



2024

# Отчет

о результатах экспертно-аналитического мероприятия  
«Оценка формирования  
и финансового обеспечения  
реализации программы  
государственных гарантий  
бесплатного оказания гражданам  
Российской Федерации  
медицинской помощи  
в 2021–2022 годах  
и истекшем периоде 2023 года»

Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 22 декабря 2023 года



Г.С. ИЗОТОВА  
заместитель Председателя  
Счетной палаты Российской Федерации

## Ключевые итоги экспертно-аналитического мероприятия

### Основная цель (основные цели) мероприятия

Оценить обоснованность формирования объемов медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее также – ПГГ, программа госгарантий, программа государственных гарантий), а также определить необходимый объем финансового обеспечения для оказания гарантированной медицинской помощи.

### Ключевые результаты мероприятия

Формирование программы государственных гарантий происходит при отсутствии установленных сроков, порядка взаимодействия, методики формирования и расчета средних нормативов объемов и финансового обеспечения медицинской помощи.

ПГГ ежегодно принимается после утверждения федерального бюджета и бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее также – ФОМС) на очередной финансовый год и плановый период, что создает условия для формирования нормативов финансовых затрат, устанавливаемых в ПГГ, под утвержденные в бюджете объемы финансового обеспечения.

Кроме того, учитывая, что территориальные ПГГ (далее – ТПГГ) утверждаются субъектами Российской Федерации на основе ПГГ и разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования ТПГГ, издаваемых Минздравом России и ФОМС после принятия ПГГ, регионы фактически вынуждены разрабатывать ТПГГ в сжатые сроки.

Анализ показал, что при отсутствии методики формирования нормативов объемов медицинской помощи оценить их обоснованность не представляется возможным.

ПГГ формируется в том числе с учетом стандартов медицинской помощи.

Одним из способов определения финансового обеспечения ПГГ является расчет усредненной стоимости случая оказания специализированной помощи согласно стандарту медицинской помощи с учетом затратного метода на содержание медицинских организаций первичного звена здравоохранения исходя из утвержденных нормативов.

При этом актуализированными стандартами медицинской помощи на сегодняшний день охвачено 21,9 % нозологий, включенных в МКБ-10<sup>1</sup>. Наибольшей долей стандартизации обеспечены такие группы нозологий, как злокачественные новообразования (78,7 % классов нозологий), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (47,9 %), болезни органов пищеварения (40,3 %).

Анализ реализации ПГГ показал, что нормативы объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания без обоснования утверждаются регионами ниже уровня средних нормативов, установленных в ПГГ. При этом невыполнение указанных региональных нормативов объемов медпомощи при одновременном превышении финансового обеспечения может приводить к недостатку средств на реализацию ТПГГ в случае увеличения потребности в объемах медицинской помощи.

Для полноценного финансирования в 2023 году амбулаторной и скорой медицинской помощи с учетом достижения уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного Указом Президента Российской Федерации № 597<sup>2</sup>, целевых показателей по укомплектованности медицинских организаций первичного звена здравоохранения врачами и средним медицинским персоналом, а также расходов на текущую деятельность дополнительно необходимо 379,0 млрд рублей.

Стандарты медицинской помощи не унифицированы в части наименований лекарственных препаратов, а также содержат значительные ошибки, что затрудняет их применение на практике. Так, в ряде стандартов наименование медицинской услуги не соответствует коду, установленному в номенклатуре медицинских услуг, или применяются коды, отсутствующие в номенклатуре.

Кроме того, медицинскими организациями в субъектах Российской Федерации при оказании специализированной медицинской помощи стандарты медицинской помощи соблюдаются не в полной мере, так реализуется только 67 % от предусмотренных медицинских услуг.

Критерии качества и доступности медицинской помощи являются неотъемлемой частью программы госгарантий, при этом их состав не в полной мере соотносится с документами стратегического планирования, порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, а также имеет значительную волатильность.

Частота и значительный объем вносимых корректировок в критерии может создавать сложности при оценке медицинской помощи по критериям ее доступности.

1. Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).
2. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной соzialной политики».

## Наиболее значимые выводы

Сроки утверждения программы государственных гарантий законодательно не установлены, порядок организации взаимодействия при ее формировании отсутствует.

Отсутствие алгоритма применения региональных особенностей при установлении дифференцированных нормативов объема медицинской помощи затрудняет обоснованное формированное субъектами Российской Федерации ТПГГ.

Реализация программы госгарантий сопровождается рядом проблем, обусловленных установлением недостаточных нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансового обеспечения, а также признаками формального подхода регионов к формированию ТПГГ.

Установлено, что для реализации программы государственных гарантий с соблюдением необходимого уровня качества и доступности медицинской помощи дополнительно необходимо 586,2 млрд рублей.

Региональными медицинскими организациями при оказании гражданам специализированной медицинской помощи предоставляются не все услуги и лекарственные препараты, предусмотренные стандартами медицинской помощи.

По паллиативной медицинской помощи стандарты медицинской помощи, а также актуальные клинические рекомендации отсутствуют, что не позволяет обосновать норматив финансовых затрат в ПГГ на паллиативную медицинскую помощь.

Оценить качество и доступность медицинской помощи в целом по стране на основе критериев доступности и качества, устанавливаемых в ПГГ, не представляется возможным, поскольку отсутствуют целевые значения данных критериев, что дает возможность регионам устанавливать для себя любые значения показателей, по которым в итоге будет оцениваться качество их работы.

В большинстве регионов управление процессами оказания медицинской помощи в рамках ТПГГ через установление ключевых показателей эффективности достижения медицинскими организациями целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи не осуществляется.

*Полный текст выводов приводится в соответствующем разделе отчета.*

## Наиболее значимые предложения (рекомендации)

С учетом результатов экспертно-аналитического мероприятия Счетная палата Российской Федерации (далее – Счетная палата) полагает целесообразным предложить Правительству Российской Федерации поручить Минздраву России рассмотреть вопросы:

- внесения изменений в Федеральный закон № 323-ФЗ<sup>3</sup> в части определения сроков утверждения программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- разработки методики определения целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи, устанавливаемых в ТПГГ;
- утверждения порядка организации взаимодействия при формировании программы госгарантий в целях обеспечения своевременной и качественной ее подготовки;
- разработки методики определения стоимости стандарта медицинской помощи;
- проведения анализа клинических рекомендаций и разработанных на их основе стандартов специализированной медпомощи на предмет необходимости их доработки с учетом предоставления медицинских услуг и применения лекарственных препаратов;
- учета при определении средних нормативов объема медицинской помощи ее сверхплановых объемов.

*Полный текст предложений (рекомендаций) приводится в соответствующем разделе отчета.*

3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ).

# 1. Основание для проведения эксперто-аналитического мероприятия

Пункт 2.2.18.1 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2023 год (переходящие из Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2022 год).

## 2. Предмет эксперто-аналитического мероприятия

Деятельность федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, иных органов и организаций по формированию, финансовому обеспечению и реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи.

## 3. Цели эксперто-аналитического мероприятия

**3.1. Цель 1.** Оценить соответствие порядка формирования программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи действующему законодательству в сфере охраны здоровья граждан.

**3.2. Цель 2.** Определить фактическую потребность в финансовом обеспечении программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с учетом требований стандартов медицинской помощи.

**3.3. Цель 3.** Оценить соответствие системы критериев и требований, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи действующему законодательству в сфере охраны здоровья граждан.

## 4. Объект (объекты) эксперто-аналитического мероприятия

- Министерство здравоохранения Российской Федерации.
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
- Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения.

## 5. Исследуемый период

2021, 2022 годы и истекший период 2023 года.

## 6. Сроки проведения экспертно-аналитического мероприятия

С 15 апреля 2022 года по 22 декабря 2023 года.

В ходе проведения экспертно-аналитического мероприятия использовались различные методы сбора и анализа данных, перечень которых приведен в приложении № 20 к отчету.

## 7. Результаты экспертно-аналитического мероприятия

В соответствии со Стратегией развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года<sup>4</sup> государственная политика в сфере охраны здоровья граждан реализуется в том числе посредством принятия программы государственных гарантий, утверждаемой ежегодно соответствующими постановлениями Правительства Российской Федерации.

Таким образом, ПГГ фактически является инструментом реализации и обеспечения гарантированных конституционных прав граждан на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь<sup>5</sup>.

Объем медицинской помощи (всех видов), предоставленной в рамках программы государственных гарантий (на одно застрахованное лицо) согласно Стратегии развития здравоохранения является одним из показателей, по которым осуществляется оценка состояния национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан.

---

4. Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254.

5. Статья 41 Конституции Российской Федерации.

## 7.1. Оценка соответствия порядка формирования программы государственных гарантий действующему законодательству в сфере охраны здоровья граждан

Оценка соответствия механизма формирования нормативов объема медицинской помощи и финансового обеспечения реализации программы государственных гарантий действующему законодательству в сфере охраны здоровья граждан

В соответствии с законодательством Российской Федерации каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий<sup>6</sup>, утверждаемой ежегодно сроком на три года Правительством Российской Федерации<sup>7</sup>.

ПГГ формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, а также с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики<sup>8</sup>.

Согласно пункту 5 части 5 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ в рамках программы госгарантий устанавливаются средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты.

Анализ законодательных и иных нормативных правовых актов показал, что ни Федеральным законом № 323-ФЗ, ни иными федеральными законами, ни постановлением Правительства Российской Федерации, которым ежегодно утверждается ПГГ, а также ни самой ПГГ не устанавливается методика расчета и формирования средних нормативов объема медицинской помощи.

Согласно постановлениям Правительства Российской Федерации, которыми ежегодно утверждается ПГГ, Минздраву России поручено в установленном порядке внести в Правительство Российской Федерации проект ПГГ, а также совместно с ФОМС давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования ТПГГ, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи, в том числе формирование и экономическое обоснование территориальных программ ОМС.

- 
6. Часть 2 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ.
  7. Часть 4 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ.
  8. Часть 7 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ.

Кроме того, участие в разработке программы госгарантий принимает федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (далее – Учреждение), одним из видов деятельности которого согласно уставу Учреждения<sup>9</sup>, является организационное и методическое обеспечение разработки способов оплаты медицинской помощи и анализа показателей ресурсного обеспечения и оказания медицинской помощи в целях формирования и экономического обоснования программы госгарантий.

При этом какой-либо внутренний ведомственный акт, предусматривающий порядок взаимодействия между структурными подразделениями Минздрава России, ФОМС и Учреждением (координирующий деятельность участников разработки программы госгарантий, определяющий ответственных исполнителей, сроки исполнения и т. д.), не установлен.

Базовая программа ОМС, являющаяся составной частью ПГГ, включает нормативы объемов предоставления медицинской помощи, в том числе специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, оказываемой федеральными медицинскими организациями, в расчете на одно застрахованное лицо (в соответствии с разделом VI ПГГ)<sup>10</sup>.

При этом раздел VI ПГГ не содержит понятия «Нормативы объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями», а оперирует только понятием «Средние нормативы объема медицинской помощи», что затрудняет использование положений ПГГ.

Анализ показал, что ежегодно в разделе VI ПГГ устанавливаются средние нормативы объема медицинской помощи по видам (для скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи)<sup>11</sup>, условиям (в амбулаторных условиях, условиях дневного и круглосуточного стационара)<sup>12</sup> и формам (для медицинской помощи,

- 
9. Подпункт 2.2.5 пункта 2.2 раздела 2 устава федерального государственного бюджетного учреждения «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, утвержденного приказом Минздрава России от 22 февраля 2018 г. № 83 (далее – устав).
  10. Согласно разделу IV «Базовая программа обязательного медицинского страхования» ПГГ.
  11. К видам медицинской помощи согласно части 2 статьи 32 Федерального закона № 323-ФЗ относятся:
    - 1) первичная медико-санитарная помощь;
    - 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
    - 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
    - 4) паллиативная медицинская помощь.
  12. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:
    - 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
    - 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
    - 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
    - 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

оказываемой в неотложной форме в амбулаторных условиях)<sup>13</sup> ее оказания в единицах объема в расчете на одного жителя в год, по базовой программе ОМС – в расчете на одно застрахованное лицо.

Следует отметить, что при установлении нормативов учитываются только такие профили медицинской помощи, как «онкология» и «медицинская реабилитация», отдельно устанавливается норматив для помощи при экстракорпоральном оплодотворении.

При этом, как показал результат кластеризации, произведенной в ходе экспертно-аналитического мероприятия, в сопоставимых по развитию и численности застрахованных лиц регионах (например, Белгородская, Брянская, Курская, Липецкая области и т. п.) отмечается неоднородный характер выполненных ими по разным профилям объемов специализированной стационарной медпомощи в расчете на одно застрахованное лицо.

Согласно пояснениям Минздрава России<sup>14</sup> формирование нормативов объема медицинской помощи (финансового обеспечения реализации) ПГГ осуществляется по общим принципам и методам, установленным Федеральным законом № 326-ФЗ<sup>15</sup> для формирования базовой программы ОМС и программы госгарантий, что фактически подтверждает отсутствие нормативно-закрепленного механизма формирования указанных нормативов.

При этом Минздравом России было указано на дополнительные аспекты при разработке проекта ПГГ, которые не предусмотрены Федеральным законом № 323-ФЗ, а именно учет фактических показателей оказания медпомощи предыдущих лет. Кроме того, учитываются целевые значения национального проекта «Здравоохранение» и отдельных федеральных проектов: «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация» для нормативов по профилю «медицинская реабилитация»; «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» для нормативов по первичной медико-санитарной помощи.

