



2021

# Отчет

о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ распределения, предоставления и расходования субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, а также оценка влияния особенностей субъектов Российской Федерации на размер выделяемой субвенции»



## Ключевые итоги контрольного мероприятия

### Цели

- Проанализировать объем субвенций, методику расчета и распределения по регионам;
- Оценить финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования (ОМС);
- Оценить участие субъектов Российской Федерации в формировании территориальных программ ОМС.

### Итоги проверки

Анализ показал, что Методика распределения субвенций в целом обеспечивает соответствие расчета и распределения объемов субвенций требованиям законодательства об ОМС. Однако она не учитывает разницу в стоимости лекарственного обеспечения и оказания медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов.

Применяемые коэффициенты дифференциации не позволяют учесть все особенности субъектов Российской Федерации. Вес отдельных составляющих коэффициента дифференциации не в полной мере соответствует структуре расходов средств ОМС. К примеру, доля оплаты труда с начислениями в расходах составляет 68,9 %, в то время как вес данного фактора при расчете коэффициента дифференциации равен 73 %.

При расчете коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг учитываются неценовые факторы. Часть из них не имеет отношения к системе здравоохранения. В составе формулы не представлены показатели заболеваемости и смертности, не включены доли лиц с высокими потребностями в медицинской помощи. Отсутствуют количественные показатели, из-за чего скорректировать нормативы объема субвенций невозможно.

Счетная палата выявила, что объемы субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) бюджетам территориальных фондов распределялись согласно федеральным законам. В 2019 году объем субвенций составил 2 069 914 309,50 млн рублей (100,1 % от плановых значений). На 1 октября 2020 года ФОМС были перечислены средства в объеме 1 669 072,5 млн рублей (75 % от плановых значений). Выявлено нецелевое использование средств ОМС на общую сумму 85 965 349,93 рублей, из которых восстановлено 6 003 624,62 рублей.

В 2020 году на фоне новой коронавирусной инфекции сокращались как объемы экстренной, так и неотложной медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров. Плановая медицинская помощь также была сокращена в условиях как дневного, так и круглосуточного стационара (44 % и 47 % соответственно).

При этом объемы неотложной помощи в данных условиях были выше уровней 2019 года.

Плановая медицинская помощь по основным группам неинфекционных заболеваний, которые являются основными причинами смертности (в первую очередь сердечно-сосудистые, эндокринные), своевременно не оказывалась. Преимущественно это связано с ограничительными мерами, введенными в субъектах Российской Федерации.

Отмечается рост просроченной кредиторской задолженности в ряде субъектов Российской Федерации в 2019 году (в г. Санкт-Петербурге – 304,4 %, в Республике Удмуртия – 322,8 %, в Омской области – 366,6 %). Наибольший темп роста просроченной кредиторской задолженности был отмечен в первом полугодии 2020 года – и в некоторых регионах увеличился в четыре раза.

В качестве основных причин кредиторской задолженности со стороны медицинских организаций выделяются снижение финансирования по подушевому нормативу (вследствие сокращения численности населения, прикрепленного к медицинским организациям в сельской местности); недостаток врачей-специалистов; недостаточность материально-технического обеспечения; неэффективное расходование медицинскими организациями средств ОМС; рост доли фонда оплаты труда и другие.

Рост просроченной кредиторской задолженности может свидетельствовать о недостатке средств у медицинских организаций для финансирования текущих расходов. Однако достоверно оценить потребность в финансировании базовой программы ОМС в настоящее время невозможно: стандарты оказания медицинской помощи утверждены не по всем заболеваниям и охватывают преимущественно стационарную помощь. По большинству заболеваний отсутствуют утвержденные клинические рекомендации.

В ходе анализа были выявлены недостатки в области оплаты труда. В 21 регионе (24,7 %) не достигнуты целевые показатели заработной платы, установленные Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». Сохраняется кадровый дефицит медицинских работников.

При этом в расходах медицинских организаций затраты на оплату труда с начислениями занимают наибольшую долю – 68,9 %. В отдельных регионах доля таких расходов превышает 75 %.

Большинство субъектов Российской Федерации не участвуют в финансировании территориальной программы ОМС (53 субъекта, или более 62 %). В ряде регионов наблюдается снижение объемов финансирования из региональных бюджетов (Республики Коми, Мордовия, Саха – Якутия, Ненецкий автономный округ, Челябинская и Мурманская области).

Отсутствует единообразный подход к учету и оплате медицинской помощи, оказанной сверх плановых объемов. В ряде субъектов Российской Федерации такие объемы достигают 13-18 % от установленных.

## Выводы

Общий размер субвенции для финансирования ОМС недостаточен. При распределении средств не учитывается разница между регионами в стоимости товаров и услуг; оказания медицинской помощи; потребности населения в медицинской помощи. В большинстве регионов отсутствует дополнительное финансирование региональной программы ОМС за счет средств региональных бюджетов. У медицинских организаций недостаточно средств ОМС для финансирования текущих расходов, выявлен рост кредиторской задолженности у ряда медицинских организаций.

## Предложения Счетной палаты Российской Федерации

Счетная палата рекомендует Правительству Российской Федерации поручить Минздраву России совместно с ФОМС:

- 1) Рассмотреть возможность учета в Методике распределения субвенций:
  - ценовых коэффициентов, которые отражают разницу ресурсного обеспечения в регионах;
  - объемов и различий в стоимости медицинской помощи, оказанной в рамках межтерриториальных расчетов между субъектами Российской Федерации;
  - факторов, влияющих на потребность населения в объемах медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальных программ ОМС.

При внесении изменений в Методику распределения субвенций рекомендуется установить переходный период. Это позволит не допустить снижения номинальной величины субвенции, которая передается территориальным фондам субъектов Российской Федерации.

- 2) Проанализировать расхождение значений весовых коэффициентов с фактической структурой расходов ОМС.
- 3) Детализировать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части дифференциации объемов медицинской помощи (в том числе по отдельным видам, профилям и условиям оказания медицинской помощи) в зависимости от географических, демографических, эпидемиологических и иных характеристик субъектов Российской Федерации.
- 4) Включить в программы проверок экспертизу соблюдения комиссиями по разработке территориальных программ ОМС критериев при распределении объемов медицинской помощи.
- 5) Разработать порядок определения размера нормативов расходов на выполнение территориальными фондами ОМС своих функций.

# 1. Основание для проведения экспертно-аналитического мероприятия

Пункт 3.1.0.18 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2020 год.

## 2. Предмет экспертно-аналитического мероприятия

- Нормативные правовые акты и распорядительные документы в сфере обязательного медицинского страхования (далее также – ОМС), регламентирующие организацию и порядок распределения, предоставления и расходования субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее также – Фонд, ФОМС) бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее также – ТФОМС) на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС (далее также – субвенции);
- документы, обосновывающие доведение субвенций и подтверждающие их использование;
- оценка достаточности объема субвенций на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС с учетом особенностей регионов.

## 3. Цели экспертно-аналитического мероприятия

- 1) Цель 1. Проанализировать объем субвенций, методику расчета и распределения по регионам.
- 2) Цель 2. Оценить финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования.
- 3) Цель 3. Оценить участие субъектов Российской Федерации в формировании территориальных программ обязательного медицинского страхования.

## 4. Объекты экспертно-аналитического мероприятия

- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (г. Москва).
- Иные органы и организации (по запросу).

## 5. Исследуемый период

2018–2019 годы и истекший период 2020 года.

## 6. Сроки проведения экспертно-аналитического мероприятия

Июль–декабрь 2020 года.

## 7. Результаты экспертно-аналитического мероприятия<sup>1</sup>

### 7.1. Анализ объема субвенций, методики расчета и распределения по регионам

7.1.1. Анализ нормативных правовых актов и распорядительных документов, регламентирующих объем переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, показал, что существующий порядок нормативного регулирования указанных полномочий обеспечивает достаточный уровень регламентации их осуществления (см. приложение № 1.1).

Вместе с тем отдельные виды правомочий, входящих в состав переданного полномочия по организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации<sup>2</sup>, осуществляются в условиях неполной правовой регламентации порядка определения расходов на обеспечение их реализации.

Согласно пункту 8 части 2 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ в целях обеспечения осуществления переданных полномочий ФОМС согласовывает нормативы расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами своих функций, связанных с реализацией переданных полномочий.

Вместе с тем действующими нормативными правовыми актами в сфере регулирования переданных полномочий не предусмотрены нормативы расходов на обеспечение выполнения таких правомочий, как контроль за использованием средств ОМС на территориях субъектов Российской Федерации, обеспечение прав граждан в сфере ОМС на территориях субъектов Российской Федерации и ведение

- 
1. В ходе мероприятия проанализированы нормативные правовые акты, данные официальных форм статистического наблюдения, иные статистические данные и аналитические материалы, полученные в связи с запросами объектов экспертно-аналитического мероприятия, а также в ходе взаимодействия с экспертами.
  2. В соответствии со статьей 6 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ).

персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и иных в соответствии с пунктами 2–9 части 1 статьи 6 Федерального закона № 326-ФЗ.

Анализ темпов роста размеров финансового обеспечения выполнения функций органов управления ТФОМС показал их разнонаправленную динамику в различных субъектах в проверяемом периоде (например, темпы роста в 2019 году в ТФОМС составили: в Республике Татарстан – 22 %, в Новгородской области – 20 %, в г. Санкт-Петербурге – 3 %, а в Республике Дагестан – сократились на 16 %).

