, оказываемых для населения на платной основе.

В соответствии с региональными нормативными правовыми актами государственные и муниципальные учреждения здравоохранения в субъектах Российской Федерации разрабатывают и утверждают положения о предоставлении платных медицинских услуг. Данными положениями определены условия и порядок оказания платных медицинских услуг, перечень платных услуг, права и обязанности пациентов и учреждения.

**Контрольно-счетная палата Калужской области:** *«В целях регулирования цен (тарифов) на услуги, оказываемые населению на платной основе, издан приказ Министерства от 28.03.2012 № 355 «О стоимости услуг, оказываемых для населения на платной основе в государственных учреждениях, подведомственных министерству здравоохранения Калужской области». В соответствии с данным приказом стоимость услуг по видам медицинской помощи, финансируемым за счёт средств обязательного медицинского страхования, устанавливается в размере, не превышающем тарифы на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования».*

В ходе исследования Счетная палата Российской Федерации и контрольно-счетные органы субъектов Российской Федерации организовали проведение социологических опросов населения по вопросам качества и доступности медицинской помощи, включая вопросы платности медицинских услуг.

В целях максимальной объективности результатов социологического исследования в ходе опроса, проводимого ОАО «ВЦИОМ» в середине 2012 года использовались методы оценки платных расходов населения по трем направлениям: официальные платежи через кассу, неофициальные платежи

деньгами в руки врачу или другому персоналу, а также в качестве денежного эквивалента подарков, которые передаются врачам или другому персоналу.

Результаты проведенного опроса показали, что за медицинской помощью в исследуемом периоде обращались 58% домохозяйств. Существует различие в практиках обращения за помощью в разрезе федеральных округов. Меньше всего обращавшихся за помощью в Северо-Кавказском федеральном округе - 43%, наибольшая доля тех, кто ходил к врачу, в Уральском федеральном округе - 67%. Граждане с низким уровнем доходов чаще обращаются за врачебной и медицинской помощью.

Различными медицинскими услугами и услугами лабораторий (в т.ч. УЗИ, ЭКГ, рентгеном, лабораторными анализами, услугами медсестер и т.п.) в 2012 г. пользовались 45% домохозяйств. Реже обращаются за различными медицинскими услугами в Северо-Западном федеральном округе (29%), чаще – в Дальневосточном (63%) и Уральском (52%) федеральных округах. В 2011 г. доля пользовавшихся данными видами услугами была аналогичной.

В первом полугодии 2012 г. наличие расходов на покупку медикаментов и других медицинских продуктов и оборудования подтвердило 80% респондентов. Реже всего покупали лекарства в Сибирском федеральном округе (71%), а чаще всего в Уральском федеральном округе (88%).

Полис добровольного медицинского страхования приобретали в 2011 г. только 3% респондентов. У граждан с высоким материальным доходом этот показатель достигает 7%, что неудивительно, т.к. приобретение полиса в основном требует привлечения значительных денежных сумм одновременно.

Согласно данным социологического опроса прямые расходы домохозяйств в 2011 году на медицинские услуги в целом составили 5467,0 рублей на 1 человека. По данным Росстата этот показатель в 2011 году составил 4686,3 рублей на 1 человека.

По косвенным оценкам ОАО «ВЦИОМ», произведенным на основании опроса о расходах домашних хозяйств в первой половине 2012 г., и на основе

которых определены расходы на здравоохранение в 2011 году, стоимость оплаченных домашними хозяйствами медицинских услуг на 1 человека может быть свыше 6000,0 рублей.

Расчетные данные Счетной палаты Российской Федерации о расходах домашних хозяйств на здравоохранение, приведенные в форме № 62 всеми медицинскими организациями (без учета платных медицинских учреждений) независимо от региональной и ведомственной подчиненности, составили в 2011 году 583,6 рублей на 1 человека (при расчетной численности населения 143,0 млн. человек).

Информация о расходах на медицинские услуги в 2011 году в зависимости от вида расходов по данным социологического опроса ОАО «ВЦИОМ» (прямая оценка) и Росстата представлена на диаграмме.

### **Расходы домашних хозяйств на медицинские услуги в 2011 году (на 1 человека в рублях)**

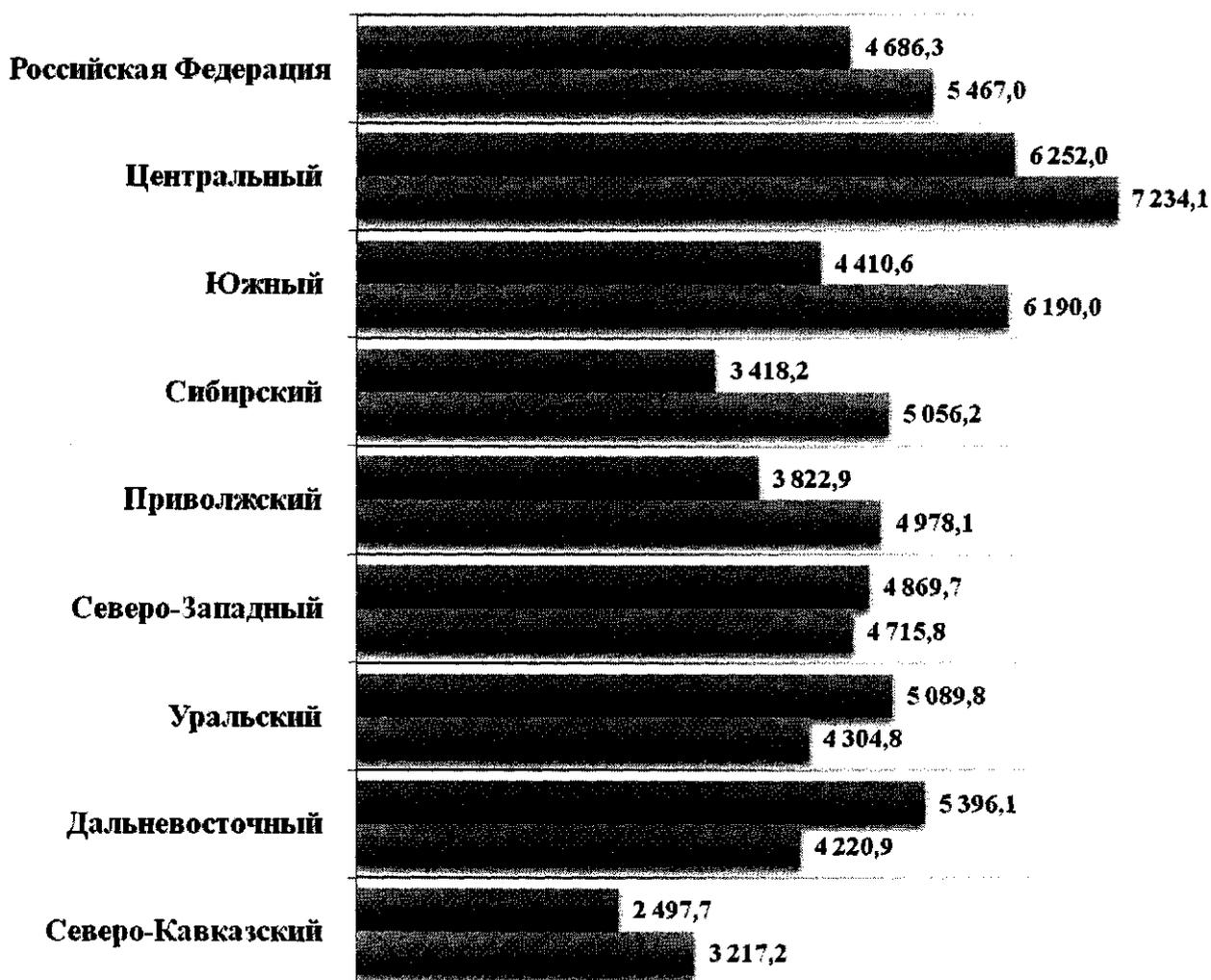


Анализ данных показывает, что расходы домохозяйств, согласно опросу ОАО «ВЦИОМ», сопоставимы (менее 17%) с данными Росстата по расходам на здравоохранение в целом и на медикаменты. Данные о расходах на услуги больниц и на амбулаторные услуги значительно отличаются.