Согласно пояснительным запискам к проекту постановления Правительства Российской Федерации о программе госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на очередной год и плановый период, которые прилагаются

- 
13. Формами оказания медицинской помощи являются:
- 1) экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
  - 2) неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
  - 3) плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.
14. Письмо Минздрава России от 21 сентября 2022 г. № 31-2/И/1-7944.
15. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ).

при ежегодном направлении в Счетную палату<sup>16</sup>, средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, на предстоящий финансовый год корректируются с учетом результатов исполнения нормативов базовой программы ОМС за предыдущий финансовый год и прогноза по итогам первого полугодия текущего финансового года, Указа Президента Российской Федерации № 204<sup>17</sup>.

Также учитывается сложившаяся потребность застрахованных лиц по группам возрастов, которая исходя из анализа, представленного подробно по цели 2 настоящего отчета, не является тождественной реальной потребности по группам возрастов.

Средние подушевые нормативы финансирования проекта ПГГ формируются с учетом макроэкономических показателей, нормативов, утвержденных в действующей ПГГ, и согласно прогнозу социально-экономического развития Российской Федерации. Кроме того, при расчете учитывается структура расходов на заработную плату и прочие расходы исходя из фактических показателей предыдущего финансового года согласно данным формы № 62<sup>18</sup>.

Формирование ПГГ и, в частности, нормативов по принципу учета фактических показателей оказания медпомощи предыдущих лет может приводить к разработке и утверждению ПГГ без учета потребности в объемах медицинской помощи, так как на сложившиеся показатели оказания бесплатной медицинской помощи предыдущих лет могут влиять такие факторы, как недостаточность финансового обеспечения ПГГ.

Медицинская помощь организуется и оказывается в том числе с учетом стандартов медицинской помощи<sup>19</sup>. В настоящее время утверждено 426 стандартов специализированной медицинской помощи, из которых 287, по информации Минздрава России, актуализированы в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (приложение № 1 и 2 к отчету).

Учитывая, что МКБ-10 содержит порядка 1,6 тысячи кодов заболеваний, актуальными стандартами медицинской помощи охвачено 21,9 % из них.

Наибольшей долей стандартизации обеспечены такие группы нозологий, как злокачественные новообразования (78,7 % классов нозологий), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (47,9 %), болезни органов пищеварения (40,3 %).

- 
16. В соответствии с пунктом 60 (4) Регламента Правительства Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2004 г. № 260.
  17. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (далее – Указ Президента Российской Федерации № 204).
  18. Форма федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению» (далее – форма № 62).
  19. Пункт 4 части 1 статьи 37 Федерального закона № 323-ФЗ.

Наименее охваченными стандартами медицинской помощи остаются следующие классы болезней: травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (7,0 %), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (9,2 %), вирусные инфекции (9,2 %).

При этом по одной группе нозологии (отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде) стандарты медицинской помощи отсутствуют.

Основная доля утвержденных стандартов приходится на следующие группы нозологии: злокачественные новообразования (19,5 %), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (15,3 %), болезни органов пищеварения (8,7 %).

Упоминание механизма проведения рабочих совещаний Минздрава России и ФОМС в целях формирования проекта базовой программы ОМС и нормативов ПГГ<sup>20</sup> также свидетельствует об отсутствии какого-либо ведомственного акта, регулирующего порядок взаимодействия при формировании ПГГ.

Обращает внимание отсутствие законодательно закрепленного механизма независимой оценки установленных средних нормативов медицинской помощи по аналогии с независимой оценкой качества условий оказания услуг медорганизациями<sup>21</sup>, который способствовал бы транспарентности формирования нормативов.

Таким образом, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи устанавливаются базовой программой ОМС в качестве единых для всех субъектов Российской Федерации, однако на уровне территориальных программ ОМС может быть осуществлена существенная корректировка нормативов. Подходы к корректировке и методы ее осуществления в нормативных документах отсутствуют. Допускается учет фактических затрат предшествующих периодов, а применение федеральных нормативов носит рекомендательный характер.

Механизмы формирования нормативов объемов медицинской помощи на законодательном и нормативном уровне не установлены, что делает процесс планирования объемов медицинской помощи несовершенным, непрозрачным и, как следствие, не позволяет оценить обоснованность нормативов объема медицинской помощи.

На основании постановления Правительства Российской Федерации об утверждении программы госгарантий Минздрав России совместно с ФОМС ежегодно обязаны разъяснять вопросы формирования и экономического обоснования ТПГГ на следующий год и плановый период, включая подходы к определению

20. Письмо Минздрава России от 21 сентября 2022 г. № 31-2/И/1-7944.

21. Статья 791 Федерального закона № 323-ФЗ.

дифференцированных нормативов объема медицинской помощи (далее – Разъяснения)<sup>22, 23</sup>.

Согласно Разъяснениям при формировании ТПГГ в целях определения потребности населения в объемах медицинской помощи по видам и условиям ее оказания необходимо провести анализ показателей здоровья населения, включая медико-демографические показатели и показатели уровня и структуры заболеваемости населения, основанных на данных медицинской статистики, а также фактического выполнения объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в динамике не менее чем за три предыдущих года, по данным формы № 62, формы № 14-МЕД (ОМС)<sup>24</sup> и иных форм статистического наблюдения.

При этом программой госгарантий субъектам Российской Федерации предусмотрено, что на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания необходимо устанавливать дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на одного жителя (одно застрахованное лицо) с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, начиная с ПГГ на 2023 год, их материально-технической базы, мощности и кадрового потенциала в разрезе профилей врачебных специальностей, в значительной степени определяющих маршрутизацию пациентов, а также климатических и географических особенностей регионов, учитывая приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

- 
22. Письма Минздрава России от 30 января 2023 г. № 31-2/И/2-1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантит бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023–2025 годы», от 13 января 2022 г. № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантит бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022–2024 годы», от 31 декабря 2020 г. № 11-7/И/2-20700 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантит бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи».
23. Разъяснения включают:
- методические подходы к формированию ТПГГ, в том числе к установлению дифференцированных нормативов объема и финансового обеспечения медицинской помощи с учетом региональных особенностей;
  - особенности формирования ТПГГ за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и территориальной программы ОМС;
  - рекомендуемые дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований региональных бюджетов;
  - объем медицинской помощи по профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации;
  - в амбулаторных условиях оказание медицинской помощи с профилактической и иными целями на одного жителя / застрахованное лицо;
  - объем и финансовое обеспечение отдельных диагностических и лабораторных исследований;
  - рекомендуемые поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом кратности посещений по поводу заболеваний по основным специальностям;
  - количество и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
  - плановые и фактические объемы оказания и финансирования медицинской помощи, оказанной по профилю «Медицинская реабилитация»;
  - рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи;
  - планирование объемов оказания медицинской помощи и их финансирования в рамках территориальных программ ОМС на территории страхования и за ее пределами.
24. Форма федерального статистического наблюдения № 14-МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС» (далее – форма № 14-МЕД (ОМС)).

Срок утверждения программы государственных гарантий не установлен.

При этом ТПГГ, включающие в себя территориальные программы ОМС, утверждаются субъектами Российской Федерации в соответствии с ПГГ<sup>25</sup>.

Программа госгарантий, включающая базовую программу ОМС, ежегодно принимается после утверждения федеральных законов о федеральном бюджете и бюджете ФОМС на очередной финансовый год и на плановый период и не входит в состав документов и материалов, вносимых в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации одновременно с проектами федерального бюджета и бюджета ФОМС на очередной финансовый год и на плановый период.

При этом в соответствии с пунктом 5 статьи 133<sup>2</sup> Бюджетного кодекса Российской Федерации методика (проект методики) распределения субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета ФОМС представляется Правительством Российской Федерации в составе документов и материалов, вносимых в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации одновременно с проектом федерального закона о бюджете ФОМС на очередной финансовый год и на плановый период.

Вместе с тем при определении размера субвенции, предоставляемой из бюджета ФОМС бюджету территориального фонда ОМС, учитывается норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС, соответствующий программе госгарантий.

При этом базовая программа ОМС, включающая нормативы объемов предоставления медицинской помощи, является составной частью программы госгарантий, которая на момент принятия федеральных законов о федеральном бюджете и бюджете ФОМС на очередной финансовый год и на плановый период еще не утверждена.

Сложившийся порядок принятия программы госгарантий создает условия к формированию нормативов финансовых затрат, устанавливаемых в программе госгарантий под утвержденные в бюджете объемы финансового обеспечения в сфере охраны здоровья.

Поскольку в соответствии с частью 1 статьи 81 Федерального закона № 323-ФЗ ТПГГ утверждаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с программой госгарантий, а также с учетом подготавливаемых Минздравом России совместно с ФОМС разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования ТПГГ на следующий год и на плановый период, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи, регионы фактически вынуждены разрабатывать ТПГГ в сжатые сроки.

Указанное приводит к ситуации, когда ТПГГ утверждаются в I-II кварталах текущего финансового года и оказание медицинской помощи в субъектах Российской Федерации осуществляется при отсутствии основополагающего регионального программного документа в сфере здравоохранения.

---

25. Часть 1 статьи 81 Федерального закона № 323-ФЗ.

## 7.2. Фактическая потребность в финансовом обеспечении ПГГ с учетом требований стандартов медицинской помощи

### 7.2.1. Оценка соответствия объемов установленной ПГГ реальной потребности в объемах медицинской помощи по группам нозологий, видам и профилям, предусмотренным программой государственных гарантий

Ежегодными постановлениями Правительства Российской Федерации, утверждающими ПГГ, Минздраву России поручено осуществлять мониторинг формирования, экономического обоснования и оценку реализации ТПГГ на соответствующий год и на плановый период, в том числе совместно с ФОМС – территориальных программ ОМС (далее – мониторинг).

Согласно анализу представленных Минздравом России мониторингов ТПГГ в целом соответствовали основным положениям утвержденных программ госгарантий.

Следует отметить, что в 2020 и 2021 годах формирование ТПГГ осуществлялось в соответствии с особенностями реализации, обусловленными оказанием медицинской помощи пациентам с заболеванием и (или) подозрением на заболевание, которое вызвано новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (далее – COVID-19), и проведением углубленной диспансеризации пациентов, перенесших такое заболевание.

Вместе с тем по результатам мониторинга обращалось внимание на такие недостатки, как: несоответствие перечня лекарственных препаратов утвержденному перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения; отсутствие информации о прогнозном объеме специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой отдельными медицинскими организациями<sup>26</sup>; отсутствие обоснований в случаях отклонения нормативов объема и(или) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания от средних нормативов либо от базовой программы ОМС; дефицитность ТПГГ; отсутствие обязательств отдельных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья по организации обеспечения прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, предоставления гражданам возможности дистанционной записи на медицинские исследования, профилактических мероприятий для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения и т. д.

Анализ показателей фактического объема медпомощи по видам, условиям ее оказания и источникам финансового обеспечения за период с 2019 по 2022 год в расчете на одного жителя (на одно застрахованное лицо) представлены в приложении № 3 к отчету.

---

26. Медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти.

В 2020 году отмечено сокращение объема медицинской помощи по большинству видов и условий ее оказания, за исключением скорой медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме. Это обусловлено особенностями организации оказания медицинской помощи в 2020 году в условиях распространения COVID-19 и проведением противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение COVID-19<sup>27</sup>.

Подробная информация по показателям объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в разрезе источников финансового обеспечения за период 2019–2022 годов во взаимосвязи с установленными согласно ПГГ средними нормативами представлена в приложении № 4 к отчету.

Следует отметить, что фактические показатели объема медицинской помощи на одного жителя по всем видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета<sup>28</sup> в 2019–2022 годах были ниже средних нормативов<sup>29</sup>, установленных ПГГ (за исключением показателей посещений по первичной палиативной медицинской помощи, фактические объемы которых превышали соответствующие нормативы ПГГ в 2019–2020 годах).

В 2021 году, как и в 2020 году, фактические показатели объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо (включая объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, предоставленные федеральными медицинскими организациями) по большинству видов и условий ее оказания за счет средств ОМС также были ниже средних нормативов, установленных ПГГ, и соответствующих фактических показателей 2019 года.

При этом в 2021 году фактический показатель объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями (включая разовые посещения по поводу заболевания), составил 108,2 % к соответствующему среднему нормативу, установленному ПГГ, за счет превышения фактического показателя посещений с иными целями (2,905 на одно застрахованное лицо) на 16,6 % среднего федерального норматива (2,48 посещения).

Кроме того, показатели объема проведенных исследований превышали средние нормативы ПГГ: по компьютерной томографии – почти в 2 раза в 2021 году и в 1,5 раза в 2019 году), магнитно-резонансной томографии – в 2021 году на 14,2 %, патолого-анатомическим исследованиям биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – в 2021 году на 81,7 %, тестированию на наличие COVID-19 методом полимеразной цепной реакции – в 2021 году в 2,6 раза.