Отсутствие нормирования затрат по указанным направлениям может создавать риски необоснованного завышения расходов.

7.1.2. Нормативное регулирование мероприятий, связанных с распределением, предоставлением и расходованием субвенций, осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – постановление № 462).

Применение Методики распределения субвенций, утвержденной постановлением № 462, в целом обеспечивает соответствие расчета и распределения объемов субвенций требованиям законодательства об ОМС<sup>3</sup>, однако применяемые коэффициенты дифференциации не позволяют объективно учесть все особенности субъектов Российской Федерации<sup>4</sup>.

Веса отдельных составляющих коэффициента дифференциации не в полной мере соответствуют фактической структуре расходов средств ОМС: доля оплаты труда с начислениями в расходах составляет 68,9 %, в то время как вес данного фактора при расчете коэффициента дифференциации – 73 %<sup>5</sup>; доля расходов на оплату ЖКХ и содержание имущества составляет 5 %, а вес данного фактора в формуле для расчета коэффициента дифференциации – 5,9 %.

При расчете одной из составляющих коэффициента дифференциации – коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг (ПРi) – учитывается значительное число неценовых факторов (плотность транспортных путей постоянного действия; доля сельских населенных пунктов, не имеющих постоянной транспортной связи; доля населения, проживающего в населенных пунктах < 500 человек; доля населения, проживающего в отдаленных районах; доля населения нетрудоспособного возраста

---

3. Статья 133.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации, статья 27 Федерального закона № 326-ФЗ.

4. Анализ Методики распределения субвенций, утвержденной постановлением № 462, представлен в приложении № 1.2.

5. Хотя в формуле для расчета коэффициента дифференциации зарплатный коэффициент умножается на 0,7, а коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг – на 0,3, реальные веса не соответствуют данным значениям, так как средневзвешенные значения показателей тах (Кр; Кзп) и ПР (с учетом ограничений) больше единицы. Для расчета реальных весов применяемые весовые коэффициенты 0,7 и 0,3 были пересчитаны путем деления на средневзвешенный коэффициент дифференциации (1,2) и умножения на соответствующие средневзвешенные коэффициенты тах (Кр; Кзп) и ПР (1,25 и 1,08 соответственно).

и др.). Одновременно ряд используемых в формуле неценовых коэффициентов не имеет отношения к системе здравоохранения (например, покрытие расходов на ЖКХ денежными доходами населения).

Текущая методика расчета коэффициента дифференциации не учитывает разницу в стоимости лекарственного обеспечения, занимающего значимую долю в затратах средств ОМС, а также стоимость оказания медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов. Отток пациентов из регионов с низкой стоимостью медицинской помощи в регионы с высокой ее стоимостью приводит к существенной разбалансировке финансового обеспечения территориальных программ ОМС ряда субъектов Российской Федерации (Владимирской, Рязанской, Тульской, Ленинградской областей, республик Дагестан, Чечня и др.).

Ценовой коэффициент, применяемый для сравнения регионов по уровню заработной платы, рассчитывается как максимальное значение из двух показателей:  $K_p$  – суммы средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях (принимает значение от 1,0 до 3,0) и  $K_{зп}$  – коэффициента уровня среднемесячной заработной платы (отношение среднемесячной подушевой номинальной начисленной заработной платы в субъекте Российской Федерации к показателю, рассчитанному для Российской Федерации в целом). Таким образом, поскольку коэффициент не может принимать значение ниже 1,0, а существуют регионы, в которых среднемесячный уровень номинальной заработной платы ниже, чем по Российской Федерации в среднем, связь искажается (см. рис. 1.2.1 приложения № 1.2). Аналогичная проблема актуальна и для второй составляющей коэффициента дифференциации – коэффициента ПР, так как его значения, изначально сбалансированные вокруг 1,0, ограничены диапазоном от 1,0 до 4,5.

Таким образом, средневзвешенное значение коэффициента дифференциации составляет 1,2, а минимальное – 1,0. В результате субъекты Российской Федерации, в которых коэффициент дифференциации принимает минимальное значение, получают субвенцию в размере среднего подушевого норматива финансирования, предусмотренного Программой государственных гарантий<sup>6</sup> (далее также – Программа) за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенции ФОМС на одно застрахованное лицо (12 699,2 рублей в 2020 году.) Однако с учетом значения средневзвешенного коэффициента дифференциации фактический средний подушевой норматив в 1,2 раза выше, установленного Программой (то есть она устанавливает минимальные, а не средние значения).

Для того чтобы отвечать своему целевому назначению, коэффициент дифференциации должен характеризоваться соответствием значений весовых коэффициентов реальной структуре затрат в системе ОМС, а также применением ценовых коэффициентов, отражающих различия в стоимости товаров и услуг между субъектами Федерации. Таким образом должны создаваться условия для объективного и сбалансированного

6. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610.



учета взаимосвязи между используемыми ценовыми составляющими коэффициента и объективными особенностями каждого региона, влияющими на стоимость оказания медицинской помощи.

7.1.3. Был проведен анализ соответствия нормативов объема медицинской помощи в базовой программе ОМС сложившейся потребности застрахованных лиц в медицинской помощи с учетом особенностей регионов. В ходе анализа установлено, что структура коэффициента дифференциации, используемого при определении размера субвенции, недостаточно информативна для обеспечения учета различных потребностей в объемах медицинской помощи (см. приложение № 1.3).

В составе формулы, по которой вычисляется коэффициент дифференциации, не представлены показатели, характеризующие потребности в медицинской помощи напрямую, – заболеваемость и смертность. Социальные характеристики населения, косвенным образом влияющие на потребление медицинской помощи, представлены только в виде обобщенной доли населения младше и старше трудоспособного возраста, чего также очевидно недостаточно для оценки. Выделенные показатели доли пожилого населения, инвалидов, лиц с высокими потребностями в медицинской помощи в состав формулы не включены.

Использование коэффициентов, применяемых методикой выравнивания бюджетной обеспеченности регионов в рамках межбюджетных отношений, приводит к включению в расчет показателей, не имеющих прямой связи с потребностями населения в медицинской помощи (например, коэффициент покрытия расходов на жилищно-коммунальные услуги денежными доходами граждан), которые могут исказить итоговую оценку потребности<sup>7</sup>.

Отсутствие в расчете количественных показателей, характеризующих потребности населения в медицинской помощи, исключает возможность корректировки нормативов объема в рамках базовой программы. Это, в свою очередь, затрудняет получение объективных воспроизводимых данных о фактической потребности в объеме субвенции из средств бюджета ФОМС, необходимом для финансирования скорректированных нормативов объема в рамках базовой программы.

Возможности субъектов Российской Федерации при формировании территориальных программ ОМС ограничиваются перераспределением объемов за счет сокращения нормативов по иным направлениям и изменения тарифов на оплату медицинской помощи. Создание условий для всестороннего учета различий в потребностях застрахованного населения в различных видах медицинской помощи затруднено в связи с ограниченными возможностями использования регионами инструментов дифференциации нормативов медицинской помощи по причине отсутствия унифицированных требований и методик к дифференциации нормативов объемов медицинской помощи. Кроме того, нормативы финансовых затрат, используемые в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам

---

7. См.: Методика распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 года № 670 «О распределении дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации».

медицинской помощи согласно положениям части 7 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», формируются с учетом порядка оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи. Вместе с тем отмечается, что стандартами медицинской помощи охвачены не все виды заболеваний. Это может приводить к формированию нормативов финансовых затрат, не в полной мере учитывающих потребности застрахованных лиц в объемах финансирования медицинской помощи.

Проведенным выборочным анализом установлено, что учет сведений о случаях оказания медицинской помощи по ОМС, не оплаченных по причине превышения установленных объемов медицинской помощи в территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, показал разнонаправленную динамику по субъектам Российской Федерации. Так, например, в Забайкальском крае, Новосибирской области, Республике Коми, Ульяновской области неоплаченные объемы медицинской помощи, оказанные сверх плановых объемов, достигают 13–18 % от установленных объемов медицинской помощи в территориальной программе государственных гарантий, в то время как в других субъектах Российской Федерации (например, Краснодарский край, Ставропольский край, Ростовская область – всего 20 регионов) сверхплановые объемы отсутствуют<sup>8</sup>.

По итогам анализа было установлено, что в субъектах Российской Федерации низкие значения этого показателя являются следствием в большей степени не отсутствия указанной проблематики, а особенностей учета и организации оплаты оказанной медицинской помощи, что указывает на наличие скрытого дефицита финансирования базовой программы ОМС.

В соответствии с позицией Верховного Суда Российской Федерации неоплата оказанной сверх плановых объемов медицинской помощи не соответствует нормам действующего законодательства, поскольку при отсутствии доказательств того, что оказанные услуги не входят в программу обязательного медицинского страхования, и при отсутствии фактов нарушения медицинской организацией требований, предъявляемых к предоставлению медицинской помощи, медицинские услуги, оказанные сверх объема, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию и подлежащими оплате в полном объеме в соответствии с установленными тарифами обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией<sup>9</sup>.

#### 7.1.4. Согласно положениям статьи 27 Федерального закона № 326ФЗ субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов

- 
8. Анализ данных об учете объемов медицинской помощи, оказанной сверх плановых объемов, представлен в таблице № 1.2 Приложения № 1.3.
  9. Определение Верховного Суда Российской Федерации от 24.08.2018 № 308-ЭС18-8218 по делу № А15-6379/2016.