**Счетная палата Республики Дагестан:** *«По данным Росстата РД в 2012 году расходы домашних хозяйств на здравоохранение в составили 4598,3 млн. рублей (1560,9 рубля на душу населения по РД и по РФ в 2010 году – 6096,0 рублей). Доля государственных расходов (без учета средств федерального бюджета на дополнительное лекарственное обеспечение, национальный проект «Здоровье» и целевые программы) на здравоохранение составили 70,9% и средства домашних хозяйств – 21,1%. Платные медицинские услуги в республике в основном осуществляются учреждениями стоматологии системы Минздрава РД (26% от всех доходов) и диагностики – 23%. Республиканские государственные медицинские учреждения оказали платные услуги в 2012 году на общую сумму 142,4 млн. рублей».*

Следует отметить, что в федеральных округах стоимость оплаченных домашними хозяйствами медицинских услуг на 1 человека отличается от средних показателей по Российской Федерации на десятки и более процентов. При этом показатель Росстата может быть, как выше, так и ниже данных, приведенных ОАО «ВЦИОМ».

**Расходы домохозяйств на здравоохранение в 2011  
году в федеральных округах по данным ВЦИОМ и  
Росстата (рублей на 1 человека)**



■ Росстат ■ ВЦИОМ

Результаты исследований контрольно-счетных органов Российской Федерации подтверждают наличие в регионах платных медицинских услуг и необходимость для населения пользоваться ими в виду ограниченного доступа граждан к бесплатной медицинской помощи.

**Контрольно-счетная палата Ленинградской области:** «Обращаясь за медицинской помощью, большинство жителей Кингисеппского района получает ее

бесплатно (70 %). Вместе с тем, более четверти опрошенных показали, что за медицинские услуги им пришлось заплатить в кассу соответствующего учреждения (27 %), еще 3 % опрошенных признались, что платили за них неофициально.

При оплате через кассу большинству опрошенных (около 60 %) расходы на медицинские услуги обходятся в сумму, не превышающую 3 тыс. руб. При этом важно отметить, что особенных различий в этом аспекте между жителями города Кингисеппа и других населенных пунктов района не отмечается. Зато видны существенные различия в величине неофициальных плат врачам за услуги в районном центре и за его пределами. Среди тех, кто проживает вне районного центра, все платившие за медицинские услуги неофициально уложились в сумму до 1 тыс. руб.. В самом Кингисеппе двое из пяти плативших «в карман врачу» (40.0%) потратили от 1 до 3-х тыс. руб., от 3 до 5 тыс. руб. заплатили 13% горожан, а более 5 тыс. руб. – каждый пятый опрошенный из числа тех, кому пришлось давать деньги неофициально (20.0%).

Причины, согласно которым граждане оплачивают медицинские услуги, различны, однако, в большинстве случаев это услуги, предусмотренные, в том числе, Программой государственных гарантий в качестве бесплатных.

**Счетная палата Республики Татарстан:** «Существует практика неофициальных выплат медицинским работникам за оказываемые услуги: обследования и лечение. Так, 41% пациентов указали, что им приходилось оплачивать услуги врачей (участковых и узких специалистов), 37% - оплачивать обследования (лабораторные, инструментальные).

В качестве причин, добровольной оплаты медицинской помощи населением, которая должна оказываться бесплатно 29% респондентов указали длительность ожидания приема конкретного специалиста, 22% респондентов – оплату за консультацию специалистов более высокой квалификации и 15% - консультацию специалистов в удобное для потребителя медицинских услуг время».

Социологические опросы в субъектах Российской Федерации подтверждает факт наличия различных форм оплаты медицинских услуг гражданами с разным уровнем доходов и в разных возрастных группах.

**Контрольно-счетная палата Брянской области:** «Услуги в амбулаторно-поликлинических учреждениях на общую сумму 2612,8 тыс. рубля оплачивали 51,6 % анкетированных, при этом 73,0 % оплатили услуги через кассу. На лекарственные препараты

было потрачено 1465,8 тыс. рубль, оплату через кассу производили 77,7% анкетированных. Расходы на платные медицинские услуги у большинства опрошенных составили от 1000 до 5000 рублей: дети в возрасте до 16 лет - 46,2 %, лица трудоспособного возраста - 52,4 % и лица пенсионного возраста - 45,9 процента.

Из общего количества анкетированных 48,5 % находились на лечении в больнице (стационаре) сами или члены семьи. По результатам проведенного анкетирования расходы населения Брянской области, связанные с госпитализацией, сложились в сумме 1 484,3 тыс. рубль, в том числе 421,9 тыс. рубль - за врачебную помощь, 741,8 тыс. рубль - за лекарства и медицинские материалы, 320,6 тыс. рубль - за диагностические обследования.

Из общего количества анкетированных 58,5 % внесли денежные средства за медицинские услуги через кассу учреждения здравоохранения, 41,5 % - минуя кассу.

Возмещение понесенных расходов по оплате медицинских услуг не получали 99,0% респондентов.

Поощряли за оказанные медицинские услуги 37,4 % респондентов, из них 54,3 % - в денежной форме, 43,6 % - подарками, 2,1 % - предоставлением услуг».

По данным Росстата в первом квартале 2013 года индекс потребительских цен в группировке классификатора индивидуального потребления по целям (кипц) составил в сфере здравоохранения к декабрю 2012 года - 103,6 и к апрелю 2012 года - 107,2.

При этом индекс на медикаменты, лечебное оборудование и аппаратуру составил 103,4 и 106,9 соответственно, на амбулаторные услуги - 103,9 и 108,0 соответственно, на услуги больниц - 103,0 и 108,3 соответственно. В 2013 году индексы значительно не изменились, аналогичные показатели в 2012 году (апрель 2012 года к декабрю 2011 года) составляли: на здравоохранение - 103,4; на медикаменты, лечебное оборудование и аппаратуру составил 102,6; на амбулаторные услуги - 104,5; на услуги больниц - 103,3.

Индекс цен и тарифов на медицинские услуги составил к декабрю 2012 года - 103,9 и к апрелю 2012 года - 108,0. В 2012 году данный показатель (апрель 2012 года к декабрю 2011 года) составлял 104,5.

## **8.7. Организация учета, отчетности и системы мониторинга формирования и реализации территориальных программ государственных гарантий за 2010-2012 годы.**

**Оценка качества функционирования системы управления и контроля уровня доступности и качества оказываемой медицинской помощи населению в рамках территориальных программ государственных гарантий.**

В соответствии с федеральными нормативными правовыми актами в 2010-2012 гг. субъекты Российской Федерации регулярно (ежеквартально) представляли в Минздравсоцразвития (Минздрав) России сведения о финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий и в Федеральный фонд ОМС (ежемесячно) – сведения о финансовом обеспечении территориальной программы ОМС.

Материалы по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ на 2011 год и прогноз на 2012 год рассматривались Минздравсоцразвития России в рабочем порядке при согласовании региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Результаты мониторинга реализации территориальных программ государственных гарантий в части оценки критериев качества и доступности медицинской помощи, включая основные показатели здоровья населения, использовались для стимулирования субъектов Российской Федерации при распределении нормированного страхового запаса Федерального фонда ОМС.

**Контрольно-счетная палата Костромской области:** *«Мониторинг соблюдения сроков ожидания плановой госпитализации при получении первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров (ТП ГГ установлено не более 20 дней), а также сроков ожидания плановых консультаций и диагностических исследований при получении первичной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях (ТП ГГ установлено не более 14 дней) с целью*

*осуществления оценки доступности медицинской помощи департаментом здравоохранения Костромской области в анализируемом периоде (2010-2012 годы) не осуществлялся».*

Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи ежегодно готовится Минздравом (Минздравсоцразвития) России в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и в июне представляется в Правительство Российской Федерации и публикуется на сайте Минздрава (Минздравсоцразвития) России.

В исследованиях контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации отмечается необходимость совершенствования форм статистической отчетности по исполнению Программы государственных гарантий с учетом перехода на преимущественно одноканальное финансирование.

**Счетная палата Республики Татарстан:** *«Действующая форма федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» не отражает реальных расходов на питание в связи с переходом учреждений здравоохранения на аутсорсинг. Расходы на организацию готового лечебного питания, в рамках аутсорсинга, в указанной форме отдельной строкой не выделяются и числятся в составе общих затрат по КОСГУ 226 «Прочие работы, услуги».*

**8.8. Оценка выполнения целевых значения показателей качества и доступности медицинской помощи, устанавливаемых территориальными программами государственных гарантий.**

В соответствии с Программой государственных гарантий в территориальной программе субъекта Российской Федерации устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики, утвержденных Программой показателей, в том числе:

удовлетворенность населения медицинской помощью;

число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом;

смертность населения в трудоспособном возрасте;

смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний;

смертность населения от онкологических заболеваний;

смертность населения от туберкулеза;

младенческая смертность;

охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза;

эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и других), в том числе обеспеченность населения врачами, средним медицинским персоналом, а также больничными койками.