- 
- 27. Приостановление проведения профилактических мероприятий в части диспансеризации и профилактических осмотров граждан; урегулирование порядка направления на получение медицинской помощи в плановой форме в стационарных условиях и условиях дневного стационара.
  - 28. Включая объемы медицинской помощи, оказанные в рамках территориальных программ ОМС при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС за счет межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов ОМС.
  - 29. Недостижение средних нормативов от установленных в указанные годы составило от 50 % по медицинской помощи в условиях дневного стационара в 2019, 2020 годах до 82,2 % по медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в 2019 году.

Также превышали средний федеральный норматив показатели: число случаев госпитализации в круглосуточный стационар по профилю «онкология» – в 2021 году на 3,5 %; число случаев лечения в условиях дневного стационара по профилю «онкология» – в 2019 году на 14,3 %, в 2020 году на 28,7 %, в 2021 году в 1,5 раза; число случаев медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении (далее – ЭКО) – в 2019 году на 24,9 %, в 2020 году на 16,9 %, в 2021 году на 23,7 %.

В ряде случаев на их недостижение повлияло утверждение показателей по видам и условиям оказания медицинской помощи со значениями ниже средних нормативов, в том числе в части нормативов медицинской помощи, установленных базовой ПГГ.

ПГГ предусматривается ряд критериев, при которых регионы вправе корректировать установленные средние нормативы. Вместе с тем, как было отмечено выше, Минздравом России в мониторингах ТПГГ указывалось на отсутствие обоснований при отклонениях нормативов объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в ТПГГ от средних нормативов либо от базовой программы ОМС.

Согласно части 2 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с ПГГ. ПГГ в разделе I «Общие положения» также содержит положение о необходимости субъектам Российской Федерации принимать ТПГГ в соответствии с ПГГ.

Таким образом, ТПГГ должна соответствовать ПГГ, так как предусмотренные ею нормативы рассчитаны как средние показатели и являются государственной гарантией равного права всех граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи и, следовательно, не могут быть определены регионами в ТПГГ в меньшем размере (приложение № 5, ДСП, к отчету).

Динамика показателей объема медицинской помощи в рамках ТПГГ по видам, условиям оказания и источникам финансового обеспечения за период 2019–2022 годов представлена в приложении № 6 к отчету.

Так, в таблице приложения № 6 показаны<sup>30</sup> утвержденные средние нормативы объема медицинской помощи, показатели которых ниже среднего норматива ПГГ. Это скорая медицинская помощь в ОМС, медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, оказанная как за счет средств бюджета, так и ОМС, и в рамках амбулаторной медицинской помощи за счет ОМС проводимые профилактические медицинские осмотры и диспансеризации и т. д.

Сведения о формировании и выполнении показателей объема медицинской помощи в рамках ПГГ по видам и условиям ее оказания за 2020–2022 годы представлены в приложении № 7 к отчету<sup>31</sup>. Как следует из показателей приложения № 7, в указанные годы утвержденные в соответствии с ПГГ объемы медицинской помощи исполнялись в диапазоне 67,3–113,7 %.

---

30. Выделено красным цветом.

31. Составлено на основе формы № 62 за соответствующие годы.

На протяжении 2019–2022 годов в Российской Федерации отмечается установление нормативов ниже средних нормативов объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания из расчета на одного жителя (на одно застрахованное лицо), установленных соответствующими ПГГ, а также неполное исполнение объемов медицинской помощи, утвержденных в ТПГГ субъектов Российской Федерации.

Указанные факты могут оказывать влияние на обеспечение граждан гарантировано бесплатными видами медицинской помощи и формирование в связи с этим обоснованных жалоб на неоказание (несвоевременное или неполное оказание) медицинской помощи за счет соответствующих бюджетов в рамках ежегодно утверждаемых ТПГГ.

При том, что статьей 41 Конституции Российской Федерации предусмотрено право граждан на получение медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно<sup>32</sup>, значительные расходы населения связаны с оказанием им медицинских услуг за плату. Что, в свою очередь, подтверждается анализом информации об обоснованных по результатам медико-экономического контроля (МЭК) обращениях / жалобах застрахованных лиц по фактам взимания медицинскими организациями платы за медицинскую помощь, виды и профили которой предусмотрены ПГГ (приложение № 8 к отчету)<sup>33</sup>.

Информация об объемах платных услуг, оказанных населению за 2019–2022 годы<sup>34</sup> (в том числе медицинских), представлена в приложении № 9 к отчету.

Оказание медицинской помощи на платной основе в 2020 и 2021 годах имело тенденцию к росту преимущественно в амбулаторных условиях (с учетом ограничительных мер в 2020 и 2021 годах в стационарах и дневных стационарах, вызванных COVID-19).

Так, в 2021 году по сравнению с 2019 годом объем посещений с профилактическими целями увеличился на 36,2 %, а в неотложной форме – на 44 %, при этом количество обращений в связи с заболеваниями увеличилось в 1,8 раза. Следует отметить, что в 2020 году по сравнению с 2019 годом количество обращений в связи с заболеваниями увеличилось в 2,5 раза и было связано преимущественно с диагностическими исследованиями в рамках COVID-19 (проведение за плату компьютерных и магнитно-резонансных томографий).

В 2022 году наметилась тенденция к уменьшению оказания медпомощи в амбулаторных условиях с одновременным ростом оказания медпомощи в условиях стационаров.

По запросу Счетной палаты органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья представлена информация об объемах и стоимости медицинской помощи, оказанной на платной основе государственными медицинскими организациями, виды и профили которой предусмотрены ПГГ.

---

32. За счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

33. Запрос направлен 27 страховыми медицинскими организациям, ответ получен от 25 организаций, 2 организации ликвидированы (все права и обязанности перешли к действующим).

34. Объем и структура платных услуг населению, по данным Росстата.

Таблица 1. Объемы медицинской помощи, оказанные государственными медицинскими организациями за плату в 2019–2022 гг.

Виды медицинской помощи (МП)	Объемы медицинской помощи, оказанные на платной основе государственными медорганизациями, виды и профили которой предусмотрены ТПГГ			
	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Медицинская помощь в амбулаторных условиях*, кол-во посещений	58 053 348	40 566 010	51 293 925	31 810 906
Доля объема медпомощи в общем объеме оказанной медпомощи, %	5,28	4,64	5,15	2,89
Медицинская помощь в стационарных условиях, случаи госпитализации	707 927	470 200	529 257	666 104,9
Доля объема медпомощи в общем объеме оказанной медпомощи, %	2,69	2,09	2,25	2,55
Медицинская помощь в условиях дневного стационара, случаи лечения	131 836	98 877	116 015	166 689,0
Доля объема медпомощи в общем объеме оказанной медпомощи, %	1,49	1,45	1,55	1,65
Скорая медицинская помощь, кол-во вызовов	503 484	496 470	493 502	41 135
Доля объема медпомощи в общем объеме оказанной медпомощи, %	1,30	1,29	1,25	0,09

\* С учетом перевода в посещения при средней кратности посещений в одном обращении:  
в 2018 году – 2,58; в 2019 году – 2,6; в 2020 году – 2,55; в 2021 году – 2,53; в 2022 году – 2,9.

Согласно Правилам предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг<sup>35</sup> медицинские организации, участвующие в реализации ТПГГ, имеют право предоставлять платные медицинские услуги на определенных условиях<sup>36</sup> и, принимая во внимание достаточно большой объем платных медицинских услуг, который выполняется медицинскими организациями, не участвующими в реализации ТПГГ, можно предположить, что объемы оказанных медицинских услуг оформляются преимущественно как самостоятельное обращение пациентов.

35. Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (утратило силу с 1 января 2023 года).
36. Платные медицинские услуги предоставляются на следующих условиях: на иных условиях, чем предусмотрено ТПГГ, по желанию потребителя (заказчика); при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации; гражданам иностранных государств, лицам без гражданства (за исключением лиц, застрахованных по ОМС) и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по ОМС; при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме).

Информация по результатам анализа представленных территориальными ФОМС сведений о случаях оказания медицинской помощи по ОМС, неоплаченных по причине превышения утвержденных объемов медицинской помощи в ТПГГ (в рамках территориальных программ ОМС), в общем объеме оказанной медицинской помощи представлена в приложении № 10 к отчету.

Анализ показал ежегодное увеличение объемов медицинской помощи по ОМС, неоплаченных по причине превышения утвержденных объемов<sup>37</sup>.

Таким образом, по результатам анализа и проведенных расчетов можно сделать вывод о том, что расчетная доля неоплаченных объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания и доля объемов медицинской помощи, виды и профили которой предусмотрены ТПГГ, оказанных на платной основе, могут являться дополнительными объемами медицинской помощи, необходимыми населению Российской Федерации для их бесплатного медицинского обеспечения в рамках ПГГ, сводная информация о чем представлена в таблице 2.

Таблица 2. Расчетные объемы медицинской помощи по видам ее оказания в 2020–2022 гг.

	Виды медицинской помощи	Расчетный объем медицинской помощи*		
		2020 г.	2021 г.	2022 г.
Скорая медицинская помощь, %	расчетная доля неоплаченного объема медпомощи	0,12	0,15	0,22
	доля объема медпомощи, оказанной на платной основе	1,30	1,29	1,25
	предлагаемый дополнительный объем медпомощи в рамках ПГГ	1,42	1,44	1,47
Медицинская помощь в амбулаторных условиях**, %	расчетная доля неоплаченного объема медпомощи	1,73	1,30	2,99
	доля объема медпомощи, оказанной на платной основе	5,28	4,64	5,15
	предлагаемый дополнительный объем медпомощи в рамках ПГГ	7,01	5,94	8,14
Медицинская помощь в стационарных условиях, %	расчетная доля неоплаченного объема медпомощи	1,44	1,61	6,02
	доля объема медпомощи, оказанной на платной основе	2,69	2,09	2,25
	предлагаемый дополнительный объем медпомощи в рамках ПГГ	4,13	3,70	8,27

37. Например, наибольшие неоплаченные суммы по причине превышения утвержденных объемов медицинской помощи по медицинской помощи в стационаре сложились в следующих областях Российской Федерации ( млрд рублей): в Кировской – 9,86; Московской – 9,58; Архангельской –5,04; Ростовской – 4,09; Рязанской – 3,47; Новгородской – 3,35; Тюменской – 2,67; Вологодской – 2,47; Новосибирской – 2,13 и т. д., что с учетом сформированной средней стоимости за единицу объема медпомощи также влечет наибольший неоплаченный ее объем (в случаях госпитализации).

Виды медицинской помощи	Расчетный объем медицинской помощи*		
	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Медицинская помощь в условиях дневного стационара, %	расчетная доля неоплаченного объема медпомощи	2,29	3,79
	доля объема медпомощи, оказанной на платной основе	1,49	1,45
	предлагаемый дополнительный объем медпомощи в рамках ПГГ	3,78	5,24

\* Данные представлены по состоянию на начало соответствующего периода.

\*\* С учетом перевода в посещения при средней кратности посещений в одном обращении:  
в 2018 году – 2,58; в 2019 году – 2,6; в 2020 году – 2,55; в 2021 году – 2,53.

Кроме того, в рамках проведенных Счетной палатой<sup>38</sup> проверок были установлены факты невыставления на оплату реестров счетов по оказанной помощи сверх установленных объемов в территориальной программе ОМС в связи с ожидаемым отказом в их оплате со стороны страховых медицинских организаций.

В целях выявления наличия и возможной видимой зависимости между показателями общественного здоровья и структурой оказываемой медицинской помощи в регионах из разных кластеров на основе цифровой платформы PolyAnalyst сформированы кластеры субъектов Российской Федерации (кластеризация по методу k-средних), выполнивших в 2019 году<sup>39</sup> однотипный объем медицинской помощи в стационарных условиях в разрезе нозологий (из расчета на одно застрахованное лицо).

Методология кластеризации представлена в приложении № 11 к отчету.

Проведенный анализ не выявил взаимосвязь между условно хорошими показателями общественного здоровья (показатели заболеваемости, смертности, продолжительности жизни, инвалидности и т. д.) и структурой оказываемой медицинской помощи в регионах. Таким образом, в настоящее время определить целевую (рациональную) модель потребности в объемах медицинской помощи в стационарных условиях для населения регионов разных кластеров не представляется возможным.

Можно предположить, что на показатели общественного здоровья в регионе помимо выполняемых объемов медицинской помощи влияют в том числе иные факторы, такие как экономическая достаточность региона и доходы населения, экологическая ситуация в регионе, климатические и географические особенности, транспортная доступность медицинских организаций и т. д.

- 
38. Совместное контрольное мероприятие «Проверка формирования и использования бюджетных ассигнований бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, выделенных в 2020–2021 годах на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (с контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации)».
39. При расчетах использовался 2019 год, как наиболее показательный, без ограничений плановой госпитализации в условиях распространения COVID-19 (количество случаев госпитализации в 2019 году – 28 181 909 единиц, в 2020 году – 24 020 950 единиц, в 2021 году – 25 127 600 единиц).

Кроме того, путем корреляционного анализа рассмотрены плановые и фактические объемы медицинской помощи за 2019 год в стационарных условиях по основным профилям медицинской деятельности отдельных регионов, входящих в один или в разные подкластеры, во взаимосвязи с рекомендуемыми согласно методическим разъяснениям<sup>40</sup> объемами медицинской помощи в стационарных условиях<sup>41</sup> (приложение № 12 к отчету).