на осуществление переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 Федерального закона № 326-ФЗ полномочий предоставляются в объеме, установленном федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, а общий объем субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов, определяется в соответствии с постановлением № 462.

Распределение субвенций по регионам утверждается в приложении к Федеральному закону о бюджете ФОМС на очередной финансовый год и на плановый период. Распределяемые объемы субвенций обеспечивают реализацию территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС в соответствии с нормативами Программы государственных гарантий.

Проведенным анализом распределения субвенций в период 2015–2019 годов установлено, что объемы субвенций из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов распределялись согласно федеральным законам о бюджетах ФОМС на соответствующий финансовый год и плановый период и составляли: в 2015 году – 1427 051 543,7 тыс. рублей (рост 22 % по сравнению с объемами субвенций 2014 года), в 2016 году – 1458 573 489,0 тыс. рублей (2,2 %), в 2017 году – 1537 214 804,6 тыс. рублей (5,4 %), в 2018 году – 1870 572 020,5 тыс. рублей (21,7 %), в 2019 году – 2 069 914 309,5 тыс. рублей (10,7 %) <sup>10</sup>.

На фоне общей тенденции к росту объемов субвенций для абсолютного большинства регионов в отдельных случаях наблюдался отрицательный рост, что было вызвано отрицательным приростом населения: в 2016 году – в Ивановской (95,9 %), Костромской (98,2 %), Архангельской (99,2 %), Мурманской (98,4 %), Саратовской (98 %) областях, Забайкальском крае (97,9 %), в 2018 году – в г. Байконуре (98 %), в 2019 году – в г. Байконуре (81,6 %).

В то же время отдельные субъекты Российской Федерации демонстрировали темпы роста объемов субвенций, превышающие средние: в 2016 году – Ненецкий АО (30 %), Республика Дагестан (12,7 %), в 2019 году – Ненецкий АО (23,9 %), Республика Саха – Якутия (24,5 %), Чукотский АО (21,6 %), Камчатский край (23,8 %), Магаданская область (23,9 %).

При этом анализ динамики расходования субвенций в разрезе регионов за период 2016–2019 годов показал существенный рост доли расходов на оплату труда и связанные с ней социальные выплаты по сравнению с иными направлениями расходов (услуги ЖКХ, содержание имущества, приобретение лекарственных средств, прочие услуги) <sup>11</sup>.

Вместе с тем органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в отдельных случаях высказывают предложения об увеличении коэффициента дифференциации для соответствующих субъектов, а также увеличении объема субвенции в целом (анализ предложений органов управления здравоохранением субъектов приведен в таблице 1.5.1 приложения № 1.5).

- 
10. Анализ динамики объемов субвенций на исполнение переданных полномочий по всем субъектам Российской Федерации за период 2015–2019 годов представлен в таблицах 1.4.1–1.4.6 приложения № 1.4.
  11. Анализ данных о различных видах расходов приведен в таблицах 2.4.3–2.4.6 приложения № 2.4.

7.1.5. В 2019 году из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов перечислено 2 069 914 309,50 млн рублей, что составляет 100,1% от плановых значений Федерального закона о бюджете Федерального фонда на 2019 год (2 068 282 000,50 млн рублей)<sup>12</sup>. По состоянию на 1 октября 2020 года Федеральным фондом обязательного медицинского страхования бюджетам ТФОМС перечислены субвенции на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации<sup>13</sup> в объеме 1 669 072,5 млн рублей, что на 7,7% выше уровня аналогичного периода 2019 года (1 550 026,4 млн рублей). Исполнение бюджетных обязательств по перечисленным субвенциям на 1 октября 2020 года составило 75% от плановых значений 2020 года.

В рамках анализа полноты и своевременности доведения субвенций из бюджета Фонда бюджетам ТФОМС установлено, что субвенции предоставляются при условии перечисления в бюджет Фонда ежемесячно, не позднее 28-го числа, одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации<sup>14</sup>. Срок доведения субвенций Федеральным фондом бюджетам территориальных фондов в 2019 году и истекшем периоде 2020 года в основном составлял от одного до трех дней после выполнения вышеуказанного условия.

Анализ сроков перечисления субъектами Российской Федерации в бюджет Федерального фонда страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2019 году и за 9 месяцев 2020 года показал, что 17 субъектов Российской Федерации перечисляли указанные взносы с нарушением срока от 1 до 3 дней<sup>15</sup>.

По данным выборочного анализа, в некоторых случаях срок доведения субвенций увеличивался до семи дней (например, Республика Карелия перечислила страховые взносы 4 сентября 2019 г. и 7 октября 2019 г., а Федеральным фондом субвенции были доведены 11 сентября 2019 г. и 14 октября 2019 г. соответственно; аналогичная ситуация сложилась по г. Санкт-Петербургу: страховые взносы перечислены 16 октября 2019 г., а субвенции доведены 22 октября 2019 г.; по Краснодарскому краю – 5 сентября 2019 г. и 12 сентября 2019 г. соответственно; по Удмуртской Республике – 4 сентября 2019 г. и 11 сентября 2019 г. соответственно).

Своевременность предоставления субвенций из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС находится в прямой зависимости от своевременного исполнения страхователями неработающих граждан – уполномоченными органами государственной власти субъектов Российской Федерации обязанности по уплате страховых взносов. Сочетание нормативно установленных поздних предельных сроков уплаты страховых взносов (не позднее 28-го числа месяца) и отсутствие для ФОМС срока предоставления субвенции приводит к рискам позднего поступления субвенции в бюджеты ТФОМС.

---

12. Анализ объемов субвенций бюджетам ТФОМС в период 2015–2019 годов приведен в приложении № 1.5.

13. В соответствии с частью 2 статьи 6 Федерального закона № 326-ФЗ.

14. Статья 27 Федерального закона № 326-ФЗ.

15. Костромская, Тверская, Ярославская, Курганская, Оренбургская, Свердловская, Новосибирская, Амурская области; Республики Карелия, Адыгея, Калмыкия, Ингушетия, Татарстан, Тыва, Хакасия; Алтайский, Забайкальский, Хабаровский края.

7.1.6. Проведенный выборочным способом анализ практики контроля, осуществляемого Фондом, за исполнением переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС показал, что в ходе реализации переданных полномочий в субъектах Федерации допускаются недостатки и нарушения.

В отношении соблюдения законодательства об ОМС и использования средств ОМС территориальными фондами в проверяемом периоде 2018–2019 годов ФОМС было проведено 33 проверки<sup>16</sup>.

По результатам проверок выявлены отдельные случаи оплаты медицинской помощи по заболеваниям, не входящим в перечень заболеваний, оплачиваемых за счет средств ОМС; осуществления расходов на содержание имущества ТФОМС, не предназначенного для исполнения функций ТФОМС, за счет средств субвенции Федерального фонда; оплаты работ по капитальному ремонту в медицинской организации за счет средств ОМС.

Всего по результатам проверок соблюдения законодательства об ОМС и использования средств ОМС территориальными фондами Фондом только в 2019 году выявлено нецелевое использование средств ОМС на общую сумму 85 965 349,93 рублей, из них восстановлено 6 003 624,62 рублей.

Систематические нарушения организации исполнения переданных полномочий выявляются Фондом в деятельности комиссий по разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – комиссии).

Проведенный ФОМС анализ тарифных соглашений в 2018 году выявил нарушения в 68 субъектах Российской Федерации. В 2019 году 53 тарифных соглашения не соответствовали базовой программе ОМС. На конец 2019 года 67 тарифных соглашений соответствовали базовой программе ОМС, не соответствовали – 19.

В проверяемом периоде в трех регионах проводились неправомочные заседания, в которых принимало участие менее двух третей членов комиссии.

В 24 регионах отмечались случаи рассмотрения комиссиями вопросов, не относящихся к их компетенции, в том числе:

- изменения регламента оплаты медицинской помощи при реализации территориальной программы ОМС в 2018 и 2019 годах;
- проведения страховыми медицинскими организациями (далее – СМО) экспертизы качества медицинской помощи, оказанной в определенных медицинских организациях;

---

16. Проверки проведены в следующих субъектах Федерации: в республиках Марий Эл, Ингушетия, Дагестан, Хакасия, Татарстан, Алтай, Северная Осетия – Алания, Саха (Якутия), Чувашской, Удмуртской; Краснодарском, Приморском, Хабаровском, Камчатском краях; Костромской, Курганской, Пензенской, Свердловской, Сахалинской, Самарской, Астраханской, Омской, Московской, Челябинской, Тамбовской, Вологодской, Мурманской, Оренбургской, Белгородской, Тюменской, Тверской, Ярославской областях и в городе Москве.

- принятия к оплате счетов без проверки на прикрепление застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь.

В 11 субъектах Российской Федерации фактически распределенные комиссией объемы предоставления медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, не соответствовали объемам, установленным территориальной программой ОМС.

Кроме того, в семи регионах отмечено, что объемы предоставления медицинской помощи распределялись не по всем медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций.

По результатам проверок Федеральным фондом направлялись письма в адрес глав субъектов Российской Федерации, в органы прокуратуры и в органы внутренних дел для принятия мер по устранению выявленных нарушений.

Таким образом, проведенным выборочным анализом установлено, что контроль со стороны ФОМС за организацией деятельности по реализации переданных полномочий осуществляется в соответствии с действующим законодательством на постоянной основе. Выявленные нарушения и практика организации контроля их устранения указывают на то, что практика организации контрольной деятельности ФОМС носит системный характер.