В ежегодном докладе Минздрава (Минздравсоцразвития) России представляются результаты комплексной экспертной оценки уровня реализации и эффективности территориальных программ на основе критериев доступности и качества медицинской помощи, утвержденных Программой.

В докладе за 2012 год параметр удовлетворенность населения медицинской помощью не указывался в связи с утверждением Указом Президента Российской Федерации от 21 августа 2012 г. № 1199 нового перечня показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Результаты исследования, по материалам контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, показывают, что не во всех территориальных программах в качестве показателей доступности и качества медицинской помощи устанавливаются сроки ожидания плановой медицинской помощи при оказании амбулаторной консультативно-диагностической помощи, стационарной помощи, амбулаторной медицинской помощи в условиях дневных стационаров. Отсутствует критерий по укомплектованности лечебно-

профилактических учреждений врачебными кадрами и средним медицинским персоналом и пр.

В отдельных субъектах Российской Федерации не устанавливались целевые значения критериев качества и доступности медицинской помощи по муниципальным районам.

Кроме того, субъектами Российской Федерации не всегда осуществляется комплексная оценка утвержденных критериев доступности и качества медицинской помощи.

**Контрольно-счетная палата Республики Хакасия:** *«Минздравом Республики Хакасия не осуществляется комплексная оценка критериев доступности и качества медицинской помощи в части сроков ожидания по показателям:*

*- плановой госпитализации на условиях круглосуточного и дневного стационаров;*  
*- плановых консультаций при получении первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях;*

*- диагностических исследований при получении первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях;*

*- плановой диагностической компьютерной и ядерно-магнитно-резонансной томографии.*

*... в рамках Территориальной программы не предусмотрено целевое значение показателя «удовлетворенность населения медицинской помощью». Комплексная оценка ограничена показателем «удовлетворенность населения в учреждениях здравоохранения» и распространена только на опрошенных пациентов, находящихся на лечении в условиях стационара (тем самым завышается процент удовлетворенности до 80%, фактически удовлетворенность составляет в 2010 году – 35,4%, в 2011 – 37,5%).*

*В 2012 году показатель младенческой смертности возрос на 45,7%, от болезней кровообращения на 3,1%, от внешних причин на 0,7%».*

Следует отметить, что в Российской Федерации отсутствуют методики определения фактических сроков ожидания пациентами предоставления медицинской услуги в соответствии с критериями доступности и качества медицинской помощи, утвержденными территориальными программами, в

результате, фактическое значение показателя сроков ожидания может устанавливаться лишь в ходе проведения проверок компетентными контрольными органами.

**Контрольно-счетная палата Ярославской области:** *«По результатам анализа показателей доступности и качества медицинской помощи за 2012 год КСП установлено:*

*- согласно представленным сведениям фактические сроки ожидания планового приема врачами-специалистами и плановой госпитализации в стационары соответствовали плановым значениям.*

*При этом как показали результаты проверки в ГБУЗ ЯО «Областная клиническая больница» сроки ожидания оказания консультативной помощи по специальностям врачей кардиолога, эндокринолога, ангиохирурга, гематолога в 2012 году составляли до 2-х месяцев вместо положенного одного месяца с даты обращения пациента.*

*Таким образом, представленные Департаментом здравоохранения сведения о выполнении сроков ожидания планового приема врачами-специалистами не в полной мере соответствуют действительности.*

*- удовлетворенность населения медицинской помощью снизилась до 33,6 % в сравнении с 35,7 % в 2011 году;*

*- среди числа лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом в 2012 году по сравнению с 2011 годом увеличилось количество заболевших туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, психическими расстройствами и уменьшилось количество лиц с наркологическими заболеваниями».*

Показатель удовлетворенности населения медицинской помощью находится под контролем органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. В ряде регионов в 2011 году отмечается снижение данного показателя, что объясняется проводимыми мероприятиями по реорганизации и оптимизации системы здравоохранения. Изменения коснулись маршрутизации пациентов, временно закрывались отделения больниц на капитальный ремонт, некоторое время были недоступны отдельные медицинские услуги в связи с заменой старого медицинского оборудования на

новое. Все это вызывало временные неудобства, которые отражались на оценках жителей о качестве и доступности медицинской помощи.

Целевые значения удовлетворенности граждан медицинской помощью ежегодно указываются в территориальных программах и в отдельных субъектах Российской Федерации на 2012 год скорректированы в сторону понижения.

В Республике Ингушетия целевое значение данного параметра в 2010 году составило 65,0%, фактическое значение 42,0%, в 2011 году 65,0% и 38,0% соответственно, на 2012 год целевое значение утверждено на уровне 42,0%.

В соответствии с нормативными правовыми актами Федерального фонда ОМС специалистами СМО и территориальных фондов ОМС проводятся опросы застрахованных граждан об удовлетворенности населения медицинской помощью. Однако, результаты данных исследований не совпадают с результатами, полученными Минрегионразвития России и результатами других социологических опросов, проводимых независимыми профессиональными организациями.

**Контрольно-счетная палата Ленинградской области:** *«В 2012 году было опрошено 1,7 % от общей численности застрахованных граждан, из них при получении стационарной медицинской помощи - 7766, стационарозамещающей медицинской помощи - 5541, амбулаторной медицинской помощи - 9699 статистических единиц.*

*Результаты проведенных опросов показали, что удовлетворенность населения медицинской помощью составила 74% (целевой показатель 72%) в 2010 году, 82% (целевой показатель 73%) в 2011 году и 79% (целевой показатель 75%) в 2012 году.*

*По данным Минрегионразвития России в 2010 году удовлетворенность населения медицинской помощью в Ленинградской области составила 32,9% при среднероссийском показателе 34,0 % в 2010 году и 33,9% при среднероссийском показателе 35,7% в 2011 году. Данные за 2012 год на момент проверки отсутствуют».*

Согласно данным инициативного всероссийского опроса ОАО «ВЦИОМ» проведенного 12-13 мая 2013 г., в ходе которого опрошены 1600 человек в 130

населенных пунктах в 42 областях, краях и республиках России (статистическая погрешность не превышает 3,4%):

*«Основными причинами болезней россияне по-прежнему считают стрессы и тревоги (30%). К наиболее существенным факторам плохого самочувствия респонденты также относят плохую экологическую обстановку (26%), возрастные особенности (24%), нехватку средств на профилактику и лечение болезней, а также наследственность (по 21%). Реже упоминается работа на вредном производстве или жизнь рядом с ним (14%), неблагоприятные климатические условия (13%), отсутствие возможности отдохнуть и подлечиться в течение долгих лет, плохое питание (по 11%). Реже всего в списке основных причин болезней фигурируют пренебрежение спортом и физкультурой (6%), чрезмерное курение и употребление алкоголя (по 5%).*

*Ответственность за плохое состояние здоровья, по мнению россиян, лежит на самих людях (37%). В неудовлетворительном самочувствии респонденты также склонны винить низкий уровень жизни (35%) и плохую экологическую обстановку (32%). Несколько реже упоминается неудовлетворительный уровень медицинской помощи (27%). В меньшей степени респонденты склонны возлагать ответственность на государство (17%). Реже всего россияне винят в болезнях плохие условия труда (5%), а также отмечают, что болезни достаются за грехи (4%)».*

Результаты опросов, проводимых на региональном уровне, могут свидетельствовать о более высоком уровне удовлетворенности граждан медицинским обслуживанием в субъекте Российской Федерации.

**Контрольно-счетная палата Республики Адыгея:** *«В 2010 году фактический показатель удовлетворенности населения медицинской помощью составил 43,1 процента, при установленном целевом показателе 75,0 процентов, в 2011 году – 36,0 процентов при установленном целевом показателе 44,5 процента. На 2012 год целевой показатель снижен по сравнению с 2010 и повышен по сравнению с 2011 годом и установлен в размере 59,0 процентов. Удовлетворенность населения медицинской помощью не достигла установленных целевых показателей.*

*По данным формы № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» в 2012 году опрошено 7215 граждан (в 2011 году – 4523 человека). Из 7215 респондентов удовлетворены качеством медицинской помощи 5562 человека или 77,1 процента, не удовлетворены качеством оказанной*

*медицинской помощи 1180 человек или 16,3 процента, затруднились ответить – 473 человека или 6,6 процента.*

*Анализ данных социологического опроса, проведенный информационно-аналитическим отделом Управления делами Аппарата Государственного Совета – Хасэ Республики Адыгея, по изучению мнения 405 пациентов четырех лечебных учреждений ...показал, что из числа опрошенных удовлетворены результатами бесплатной медицинской помощи – 66,2 процента, не удовлетворены – 5,4 процента, удовлетворены частично – 23,9 процента, затруднились ответить – 5,4 процента».*

Минздравом России ежегодно осуществляется комплексная оценка реализации и эффективности территориальных программ, которая проводится на основе оценки критериев доступности и качества медицинской помощи, установленных Программой.