Результаты корреляционного анализа показали, что в регионах, входящих в один подкластер, структура медпомощи в стационарных условиях в большей степени ориентирована (имеет схожую структуру) на формирование объемов медицинской помощи с учетом рекомендаций Минздрава России по числу случаев госпитализации на одного жителя (застрахованного). В то же время регионы, входящие в другие подкластеры (а их меньшинство) осуществляют планирование объемов медицинской помощи не с учетом рекомендаций, а исходя из анализа уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей регионов.

### 7.2.2. Оценка соответствия предусмотренных объемов бюджетных ассигнований фактической стоимости медицинской помощи по группам нозологий, видам и профилям, предусмотренным программой государственных гарантий с учетом региональной дифференциации

Таблица 3. Финансирование программы госгарантий в период с 2019 по 2022 г. (по источникам финансирования)

(млрд руб.)

Источники финансирования	2019 г.		2020 г.		2021 г.		2022 г.	
	факт. данные	доля в структуре расходов						
Федеральный бюджет	502,3	14,6	1 020,3	23,3	1 200,0*	24,3	652,7**	14,4
Бюджеты субъектов Российской Федерации***	718,2	20,8	967,1	22,1	949,6	19,2	1028,0	22,7

40. Приложение 4 к письму Минздрава России от 21 декабря 2018 г. № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (вместе с Методикой планирования ресурсов при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы, Методикой оценки эффективности использования ресурсов медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда).
41. Отбор регионов при этом в подкластерах произведен с учетом минимальных и максимальных значений по показателю «Доля населения старше трудоспособного возраста в общей численности населения».

Источники финансирования	2019 г.		2020 г.		2021 г.		2022 г.	
	факт. данные	доля в структуре расходов						
Средства ОМС****, всего,	2 226,8	64,6	2 388,9	54,6	2 794,5	56,5	2 848,5	62,9
в том числе на:								
реализацию территориальных программ ОМС	-	-	-	-	2 533,8	-	2 561,9	-
реализацию базовой программы ОМС федеральными медицинскими организациями	-	-	-	-	135,6	-	157,6	-
оказание ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, за счет субсидии из бюджета федерального фонда	-	-	103,1	-	109,7	-	112,5	-
<b>Итого</b>	<b>3 447,3</b>	<b>100</b>	<b>4 376,3</b>	<b>100</b>	<b>4 944,1</b>	<b>100</b>	<b>4 529,2</b>	<b>100</b>
<b>В % к ВВП</b>	<b>-</b>	<b>3,2</b>	<b>-</b>	<b>4,1</b>	<b>-</b>	<b>3,8</b>	<b>3,0</b>	<b>-</b>

\* Из них расходы федерального бюджета на реализацию ПГГ в 2021 году 587,1 млрд рублей, в том числе межбюджетные трансферты федерального бюджета бюджету ФОМС в размере 294,9 млрд рублей на компенсацию выпадающих доходов бюджета ФОМС в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов и освобождением от обложения страховыми взносами отдельных доходов в виде выплат (вознаграждений), полученных физическими лицами; на финансовое обеспечение отдельных нестраховых расходов, мероприятий по модернизации ГИС ОМС и организацию ее информационного взаимодействия с ЕГИСЗ, оказание медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения); иных межбюджетных трансфертов за счет средств резервного фонда Правительства РФ в размере 310,5 млрд рублей, направленных в рамках реализации ТП ОМС. Включая бюджетные ассигнования федерального бюджета, передаваемые Фонду социального страхования Российской Федерации на оплату санаторно-курортного лечения, проезда на междугороднем транспорте к месту лечения и обратно отдельным категориям граждан (6,2 млрд рублей), и субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, в размере 6,2 млрд рублей.

\*\* Включая бюджетные ассигнования федерального бюджета, передаваемые Фонду социального страхования Российской Федерации на оплату санаторно-курортного лечения, проезда на междугороднем транспорте к месту лечения и обратно отдельным категориям граждан (6,56 млрд рублей); гранты в форме субсидии Фонду поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра» на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи (при необходимости за пределами Российской Федерации) детям и (или) гражданам с указанными заболеваниями до достижения ими 18-летнего возраста, обеспечение их лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, в том числе не зарегистрированными в Российской Федерации, а также техническими средствами реабилитации, не входящими в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, и техническими средствами реабилитации и услуг, предоставляемыми инвалиду, – в размере 21,24 млрд рублей, и бюджетные ассигнования федерального бюджета, предусмотренные Минздраву России для осуществления подведомственным ему казенным учреждением закупок зарегистрированных в Российской Федерации лекарственных препаратов для медицинского применения для детей в возрасте до 18 лет (для конкретного ребенка с тяжелым жизнеугрожающим или хроническим заболеванием, в том числе редким (орфанным) заболеванием, либо для групп таких детей) – в размере 40,18 млрд рублей.

\*\*\* Включая бюджетные ассигнования бюджетов субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации ВМП, не включенной в базовую программу ОМС (2019 год – 100,8 млрд рублей, 2020 год – 103,1 млрд рублей, 2021 год – 43,2 млрд рублей), и без учета межбюджетных трансфертов бюджетов субъектов Российской Федерации бюджетам территориальных фондов ОМС на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ ОМС в части базовой программы ОМС (128,1 млрд рублей в 2021 году) и на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой (26,4 млрд рублей в 2021 году).

\*\*\*\* Включая расходы на обеспечение выполнения территориальными фондами ОМС своих функций в размере 14,2 млрд рублей в 2019 году, 14,5 млрд рублей в 2020 году и 15,4 млрд рублей в 2021 году.

Как видно из таблицы 3, в 2022 году по сравнению с 2021 годом расходы федерального бюджета на финансирование ПГГ возросли на 11,2 %, бюджетов субъектов Российской Федерации – на 8,3 %, системы ОМС – на 1,9 %.

Наибольший рост расходов отмечен в период с 2019 по 2021 год – расходы федерального бюджета на финансирование ТПГГ возросли в 2,4 раза, бюджетов субъектов Российской Федерации – на 32,2 %, системы ОМС – на 25,5 %.

Существенный рост расходов федерального бюджета на оказание медицинской помощи в рамках ТПГГ обусловлен сохранявшимся в 2021 году высоким уровнем распространения заболеваний, вызванных COVID-19, что потребовало выделения дополнительных финансовых ресурсов на обеспечение мероприятий по борьбе с COVID-19.

Таблица 4. Динамика расходов на реализацию ТПГГ по видам и условиям оказания медицинской помощи за период с 2019 по 2022 г.

(млрд руб.)

Медицинская помощь по видам и условиям оказания	2019 г.	2020 г.		2021 г.			2022 г.		
	факт. данные	факт. данные	прирост к 2019 г., %	факт. данные	прирост к 2019 г., %	прирост к 2020 г., %	факт. данные	прирост к 2020 г., %	прирост к 2021 г., %
Скорая медпомощь*	141,4	150,8	6,6	161,0	13,9	6,8	169,7	12,5	5,4
Медпомощь в амбулаторных условиях	818,5	854,5	4,4	931,3	13,8	9,0	1 015,8	18,9	9,1
Медпомощь в стационарных условиях	1 235,5	1 355,1	9,7	1 521,0	23,1	12,2	1 441,9	6,4	-5,2
Медпомощь в условиях дневных стационаров, в том числе в рамках:	194,4	217,0	11,6	234,1	20,4	7,9	273,7	26,2	17,0
первой медико-санитарной помощи	-	80,6	-	90,7	-	9,6	91,2	13,2	0,6
специализированной медпомощи	-	136,4	-	143,4	-	0,1	182,5	33,8	27,3
Паллиативная медпомощь	21,9	21,6	-1,4	23,0	5,0	6,5	26,7	23,6	16,1
<b>Итого**</b>	<b>2 411,7</b>	<b>2 599,0</b>	<b>7,7</b>	<b>2 870,4</b>	<b>19,0</b>	<b>10,4</b>	<b>2 927,9</b>	<b>12,7</b>	<b>2,0</b>

\* Без учета расходов бюджетов субъектов Российской Федерации на санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляющую воздушными судами (9,1 млрд рублей).

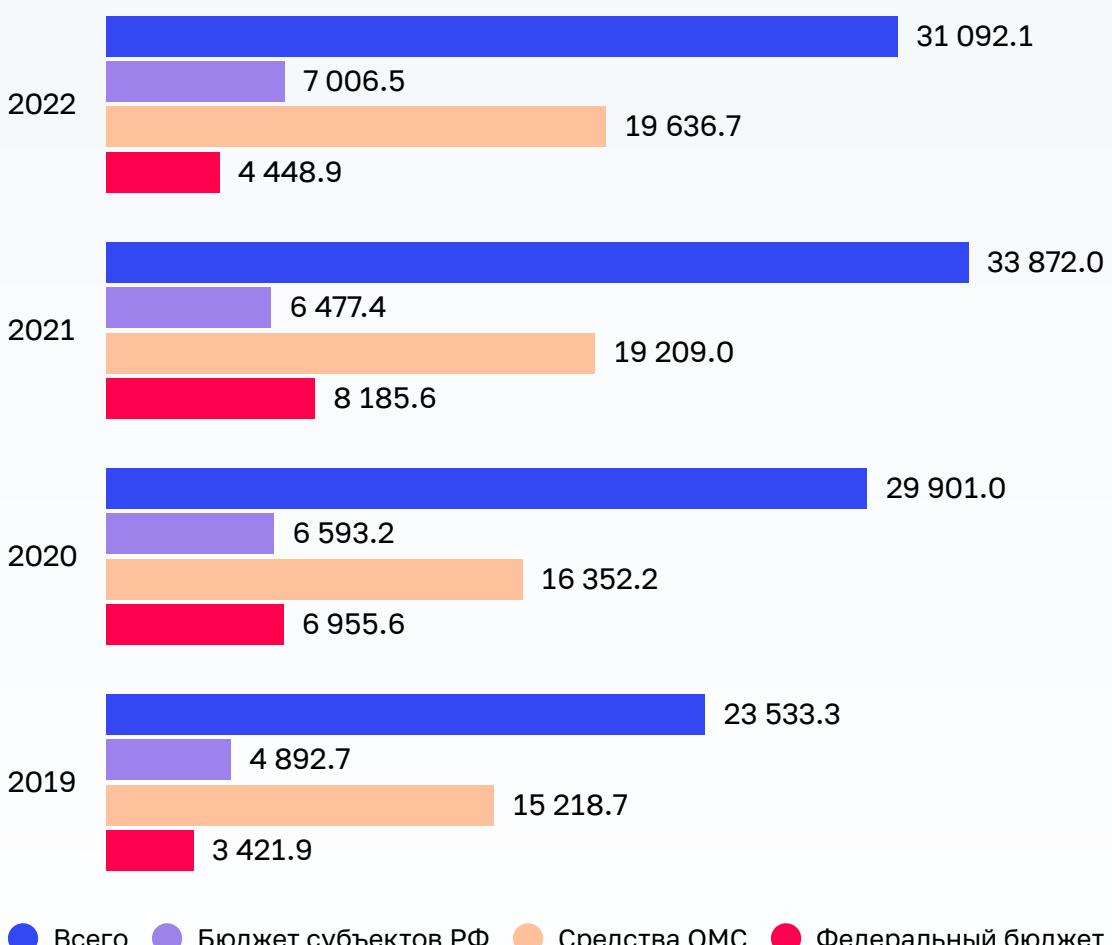
\*\* Без учета расходов на прочие виды медицинских и иных услуг (619,9 млрд рублей).

Как видно из таблицы 4, расходы на реализацию ТПГГ по видам и условиям оказания медицинской помощи за счет средств консолидированных бюджетов и ОМС (без учета средств федерального бюджета) в 2022 году составили 2 927,9 млрд рублей, что на 12,7 % превысило соответствующие расходы в 2020 году (2 599,0 млрд рублей) и на 2,0 % соответствующие расходы в 2021 году (2 870,4 млрд рублей).

Подробная информация об утвержденных и исполненных объемах расходов на реализацию ТПГГ по видам и условиям оказания медицинской помощи за период с 2019 по 2022 год представлена в приложении № 13, ДСП, к отчету.

## Подушевые показатели финансового обеспечения ТПГГ за счет различных источников

руб.



Отмечается тенденция к уменьшению дефицита ТПГГ. Так, в 2023 году дефицит финансового обеспечения ТПГГ за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов был отмечен в 13 регионах и составил 19,7 млрд рублей, в 2022 году дефицит отмечен в 20 регионах и составил 20,3 млрд рублей (18,7 % потребности в бюджетных ассигнованиях). В 2021 году указанный дефицит составлял по 20 субъектам

Российской Федерации 22,5 млрд рублей (21,6 % потребности). В 2020 году – 43,2 млрд рублей по 34 субъектам Российской Федерации (25,9 % потребности).

Несмотря на положительную динамику за предшествующий трехлетний период, в 2022 году в ряде субъектов Российской Федерации сохранялся дефицит ТПГГ.

Таблица 5. Динамика дефицита финансового обеспечения ТПГГ за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов Российской Федерации за 2019–2022 гг.

(млн руб.)