Вместе с тем механизмы установления мер ответственности должностных лиц, виновных в нарушениях порядка реализации переданных полномочий, в зависимости от допущенных нарушений действующим законодательством не определены, в правоприменительной практике ФОМС не представлены.

## 7.2. Оценка финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования

7.2.1–7.2.2. Анализом источников (структуры) и динамики объема финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования (в том числе в части базовой программы ОМС), а также изменений объема и структуры медицинской помощи, оплаченной за счет средств субвенций, за 2015–2019 годы и истекший период 2020 года установлено, что исполнение бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015–2019 годы по субвенциям бюджетам ТФОМС на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов Российской Федерации стабильно составляло 100 %, а процент исполнения по состоянию на 1 октября 2020 года составил 75 %<sup>17</sup>.

Расходы на оказание медицинской помощи по всем видам затрат суммарно за счет средств ОМС и за счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации в период с 2015 по 2019 год в целом увеличились с 2 176 720,0 млн рублей до 2 829 952,8 млн рублей, то есть на 30 %.

Доля финансирования за счет федерального бюджета в указанный период сократилась с 18 % в 2015 году до 14,6 % в 2019 году, в то время как финансирование за счет средств ОМС увеличивалось с 62 % в 2015 году до 64,6 % в 2019 году.

---

17. Детальные результаты анализа приведены в приложении № 2.1.

В 2018 году расходы из всех источников финансового обеспечения на реализацию Программы возросли на 23,1% по сравнению с предыдущим годом и составили 3 091,0 млрд рублей, доля финансового обеспечения Программы в валовом внутреннем продукте составила 3%. При этом расходы федерального бюджета на финансирование Программы возросли по сравнению с 2017 годом на 19,8% и составили в 2018 году 420,9 млрд рублей, а расходы бюджетов субъектов Российской Федерации – на 21,7%, составив 661,6 млрд рублей.

Расходы на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования составили в 2018 году 2 008,5 млрд рублей, что на 24,2% выше по сравнению с 2017 годом, в том числе расходы на обеспечение выполнения ТФОМС своих функций составили 13,6 млрд рублей. Отмечен дефицит финансового обеспечения Программы за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, который составил в 42 субъектах (без учета региональных особенностей) 55,8 млрд рублей.

В 2019 году расходы из всех источников финансового обеспечения на реализацию Программы возросли на 11,5% по сравнению с предыдущим годом и составили 3 447,3 млрд рублей, доля финансового обеспечения Программы в валовом внутреннем продукте составила 3,2%. При этом расходы федерального бюджета на финансирование Программы возросли по сравнению с 2018 годом на 19,3% и составили в 2019 году 502,3 млрд рублей, а расходы бюджетов субъектов Российской Федерации – на 8,6%, составив 718,2 млрд рублей.

Расходы на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования составили в 2019 году 2 226,8 млрд рублей, что на 10,9% выше по сравнению с 2018 годом, в том числе расходы на обеспечение выполнения ТФОМС своих функций составили 14,2 млрд рублей.

В 2019 году сохранялся дефицит финансового обеспечения территориальных программ за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, который составил (без учета региональных особенностей) по 34 субъектам 43,2 млрд рублей<sup>18</sup>.

Средние подушевые нормативы финансирования, установленные Программой в проверяемом периоде (без учета расходов федерального бюджета), составили: за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) в 2018 и 2019 годах 3 488,6 рубля в расчете на одного жителя, а в 2020 году – 3 593,3 рубля; за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций из бюджета

---

18. В соответствии с письмом Аппарата Правительства Российской Федерации от 11 апреля 2019 г. № П12-20194 Министерство здравоохранения Российской Федерации рассчитывает дефицит территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальные программы) за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации без учета региональных особенностей (коэффициента дифференциации). Установление подушевого норматива финансирования территориальных программ в значении выше среднего с учетом региональных особенностей относится к полномочиям субъектов Российской Федерации.

Федерального фонда – 10 812,7 рубля (2018 год), 11 800,2 рубля (2019 год) и 12 699,2 рубля (2020 год) в расчете на одно застрахованное лицо.

Таким образом, в период с 2018 года по первое полугодие 2020 года темпы роста средних подушевых нормативов финансирования Программы за счет средств ОМС (17,4 %) превосходили темпы роста средних подушевых нормативов финансирования Программы за счет средств регионов (3 %) в 5,8 раза. При этом наблюдавшееся сокращение дефицита финансирования программ ОМС за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации было обусловлено не сокращением абсолютных значений такого дефицита, а устранением из расчетов коэффициента дифференциации для региональных платежей или, как показано выше, отсутствием учета региональных особенностей.

По отчетным данным 2019 года сохранялся значительный дефицит финансового обеспечения территориальной программы за счет средств бюджета субъекта в Республике Ингушетия (69,9 % от потребности), Чеченской Республике (58,1%), Республике Марий Эл (57,0 %), Республике Дагестан (55,9 %), Карачаево-Черкесской Республике (54,9 %).

Также анализом установлено, что в 2018–2019 годах наблюдалось сокращение объемов оказания экстренной и неотложной медицинской помощи в условиях дневного стационара, при этом сопоставимого увеличения случаев оказания такой помощи в условиях круглосуточного стационара за указанный период не наблюдалось. Подобные факты могут говорить о снижении потребности в экстренной и неотложной помощи. В период развития пандемии COVID-19 в 2020 году объемы экстренной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточных стационаров, сокращались (после введения ограничительных мер), в то время как объемы неотложной помощи, оказываемой в условиях круглосуточных стационаров, были выше уровней 2019 года за соответствующие месяцы. Объемы оказания плановой медицинской помощи в апреле–августе 2020 года сокращались со схожими темпами в условиях как дневного стационара (среднее снижение – 44 %), так и круглосуточного (среднее снижение – 47 %).

В части анализа структуры оказания медицинской помощи в разрезе уровней, условий и форм выявлено несколько закономерностей:

- число случаев оказания плановой медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара устойчиво росло на протяжении 2018–2020 годов, однако с началом карантинных ограничений в апреле 2020 года объемы стали сокращаться;
- в период развития пандемии COVID-19 в 2020 году объемы экстренной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточных стационаров, сокращались незначительно (после введения ограничительных мер, преимущественно в организациях I и II уровней), в то время как объемы неотложной помощи, оказываемой в условиях круглосуточных стационаров, были выше уровней 2019 года за соответствующие месяцы;



- объемы оказания плановой медицинской помощи в апреле–августе 2020 года сокращались со схожими темпами в условиях как дневного, так и круглосуточного стационара в медицинских организациях всех уровней.

В отношении финансирования территориальных программ ОМС также наблюдается тенденция увеличения объемов финансирования за счет средств субвенции на осуществление переданных полномочий и уменьшения объемов дополнительного финансирования за счет средств региональных бюджетов (см. таблицы 3.2.1–3.2.31 приложения № 3.2 и раздел 7.3.2).

7.2.3. Анализ динамики и причин образования просроченной кредиторской задолженности приведен в приложении № 2.3.

Анализом установлено, что рост просроченной кредиторской задолженности медицинских организаций в 2018 году по отношению к 2017 году в некоторых субъектах достигал значений, превышающих 150 % (например, 196,0 % в Воронежской области). В 2019 году в сравнении с 2018 годом по ряду субъектов Российской Федерации просроченная кредиторская задолженность выросла более чем в три раза, составив 304,4 % в г. Санкт-Петербурге, 322,8 % – в Республике Удмуртия и 366,6 % – в Омской области. В ряде регионов, не имевших задолженности в 2017 году, таковая появилась в 2018 году (например, во Владимирской области).

Однако наибольший темп роста просроченной кредиторской задолженности продемонстрирован в целом в первом полугодии 2020 года. Так, в Воронежской области и Камчатском крае данный показатель вырос по отношению к уровню 2019 года более чем в четыре раза.

Вместе с тем есть и регионы, где кредиторская задолженность (в том числе просроченная) отсутствует: г. Байконур – за 2019 год и первое полугодие 2020 года, Республика Бурятия – за 2017–2019 годы.

Причинами образования кредиторской задолженности являются:

- сокращение численности населения, прикрепленного к медицинским организациям, расположенным в сельской местности, что приводит к снижению финансирования по подушевому нормативу;
- недоукомплектованность врачами-специалистами;
- недостаточная материально-техническая оснащенность медицинских организаций;
- приведение системы оплаты труда работников медицинских организаций в соответствие требованиям Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2019 год<sup>19</sup>;

19. Утверждены Российской трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений от 25.12.2018, протокол № 12, разработаны в соответствии со статьей 135 Трудового кодекса Российской Федерации в целях обеспечения единых подходов к регулированию заработной платы работников организаций бюджетной сферы, рекомендаций Минздрава России от 01.03.2019 № 16-3-12/7.

- низкое качество управления финансово-хозяйственной деятельностью медицинских организаций (перевыполнение объемов медицинской помощи, нерациональное использование коечного фонда, превышение показателей по заработной плате, установленных «дорожной картой», и т. д.);
- неэффективное расходование медицинскими организациями средств ОМС (дублирование оплаты услуг медорганизаций);
- содержание излишних и неиспользуемых площадей медорганизаций;
- завышение стоимости по приобретению товаров, работ и услуг в рамках заключенных договоров отдельных медицинских организаций в сравнении с другими организациями;
- рост доли фонда оплаты труда.