Исследования показали, что Методика комплексной оценки, учитывающая особенности регионов, включая такие параметры, как уровень и структура заболеваемости населения, половозрастная структура населения, географическое положение, развитие инфраструктуры, промышленности, сельского хозяйства и прочее, Минздравом (Минздравсоцразвития) России не утверждена и до субъектов Российской Федерации не доведена.

По результатам комплексной оценки уровня реализации и эффективности территориальных программ с учетом критериев доступности и качества медицинской помощи, динамики основных показателей здоровья населения и удовлетворенности медицинской помощью в 2012 году субъекты Российской Федерации распределены на четыре группы .

К первой группе регионов, с высоким уровнем реализации территориальных программ, отнесены 12 субъектов Российской Федерации, что составило 14,5 % общего числа регионов – Республика Мордовия, Чувашская Республика, Краснодарский край, Красноярский край, Белгородская, Воронежская, Кемеровская, Пензенская, Самарская, Саратовская, Ульяновская и Тюменская области. В 2011 году – 8 субъектов Российской Федерации, что

составило 9,6 % общего числа регионов. В 2010 году отнесены 7 субъектов Российской Федерации, что составило 8,4 % общего числа регионов.

Из 7 субъектов Российской Федерации, отнесенных в 2010 году к первой группе, только Краснодарский край и Белгородская область сохранили свои позиции в 2012 году, при этом они не относились к первой группе в 2011 году.

Из 8 субъектов Российской Федерации, отнесенных в 2011 году к первой группе, сохранили свои позиции 4 региона, в том числе: Чувашская Республика, Воронежская, Кемеровская, Тюменская области.

К территориям с низким уровнем реализации территориальных программ отнесены 10 регионов (12,0 %): Кабардино-Балкарская Республика, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Карелия, Республика Тыва, Чеченская Республика, Республика Хакасия, Курганская, Псковская, Оренбургская области, а также Чукотский автономный округ. В 2011 году таких регионов было 14 (16,9%), в 2010 году – 15 регионов (18,1%).

**Контрольно-счетная палата Костромской области:** *«Несмотря на рост расходов бюджетов и средств ОМС уровень удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи в регионе в 2011 году составил лишь 29,3% от числа опрошенных, что на 4,5% ниже показателя 2010 года (33,8%).*

*На ухудшение показателя удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощью в регионе негативное влияние оказывали: недофинансирование объемов бесплатной медицинской помощи (дефицит финансового обеспечения ТП ГГ), дефицит обеспечения территориальной программы госгарантий врачами, увеличение показателя платности медицинской помощи, а также увеличение показателя личных расходов населения на приобретение лекарственных средств при уменьшении доли государственных расходов на медикаменты».*

В декабре 2012 года Правительством Российской Федерации утверждена Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (далее – Государственная программа). Целью Государственной программы является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и

качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. В 2013 году в субъектах Российской Федерации разработаны и утверждены региональные программы развития здравоохранения на период до 2020 года.

Одним из целевых индикаторов и показателей Государственной программы является смертность от новообразований (в том числе от злокачественных), являющийся также одним из критериев доступности и качества медицинской помощи Программы государственных гарантий.

В ходе исследования проанализировано выполнение вышеуказанного показателя за период 2010-2012 гг. в нескольких субъектах Российской Федерации близких друг к другу по показателю «плотность населения» (14,0-16,3 чел/км) и приближенных по структуре численности городских и сельских жителей.

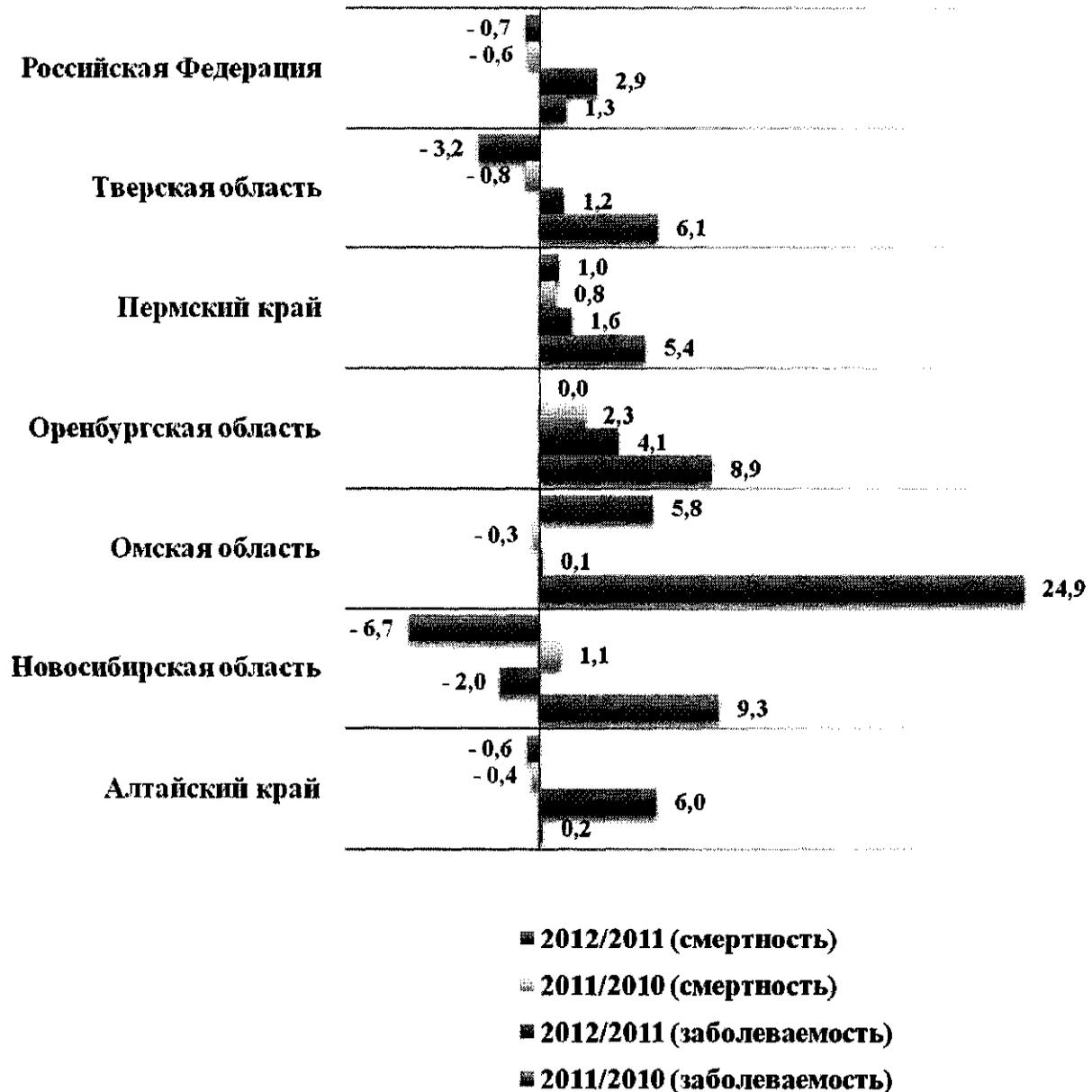
Информация об общей заболеваемости новообразованиями и смертности от новообразований, включая злокачественные, в анализируемых субъектах Российской Федерации и по Российской Федерации (в среднем) в 2010-2012 гг., представлена в таблице.