Субъекты Российской Федерации с наибольшим дефицитом ТПГГ	2019 г.		2020 г.		2021 г.		2022 г.	
	размер дефицита*	доля от расчетной потребности, %	размер дефицита*	доля от расчетной потребности, %	размер дефицита*	доля от расчетной потребности, %	размер дефицита*	доля от расчетной потребности, %
Республика Ингушетия	1 203,6	69,9	1 243,6	68,4	1 319,1	68,6	1 309,6	65,6
Чеченская Республика	2 955,7	58,1	2 607,2	49,1	2 917,2	52,2	3 067,2	51,9
Республика Марий Эл	1 350,7	57,0	974,1	40,0	985,2	39,0	736,7	28,2
Республика Дагестан	6 016,0	55,9	3 638,8	32,8	4 249,9	36,7	5 637,8	45,5
Карачаево-Черкесская Республика	890,3	54,9	291,7	17,4	505,8	29,2	810,4	44,6
Забайкальский край	1 291,3	34,7	1 068,1	28,4	1 113,3	28,4	1 110,3	28,8
Курганская область	692,1	23,7	729,4	24,6	750,9	24,6	561,5	18,9
Ульяновская область	1 393,4	32,2	1 364,7	30,8	986,2	21,7	1 105,0	24,0
Ставропольский край	3 764,1	38,6	3 068,8	30,6	2 257,7	21,6	2 778,8	24,8
Тамбовская область	1 568,7	44,0	1 270,0	35,2	748,5	20,2	-	-

\* Без учета региональных особенностей.

ТПГГ 72 субъектов Российской Федерации в 2022 были бездефицитными, в 2021 и 2020 годах – 65 ТПГГ были бездефицитными, в 2019 году – 51 ТПГГ была бездефицитная.

Как ранее было отмечено, на протяжении 2019–2022 годов в ТПГГ утверждались в ряде случаев заниженные средние нормативы объемов медицинской помощи из расчета на одного жителя (на одно застрахованное лицо), установленные соответствующими ПГГ (которые еще и не достигались), а также не полностью выполнялись утвержденные объемы медицинской помощи. Одной из причин является

выделенный объем средств на финансовое обеспечение реализации ТПГГ как за счет средств консолидированных бюджетов регионов, так и за счет средств ОМС.

Согласно ПГГ стоимость утвержденной территориальной программы ОМС не может превышать размер бюджетных ассигнований на ее реализацию, установленный законом субъекта Российской Федерации о бюджете территориального фонда ОМС.

Информация в приложении № 13, ДСП, к отчету наглядно показывает, что в 2019–2022 годах фактические расходы по средствам ОМС превышали их утвержденные значения. Так, в 2019 году сложившийся дефицит средств на специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях составил 24,7 млрд рублей, на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, – 52,5 млрд рублей.

Также дефицит средств ОМС сложился на медицинскую помощь в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями в 2020 году – 17,8 млрд рублей, а в 2021 году – 42,0 млрд рублей.

В ходе мероприятия проанализированы расходы на оказание скорой и амбулаторной медицинской помощи. Согласно форме № 62 (таблица 9000) расходы финансовых средств из различных источников финансирования на оказание скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, в 2022 году составили 186 618,3 млн рублей (в том числе 529,4 млн рублей (0,3 %) за счет оказанной медицинской помощи за плату), на оказание амбулаторной помощи – 1 218 968,5 млн рублей (в том числе 168 712,6 млн рублей (13,8 %) за счет оказанной медицинской помощи за плату).

Основную долю расходов в общей структуре затрат составляет заработка плата персонала (с учетом начислений), показатель которой по регионам имеет разное значение, но в целом по Российской Федерации составляет: по амбулаторной помощи – 72,9 %, по скорой помощи – 74,6 %.

При реализации ТПГГ применяются следующие основные способы оплаты медицинской помощи по ОМС: при оплате скорой медицинской помощи – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи; при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц за медицинскую услугу / за посещение / за обращение.

Таким образом, расходы медицинских организаций на оказание скорой и амбулаторной медпомощи носят условно-постоянный характер и зависят преимущественно от размера «подушевика» и численности прикрепленного контингента. Динамика этих расходов будет изменяться в зависимости от уровня заработной платы, роста прочих расходов медорганизаций и изменения инфраструктуры (например, увеличения медицинских объектов в рамках модернизации первичного звена здравоохранения).

Согласно Правилам организации деятельности поликлиники<sup>42</sup> структура и штатная численность поликлиники устанавливаются с учетом рекомендуемых штатных нормативов поликлиники (установлено приложением № 2 к Положению № 543н), исходя из уровня и структуры заболеваемости и смертности, половозрастного состава населения, его плотности, удаленности населенных пунктов, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения. Структура и штатная численность станции скорой медицинской помощи<sup>43</sup> устанавливаются руководителем медицинской организации исходя из объема оказываемой медпомощи, численности обслуживающего населения и с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

В ходе мероприятия выборочно проанализированы сведения о рекомендуемой, утвержденной штатной и фактической численности персонала подведомственных амбулаторно-поликлинических учреждений (поликлиник), являющихся самостоятельными медицинскими организациями, а также станций скорой медицинской помощи в 15 субъектах Российской Федерации (приложение № 14, ДСП, к отчету)<sup>44</sup>.

Анализ представленных данных показал, что формирование штатных расписаний амбулаторно-поликлинических учреждений и станций скорой медицинской помощи в рассматриваемых регионах осуществлялось в пределах, не превышающих рекомендуемую штатную численность. При этом отклонение штатной численности персонала амбулаторно-поликлинических учреждений от рекомендуемой в меньшую сторону в период с 2019 по 2022 год в среднем по регионам (по годам) составило (-)35,0, (-)34,2, (-)34,3 и (-)33,9 % соответственно (коэффициент недостижения рекомендуемых показателей по штатной численности). Основными причинами отклонения, по информации регионов, являются утверждение штатных единиц исходя из объемов оказываемых услуг (минздрав Камчатского края), а также дефицита кадров (минздрав Иркутской и минздрав Челябинской областей).

Наличие дефицита врачей и среднего медицинского персонала в первичном звене здравоохранения отмечен в докладе, подготовленном Счетной палатой в рамках реализации отраслевого комплекса мероприятий «Аудит финансовой обеспеченности и эффективности расходов на оказание гражданам медицинской помощи» в части мониторинга эффективности использования средств, выделяемых на улучшение кадрового обеспечения системы здравоохранения»<sup>45</sup>.

Отклонение от рекомендованных нормативов в 90 % проанализированных медицинских организациях 15 субъектов Российской Федерации утвержденной штатной

- 
42. Приложение № 1 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н (далее – Положение № 543н).
43. Правила организации деятельности станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи (приложение № 3 к Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н).
44. Отбор регионов произведен на релевантной основе – по два с каждого федерального округа, которыми представлена запрашиваемая информация в отношении двух подведомственных поликлиник и станции скорой медицинской помощи. При этом выбирались субъекты Российской Федерации, не имеющие дефицита финансового обеспечения ТПГГ за счет бюджетных ассигнований.
45. Пункт 2.2.18.3 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2023 год.

численности медицинских работников в региональных медицинских организациях первичного звена здравоохранения может быть связано со стремлением к достижению целевых показателей по укомплектованности медицинскими работниками медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях.

С учетом численности персонала, занятого по итогам 2022 года в регионах в оказании медицинской помощи<sup>46</sup>, уровня заработной платы «указных» категорий медицинских работников и индексации прочих расходов<sup>47</sup> на финансирование скорой медицинской помощи требуется дополнительно 22,9 млрд рублей, а в случае ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и достижения целевых показателей по укомплектованности медицинскими кадрами<sup>48</sup> только на фонд оплаты труда персонала в 2024–2025 годах дополнительно потребуется в 2024 году – 133,2 млрд рублей, в 2025 году – 139,7 млрд рублей.

Подробная информация представлена в приложениях № 15 и 16 к отчету.

Учитывая, что по результатам выявленных отклонений в рассматриваемых регионах от рекомендованной численности при формировании штатных расписаний амбулаторного звена и станций скорой помощи, полученные значения дополнительной потребности требуют увеличения на коэффициент недостижения рекомендуемых показателей по штатной численности.

Одним из видов медицинской помощи является паллиативная медицинская помощь, нормативы предоставления которой незначительны (сведения об объемах на одного жителя, объемы оказания и их динамика отражены в приложениях № 3, 4, 6 к отчету, а объемы финансового обеспечения – в приложении № 7 к отчету).

Например, суммарные расходы на паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях в 2019–2022 годах составили 21,9; 21,6; 23,0; 26,7 млрд рублей соответственно (или по 2022 году – 0,9 % от всех исполненных объемов ТПГГ), а в амбулаторных условиях – 2,0; 4,1; 4,9; 6,5 млрд рублей соответственно (или по 2022 году – 0,2 % от всех исполненных объемов ТПГГ).

46. Согласно таблице 1100 «Штаты медицинских организаций» формы № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2022 год.

47. На прогнозный уровень инфляции на 2023 год согласно Прогнозу социально-экономического развития Российской Федерации на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов (7,5 %).

48. Паспорт федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»: по врачам на 2023 год – 92,0 %, к 2024 году – 95,0 %, к 2025 году – 95,6 % (факт по итогам 2022 года – 84,24 %), по среднему медицинскому работнику на 2023 год – 94,0 %, к 2024 году – 95,0 %, к 2025 году – 95,5 % (факт по итогам 2022 года – 85,5 %).

Таблица 6. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема паллиативной медицинской помощи на 2019–2022 гг.

(руб.)

Наименование показателя	Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема помощи				Прирост 2022 к 2019 г., %
	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	
Паллиативная медицинская помощь, в том числе на дому (посещ.)	396,0	411,0	426,2	443,2	10,7
Паллиативная медицинская помощь, осуществляемая на дому выездными патронажными бригадами (посещ.)	1 980,0	2 055,2	2 131,2	2 216,4	10,7
Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях (койко-день)	2 022,9	2 099,8	2 519,8	2 620,6	22,8

Исходя из данных таблицы 6, в 2019–2022 годах размеры средних нормативов имели тенденцию к росту, вместе с тем сокращение объемов оказанной паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях с 9 037,3 тыс. койко-дней в 2019 году до 8 557,5 тыс. койко-дней в 2022 году привели к увеличению расходов на указанные цели только на 21,9 %, в то время как рост финансирования ПГГ за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации за указанный период составил 32,2 %.

На текущий момент в части паллиативной медицинской помощи стандарты медицинской помощи, а также актуальные клинические рекомендации, которые согласно Федеральному закону № 323-ФЗ с 2019 года размещаются на официальном сайте уполномоченного федерального органа исполнительной власти в сети Интернет, отсутствуют. При этом действующие стандарты на оказание специализированной помощи не учитывают паллиативную помощь.

Анализ показал, что установление методологии расчета потребности финансовых затрат на ПГГ, основанной на расчете стоимости законченного случая лечения заболевания, не предусмотрено и, как следствие, расчетная стоимость медицинской услуги определяется не реальными издержками медицинской организации, а предусмотренными в бюджете объемами ассигнований, что значительно снижает расчетную стоимость медицинской услуги по сравнению с фактической себестоимостью.

Медицинская помощь организуется и оказывается в том числе с учетом стандартов медицинской помощи, которые разрабатываются на основе клинических рекомендаций и включают в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратность применения медицинских услуг, включенных в номенклатуру медицинских услуг; зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой

по анатомо-терапевтическо-химической классификации (далее – АТХ), рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иного, исходя из особенностей заболевания (состояния). Таким образом, на основе стандарта медицинской помощи возможно рассчитать усредненную стоимость случая оказания медпомощи.

В ходе экспертно-аналитического мероприятия для расчета стоимости специализированной медицинской помощи был применен метод расчета необходимых затрат на выполнение услуг и исследований, лекарственное обеспечение и питание, предусмотренные стандартом, а также затраты на накладные расходы медицинской организации. В целях отбора стандартов для расчета их стоимости были проанализированы 426 стандартов специализированной медицинской помощи.

1. При расчете стоимости медицинских услуг были определены условные единицы трудоемкости (далее – УЕТ) для каждой медицинской услуги на основе медианного значения УЕТ, определенного медицинскими организациями субъектов Российской Федерации. Кроме того, произведено разделение медицинских услуг на услуги, предоставляемые врачами, и услуги, предоставляемые средним медицинским персоналом. Для определения стоимости услуги среднероссийское значение заработной платы по врачам или среднему медицинскому персоналу было умножено на количество УЕТ.

Таким образом, была определена стоимость всех медицинских услуг, используемых в анализируемых стандартах согласно номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Минздравом России<sup>49</sup>.

2. Для расчета затрат на лекарственные препараты, включенные в стандарты медицинской помощи, все лекарственные препараты были сгруппированы по АТХ, МНН<sup>50</sup>, форме выпуска, дозировке и средней курсовой дозе в целях определения количества единиц действующего вещества лекарственного препарата, используемого в стандарте.

При этом, как показал анализ из-за многочисленных неточностей, опечаток и ошибок в стандартах медицинской помощи в части наименования единицы вещества лекарственных препаратов (с указанием средних доз) данный способ определения затрат на лекарственное обеспечение по стандарту не является релевантным.

Так, в стандартах нет единства в изложении единиц измерения лекарственных препаратов. Один и тот же препарат встречается от одного до шести различных наименований в различных стандартах. Например, по МНН: «препарат кальция в комбинации с другими средствами», «аллергенов экстракт», «препараты для лечения заболеваний кожи другие».

---

49. Приказ Минздрава России от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

50. Международное непатентованное наименование действующего лекарственного средства (далее – МНН).