Значительная часть медицинских организаций имеет просроченную кредиторскую задолженность по причине несбалансированности доходной и расходной частей бюджетов медицинских организаций. Чаще всего это происходит по причине необоснованного увеличения штата, роста заработной платы, непродуманного планирования бюджета на очередной финансовый год, исходя из потребностей в финансировании расходов, связанных с оплатой труда, содержанием и эксплуатацией имущества.

Рост просроченной кредиторской задолженности может свидетельствовать о недостатке средств у медицинских организаций для финансирования текущих расходов.

Ситуация осложняется тем, что большинство субъектов Российской Федерации не участвуют средствами своих бюджетов в финансировании территориальной программы ОМС (53 субъекта Федерации, или более 62 %), и только в 32 регионах (более 37 %) участие регионального бюджета в финансировании территориальной программы ОМС имело место в проверяемом периоде 2019–2020 годов.

Вместе с тем достоверно оценить потребность в финансировании базовой программы ОМС в настоящее время невозможно, поскольку стандарты оказания медицинской помощи утверждены не по всем заболеваниям и охватывают только стационарную помощь. Кроме того, по большинству заболеваний отсутствуют утвержденные клинические рекомендации, которые могли бы быть положены в основу оценки финансовых обязательств системы ОМС.

7.2.4. Проведенным выборочным анализом структуры расходов медицинских организаций по средствам ОМС и их достаточности для обеспечения устойчивого функционирования медицинских организаций и выполнения целевых показателей по заработной плате медицинских работников установлено следующее<sup>20</sup>.

Согласно данным, представленным в форме статистического наблюдения № 62, в 2017–2019 годах в структуре затрат системы ОМС Российской Федерации

---

20. Детальный анализ структуры расходов медицинских организаций и заработной платы приведен в приложениях № 2.4 и № 2.4.1.

доминируют затраты на оплату труда (69–71% общих затрат). Существенную долю также занимают затраты на закупку медикаментов и перевязочных средств (10–13%). Доля затрат на коммунальные услуги и содержание имущества снизилась за этот период с 6,1 до 5,0%. Прочие затраты занимали в общих расходах средств ОМС долю в 14,2–13,3%.

## Структура расходов медицинских организаций



Анализ динамики роста расходов по отдельным элементам структуры расходов медицинских организаций в период 2017–2019 годов показывает, что на фоне роста совокупных расходов в целом на 29% с некоторым опережением по отдельным регионам (например, Сахалинская область – 53,8%, Республика Алтай – 47,7%, г. Москва – 41,6%, Челябинская область – 35,8%) медицинскими организациями г. Байконура продемонстрирована тенденция к сокращению расходов (85,5% от расходов 2017 года).

При средних темпах роста расходов на оплату труда в период 2017–2019 годов в размере 30% в целом по Российской Федерации, в медицинских организациях

отдельных субъектах Российской Федерации наблюдались как более высокие темпы роста (Республика Саха (Якутия) – 51,6 %, Сахалинская область – 55,6 %, Ярославская область – 40,4 %), так и заметные снижения расходов на оплату труда (Ханты-Мансийский АО – на 7,5 %, Чукотский АО – на 0,8 %). При средних значениях темпов роста расходов на оплату коммунальных услуг в размере 4 % разнонаправленная динамика наблюдалась в различных субъектах Российской Федерации: рост расходов (Челябинская область – 16,6 %, Сахалинская область – 32,8 %, Республика Хакасия – 31,9 %) сопровождался в отдельных регионах сокращением расходов (Томская область – на 3,6 %, Белгородская область – на 16,7 %, Калужская область – на 6,3 %). Отмечалась значимая положительная динамика темпов роста расходов на медикаменты во всех субъектах Российской Федерации, кроме Чукотского АО и г. Байконура (снижение на 30,5 % и на 54,5 % соответственно)<sup>21</sup>.

## Гистограмма распределения регионов Российской Федерации и города Байконура по доле затрат на медикаменты и перевязочные средства в структуре расходов средств ОМС за 2019 год\*



\* по данным формы статистического наблюдения № 62

21. Детальный анализ приведен в таблицах № 2.4.2–2.4.5 Приложения № 2.4.

Анализ сведений о планировании (расчете) расходов на заработную плату при формировании субвенции для выполнения Указа Президента Российской Федерации, об учете параметров федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» национального проекта «Здравоохранение» показал, что на 2019 год потребность в расходах на фонд оплаты труда составляет 1 431,3 млрд рублей. Кроме того, дополнительная потребность бюджета ФОМС в 2019–2021 годах в связи с увеличением численности всех категорий медицинского персонала составляет 12,3 млрд рублей при средней заработной плате по экономике<sup>22</sup> – 45 639 рублей.

Среднемесячная начисленная заработная плата наемных работников в организациях – 40 287 рублей<sup>23</sup>.

Потребность в расходах на фонд оплаты труда медицинских работников на 2020 год составляет 1 506,0 млрд рублей. При этом среднемесячная начисленная заработная плата работников организаций – 48 942 рублей<sup>24</sup>. Среднемесячная начисленная заработная плата наемных работников в организациях – 42 411 рублей<sup>25</sup>.

В 2019 году среднемесячная номинальная начисленная заработная плата врачей (включая врачей, являющихся руководителями структурных подразделений – отделов, отделений, лабораторий, кабинетов и др.) составила 81,58 тыс. рублей, или 204,4 % к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в 2019 году (39,92 тыс. рублей, по данным Федеральной службы государственной статистики за 2019 год), увеличившись по сравнению с аналогичным периодом 2018 года на 8 % (см. таблицу 2.4.2 приложения № 2.4.1).

При достигнутых в среднем по России целевых показателях заработной платы, установленных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ № 597) (200 % – для врачей), показатель по заработной плате врачей не достигнут в 21 регионе (24,7 %)<sup>26</sup>.

Реализация Указа № 597 позволила обеспечить опережающий рост оплаты труда в бюджетном секторе по сравнению с ростом оплаты труда в экономике в целом. В 2012–2019 годах средняя заработная плата в экономике возросла в 1,8 раза, по ВЭД «Деятельность в области здравоохранения и социальных услуг» – в 2,1 раза. Более высокий уровень оплаты труда в федеральных учреждениях связан в том числе с особенностями оказываемых ими услуг. Так, в федеральных учреждениях здравоохранения, как правило, осуществляется оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

- 
22. В 2018 году – по базовому прогнозу Минэкономразвития от 20.09.2017, в 2019–2021 годах – по базовому прогнозу Минэкономразвития от 29.08.2018.
23. Среднемесячный доход от трудовой деятельности в 2018–2021 годах – по доле в средней заработной плате по экономике 0,8827.
24. В 2019 году – по базовому прогнозу Минэкономразвития от 29.08.2018, в 2020–2022 годах – по базовому прогнозу Минэкономразвития от 27.08.2019.
25. Среднемесячный доход от трудовой деятельности в 2020–2022 годах – по базовому прогнозу Минэкономразвития от 27.08.2019.
26. Наименьшие показатели у Мурманской области – 188,7%, Республики Тыва – 190,3%, Магаданской области – 191,8%, Забайкальского края – 193%, Ульяновской области – 194,8%.

В то же время наблюдалось общее сокращение численности работников по предусмотренным указам категориям. По данным Росстата, за 2013–2019 годы общая численность этих категорий работников сократилась на 14,5 %, численность младшего медицинского персонала – на 61,3 %.

Одновременно сохранялся кадровый дефицит медицинских работников, укомплектованность штатов медицинскими кадрами снижалась на протяжении 2013–2019 годов.

7.2.5. В рамках оценки рисков, возникающих в ходе реализации мероприятий по распределению, предоставлению и расходованию субвенций из бюджета Фонда бюджетам ТФОМС, связанных с пандемией новой коронавирусной инфекции (далее – COVID-19), и анализа мер, предпринимаемых ФОМС с целью поддержания финансовой устойчивости медицинских организаций системы ОМС в этих условиях, установлено следующее.

Федеральным фондом в адрес руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и директоров ТФОМС направлены рекомендации по внесению изменений в тарифные соглашения, в соответствии с которыми<sup>27</sup>:

- увеличены подушевые нормативы финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом высвободившихся средств в связи с временным приостановлением проведения диспансеризации населения Российской Федерации, а также профилактических медицинских осмотров;
- установлен тариф на оплату тестирования групп риска на выявление COVID-19;
- в целях оплаты медицинской помощи, оказываемой пациентам с пневмонией, вызванной COVID-19, было рекомендовано выделить подгруппы в составе двух клинико-статистических групп заболеваний в стационарных условиях (для случаев легкого, среднетяжелого и тяжелого течения заболевания);
- при необходимости может устанавливаться коэффициент сложности лечения пациента для случаев лечения пациентов с COVID-19 в значении до 1,8, в том числе в случае госпитализации пациентов с COVID-19, находящихся в крайне тяжелом состоянии.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам с COVID-19, установлены с учетом Временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» и дифференцированы в зависимости от сложности лечения пациента.

Необходимо отметить, что бюджет Фонда на 2020 год в соответствии с Федеральным законом от 2 декабря 2019 г. № 382-ФЗ утвержден с дефицитом в сумме 1,4 млрд рублей. Субвенция, утвержденная в размере 2 225,4 млрд рублей, ежемесячно в сумме 185,5 млрд рублей предоставляется в субъекты Российской Федерации

---

27. Письма ФОМС от 26.03.2020 № 4124/30/и, от 31.03.2020 № 4150/26-2/2274 и от 05.08.2020 № 10565/26-1/и.