Наименование субъекта РФ	Общая заболеваемость (на 100 тыс. населения)			Смертность (на 100 тыс. населения)		
	2010 г	2011 г	2012 г	2010 г	2011 г	2012 г
Российская Федерация	4120,1	4175,2	4297,3	205,9	204,6	203,1
Алтайский край	5 545,4	5 554,7	5 889,4	229,0	228,1	226,7
Новосибирская область	4 469,2	4 883,1	4 783,7	221,5	223,9	208,8
Омская область	3 787,8	4 732,3	4 736,8	206,4	205,7	217,7
Оренбургская область	4 547,0	4 951,1	5 152,6	219,0	224,1	224,1
Пермский край	4 165,2	4 390,7	4 463,2	197,9	199,5	201,5
Тверская область	4 350,6	4 616,7	4 673,1	248,6	246,7	238,8

Указанные данные свидетельствуют о неуклонном росте общей заболеваемости новообразованиями во всех исследуемых регионах, как за счет роста численности граждан с диагнозом, установленным впервые в жизни (в зависимости от субъекта Российской Федерации в среднем от 1,9% до 11,0% за период 2010-2012 гг.), так и за счет некоторого снижения смертности от

новообразований. При этом сравнение данных об изменениях смертности и общей заболеваемости показывают, что в отдельных субъектах Российской Федерации рост общей заболеваемости новообразованиями сопровождается и ростом показателя смертности от новообразований (Омская и Оренбургская области, Пермский край). В других субъектах Российской Федерации (Тверская и Новосибирская области, Алтайский край) несмотря на рост общей заболеваемости, показатель смертности снижается. Информация представлена на диаграмме.

**Информация об изменениях смертности от  
новообразований и общей заболеваемости  
новообразованиями в период 2010-2012 гг.  
(в %)**



Некоторые различия в структуре городского и сельского населения не оказали большого влияния на динамику показателя смертности, хотя этот показатель в Алтайском крае и Оренбургской области, где доля сельского населения составляет 44,5% и 40,4% соответственно, несколько выше чем в

других исследуемых регионах. Исключение составляет Тверская область, в которой показатель смертности от новообразований самый высокий из анализируемых субъектов Российской Федерации.

В региональных программах развития здравоохранения в части ожидаемых результатов реализации Программ утверждены показатели (индикаторы), которые должны быть достигнуты субъектом Российской Федерации в результате реализации программ в период 2013-2020 гг.

Данные о показателях смертности от новообразований (на 100 тыс. населения), планируемые субъектами Российской Федерации и в целом по Российской Федерации к 2020 году, представлены в таблице.

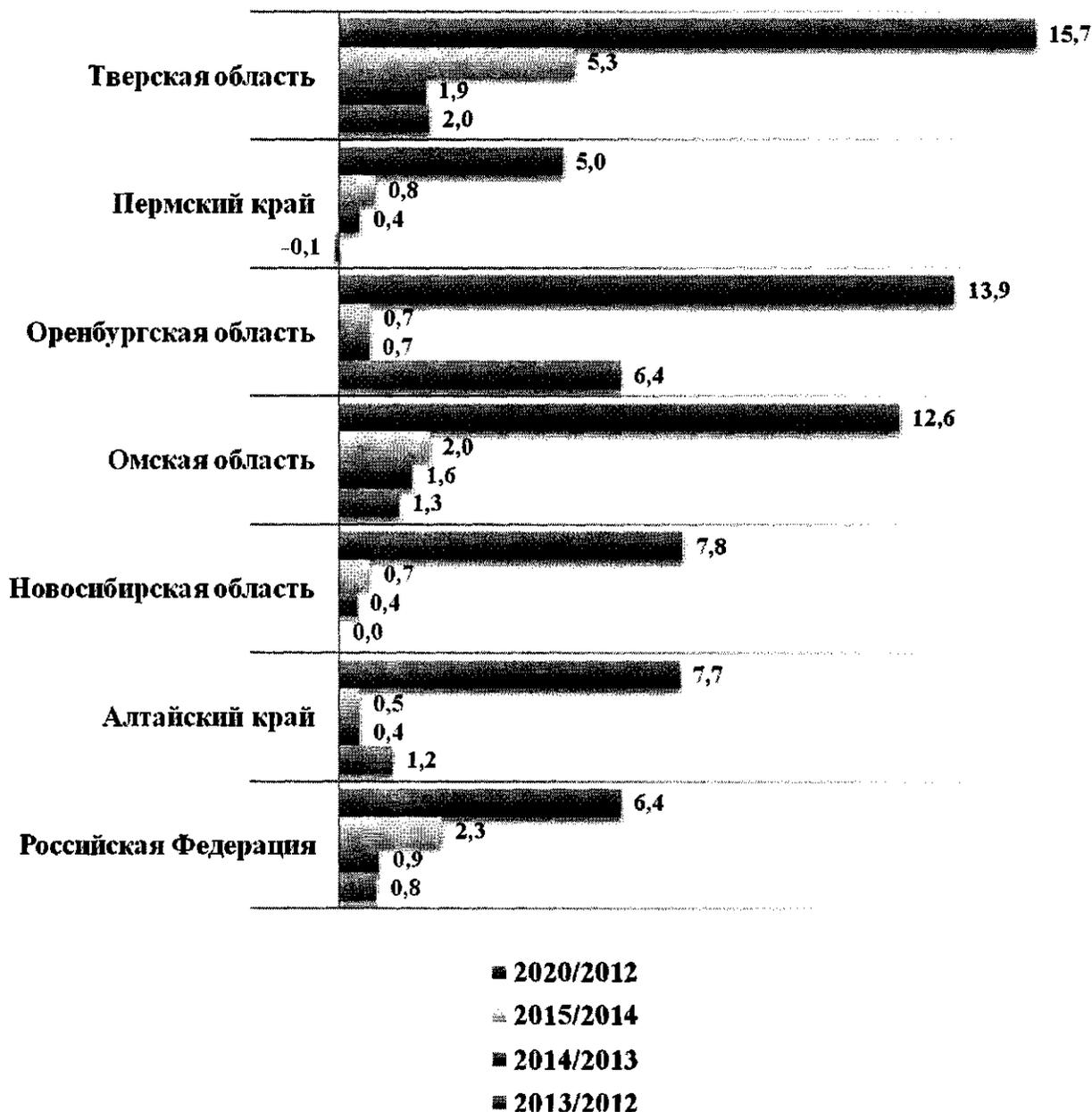
Наименование субъекта РФ	Росстат	Показатели из региональных программ развитие здравоохранения до 2020 года				
	2012 г	2012 г	2013 г	2014 г	2015 г	2020 г
Российская Федерация	203,1	202,9	201,2	199,4	194,8	190,0
Алтайский край	226,7	225,7	223,0	222,0	221,0	208,3
Новосибирская область	208,8	206,0	206,0	205,2	203,8	190,0
Омская область	217,7	217,0	214,1	210,6	206,3	189,6
Оренбургская область	224,1	220,6	206,6	205,2	203,8	190,0
Пермский край	201,5	200,1	200,3	199,4	197,8	190,0
Тверская область	238,8	237,3	232,5	228,0	215,9	200,0

Во второй колонке таблицы представлены данные Росстата за 2012 год, которые несколько отличаются от показателей на 2012 год, в утвержденных региональных программах.

Из данных, указанных в таблице следует, что только Пермский край имеет показатель смертности от новообразований ниже, чем в среднем по Российской Федерации и в региональной программой развитие здравоохранения планируется дальнейшее снижение данного показателя до уровня, предусмотренного Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (190,0 умерших на 100 тыс. человек населения).

Темпы снижения показателя смертности от новообразований в исследуемых регионах представлены на диаграмме.

**Темпы снижения показателя смертности от новообразований (на 100 тыс. населения) в соответствии с данными региональных программ развитие здравоохранения (в %)**



Как видно из диаграммы значительное снижение показателя смертности планируется в Тверской области. Однако исходя из фактических показателей смертности, достигнутых регионом в 2012 году (238,8 на 100 тыс. населения), утвержденное снижение показателя смертности от новообразований (200,0 на

100 тыс. населения в 2020 году) имеет значительные риски в исполнении, так как при этом процент снижения показателя за период 2012-2020 гг. должен составить 15,7% (средний показатель по Российской Федерации – 6,4%). Второе место по степени рисков занимает Оренбургская область – темпы снижения показателя смертности – 13,9%.

Выборочный анализ одного из критериев доступности и качества медицинской помощи Программы государственных гарантий свидетельствует о необходимости внесения изменений в методику комплексной оценки реализации и эффективности территориальных программ государственных гарантий.

Утвержденные региональными программами развития здравоохранения показатели и степень их достижения, могут являться основой для оценки результативности и эффективности реализации мероприятий, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи населению в разных субъектах Российской Федерации, что и должно найти отражении в усовершенствованной Методике комплексной оценки реализации территориальных программ государственных гарантий.

## **9. Выводы:**

1. Реализация мероприятий в сфере здравоохранения, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи гражданам России за счет значительного увеличения государственного финансирования, является одной из основных причин улучшения демографических показателей в Российской Федерации. По данным Росстата в период 2009-2012 гг. число умерших (на 100 тыс. человек населения) от всех причин сократилось на 5,7%, ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась с 68,0 лет в 2008 году до 69,8 лет в 2011 году.