Учитывая данную проблематику, для определения затрат на лекарственное обеспечение по стандартам был применен другой подход, который основан на расчете доли затрат на приобретение медикаментов в общей структуре расходов медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь отдельно для трех типов медицинских организаций (детский профиль, взрослый профиль, онкологический профиль). Анализ показал, что доля затрат медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь детям, на закупку лекарственных препаратов в среднем составляет 10,6 %, доля затрат медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь взрослому населению, – 22,1 %, в медицинских организациях онкологического профиля – 61,6 %.

3. Расходы на питание пациентов вносят наименьшую долю по объему затрачиваемых средств в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Минздравом России утверждены нормы лечебного питания<sup>51</sup>. Стоимость лечебного питания была рассчитана с использованием нормативного метода ценообразования, исходя из стоимости продуктов питания по стандартной диете на законченный случай лечения, средней длительности лечения, текущей (закупочной) стоимости одной единицы продукта питания, усредненной частоты предоставления.
4. В рамках исследования накладные расходы были определены структурным методом.

Накладные расходы рассчитывались на основе Сведений о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями (форма № 14-Ф (ОМС)). Использовалась информация о средней арифметической стоимости накладных расходов, рассчитанная на основе данных более чем 200 государственных медицинских организаций субъектов Российской Федерации. Итоговый коэффициент, использованный для расчета накладных расходов, составил 0,3 (30 % от общих расходов).

5. Для расчета объема средств, необходимых для обеспечения оказания специализированной медицинской помощи, выборочно проанализированы 155 стандартов специализированной медицинской помощи, в соответствии с которыми за 2022 год в целом по Российской Федерации было оказано 10 967,1 тыс. случаев заболеваний в условиях круглосуточного и дневного стационара на 441,9 млрд рублей, что составляет 29,6 % от общего объема средств ОМС, направленных на оказание специализированной медицинской помощи в 2022 году (согласно форме № 62).

Проведенный анализ показал, что в среднем расчетная стоимость стандарта специализированной медицинской помощи выше фактической на 14,2 %.

Вместе с тем по 66 стандартам фактическая стоимость лечения была выше расчетной, а по 89 – ниже.

Согласно расчетам в целом объем средств, необходимый на оказание медицинской помощи в соответствии с указанными стандартами, был выше фактического объема средств, направленных на оплату оказанной медицинской помощи, на 13,9 %, или на 61,4 млрд рублей.

---

51. Приказ Минздрава России от 21 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

Ввиду значимости исследуемой выборки из генеральной совокупности случаев оказания специализированной медицинской помощи была произведена экстраполяция коэффициента отклонения фактического объема средств от расчетного на весь объем оказываемой специализированной медицинской помощи по ОМС. Таким образом, для оказания специализированной медицинской помощи в соответствии со стандартами (по 2022 году) дополнительно необходимо 207,2 млрд рублей.

Анализ данных, представленных органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, показал, что медицинские организации не выполняют весь предусмотренный стандартом перечень исследований и услуг. В среднем оказывается 67 % услуг, предусмотренных стандартами специализированной медицинской помощи.

Кроме того, был выявлен ряд медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями в субъектах Российской Федерации при лечении заболеваний, но не предусмотренных утвержденными стандартами специализированной медицинской помощи.

Аналогичная ситуация складывается с применением лекарственных препаратов, регионами используются далеко не все препараты, прописанные стандартами специализированной медицинской помощи.

161 лекарственный препарат (по МНН), прописанный в стандартах Минздрава России, не используется при оказании медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, например, азапентацен, кберголин, сульфацетамид и другие. И 98 лекарственных препаратов (по МНН), не заявленных в стандартах, применяются на уровне регионов Российской Федерации, например, гимифлоксацин, эниксум, гемифлоксацин и другие<sup>52</sup>.

Указанные факты свидетельствуют о том, что медицинские организации не предоставляют всего объема медицинских услуг, это указывает на необходимость пересмотра стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций с учетом сложившейся практики.

Кроме того, как показал проведенный анализ, для определения статей затрат на медицинскую помощь регионы руководствуются структурой тарифа на оплату медицинской помощи<sup>53</sup>, Правилами обязательного медицинского страхования<sup>54</sup>, положениями ПГГ, утвержденными на соответствующий год, а также ежегодно утверждаемыми Методическими разъяснениями по способам ОМС.

Несмотря на установленный перечень переменных, которые должны устанавливаться в тарифном соглашении при определении размера тарифов на оплату медицинской

---

52. Подробный анализ медицинских услуг, исследований, лекарственных препаратов, предоставляемых медицинскими организациями при оказании медицинской помощи, в том числе не предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи, представлен в приложениях № 22–32 к отчету.

53. Часть 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

54. Утверждены приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н.

помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара<sup>55</sup>, в том числе размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу заболеваний (далее – КСГ), и значения коэффициентов дифференциации, специфики, сложности лечения пациентов, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ, в отдельных субъектах Российской Федерации для расчета стоимости оказания медпомощи используются размер базовой ставки без учета коэффициентов дифференциации и относительной затратоемкости, специфики оказания медицинской помощи, уровня (подуровня) медицинской организации, а также коэффициента сложности лечения пациента.

В подавляющем большинстве регионов не производятся отдельные расчеты затрат на оплату труда медицинского персонала, на медикаменты, расходные материалы, питание, мягкий инвентарь и прочие расходы.

Только у 1 % опрошенных регионов проводится расчет затрат на выполнение стандарта медицинской помощи по специализированной медицинской помощи.

В шести субъектах Российской Федерации не используются региональные коэффициенты дифференциации.

Таким образом, несмотря на нормативно установленные на федеральном уровне структуру и подходы определения стоимости медпомощи, ценообразование в здравоохранении в субъектах Российской Федерации дифференцируется.

### 7.3. Оценка соответствия системы критериев и требований, установленных программой государственных гарантий действующему законодательству в сфере охраны здоровья граждан

#### 7.3.1. Анализ критериев программы государственных гарантий на предмет соответствия документам стратегического планирования

Обязательность указания в ПГГ критериев качества и доступности медицинской помощи закреплена федеральным законодательством<sup>56</sup>.

Согласно Всемирной организации здравоохранения под качеством медицинской помощи понимается степень, в которой услуги здравоохранения, оказываемые отдельным лицам и группам населения, повышают вероятность достижения желаемых результатов в области здравоохранения и соответствуют профессиональным знаниям, основанным на фактических данных.

55. Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Минздрава России от 10 февраля 2023 г. № 44н.

56. Пункт 6 части 5 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ, а также часть 2 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

Определение понятия «Качество медицинской помощи» дано в Федеральном законе № 323-ФЗ<sup>57</sup> и означает совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

В целях проведения экспертизы качества медицинской помощи Минздравом России утверждаются<sup>58</sup> критерии оценки качества медицинской помощи, формируемые по группам заболеваний или состояний (всего 18 групп, включая болезни системы кровообращения, болезни при новообразованиях) на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций<sup>59</sup> и дифференцированные по условиям оказания помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях). При этом указанные критерии качества медицинской помощи не применяются в ПГГ.

Определение понятия «Доступность медицинской помощи» в законодательстве Российской Федерации отсутствует.

При этом взаимосвязь понятия «Доступность медицинской помощи» с мероприятиями, направленными на достижение его определенного уровня, прослеживается в статье 10 Федерального закона № 323-ФЗ<sup>60</sup>. Однако в указанной норме данного Федерального закона категории доступности и качества медицинской помощи не дифференцированы.

В ходе экспертно-аналитического мероприятия на предмет наличия положений, регламентирующих вопросы доступности и качества медицинской помощи, проанализирован 21 документ стратегического планирования (далее – ДСП), а также указы Президента Российской Федерации<sup>61</sup>.

Выявлено примерно 200 элементов (цели, целеполагания, задачи, направления, меры, мероприятия), которые могут быть соотнесены и взаимоувязаны с доступностью и качеством оказываемой населению медицинской помощи.

- 
57. Пункт 21 части 1 статьи 2.
58. Приказ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критерииев оценки качества медицинской помощи».
59. Часть 2 статьи 64 Федерального закона № 323-ФЗ.
60. В соответствии с которой доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются: организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения; наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации; возможностью выбора медицинской организации и врача; применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи; предоставлением гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с ПГГ; установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций исходя из потребностей населения; транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения; возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью; оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья; применением телемедицинских технологий.
61. Указы Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 и от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» (далее – Указ Президента Российской Федерации № 474).

Наиболее четко критерии доступности медицинской помощи определены в Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2024 года<sup>62</sup>(далее – ОНДП).

Согласно ОНДП для снижения смертности населения и повышения ожидаемой продолжительности жизни планируется реализация мероприятий, в том числе направленных на повышение доступности медицинской помощи, развитие ее профилактического направления, увеличение выявляемости заболеваний, увеличение доли граждан, состоящих под диспансерным наблюдением.

Для повышения доступности медицинской помощи планируется: создание и развитие медицинской инфраструктуры, в том числе в малонаселенных пунктах, находящихся вне зоны охвата медицинской организацией или ее структурного подразделения, путем развития сети медицинских организаций первичного звена (создание новых и замена аварийных фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий) в указанных малонаселенных пунктах, приобретения мобильных медицинских комплексов, а также своевременного оказания экстренной медицинской помощи с использованием санитарной авиации в труднодоступных населенных пунктах; совершенствование системы оказания медицинской помощи лицам с болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями, а также детям; ликвидация дефицита медицинских работников; развитие информационных и телемедицинских технологий в здравоохранении.

Таким образом, критерии доступности медицинской помощи в ОНДП прежде всего взаимоувязаны с такими аспектами, как: расширение зоны охвата медицинской организацией (медицинская инфраструктура); совершенствование системы оказания медицинской помощи по трем направлениям нозологии<sup>63</sup>; увеличение количества медработников; развитие технологических (информационных и телемедицинских) процессов дистанционного взаимодействия с пациентами.

В целом перечень критериев доступности медицинской помощи, содержащийся в ОНДП, взаимоувязан с аналогичным перечнем, содержащимся в статье 10 Федерального закона № 323-ФЗ.

Критерии качества медицинской помощи в документах стратегического планирования выражены нечетко. Как правило, на характерные их признаки указывают словосочетания, содержащие слова «усовершенствовать», «развивать», «повышать», «внедрять» и т. п.

Анализ документов стратегического планирования на предмет содержания в них положений, регламентирующих вопросы доступности и качества медицинской помощи, представлен в приложениях № 17 и 21 к отчету.

Значительная часть элементов, которые могут быть взаимоувязаны с критериями доступности и качества медицинской помощи, содержатся в одном программном (государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»)

62. Утверждены Правительством Российской Федерации 29 сентября 2018 г. № 8028п-П13.

63. Болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, медицинская помощь детям.

и одном отраслевом (Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года) документах.

Анализ перечня критериев доступности и качества медицинской помощи, установленных ПГГ на предмет достаточности для объективной оценки доступности и качества медицинской помощи приведен в приложении № 34 и показал следующее.

Большинство критериев качества медицинской помощи, определенных ПГГ (кроме тех, где указан временной период оказания медицинской помощи), не соотносится с выполнением порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций. Критерии качества медицинской помощи, определенные программой государственных гарантий периода 2018–2020 годов с показателями оказания медицинской помощи, определяющими ее качество, соотносились лишь на 23–33 %.

Таблица 7. Показатели соответствия перечня критериев доступности и качества медицинской помощи программы госгарантий признакам, установленным Федеральным законом № 323-ФЗ и ОНДП

Год редакции программы госгарантий	Количество критериев доступности медпомощи в программе госгарантий	В том числе соответствуют признакам, установленным Федеральным законом № 323-ФЗ и ОНДП	Количество критериев качества медпомощи в программе госгарантий	В том числе соответствуют признакам, установленным Федеральным законом № 323-ФЗ	В том числе увязаны с нормативами медпомощи
2018	12	8	21	8	6
2019	17	13	30	13	11
2020	17	13	30	13	11
2021	9	5	13	9	8
2022	11	7	13	9	8
2023	12	8	21	11	10

Следует отметить, что перечни критериев доступности и качества корректируются ежегодно, за исключением ПГГ на 2020 год. При этом перечни претерпели кардинальные изменения в ПГГ на 2021 год.

Вместе с тем порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации значительным и частым изменениям, которые относятся к обеспечению доступности и качества медицинской помощи, не подвергаются.

Так, в период 2018–2023 годов в порядки оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях (два документа) изменения, направленные на обеспечение доступности и качества медицинской помощи, не вносились. Изменения подобного характера за указанный период времени внесены

в 4 из 17 действующих порядков проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, утвержденных Минздравом России (23,5 %).

В тот же период времени в действующие 13 стандартов скорой медицинской помощи при болезнях системы кровообращения изменения, которые относятся к обеспечению доступности и качества медицинской помощи, не вносились. 8 стандартов скорой медицинской помощи при болезнях органов дыхания изменениям не подвергались.

В этой связи частота и большой объем вносимых в перечни критериев корректировок могут создавать сложности при оценке медицинской помощи по критериям ее доступности и качества.

Таблица 8. Динамика внесения изменений в перечень критериев программы госгарантий

Год редакции программы госгарантий	Количество критериев доступности медпомощи	Количество критериев качества медпомощи	Всего критериев	В том числе новых критериев*	Исключено критериев*	Изложены в новой редакции*
2018	12	21	33	-	-	-
2019	17	30	47	15	1	2
2020	17	30	47	-	-	-
2021	9	13	22	4	29	2
2022	11	13	24	2	-	-
2023	12	21	33	9	-	-

\* В сравнении с предыдущей редакцией.