и обеспечивает своевременное финансирование оказания медицинской помощи, в том числе федеральными государственными учреждениями.

При этом объем средств обязательного медицинского страхования, направленных на оплату медицинской помощи при новой коронавирусной инфекции за март–июль 2020 года, составил 64 887,6 млн рублей.

В результате сокращения объемов медицинской помощи, связанных с введением ограничительных мероприятий, и авансирования медицинских организаций в размере 100 % от среднемесячного объема средств в медицинских организациях сложилась задолженность по авансам перед СМО за период с апреля по июль 2020 года.

Кредиторская задолженность медицинских учреждений перед СМО (выборочно по субъектам) составила:

- в Санкт-Петербурге – 1 982,6 млн рублей;
- в Магаданской области – 727,8 млн рублей;
- в Мурманской области – 640,8 млн рублей;
- в Волгоградской области – 530,4 млн рублей;
- в Республике Коми – 568,3 млн рублей;
- в Ивановской области – 315,5 млн рублей;
- в Рязанской области – 159,4 млн рублей;
- во Владимирской области – 83,2 млн рублей.

Данные выборочного обследования 35 медицинских организаций из разных субъектов Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь различных профилей в условиях дневных и круглосуточных стационаров, показывают, что с момента введения законодательных ограничений в апреле 2020 года общий объем оказания плановой помощи действительно снизился относительно уровней соответствующих месяцев 2019 года.

При этом сокращение наблюдалось как в части медицинской помощи, оказываемой в круглосуточных стационарах, так и в части медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах. В последнем случае снижение оказалось менее резким: за период с апреля по август среднее отклонение объемов оказания плановой помощи в 2020 году от показателей 2019 года составило 26,2 %, в то время как для круглосуточного стационара аналогичный показатель составил 52,4 %.

Согласно данным выборочного исследования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, период сокращения числа профосмотров и диспансеризаций с апреля 2020 года (в ряде учреждений вплоть до полного отсутствия) совпало с периодом существенного роста задолженности по выданным авансам (от 36,2 % в мае до 125,6 % в июне по сравнению с уровнями 2019 года). Снижение объемов плановых госпитализаций в организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях, также происходило на фоне роста задолженности по выданным авансам: разница между соответствующими объемами

за период с апреля по август в 2020 и 2019 годах составила от 54,7 % в апреле до 219,7 % в мае.

Представленные данные позволяют оценить динамику объемов оказания медицинской помощи в период первой волны распространения COVID-19 на территории России и в период временной стабилизации эпидемиологической обстановки в летние месяцы. Наблюдаемое снижение объемов оказания плановой медицинской помощи было вызвано преимущественно ограничительными мерами, введенными с разным уровнем строгости в разных субъектах Федерации. При этом из выделенных постановлением Правительства Российской Федерации эндокринологического, сердечно-сосудистого и онкологического профилей сохранить объемы оказания плановой медицинской помощи удалось только в последнем случае.

В то же время развивающаяся во второй половине 2020 года вторая волна распространения COVID-19 характеризуется значительно большими уровнями и динамикой заболеваемости, а также отсутствием ограничительных административных мер, аналогичных весенним. С этой точки зрения наиболее информативные и корректные выводы и рекомендации могут быть сформулированы по итогам анализа данных за весь 2020 год, а также при сопоставлении «ответа» системы здравоохранения в первую и вторую волны распространения коронавирусной инфекции.

Правительством Российской Федерации по предложениям ФОМС и Минздрава России принят ряд мер, направленных на стабилизацию финансовой ситуации и нивелирование рисков «замораживания» средств за неоказанную медицинскую помощь.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.12.2020 № 1995 «О внесении изменений в пункт 1 постановления Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 432» установлено, что медицинские организации в дополнение к постоянным расходам могут осуществлять расходы на цели, предусмотренные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ и связанные с необходимостью надлежащего исполнения принятых ими обязательств по заключенным гражданско-правовым договорам, за счет средств обязательного медицинского страхования независимо от объема оказанной ими медицинской помощи в размере, не превышающем 5 % размера постоянных расходов медицинской организации за соответствующий период. На сумму оплаты таких расходов уменьшается сумма кредиторской задолженности медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, перед страховыми медицинскими организациями.

Таким образом, Минздравом России совместно с Фондом проработаны и опробованы методы оказания помощи медицинским учреждениям в условиях пандемии COVID-19, которые в целом позволили обеспечить их финансовую стабильность.

Чрезвычайная ситуация проиллюстрировала отсутствие четких механизмов компенсации медорганизациям потерь от снижения плановых объемов медицинской помощи и дефицит резервов софинансирования со стороны бюджетов региональных уровней. При этом с учетом мер, гарантированных в постановлениях Правительства



Российской Федерации<sup>28</sup> и в приказе Министерства здравоохранения<sup>29</sup>, финансовая устойчивость системы ОМС продемонстрировала положительную динамику.

Таким образом, в текущих условиях к числу основных рекомендаций для повышения финансовой устойчивости системы ОМС можно отнести разработку и внедрение мер по контролю и сохранению объемов оказания плановой медицинской помощи по выделенным профилям (эндокринология, сердечно-сосудистая хирургия).

Кризисное состояние экономики вследствие пандемии COVID-19 обуславливает риск недополучения доходов Фонда, поступающих за счет взносов на ОМС. Неоказание своевременной плановой медицинской помощи в связи с пандемией коронавируса чревато ростом заболеваемости населения и возможным отложенным ростом смертности, что может негативно сказаться на динамике расходов ОМС на оплату медицинской помощи в рамках территориальных программ.

### 7.3. Оценка участия субъектов Российской Федерации в формировании территориальных программ обязательного медицинского страхования

7.3.1. Проведенный выборочный анализ нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации, регулирующих вопросы реализации переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, показывает, что содержание положений о ТФОМС субъектов Российской Федерации не противоречит действующему законодательству Российской Федерации<sup>30</sup>.

Вместе с тем выявлен ряд фактов, указывающих на наличие недостатков и нарушений положений действующего законодательства.

Так, Положением о министерстве здравоохранения Новгородской области к его полномочиям отнесены функции ТФОМС, закрепленные статьей 34 Федерального закона № 326-ФЗ (в частности, администрирование доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, контроля за использованием средств ОМС на территории области и др.), т. е. осуществлено законодательное закрепление дублирования полномочий.

Не установлены вид дохода «Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования» и главный администратор по данному виду

---

28. Постановления Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 432, от 03.08.2020 № 1166 и от 03.12.2020 № 1995.

29. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.04.2020 № 299н.

30. Детальный анализ нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации, регулирующих вопросы реализации переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, приведен в приложении № 3.1.

дохода в законах о бюджете ТФОМС на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов 41 субъекта Российской Федерации.

В 19 регионах отмечаются случаи необоснованного включения в перечень главных администраторов доходов бюджета в законах о бюджете ТФОМС на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов иных, кроме самого территориального фонда (код 395), администраторов доходов (ФАС, ФК, ФНС).

Отмечен случай правовой регламентации законом субъекта Российской Федерации правоотношений, регулирование которых уже осуществлено Федеральным законом. Так, статьей 8 законов Магаданской области от 26.12.2018 № 2325-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов», от 25.12.2019 № 2449-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов» установлены размеры страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Магаданской области на соответствующие годы.

Учитывая, что согласно положениям статьи 23 Федерального закона № 326-ФЗ размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливаются федеральным законом<sup>31</sup>, установление указанной нормы законом Магаданской области содержит признаки попытки урегулировать предмет, выходящий за рамки полномочий субъектов Российской Федерации.

Несмотря на то что содержание тарифных соглашений регулируется приказом ФОМС от 21 ноября 2018 г. № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее также – Требования), в подвергнутых выборочному анализу тарифных соглашениях отсутствует единообразие в выборе правовых оснований заключения тарифного соглашения (указываются различные нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось тарифное соглашение, как это показано в таблице 3.1.1 приложения № 3.1). Минздравом России принят приказ от 28.01.2019 № 25н<sup>32</sup>, предусматривающий четкий порядок и сроки рассмотрения тарифных соглашений и позволяющий контролировать единообразие содержания тарифных соглашений в соответствии с положениями действующего законодательства.

Исследование тарифных соглашений Калужской, Томской, Владимирской, Тверской, Мурманской, Калининградской областей, Краснодарского, Пермского краев показало вариативность организации способов оплаты амбулаторной помощи (см. табл. 3.1.2 приложения № 3.1).

---

31. Федеральный закон от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

32. Приказ Минздрава России от 28.01.2019 № 25н «Об утверждении порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы».

В тарифных соглашениях Мурманской и Калининградской областей, где установлен способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, подразумевающий установление перечня показателей результативности, данные показатели в тарифных соглашениях не установлены.

Также было отмечено, что субъекты Российской Федерации в тарифных соглашениях в рамках предусмотренной законодательством структуры тарифов самостоятельно детализируют состав расходов медицинских организаций, оплачиваемых и не оплачиваемых за счет средств ОМС (например, тарифные соглашения на 2020 год Краснодарского и Пермского краев, а также Мурманской области). Таким образом, проведенный анализ содержания нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации в сфере ОМС, а также практики их применения установил отсутствие единообразного подхода к разработке и применению тарифных соглашений, формированию тарифов<sup>33</sup>.