2. Расходы за счет государственных источников финансового обеспечения Программы государственных гарантий ежегодно увеличиваются и

составили в 2012 году 1718,4 млрд. рублей (в 2009 году – 1378,6 млрд. рублей). Рост финансового обеспечения в период 2009-2012 гг. составил 24,6%, однако, доля расходов на реализацию Программы по отношению к ВВП снизилась с 3,5% в 2009 году до 2,7% в 2012 году. За период с 2009 года по 2012 год доля финансирования Программы за счет средств федерального бюджета сократилась с 28,4% до 23,9%

3. В 2012 году показатель подушевого финансового обеспечения Программы государственных гарантий (включая средства федерального бюджета) составил 12 008,3 рублей и за период с 2010 по 2012 год в текущих ценах увеличился на 18,4 процента. Увеличение подушевого показателя обусловлено ростом финансирования за счет средств ОМС, в том числе благодаря реализации региональных программ модернизации здравоохранения, в части внедрения стандартов медицинской помощи.

4. С 2013 года Программой государственных гарантий предусматривается увеличение средних подушевых нормативов финансирования, (без учета расходов федерального бюджета), которые составляют: в 2013 году – 9032,5 рубля, в 2014 году – 10294,4 рубля, в 2015 году – 12096,7 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году - 5942,5 рубля (65,8% от общего норматива), в 2014 году - 6962,5 рубля (67,6%), в 2015 году - 8481,5 рубля (70,1%).

5. В 2012 году поэтапный переход на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения, предусматривающие расширение видов расходов при оказании медицинской помощи населению через систему обязательного медицинского страхования, осуществлялся в 68 субъектах Российской Федерации. В 2012 году расходы на реализацию территориальных программ ОМС в субъектах Российской Федерации, осуществлявших переход

на одноканальное финансирование через систему ОМС, составили 580,2 млрд. рублей.

6. В 2012 году в 37 субъектах Российской Федерации в территориальные программы обязательного медицинского страхования были включены виды помощи, не входящие в базовую программу обязательного медицинского страхования (скорая медицинская помощь, психиатрия, наркология, фтизиатрия, венерология, профпатология, койки сестринского ухода и т.д.), ранее финансируемые за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации. На реализацию данного направления медицинскими организациями в 2012 году использовано 17,0 млрд. рублей или 2,9% от совокупных расходов на территориальную программу ОМС.

7. Несмотря на ежегодный рост финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий, в 2012 году дефицит территориальных программ сохранился в 66 субъектах Российской Федерации. Общий дефицит территориальных программ сократился с 337,3 млрд. рублей в 2010 году до 164,6 млрд. рублей в 2012 году.

8. Субъектами Российской Федерации при разработке территориальных программ государственных гарантий на 2010-2012 гг. учитывались рекомендации Минздравсоцразвития России о формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий. Рекомендации принимались и доводились до субъектов Российской Федерации во второй половине декабря, то есть фактически после утверждения законов о региональных бюджетах и законов о бюджете территориальных фондов ОМС. Столь позднее доведение рекомендаций Минздравсоцразвития России до субъектов Российской Федерации оказывало влияние на качество и экономическую эффективность утвержденных территориальных программ государственных гарантий.

9. Перечень критериев доступности и качества медицинской помощи, установленных территориальной программой в отдельных субъектах

Российской Федерации, не в полной мере соответствовал перечню критериев предусмотренных Программой государственных гарантий:

- при утверждении показателей доступности и качества медицинской помощи не устанавливаются целевые значения по срокам ожидания плановой медицинской помощи при оказании амбулаторной консультативно-диагностической помощи, стационарной помощи, амбулаторной медицинской помощи в условиях дневных стационаров;

- отсутствуют целевые значения по укомплектованности лечебно-профилактических учреждений врачебными кадрами и средним медицинским персоналом и пр.

Нормативными правовыми актами не предусмотрено согласование Субъектами Российской Федерации территориальных программ с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

10. В Российской Федерации отсутствует методика определения фактических сроков ожидания пациентами предоставления медицинской услуги в соответствии с критериями доступности и качества медицинской помощи, утвержденными территориальными программами, в результате, фактическое значение показателя сроков ожидания может устанавливаться лишь в ходе проведения проверок компетентными контрольными органами.

11. Структура расходов на оказание медицинской помощи в рамках территориальных программ из государственных источников финансирования в исследуемом периоде изменилась незначительно. По-прежнему, около 60% средств составили расходы на оплату труда с начислениями, которые за период с 2010 г. по 2012 г. выросли на 28,3%. При этом уровень заработной платы работников системы здравоохранения остается недостаточным. Несмотря на увеличение расходов на оплату труда работников здравоохранения, отношение уровня их заработной платы к заработной плате работников, занятых в сфере экономики области, по данным Росстата, составляет менее 80%.

12. В 2012 году по сравнению с 2009 годом наиболее значительно выросла оплата труда у медицинских работников, оказывающих помощь в дневных стационарах, – на 51,2%. У работников амбулаторно-поликлинических учреждений рост составил 38,8%, стационарных медицинских учреждений – 35,9%, скорой медицинской помощи – 27,8%. Рост уровня заработной платы обеспечивается за счет увеличения общего объема финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий.

13. В структуре расходов по видам медицинской помощи:

- при оказании скорой медицинской помощи на 37,1% выросли расходы на увеличение стоимости материальных запасов и их приобретение, при этом расходы на медикаменты и перевязочные материалы выросли только на 17,0%;

- расходы на продукты питания при оказании стационарной медицинской помощи выросли на 5,8%;

- расходы на продукты питания в дневных стационарах выросли на 21,1%.

Одной из причин незначительного роста расходов на продукты питания в больницах, по мнению экспертов, является переход учреждений здравоохранения при обеспечении питания пациентов на аутсорсинг и отражение отдельными медицинскими учреждениями расходов на продукты питания по статье «Прочие расходы» (Приобретение услуг).

14. В отдельных субъектах Российской Федерации недостаточное финансовое обеспечение территориальных программ приводило к формированию тарифов, обеспечивающих, в первую очередь, расходы на оплату труда медицинских работников, остальные статьи формировались по остаточному принципу, исходя из наличия средств. В результате складывалось недофинансирование расходов, произведенных по отдельным видам затрат и, как следствие, – к образованию кредиторской задолженности медицинской организации и неэффективному использованию медицинского оборудования, в связи с отсутствием необходимых расходных материалов и своевременного технического обслуживания.

15. Разница в размерах тарифов на ту же самую медицинскую услугу, оказываемую в различных субъектах Российской Федерации в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий, составляла в 2012 году до 50 процентов, а по отдельным услугам и более.

16. Структура кассовых расходов по территориальным программам ОМС включает в себя расходы на оплату медицинской помощи, затраты на ведение дела страховой медицинской организации и расходы на выполнение управленческих функций. Доля расходов на оплату медицинской помощи в субъектах Российской Федерации отличается и составляет 96-98% от общей фактической стоимости территориальных программ.

17. В 2012 году на формирование собственных средств страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования израсходовано 11 488 978,6 тыс. рублей, из них средства, предназначенные на ведение дела по ОМС составили 9 757 911,9 тыс. рублей, средства полученные по результатам экспертиз – 1 631 828,8 тыс. рублей, или 14,2% от общего объема собственных средств СМО. Самый высокий процент собственных средств, полученных СМО по результатам экспертиз, отмечается в Республике Дагестан (41,4%), Саратовской области (31,6%), Московской области (30,5%), Республике Бурятия (28,9%) и Республике Ингушетия (28,7%).

Средства СМО на ведение дела по ОМС в 2012 году увеличились на 746 554,0 тыс. рублей, или на 8,3 % по сравнению с 2011 годом (9 011 357,9 тыс. рублей).

18. Основные нарушения, выявляемые СМО в ходе проведения медико-экономического контроля и соответствующей экспертизы, включают в себя: необоснованное завышение объема и стоимости услуг (необоснованное удлинение сроков лечения (количества услуг, посещений, койко-дней, пациенто-дней), выставление счета за не оказанные медицинские услуги, отсутствие первичной документации без уважительных причин, дефекты оформления первичной документации, приведшие к невозможности оценить

динамику состояния пациента, объем и характер медицинской помощи и прочее.