В качестве положительного момента следует отметить, что из ПГГ на 2021 год кроме прочего были исключены 14 критериев качества медицинской помощи, которые не являлись оценочными, то есть не характеризовали состояние качества медицинской помощи, а содержали лишь статистические демографические данные по смертности, о первичной заболеваемости и нахождении пациентов на учете. В то же время был включен критерий доступности медицинской помощи «Удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных)».

Вместе с тем критерий качества медицинской помощи «Удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных)» в той же редакции программы госгарантий на 2021 год был исключен, что может расцениваться как существенный недостаток в системе оценки качества медицинской помощи.

Аналогичный вывод допустимо сделать также относительно исключения таких критериев доступности медицинской помощи, как «Обеспеченность населения

врачами (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях» и «Обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях».

Критерии и требования, установленные ПГГ, требуют корректировки и уточнения.

Так, в ПГГ нет критериев для оценки уровня квалификации медицинских работников. При этом необходимость наличия именно квалифицированных специалистов определена документами стратегического планирования в области здравоохранения (федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»).

Отсутствуют критерии качества и доступности медицинской помощи для лиц старше трудоспособного возраста, а также критерии оценки создания и развития медицинской инфраструктуры, в том числе в малонаселенных пунктах, развития сети медицинских организаций первичного звена в малонаселенных пунктах<sup>64</sup>.

Отсутствуют критерии качества медицинской помощи, направленные на оценку результатов ее оказания – улучшение или ухудшение состояния пациента после курса лечения (комплекса медицинских процедур).

Следует также отметить, что в ПГГ отсутствует обоснование выбора тех или иных критериев для включения в перечни критериев доступности или качества медицинской помощи.

При установлении критериев в ПГГ не предусмотрено определение их целевых значений. Вместе с тем в ТПГГ субъектами Российской Федерации устанавливаются именно целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках ТПГГ.

Анализ зарубежных практик формирования критериев доступности и качества медицинской помощи показывает актуальность таких критериев, как удовлетворенность пациентов оказанными медицинскими услугами по их качеству исходя из соответствия полученного результата пожеланиям пациента. Критерии доступности прежде всего направлены на предоставление не только необходимой и качественной медицинской помощи, но и любых медицинских услуг как можно большему количеству нуждающихся в них, вне зависимости от наличия гражданства и регистрации обратившегося за медпомощью по месту жительства. Формирование части критериев качества оказания медицинской помощи направлено на оценку комфортности условий ее предоставления, в том числе оцениваются вежливость персонала медицинской организации, качество питания пациентов при стационарном оказании медпомощи, содержание помещений в чистоте и готовности к приему пациентов. Уделяется внимание оценке понимания пациентом правил и условий оказываемой ему медицинской помощи (плана лечения). Также оцениваются уровень квалификации персонала, качество и доступность

---

64. В рамках задач, поставленных указами Президента Российской Федерации № 204 и 474.

специализированной и высокотехнологической медицинской помощи, строгое ее соответствие принятым стандартам.

Кроме того, делается акцент на расширении применения цифровых информационных технологий при дистанционном взаимодействии врача с пациентом, без необходимости личного посещения медицинской организации.

Подробный анализ международного опыта представлен в приложении № 18 к отчету.

Анализ показал недостаточную степень взаимоувязки критериев программы госгарантий с элементами документов стратегического планирования в сфере здравоохранения (цели, задачи, мероприятия, меры и т. п.) на всем протяжении периода 2018–2023 годов.

Таблица 9. Взаимоувязка критериев программы госгарантий с элементами документов стратегического планирования

Год редакции программы госгарантий	Общее количество критериев доступности и качества медпомощи	В том числе взаимоувязанных с элементами ДСП		Доля взаимоувязанных критериев от общего их количества, %
		доступность медпомощи	качество медпомощи	
2018	33	8	13	63,6
2019	47	13	18	66,0
2020	47	13	18	66,0
2021	22	5	13	81,8
2022	24	5	13	75,0
2023	33	8	17	75,8

Критерии доступности и качества медицинской помощи ПГГ на 2018–2020 годы в значительной степени не соответствовали документам стратегического планирования (не более, чем на 66 %). Положение выровнялось в 2021 году (рост соответствия до 82 %). Однако в ПГГ на 2022–2023 годы уровень соответствия критериев доступности и качества медицинской помощи документам стратегического планирования снова был понижен (до 75 %).

### 7.3.2. Оценка соответствия ТПГГ требованиям, установленным программой государственных гарантий

Программой государственных гарантий устанавливаются требования к ТПГГ в части порядка, условий предоставления медицинской помощи, а также критериев доступности и качества медицинской помощи.

Как показал анализ ТПГГ, требования в части порядка и условий предоставления медицинской помощи в обязательном порядке включаются регионами в ТПГГ, вместе с тем анализ включения целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках ТПГГ, показал различные подходы субъектов Российской Федерации к данному вопросу.

Анализ критериев доступности и качества медицинской помощи, устанавливаемых в ТПГГ, на их соответствие критериям в ПГГ показал значительную дифференциацию применения критериев качества и доступности медицинской помощи (подобный анализ представлен в приложении № 19 к отчету).

В 2022 году из 85 субъектов Российской Федерации 5 субъектов<sup>65</sup> включили в ТПГГ все критерии доступности и качества медицинской помощи, установленные в ПГГ. В 62<sup>66</sup> ТПГГ содержатся все установленные в ПГГ критерии, за исключением двух критериев доступности медицинской помощи для федеральных медицинских организаций. Всего, таким образом, 67 ТПГГ (78,8 %) содержат максимальное количество критериев, предусмотренных ПГГ на 2022 год.

В 2023 году полное соответствие перечня указанных критериев отмечается в ТПГГ трех<sup>67</sup> субъектов Российской Федерации, и 31<sup>68</sup> ТПГГ (40 %) не включают два критерия доступности медицинской помощи для федеральных медицинских организаций. Таким образом, количество ТПГГ, максимально соответствующих по количеству критериев доступности и качества медицинской помощи ПГГ на 2023 год, снизилось почти вдвое.

В 2022 году отсутствуют отдельные критерии качества и доступности, установленные в ПГГ, в 12<sup>69</sup> из 85 ТПГГ (14,1%); в 2023 году – в 19 из 85 ТПГГ (22,4 %).

При этом следует отметить отсутствие значительного количества указанных в ПГГ на 2023 год критериев (от 4 до 11) в 5<sup>70</sup> ТПГГ.

- 
- 65. Республики Алтай и Дагестан, Карачаево-Черкесская Республика, Алтайский край, Новосибирская область.
  - 66. Республики Башкортостан, Бурятия, Ингушетия, Калмыкия, Карелия, Коми, Марий Эл, Мордовия, Северная Осетия – Алания, Татарстан, Тыва, Хакасия, Кабардино-Балкарская Республика, Чеченская Республика, Забайкальский, Камчатский, Красноярский, Приморский, Ставропольский, Хабаровский края, Астраханская, Владимирская, Волгоградская, Вологодская, Воронежская, Иркутская, Калужская, Кировская, Курганская, Курская, Ленинградская, Липецкая, Магаданская, Московская, Мурманская, Нижегородская, Новгородская, Омская, Оренбургская, Орловская, Пензенская, Псковская, Ростовская, Рязанская, Самарская, Саратовская, Сахалинская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Томская, Тульская, Тюменская, Ульяновская, Челябинская, Ярославская области, Еврейская автономная область, Ненецкий автономный округ, Ханты-Мансийский автономный округ, Чукотский автономный округ, г. Москва, г. Санкт-Петербург.
  - 67. Республика Дагестан, Алтайский край, Новосибирская область.
  - 68. Республики Адыгея, Башкортостан, Бурятия, Калмыкия, Карелия, Мордовия, Северная Осетия – Алания, Татарстан, Тыва, Кабардино-Балкарская Республика, Камчатский, Приморский, Ставропольский, Хабаровский края, Брянская, Волгоградская, Вологодская, Ивановская, Ленинградская, Мурманская, Орловская, Оренбургская, Пензенская, Смоленская, Тамбовская, Томская, Тульская области, Ханты-Мансийский автономный округ, Еврейская автономная область, г. Москва, г. Санкт-Петербург.
  - 69. Республики Алтай, Ингушетия, Тыва, Карачаево-Черкесская Республика, Краснодарский край, Астраханская, Воронежская, Московская, Челябинская, Ярославская области, г. Москва, г. Санкт-Петербург.
  - 70. Карачаево-Черкесская Республика (отсутствуют 11 критериев), Чукотский автономный округ (9), Кировская область (5), г. Севастополь (5), Республика Ингушетия (4).

В 3<sup>71</sup> ТПГГ на 2023 год включены критерии качества и доступности медицинской помощи, содержащиеся в ПГГ, но без установления значений показателей.

Следует отметить, что в дополнение к форме № 62 один раз в полгода на федеральном уровне со всех регионов собирается отчетность по целевым значениям критерииев доступности и качества медицинской помощи, утвержденных ТПГГ<sup>72</sup>.

В 19<sup>73</sup> из 85 (22,3 %) ТПГГ субъектов Российской Федерации установлены индивидуальные критерии доступности и качества медицинской помощи.

В 2023 году этот показатель увеличился, индивидуальные критерии доступности и качества медицинской помощи установлены уже в 38 из 85 ТПГГ (38,9 %).

Кроме того, в 7<sup>74</sup> из 85 (8,2%) ТПГГ не идентифицированы критерии доступности и качества медицинской помощи, то есть критерии представлены без разбивки на группы по качеству и доступности. В 2023 году отмечается пять<sup>75</sup> таких случаев (5,9 %).

Также в одном<sup>76</sup> регионе (1,1%) отдельные критерии доступности медицинской помощи на 2022 год ошибочно отнесены в группу критерииев качества медицинской помощи. В 2023 году подобные случаи отмечены в 3 ТПГГ<sup>77</sup>.

Необходимо отметить отсутствие единых подходов к включению в ТПГГ критерииев доступности медицинской помощи для федеральных медицинских организаций.

Перечень таких критерииев включен в ТПГГ на 2023 год лишь шестью субъектами Российской Федерации<sup>78</sup>, в то время как в остальных 79 ТПГГ они отсутствуют.

При отсутствии единства в подходах к формированию перечней критерииев доступности и качества медицинской помощи на уровне ТПГГ может быть затруднен анализ достигнутых значений показателей в субъектах Российской Федерации, а общая оценка медицинской помощи на соответствие установленным критериям по Российской Федерации не будет являться объективной.

Кроме того, нет методики для регионов по расчету и установлению целевых значений критерииев медицинской помощи. Принимая во внимание отсутствие в ПГГ плановых значений указанных критерииев, субъектами Российской Федерации по факту могут быть установлены изначально заниженные критерии доступности и качества медицинской помощи.

- 
71. Карачаево-Черкесская Республика, г. Севастополь, Саратовская область.
  72. Письмом Минздрава России от 10 февраля 2023 г. № 31-2/И/1-976.
  73. Республики Адыгея, Алтай, Крым, Саха (Якутия), Удмуртская, Чувашская республики, Ямало-Ненецкий автономный округ, Амурская, Архангельская, Белгородская, Брянская, Ивановская, Калининградская, Кемеровская, Костромская, Свердловская области, Краснодарский и Пермский края, г. Севастополь.
  74. Архангельская, Брянская, Владимирская, Калининградская, Калужская, Московская, Тверская области.
  75. Архангельская, Владимирская, Калининградская, Калужская, Тверская области.
  76. Ямало-Ненецкий автономный округ.
  77. Республики Ингушетия и Крым, Саратовская область.
  78. Республики Алтай, Дагестан, Карачаево-Черкесская Республика, Алтайский край, Кемеровская и Новосибирская области.

В регионах целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках ТПГГ, должны достигаться за счет деятельности медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, и которым решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС.

При этом доведение конкретных значений критериев доступности и качества медицинской помощи, устанавливаемых в ТПГГ, до медицинских организаций не предусмотрено.

Форма типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС<sup>79</sup> (далее – Типовой договор) также не предусматривает установления указанных критериев для медицинской организации.

Получение медицинской организацией денежных средств за оказанную медицинскую помощь по ТПГГ зависит от итогов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. При этом, как было указано выше, критерии оценки качества медицинской помощи в рамках проведения экспертизы качества медицинской помощи не коррелируют с критериями доступности и качества, устанавливаемыми в ПГГ и ТПГГ.

Типовым договором предусматривается обязанность медицинской организации размещать на своем официальном сайте в сети Интернет информацию о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации<sup>80</sup>.

При этом, как показал анализ официальных сайтов, медицинские организации размещают показатели доступности и качества, а также их целевые значения, установленные ТПГГ.

Согласно Требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения<sup>81</sup> при определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в тарифных соглашениях устанавливается перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, предусмотренный приложением к данным Требованиям.

При этом данные показатели также не соотносятся с критериями качества и доступности, устанавливаемыми в ПГГ и ТПГГ.