Кроме того, в соответствии с частью 2.2 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ<sup>34</sup> установлено, что лица, виновные в нарушении установленных частью 2.1 указанной статьи сроков и порядка подготовки и направления в Федеральный фонд тарифного соглашения, несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации. Однако вид такой ответственности и порядок ее применения указанным законом не определены.

7.3.2. Проведенным анализом практики участия субъектов Российской Федерации в формировании и финансировании территориальных программ обязательного медицинского страхования выявлено следующее<sup>35</sup>.

Финансирование территориальных программ за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, как показал проведенный анализ, осуществляется в 31 регионе (см. таблицы 3.2.1–3.2.31 приложения № 3.2).

Обращает на себя внимание тот факт, что большинство субъектов Российской Федерации не участвуют средствами своих бюджетов в финансировании территориальной программы ОМС (53 субъекта Федерации, или более 62 %), и только в 32 регионах (более 37 %) участие регионального бюджета в финансировании территориальной программы ОМС имело место в проверяемом периоде 2019–2020 годов.

- 
33. Выявленные несоответствия устранены согласно заключениям ФОМС о соответствии тарифных соглашений базовой программе обязательного медицинского страхования. Указанные нарушения связаны с детализацией расходов в 2020 году с помощью дополнительных соглашений к тарифным соглашениям.
34. Вступает в силу с 1 января 2021 года в соответствии с Федеральным законом от 28 ноября 2018 г. № 437-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании».
35. Детальный анализ практики участия субъектов Российской Федерации в формировании и финансировании территориальных программ обязательного медицинского страхования выявлено следующее представлено в приложении № 3.2.

Так, последовательное снижение объемом финансирования из регионального бюджета наблюдалось в следующих субъектах Федерации:

- Республика Коми: 2018 год – 640 млн рублей, 2019 год – 242,3 млн рублей, 2020 год – 236,3 млн рублей;
- Ненецкий автономный округ: 2018 год – 245,3 млн рублей, 2019 год – 20,7 млн рублей, 2020 год – 0 рублей;
- Республика Мордовия: 2018 год – 41,4 млн рублей, 2019 и 2020 годы – 0 рублей;
- Челябинская область: 2018 год – 352,6 млн рублей, 2019 год – 78,5 млн рублей, 2020 год – 78,5 млн рублей;
- Республика Саха – Якутия: 2018 год – 3,1 млрд рублей, 2019 год – 1,2 млрд рублей, 2020 год – 0,8 млрд рублей;
- Мурманская область: 2019 год – 100 млн рублей, 2020 год – 0 рублей.

Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила), установлены нормы по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями.

Проведенный анализ выявил, что эти нормы имеют неконкретный, непрозрачный и в отдельных случаях противоречивый характер.

Так, в пункте 9 Правил приведен закрытый перечень критериев, подлежащих учету при распределении и корректировке объемов медицинской помощи, а нормой пункта 11 устанавливается, что при распределении объемов медицинской помощи между СМО и медицинскими организациями «критерии рассматриваются Комиссией комплексно».

Кроме того, перечень критериев распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, установленный пунктом 11, не соотносится с содержанием подпункта 4 пункта 10, которым определено, что исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья формируются предложения по распределению объемов предоставления медицинской помощи медицинским организациям в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, сроков ожидания медицинской помощи по территориальной программе и объективных критериев (среднего радиуса территории обслуживания скорой медицинской помощи, количества фельдшерско-акушерских пунктов, расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи и др.).

Выборочный анализ нормативных актов субъектов Российской Федерации, регламентирующих процесс распределения объемов медицинской помощи, показал, что в регионах зачастую отсутствуют установленные перечни критериев для распределения объемов или иные алгоритмы, которые бы объективно учитывали критерии качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях или ресурсной обеспеченности медицинских организаций.

Таким образом, проведенным анализом выявлена низкая степень вовлеченности бюджетов субъектов Российской Федерации в финансирование территориальных программ ОМС и непрозрачность организации деятельности территориальных комиссий по распределению объемов медицинской помощи.

7.3.3. Проведенная на региональном и федеральном уровнях оценка системы сбора информации об удовлетворенности населения качеством и объемом предоставляемой медицинской помощи показала, что в проверяемом периоде сбор и анализ подобной информации осуществлялись в соответствии с приказом ФОМС от 11 июня 2015 г. № 103<sup>36</sup>, формой отчетности № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования»<sup>37</sup> (далее – форма ПГ) в период до 2015–2018 годов и формой отчетности № ЗПЗ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования»<sup>38</sup> (далее – форма ЗПЗ) в период 2019–2020 годов. Анализ представленных форм отчетности ПГ и ЗПЗ приведен в таблицах 3.3.1 и 3.3.2 приложения № 3.3.

По данным формы ПГ за 2018 год в целом по Российской Федерации удовлетворенность застрахованных лиц качеством медицинской помощи по данным СМО (опрошено 1 292,7 тыс. человек) составила 53,99 %, а по данным ТФОМС (опрошено 373,1 тыс. человек) – 64,05 %.

По данным формы ЗПЗ за 2019 год удовлетворенность застрахованных лиц качеством медицинской помощи (всего опрошено 2 844,2 тыс. человек) – 77,31 %, из них по данным СМО (опрошено 2 533,9 тыс. человек) – 76,5 %, по данным ТФОМС (опрошено 350,3 тыс. человек) – 83,17 %.

Таким образом, в 2019 году удовлетворенность застрахованных лиц (при увеличении на 70,7 % числа опрошенных) качеством оказания медицинской помощи увеличилась до 77,31 %.

Результаты социологических опросов населения по вопросам доступности и качества медицинской помощи, проведенных ВЦИОМ в период с 2013 по 2019 год, показали, что удовлетворенность респондентов качеством медицинского обслуживания в государственных (муниципальных) медицинских учреждениях при оказании медицинской помощи по полису ОМС не превышает 55 %. При этом в платных отделениях государственных (муниципальных) медицинских учреждений в 2019 году удовлетворенность составила 78 %, в частных клиниках – 82 %.

Результаты проводимой в системе ОМС работы в части выявления степени удовлетворенности застрахованного населения объемом, доступностью и качеством медицинской помощи отражают заинтересованность ТФОМС и СМО в результатах таких опросов и дают заметно более оптимистичные оценки удовлетворенности

- 
36. Приказ ФОМС от 11 июня 2015 г. № 103 «Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования».
  37. Утверждена приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. № 145.
  38. Утверждена приказом ФОМС от 25 марта 2019 г. № 50.

населения по сравнению с результатами аналогичных опросов, проводимых независимыми социологическими агентствами.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что в настоящее время в Российской Федерации отсутствует система сбора информации об удовлетворенности населения качеством и объемом предоставляемой медицинской помощи на региональном и федеральном уровнях, обеспечивающая получение объективных данных в условиях преемственности и сопоставимости с уже имеющимися, а также планируемыми к получению.

## 8. ВЫВОДЫ

**8.1.** По результатам проведенного анализа установлено, что общий размер субвенции для финансирования переданных регионам полномочий в сфере ОМС является недостаточным, финансирование территориальных программ ОМС осуществляется со скрытым дефицитом, у медицинских организаций недостаточно средств ОМС для финансирования текущих расходов.

**8.1.1.** В расходах медицинских организаций наибольшую долю занимают затраты на оплату труда с начислениями – 68,9 % в среднем по Российской Федерации, при этом в отдельных регионах доля таких расходов превышает 75 % (например, в 2019 году в Чукотском АО – 91 %, в Магаданской области – 85,0 %, в Ненецком АО – 79 %, в Республике Коми и в Сахалинской области – по 77 %),<sup>39</sup> что свидетельствует о недофинансировании других статей расходов.

**8.1.2.** За период 2017–2019 годов опережающими темпами росли расходы на медикаменты (на 54 %) и на оплату труда (на 30 %). При этом темпы роста расходов на коммунальные услуги (на 4 %) и на питание больных (на 3 %) были ниже темпов роста инфляции, что является причиной формирования кредиторской задолженности у медицинских организаций по указанным статьям расходов.

**8.1.3.** Выборочный анализ выявил рост просроченной кредиторской задолженности медицинских организаций (например, в Воронежской области в 2018 году по отношению к 2017 году – 196,0 %; в г. Санкт-Петербурге в 2019 году в сравнении с 2018 годом – 304,4 %).

**8.1.4.** В результате анализа установлено, что при реализации территориальных программ ОМС отсутствует единообразный подход к учету и оплате медицинской помощи, оказанной сверх плановых объемов. В ряде субъектов Российской Федерации

---

39. Несмотря на это, Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» выполняется не во всех субъектах Российской Федерации. Кроме того, одновременно с приведением уровней оплаты труда врачей и иных медицинских работников в соответствие с требованиями Указа № 597 за анализируемый период происходило сокращение отдельных категорий работников сферы здравоохранения.

неоплаченные объемы медицинской помощи, оказанной сверх плановых объемов, достигают 13–18 % от установленных объемов медицинской помощи в территориальной программе государственных гарантий, в то время как в других субъектах Российской Федерации сверхплановые объемы отсутствуют, что может указывать как на наличие скрытого дефицита финансирования, так и на недостатки планирования и исполнения объемов медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках территориальной программы ОМС.