19. В связи с вступлением в силу Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в 2012 году по сравнению с предыдущим годом отмечено снижение удельного веса муниципальных медицинских организаций (с 52,6% до 26,4%, в 2010 году – 55,2%), участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий и увеличение удельного веса медицинских организаций субъекта Российской Федерации (с 36,1% до 58,7%, в 2010 году – 34,9%). Увеличилась доля федеральных медицинских организаций (с 4,6% до 5,2%, в 2010 году – 4,4%) и медицинских организаций негосударственной формы собственности (с 6,7% до 9,8%, в 2010 году – 5,5%).

20. Основой планирования объемов медицинской помощи в большинстве субъектов Российской Федерации является не фактическая потребность в ней населения, а финансовые возможности региона и сложившаяся сеть учреждений здравоохранения. Предложения бюджетных учреждений здравоохранения по определению заданий основываются на объемах медицинской помощи и финансовых средств, выделенных на ее оказание в предшествующий период. Государственные (муниципальные) задания исполнялись медицинскими организациями не в полном объеме. Выполнение объемов медицинской помощи ниже запланированных показателей отдельными медицинскими организациями свидетельствует о неэффективном планировании, наличии проблем с доступностью медицинской помощи для населения и отсутствии сбалансированности территориальных программ государственных гарантий в субъектах Российской Федерации.

21. Фактически выполненные объемы медицинской помощи в субъектах Российской Федерации не соответствуют как нормативным объемам, установленным Программой государственных гарантий, так и территориальным объемам, утвержденным с учетом возрастного-полового

состава населения и структуры заболеваемости населения в регионах. Следовательно, территориальные программы не сбалансированы по видам и объемам медицинской помощи, в связи с чем не отвечают фактическим потребностям населения.

22. Уровень организации лекарственного обеспечения граждан в субъектах Российской Федерации отличается. Не во всех субъектах Российской Федерации утверждены нормативные правовые акты регулирующие вопросы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан и их финансового обеспечения, перечни лекарственных препаратов и другие вопросы.

Общий объем финансовых средств, направляемых субъектами Российской Федерации на лекарственное обеспечение граждан, составил в 2012 году ориентировочно около 30 млрд. рублей. Отсутствие федеральных нормативных правовых актов, регулирующих вопросы отчетности о расходах на эти цели в субъектах Российской Федерации, не позволяет обеспечить учет финансирования на должном уровне и степень обеспечения прав граждан на бесплатное (с 50-ти процентной скидкой) лекарственное обеспечение, предусмотренное территориальными программами государственных гарантий.

23. В отдельных субъектах Российской Федерации не определены нормативы обеспеченности населения врачебными кадрами по видам медицинской помощи. Расчет потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах может производиться, как в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами медицинской организации, установленными в порядках оказания медицинской помощи, так и в соответствии с рекомендуемой методикой планирования кадровых ресурсов и количества коек, необходимых для оказания бесплатной медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий.

В результате, потребность во врачах одной специальности, рассчитанная для медицинской организации, может значительно отличаться, так как зависит от использованной методики расчета.

24. Одной из основных причин не достижения показателя по количеству посещений амбулаторно-поликлинических учреждений является нехватка врачебных кадров. Недостаточное обеспечение населения врачами в амбулаторных условиях в ряде сельских районов муниципальных образований снижает доступность квалифицированной медицинской помощи для населения в целом и приводит к уменьшению финансовых доходов лечебно-профилактических учреждений, препятствует развитию амбулаторно-поликлинической службы.

25. Отклонения показателей обеспеченности врачами и средними медицинскими работниками от средних величин по России составляют в большинстве субъектов Российской Федерации 2-кратную разницу, что не позволяет обеспечить равенство в доступности и качестве медицинской помощи для всех граждан России.

26. Обеспеченность медицинскими кадрами имеет существенные территориальные различия. Максимальная концентрация врачебного персонала на 10 тыс. населения отмечается в городской местности, минимальная – в сельской местности, при этом различия в обеспеченности врачами в городской и сельской местности в отдельных субъектах Российской Федерации, могут превышать 3 и более раз.

Обеспеченность населения средним медицинским персоналом в городской и сельской местности также отличается, однако, разница в основном не превышает 2-2,5 раза.

27. Штатная укомплектованность врачами по видам оказания медицинской помощи в основном превышает 90%. Наименьший показатель штатной укомплектованности наблюдается в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, наибольший – в скорой медицинской помощи. Однако, если коэффициент совместительства, в рамках оказания амбулаторной медицинской помощи составляет в среднем 1,25-1,45, то у медицинских работников скорой медицинской помощи, в зависимости от

субъекта Российской Федерации, коэффициент совместительства доходит до 1,8, что подтверждает низкую укомплектованность медицинских учреждений физическими лицами.

28. Высокий уровень совместительства медицинских работников предполагает повышенную нагрузку на персонал, что отрицательно сказывается на качестве оказываемых медицинских услуг. Численность врачей (физических лиц) в субъектах Российской Федерации ниже потребности во врачебных кадрах рассчитанной, как по методике для территориальных программ, так и на основе порядков оказания медицинской помощи.

29. Доля медицинских работников, продолжающих трудиться после назначения пенсии (независимо от ее вида), составляет 12%, а с учетом лиц «предпенсионного» возраста доля возрастных медицинских работников доходит до 25 - 30%, что свидетельствует об имеющейся тенденции старения кадрового потенциала отрасли и возможном нарастании имеющегося дефицита медицинских кадров.

30. В субъектах Российской Федерации отмечается недостаточный уровень трудоустройства выпускников, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд систем регионального здравоохранения на территории и по направлению субъекта Российской Федерации, являвшегося заказчиком подготовки (средний показатель по Российской Федерации не превышает 70%, в ряде субъектов Российской Федерации данный показатель составляет ниже 50%).

31. В большинстве субъектов Российской Федерации работа по привлечению молодых специалистов и закреплению кадров на работе в медицинских организациях имеет целевой и направленный характер с выделением соответствующего финансирования на реализацию принятых программ.

32. Одним из основных факторов, оказывающих негативное воздействие на сбалансированность кадровой политики, является различный уровень материальной обеспеченности медицинских работников, что предопределяет

необходимость обеспечения медицинских работников государственного сектора здравоохранения конкурентным уровнем заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597.

33. В рамках реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи, предусмотренных Программой модернизации здравоохранения, в субъектах Российской Федерации медицинским работникам осуществлялись выплаты стимулирующего характера. Принятые меры позволили повысить заработную плату врачей и среднего медицинского персонала только отдельных специальностей. В результате в отдельных субъектах Российской Федерации заработная плата врачей работающих по стандартам медицинской помощи на десятки процентов превысила уровень заработной платы врачей, не работающих по стандартам.

34. Снижение уровня профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников, консерватизм в применении современных образовательных технологий, медленное внедрение в учебный процесс знаний по ряду быстро развивающихся направлений медицины не позволяют обеспечить устойчивую динамику развития здравоохранения, включая повышение уровня обеспеченности качественными медицинской помощью и фармацевтическими услугами.

35. В целях упорядочения предоставления населению в учреждениях здравоохранения платных медицинских услуг в субъектах Российской Федерации на основе федеральных нормативных правовых актов утверждаются положения о порядке выдачи специального разрешения на предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, находящимися в ведении региональных и муниципальных исполнительных органов государственной власти, порядка расходования средств, полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, государственными учреждениями, разрабатываются методические рекомендации

по формированию стоимости услуг, оказываемых для населения на платной основе.

36. В медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий, доля расходов на оказание медицинской помощи за счет внебюджетных средств (платные медицинские услуги) в период 2010-2012 гг. составила 6,0-6,4% и практически не изменялась по видам медицинской помощи, за исключением небольшого роста (около 0,5%) при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Доля расходов за счет ДМС по всем видам расходов не превышала 1,0%, в то время как за счет домашних хозяйств данный показатель составил в среднем около 4,5%, при этом расходы домохозяйств при оказании амбулаторной медицинской помощи составили около 10,0%.

37. В отдельных медицинских организациях субъектов Российской Федерации отсутствует информация для потребителей о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы за медицинские услуги в рамках территориальных программ государственных гарантий.

38. Согласно данным социологического опроса прямые расходы домохозяйств в 2011 году на здравоохранение составили 5467,0 рублей на одного человека. По данным Росстата этот показатель в 2011 году составил 4686,3 рублей на 1 человека.

По косвенным оценкам ОАО «ВЦИОМ», произведенным на основании опроса о расходах домашних хозяйств в первой половине 2012 г., и на основе которых определены расходы на здравоохранение в 2011 году, стоимость оплаченных домашними хозяйствами медицинских услуг на 1 человека может быть свыше 6000,0 рублей.