8.1.5. Стандарты оказания медицинской помощи утверждены не по всем заболеваниям и охватывают преимущественно стационарную помощь, по большинству заболеваний отсутствуют утвержденные клинические рекомендации, которые должны быть положены в основу оценки финансовых обязательств системы ОМС. В связи с этим в настоящее время невозможно оценить потребность в финансировании базовой программы ОМС.

**8.2.** Установлено, что действующая Методика распределения субвенций не в полной мере учитывает объективные различия между субъектами Российской Федерации.

8.2.1. Методика распределения субвенций напрямую не учитывает разницу между субъектами Российской Федерации в стоимости некоторых товаров и услуг, занимающих значимую долю в затратах медицинских организаций (например, разница в затратах на приобретение лекарственных препаратов, доля которых составляет 13,1 % от всех расходов медицинских организаций).

8.2.2. Не учитываются различия в стоимости оказания медицинской помощи между субъектами Российской Федерации в рамках межтерриториальных расчетов. Отток пациентов из регионов с низкой стоимостью оказания медицинской помощи в регионы с высокой стоимостью оказания медицинской помощи приводит к снижению финансового обеспечения территориальной программы ОМС (например, в Московской, Ленинградской, Тульской, Калужской областях). При этом отток пациентов из регионов с высокой стоимостью оказания медицинской помощи в регионы с низкой стоимостью оказания медицинской помощи приводит к получению экономии средств (например, в г. Москве, г. Санкт-Петербурге, Республике Саха (Якутия), Ямало-Ненецком автономном округе и др.)<sup>40</sup>.

8.2.3. «Веса» отдельных элементов коэффициента дифференциации не в полной мере соответствуют фактической структуре расходов средств ОМС: фактическая доля оплаты труда с начислениями в расходах составляет 68,9 %, в то время как вес данного фактора при расчете коэффициента дифференциации – 73 %; фактическая доля расходов на оплату ЖКХ и содержание имущества составляет 5,0 %, а «вес» данного фактора в формуле для расчета коэффициента дифференциации – 5,9 %.

---

40. Вопросы учета различий в стоимости медицинской помощи при межтерриториальных расчетах могут быть частично решены с учетом принятого Федерального закона от 08.12.2020 № 430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании», предусматривающего выделение в отдельный сегмент медицинской помощи, оказываемой в том числе по межтерриториальным расчетам федеральными медицинскими организациями, который вступает в силу с 01.01.2021.

8.2.4. Учитываются показатели, не влияющие на затраты медицинских организаций при оказании медицинской помощи, например, покрытие расходов на ЖКУ денежными доходами населения. При этом ценовой коэффициент стоимости ЖКУ корректируется на коэффициент транспортной доступности, однако рыночная стоимость жилищно-коммунальных услуг уже учитывает географические, демографические, экономические и иные характеристики региона.

8.2.5. Ценовой коэффициент, применяемый для сравнения регионов по уровню заработной платы, не может принимать значение ниже 1,0, при этом существуют регионы, в которых среднемесячный уровень номинальной заработной платы ниже, чем в среднем по Российской Федерации (например, все регионы Центрального федерального округа, кроме Москвы и Московской области). Аналогичная проблема актуальна и для коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг, значения которого ограничиваются диапазоном от 1,0 до 4,5.

8.2.6. Учитывается значительное число неценовых факторов (плотность транспортных путей постоянного действия; доля сельских населенных пунктов, не имеющих постоянной транспортной связи; доля населения, проживающего в населенных пунктах < 500 человек; доля населения, проживающего в отдаленных районах; доля населения нетрудоспособного возраста и др.), при этом не учитываются факторы, напрямую влияющие на потребность в объемах медицинской помощи: заболеваемость и смертность населения. Доля нетрудоспособного населения учитывается без дифференциации на половозрастные группы, что также создает риски неполного учета потребности населения в медицинской помощи.

8.2.7. Комиссии по разработке территориальных программ ОМС не в полной мере обеспечивают учет региональных различий в потребностях населения в медицинской помощи. Из 10 субъектов Российской Федерации с наиболее высоким уровнем заболеваемости новообразованиями в 2020 году изменения в профильный норматив специализированной медицинской помощи в стационарных условиях внесла только Мурманская область (+10,2 %, 1-е место в группе, заболеваемость превышает среднероссийский уровень более чем на 50 %), помощи в условиях дневного стационара – Мурманская (+15 %) и Брянская области (+10 %, 8-е место в группе, заболеваемость превышает среднероссийский уровень на 10 %). Большинство регионов вышеназванной группы, в т. ч. имеющие неблагоприятные условия расселения и сообщавшие о недостаточности установленного среднего норматива, утвердили средние нормативы без каких-либо изменений. Установление увеличенных по сравнению с базовой программой ОМС нормативов объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС ограничено отсутствием учета соответствующих особенностей субъектов Российской Федерации в Методике распределения субвенций.

**8.3.** В большинстве субъектов Российской Федерации недостаточно реализуются полномочия по дополнительному финансированию территориальной программы ОМС за счет средств регионального бюджета, даже при наличии неоплаченных



сверхплановых объемов медицинской помощи. В проверяемом периоде 2018–2020 годов дополнительное финансирование территориальной программы ОМС за счет средств регионального бюджета осуществлялось только в 31 субъекте Российской Федерации (для сравнения, в 2013 году – в 82 субъектах Российской Федерации).

**8.4.** Установлено, что нормативно-правовое регулирование переданных полномочий в сфере ОМС не является достаточным.

8.4.1. Законодательством об обязательном медицинском страховании не предусмотрен порядок определения размера нормативов расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами ОМС своих функций.

8.4.2. При разработке правовых актов в сфере ОМС на региональном уровне допускаются нарушения требований действующего законодательства, которые выражаются в отдельных случаях дублирования полномочий территориальными фондами ОМС и региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения, а также выходы за пределы своего предмета регулирования.

8.4.3. Отмечается недостаточность правового регулирования и несовершенство организации работы по распределению объемов предоставления медицинской помощи, что приводит к непрозрачности работы комиссий при распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями.

**8.5.** Недостаточно обеспечена преемственность и сопоставимость информации различных временных периодов об удовлетворенности населения качеством и объемом предоставляемой медицинской помощи на региональном и федеральном уровнях в связи с изменением форм отчетности.

**8.6.** Выявлены риски роста заболеваемости в связи с отсутствием своевременно оказанной плановой медицинской помощи по группам неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смертности (в первую очередь сердечно-сосудистые, эндокринные).

8.6.1. Пандемия COVID-19 привела к существенным изменениям в структуре оказываемой помощи и сопровождалась ростом задолженности медицинских организаций по выданным им авансам в связи с неоказанием отдельных видов медицинской помощи. В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, период сокращения числа профосмотров и диспансеризаций с апреля 2020 года совпал с периодом существенного роста задолженности по выданным авансам (от 36,2 % в мае до 125,6 % в июне по сравнению с уровнями 2019 года). Снижение объемов плановых госпитализаций в организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях, также происходило на фоне роста задолженности по выданным авансам: разница между

соответствующими объемами за период апреля–августа 2020 и 2019 годов составила от 54,7 % в апреле до 219,7 % в мае.

8.6.2. Снижение объемов оказания плановой медицинской помощи было вызвано преимущественно введенными (с разным уровнем строгости в разных субъектах Российской Федерации) ограничительными мерами. При этом среди выделенных постановлением Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» эндокринологического, сердечно-сосудистого и онкологического профилей сохранить объемы оказания плановой медицинской помощи удалось только в случае онкологического профиля.

## 9. Предложения (рекомендации)

Рекомендовать Правительству Российской Федерации поручить Минздраву России совместно с ФОМС:

- 1) рассмотреть возможность учета в Методике распределения субвенций, утвержденной постановлением № 462:
  - влияния ценовых коэффициентов, отражающих сравнительную стоимость ресурсного обеспечения, необходимого для оказания медицинской помощи за счет средств ОМС, в субъектах Российской Федерации (в том числе сравнительную стоимость лекарственного обеспечения, коммунальных услуг);
  - объемов и различий в стоимости медицинской помощи, оказанной в рамках межтерриториальных расчетов между субъектами Российской Федерации;
  - пересмотра весовых коэффициентов, используемых для расчета коэффициента дифференциации, в том числе с учетом фактически сложившейся структуры расходов;
  - факторов, влияющих на потребность населения в объемах медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальных программ ОМС, между субъектами Российской Федерации, в том числе по отдельным видам, профилям и условиям оказания медицинской помощи.

При внесении изменений в Методику распределения субвенций, утвержденную постановлением № 462, целесообразно установить переходный период, в рамках которого переход с действующей на обновленную Методику осуществляется постепенно. Это позволит не допустить снижения номинальной величины субвенции, передаваемой территориальным фондам субъектов Российской Федерации, по сравнению с предыдущим периодом в каждом субъекте Российской Федерации;

- 2) провести анализ причин расхождения значений весовых коэффициентов, используемых в расчете коэффициента дифференциации и его компонентов, с фактической структурой расходов средств ОМС;

- 3) проработать вопрос о детализации разъяснений по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части дифференциации объемов медицинской помощи (в том числе по отдельным видам, профилям и условиям оказания медицинской помощи) в зависимости от географических, демографических, эпидемиологических и иных характеристик субъектов Российской Федерации;
- 4) обеспечить включение в программы проверок соблюдения законодательства об ОМС мероприятий по проверке соблюдения комиссиями по разработке территориальных программ ОМС установленных критериев при распределении объемов медицинской помощи;
- 5) разработать порядок определения размера нормативов расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами ОМС своих функций.