39. Показатель удовлетворенности населения медицинской помощью находится под контролем органов исполнительной власти субъектов

Российской Федерации. В ряде регионов в 2011 году отмечается снижение данного показателя, что объясняется проводимыми мероприятиями по реорганизации и оптимизации системы здравоохранения. Изменения коснулись маршрутизации пациентов, временно закрывались отделения больниц на капитальный ремонт, некоторое время были недоступны отдельные медицинские услуги в связи с заменой старого медицинского оборудования на новое. Все это вызывало временные неудобства, которые отражались на оценках жителей о качестве и доступности медицинской помощи.

40. В соответствии с нормативными правовыми актами Федерального фонда ОМС специалистами СМО и территориальных фондов ОМС проводятся опросы застрахованных граждан об удовлетворенности населения медицинской помощью. Однако, результаты данных исследований не совпадают с результатами, полученными Минрегионразвития России и результатами других социологических опросов, проводимых независимыми профессиональными организациями.

41. Методика комплексной оценки, учитывающая особенности регионов, включая такие параметры как уровень и структура заболеваемости населения, половозрастная структура населения, географическое положение, развитие инфраструктуры, промышленности, сельского хозяйства и прочее, Минздравом (Минздравсоцразвития) России не утверждена и до субъектов Российской Федерации не доведена.

## **10. Предложения (рекомендации):**

### **Министерству здравоохранения Российской Федерации:**

1. Обеспечить своевременную подготовку и рассылку рекомендаций о формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий, что позволит субъектам Российской Федерации повысить качество и эффективность утверждаемых территориальных программ.

2. Подготовить и внести изменения в нормативные правовые акты, обеспечивающие реализацию процедуры своевременного согласования территориальных программ государственных гарантий с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, и процесс мониторинга за их выполнением.

3. Совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования разработать методику по определению оптимальной структуры расходов по каждому виду медицинской помощи с учетом Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597.

4. Проанализировать исполнение целевых значений показателей, утвержденных территориальными программами государственных гарантий исходя из критериев доступности и качества медицинской помощи, и подготовить методические рекомендации по определению достоверности фактически достигаемых результатов.

5. Принять необходимые нормативные правовые акты по совершенствованию методики комплексной оценки реализации территориальных программ государственных гарантий с учетом индикаторов и показателей, утвержденных региональными программами развития здравоохранения на период до 2020 года.

6. Утвердить единые методические рекомендации расчета потребности в медицинских кадрах, с учетом проводимых структурных преобразований в здравоохранении и предложений субъектов Российской Федерации, в целях исключения различий по определению потребности во врачебных кадрах с использованием рекомендаций о штатных нормативах медицинской организации, установленных в порядках оказания медицинской помощи и методики планирования кадровых ресурсов и количества коек, необходимых для оказания бесплатной медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий.

7. Обеспечить методическое сопровождение по переходу субъектов

Российской Федерации на эффективные методы управления здравоохранением и по осуществлению структурных преобразований с соблюдением интересов населения на своевременное получение доступной и качественной медицинской помощи.

8. Принять меры по совершенствованию системы обучения и повышения квалификации медицинских работников с предоставлением возможности непрерывного обучения и доступа к современным информационно-образовательным ресурсам, отвечающим интересам практического здравоохранения.

9. Изучить целесообразность внесения изменений в законодательство, касающихся снятия ограничений по возрастному цензу медицинским работникам, переехавшим на работу в сельскую местность и получающих стимулирующие единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. рублей с целью привлечения опытных и пожилых врачей, желающих уехать на работу в отдельные труднодоступные районы сельской местности, что может способствовать решению проблемы дефицита кадров и повысить качество оказания медицинской помощи сельским жителям.

10. Совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования доработать методику по проведению опросов застрахованных граждан об удовлетворенности населения медицинской помощью во избежание имеющихся значительных расхождений в результатах опросов, проводимых по методике ФОМС и социологических опросов проводимых другими независимыми организациями.

11. В целях недопущения замены в медицинских организациях бесплатных для населения медицинских услуг, предусмотренных в рамках территориальных программ государственных гарантий, на платные медицинские услуги, совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования осуществлять анализ услуг, оказываемых

медицинскими организациями за счет внебюджетных средств и принимать необходимые меры по устранению выявляемых нарушений.

12. Совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации подготовить предложения по внесению изменений в законодательные и федеральные нормативные правовые акты, в части обеспечения государственных гарантий отдельных категорий граждан регионального уровня лекарственными препаратами и осуществления мониторинга за выполнением обязательств органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

**Федеральному фонду обязательного медицинского страхования:**

1. Совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации разработать методику по определению оптимальной структуры расходов по каждому виду медицинской помощи с учетом Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597.

2. Совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации доработать методику по проведению опросов застрахованных граждан об удовлетворенности населения медицинской помощью во избежание имеющихся значительных расхождений в результатах опросов, проводимых по методике ФОМС и социологических опросов проводимых другими независимыми организациями.

3. Совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации разработать методику анализа медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями за счет внебюджетных средств и принимать необходимые меры по устранению выявляемых нарушений.

4. Проанализировать причины значительных различий в тарифах на одинаковые медицинские услуги в субъектах Российской Федерации и в случае необходимости разработать дополнительные методические рекомендации, способствующие эффективному расходованию государственных средств при

оказании населению медицинской помощи в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий.

5. Усилить контроль за качеством экспертиз, проводимых страховыми медицинскими организациями и предусмотреть в договорах возможность направлять часть финансовых средств, полученных СМО в виде дохода по результатам экспертизы, на устранение выявленных недостатков и повышение квалификации персонала медицинских организаций, в которых выявляются нарушения.

6. Продолжить совершенствование методики учета расходов медицинских организаций при оказании медицинской помощи, связанных с затратами на аутсорсинг, включая расходы на питание в условиях круглосуточных стационаров.

**Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:**

1. Принять меры по увеличению финансового обеспечения территориальных программ в соответствии с требованиями к показателю подушевого норматива финансового обеспечения, предусмотренного Программой государственных гарантий на 2013-2015 гг.

2. Принимать меры, обеспечивающие реализацию Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 в части обеспечения медицинских работников государственного сектора здравоохранения конкурентным в регионе уровнем заработной платы.

3. Предусмотреть в территориальных программах утверждение целевых значений по всем показателям, в соответствии с критериями доступности и качества медицинской помощи, установленными Программой государственных гарантий. Обеспечить информационную открытость утвержденных территориальных программ, гарантирующих населению право на получение бесплатной медицинской помощи.

4. Принять меры по выполнению положений федеральных нормативных правовых актов и Программы государственных гарантий в части обеспечения отдельных категорий граждан регионального уровня необходимыми лекарственными препаратами.

5. Обеспечить контроль исполнения медицинскими организациями показателей, утвержденных территориальной программой, в том числе фактических сроков ожидания пациентами предоставления медицинских услуг.

6. В процессе утверждения государственных заданий медицинским организациям по выполнению объемов медицинской помощи, предусматривать фактическую потребность населения в медицинских услугах и не допускать разбалансированность территориальных программ по видам медицинской помощи.

7. При формировании тарифов на медицинские услуги максимально учитывать потребность в оплате расходов по всем видам затрат при оказании медицинской помощи, в целях недопущения образования у медицинских организаций кредиторской задолженности и неэффективного использования медицинского оборудования в отсутствие необходимых расходных материалов и своевременного технического обслуживания.

8. Утвердить нормативы обеспеченности населения врачебными кадрами по видам медицинской помощи в соответствии с едиными методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации.

9. Продолжить работу по привлечению молодых специалистов и закреплению кадров на работе в медицинских организациях в соответствии с утвержденными региональными программами и обеспечением соответствующего финансирования на реализацию принятых программ.

10. Обеспечить необходимые условия для повышения уровня профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников с помощью современных образовательных технологий, внедрения в учебный процесс знаний по ряду быстро развивающихся направлений медицины,

позволяющих повысить качество медицинской помощи, оказываемой населению.

11. Принять меры по обеспечению граждан исчерпывающей информацией о возможности получения в медицинских организациях бесплатных видов и объемов медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий и правил ее предоставления.

12. Регулярно анализировать результаты социологических опросов граждан, проводимых независимыми профессиональными организациями об уровне удовлетворенности граждан доступностью и качеством медицинской помощи и своевременно принимать надлежащие меры по устранению выявляемых недостатков.

Аудитор Счетной палаты



В.С.Катренко