В основном в регионах плановые значения целевых критериев доступности и качества медицинской помощи формируются на основе нормативов объема оказания медицинской помощи, утвержденных ПГГ и ТПГГ, а также с учетом утвержденных целевых значений показателей региональных проектов национальных проектов

79. Утверждена приказом Минздрава России от 30 декабря 2020 г. № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

80. Пункт 8.4 раздела II Формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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

«Здравоохранение» и «Демография». Критерии доступности и качества не декомпозированы до уровня каждой медицинской организации, и их оценка осуществляется в целом по региону.

Вместе с тем в ходе проведения экспертно-аналитического мероприятия отмечается наличие запроса от субъектов Российской Федерации на управление процессами оказания медицинской помощи в рамках ТПГГ через установление ключевых показателей эффективности достижения медицинскими организациями целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи. Так, 29 регионов<sup>82</sup> отразили необходимость установления соответствующей методики на федеральном уровне.

В отдельных регионах критерии частично декомпозируются. Так, в Красноярском крае до уровня медицинских организаций декомпозирован критерий доступности медицинской помощи «Доля пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями».

В рамках ТПГГ на 2022 год данный показатель рассчитан для каждой медицинской организации с учетом количества прикрепленного застрахованного населения, подлежащего диспансерному наблюдению в текущем году, по соответствующему нормативу охвата диспансерным наблюдением<sup>83</sup>.

В Москве установленные в ТПГГ г. Москвы целевые значения критериев используются для комплексной оценки уровня и динамики ряда показателей деятельности медицинских организаций. Так, в 2022 году в г. Москве началось проведение pilotного проекта по апробации показателей оценки качества и эффективности деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь с привлечением главных внештатных специалистов г. Москвы.

В рамках проекта в целях повышения эффективности системы управления медицинскими организациями внедряются расширенные показатели оценки качества и эффективности деятельности медицинских организаций через Единую медицинскую информационно-аналитическую систему (ЕМИАС), осуществляется ежемесячный дистанционный мониторинг и анализ показателей доступности и качества медицинской помощи в медицинских организациях. Перечень критериев регулярно расширяется и дополняется<sup>84</sup>, устанавливаются методики расчета каждого показателя.

---

82. Республики Алтай, Башкортостан, Дагестан, Северная Осетия – Алания, Тыва, Кабардино-Балкарская, Удмуртская республики, Алтайский, Камчатский, Красноярский, Ставропольский края, Волгоградская, Воронежская, Калининградская, Костромская, Курская, Липецкая, Новгородская, Псковская, Самарская, Смоленская, Тамбовская, Тульская, Ульяновская, Челябинская, Ярославская области, Ненецкий и Ханты-Мансийский автономные округа, г. Санкт-Петербург.

83. Утвержден приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

84. Письмо Департамента здравоохранения г. Москвы от 29 декабря 2022 г. № 62-15-80689/22-1.

## 8. Замечания руководителей объектов экспертно-аналитического мероприятия на результаты экспертно-аналитического мероприятия (при наличии)

На отчет Счетной палаты по результатам экспертно-аналитического мероприятия объектом контроля – Минздравом России представлены замечания (пояснения), на которые дано соответствующее заключение Счетной палаты.

## 9. Выводы

**9.1.** Программа государственных гарантий утверждается Правительством Российской Федерации сроком на три года согласно законодательству Российской Федерации и должна формироваться с учетом порядков оказания и стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций, а также с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

При этом срок утверждения программы государственных гарантий законодательно не установлен, порядок организации взаимодействия при ее формировании отсутствует.

**9.1.1.** Программа госгарантий, включающая базовую программу ОМС, ежегодно принимается после утверждения федеральных законов о федеральном бюджете и бюджете ФОМС на очередной финансовый год и на плановый период.

При этом в соответствии с пунктом 5 статьи 133<sup>2</sup> Бюджетного кодекса Российской Федерации методика (проект методики) распределения субвенций бюджетам территориальных фондов ОМС из бюджета ФОМС представляется Правительством Российской Федерации в составе документов и материалов, вносимых в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации одновременно с проектом федерального закона о бюджете ФОМС на очередной финансовый год и на плановый период.

Вместе с тем при определении размера субвенции, предоставляемой из бюджета ФОМС бюджету территориального фонда ОМС, учитывается норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС, соответствующий программе госгарантий.

При этом базовая программа ОМС, включающая нормативы объемов предоставления медицинской помощи, является составной частью программы госгарантий, которая на момент принятия федеральных законов о федеральном бюджете и бюджете ФОМС на очередной финансовый год и на плановый период еще не утверждена.

Сложившийся порядок принятия программы госгарантий создает условия к формированию нормативов финансовых затрат, устанавливаемых в программе госгарантий под утвержденные в бюджете объемы финансового обеспечения в сфере охраны здоровья.

9.1.2. В соответствии с частью 1 статьи 81 Федерального закона № 323-ФЗ ТПГГ утверждаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с программой госгарантий, а также с учетом подготавливаемых Минздравом России совместно с ФОМС разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования ТПГГ на следующий год и на плановый период, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи. Позднее утверждение программы госгарантий и издание разъяснений приводит к тому, что регионы фактически вынуждены разрабатывать ТПГГ в сжатые сроки.

Указанное приводит к ситуации, когда ТПГГ утверждаются в I–II кварталах текущего финансового года и оказание медицинской помощи в субъектах Российской Федерации осуществляется при отсутствии основополагающего регионального программного документа в сфере здравоохранения.

9.1.3. Программа государственных гарантий устанавливает средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, которые используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных ПГГ.

При этом методика формирования средних нормативов, а также орган власти, уполномоченный определять такой механизм и формировать средние нормативы, не установлены.

Субъекты Российской Федерации на основе установленных в ПГГ средних нормативов формируют нормативы объема и финансового обеспечения медицинской помощи.

Основой формирования ТПГГ является потребность населения в медицинской помощи, предоставляемой на бесплатной основе.

В целях определения потребности населения в объемах медицинской помощи по видам и условиям ее оказания регионы должны проводить анализ показателей здоровья населения, включая медико-демографические показатели и показатели уровня и структуры заболеваемости населения, основанные на данных медицинской статистики, а также фактического выполнения объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в динамике не менее чем за три предыдущих года, по данным формы № 62 и формы № 14-МЕД (ОМС) и иных форм статистического наблюдения.

Вместе с тем указанные формы статистического наблюдения не содержат данные о сверхплановых объемах медицинской помощи в разрезе профилей медицинской помощи.

Таким образом, при отсутствии методики формирования нормативов объемов медицинской помощи оценить их обоснованность не представляется возможным.

9.1.4. ПГГ не детализирует нормативы объемов медпомощи по профилям (за исключением онкологии, медицинской реабилитации и норматива для помощи при ЭКО). Рекомендуемые нормативы медицинской помощи в разрезе профилей медицинской помощи доводятся ежегодно в совместных разъяснениях Минздрава

России и ФОМС. Корректировка дифференцированных нормативов возложена на региональные органы власти.

Проведенный анализ показал в сопоставимых по развитию и численности регионах (например, Белгородская, Брянская, Курская, Липецкая области и т. п.) неоднородный характер оказанной специализированной стационарной медицинской помощи, что подтверждает в том числе наличие иных факторов, оказывающих влияние на ее структуру.

Так, в 2019 году при рекомендуемом Минздравом России объеме медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «акушерство и гинекология» – 26,53 случая госпитализации на 1000 жителей в указанных регионах фактический показатель составил 29,48; 24,33; 25,19 и 16,86 случая соответственно.

При рекомендуемом объеме по профилю «кардиология» – 10 случаев госпитализации фактический показатель составил 7,9; 15; 8,7 и 16,2 случая соответственно.

**9.1.5. Программа государственных гарантий формируется в том числе с учетом стандартов медицинской помощи.** Таким образом, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи должны устанавливаться исходя из финансовых затрат, необходимых для финансового обеспечения объема оказываемой медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

Анализ показал, что одним из релевантных способов определения необходимого объема финансового обеспечения на ПГГ является расчет усредненной стоимости случая оказания медицинской помощи для специализированной помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационара на основе стандартов медпомощи, а также с учетом затратного метода на содержание медицинских организаций первичного звена здравоохранения и скорой медицинской помощи исходя из утвержденных нормативов.

При этом методика определения стоимости усредненного случая оказания медицинской помощи в разрезе нозологий (групп нозологий), видов и профилей медицинской помощи, предусмотренных ПГГ на основе стандартов медицинской помощи, не предусмотрена.

В настоящее время утверждено 426 стандартов специализированной медицинской помощи, из которых 287, по информации Минздрава России, актуализированы в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

Наибольшей долей стандартизации обеспечены такие группы нозологий, как злокачественные новообразования (78,7% классов нозологий), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (47,9%), болезни органов пищеварения (40,3%).

При этом законодательством не предусмотрены сроки разработки или актуализации при пересмотре клинических рекомендаций стандартов медицинской помощи. Также при разработке стандартов медицинской помощи не учитывается социальная значимость или распространенность заболевания.

**9.2.** Анализ показал, что для реализации программы госгарантий требуется дополнительный объем финансового обеспечения, кроме того, ее реализация осложняется признаками формального подхода регионов к формированию территориальных программ.

Помимо того, при оказании гражданам специализированной медицинской помощи региональными медицинскими организациями предоставляется не весь объем медицинских услуг, исследований и медикаментов, предусмотренный стандартами медицинской помощи. При этом сами стандарты содержат ошибки и не унифицированы между собой в части наименования лекарственных препаратов, что затрудняет их применение для планирования объемов и стоимости медицинской помощи при формировании ПГГ и ТПГГ.

Актуализированными стандартами медицинской помощи на сегодняшний день охвачено 21,9 % нозологий, включенных в МКБ-10, применяемую в России.

При этом отсутствуют актуализированные стандарты по отдельным нозологиям, по которым в 2022 году было 6 458,5 тыс. случаев лечения, что составляет 44,6 % от общего количества случаев лечения в условиях круглосуточного и дневного стационара в рамках реализации территориальных программ ОМС.

**9.2.1.** Нормативы объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания без обоснования, установленного нормативными правовыми актами, утверждаются регионами ниже уровня средних нормативов, установленных в ПГГ.

При этом невыполнение указанных региональных нормативов объемов медпомощи при одновременном превышении финансового обеспечения может приводить к рискам недостатка средств на реализацию ТПГГ в случае увеличения потребности в объемах медицинской помощи.

Так, при реализации ТПГГ превышение между утвержденными и исполненными объемами финансового обеспечения только по средствам ОМС на оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и амбулаторную помощь с профилактическими и иными целями суммарно составило в 2019 году 77,2 млрд рублей, в 2020 году – 59,1 млрд рублей, а в 2021 году – 245,4 млрд рублей.

Кроме того, в медицинских организациях одних и тех же регионов имеются как остатки средств на счетах, так и кредиторская задолженность по неоплаченной медицинской помощи, что может свидетельствовать о недостатках работы комиссий по разработке территориальных программ ОМС в части распределения объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

**9.2.2.** Оплата первичной медико-санитарной помощи и скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, производится по подушевому нормативу, поскольку структура затрат на обеспечение необходимого уровня доступности данного вида помощи не зависит от объемов ее оказания.

Так, в амбулаторной помощи уровень условно постоянных затрат, в том числе на заработную плату медицинских и иных работников, а также на содержание

имущества (коммунальные и транспортные услуги, услуги связи, работы и услуги по содержанию имущества) составляет в среднем 85–86 %. Остальные затраты (14–15 %) носят преимущественно переменный характер и связаны с приобретением материальных запасов (медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов и т. п.).

Анализ расходов ТПГГ показал, что на финансирование медицинской помощи, оказанной регионами в амбулаторных условиях, в 2022 году было направлено 1219,0 млрд рублей, в то же время произведенные расчеты показывают, что в случае достижения целевых показателей по укомплектованности только на фонд оплаты труда дополнительно с 2023 по 2025 год потребуется суммарно не менее 379,0 млрд рублей.

**9.2.3. Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной в круглосуточном и дневном стационаре, производится по законченному случаю лечения в соответствии с КСГ.**

Согласно форме № 62 в 2022 году на 32,3 млн случаев лечения в стационарных условиях за счет средств ОМС было направлено 1490,9 млрд рублей.

Согласно расчетам в целом объем средств, необходимый на оказание медицинской помощи в соответствии со стандартами, на 13,9 % выше фактического объема средств, направленных на оплату оказанной медицинской помощи. Таким образом, для оказания специализированной медицинской помощи в соответствии со стандартами (по 2022 году) дополнительно необходимо 207,2 млрд рублей.

**9.2.4. Анализ показал, что медицинские организации в среднем выполняют 67 % услуг, предусмотренных стандартами медицинской помощи, но в то же время предоставляют медицинские услуги и лекарственные препараты, не предусмотренные утвержденными стандартами.**

Кроме того, стандарты содержат многочисленные ошибки в части наименования медицинской услуги и одновременном указании несоответствующего кода медицинской услуги из номенклатуры медицинских услуг. Также в структуре стандарта медицинской помощи отсутствуют данные о количестве единиц действующего вещества лекарственного препарата, что затрудняет проведение расчетов их стоимости.

**9.2.5. Анализ структуры специализированной медицинской помощи в разрезе профилей медицинской помощи позволил выявить 12 региональных подкластеров со схожей структурой медицинской помощи. При этом объединение в подкластеры произошло по регионам, значительно отличающимся по демографии, географии и показателям общественного здоровья. Так, в сопоставимые подкластеры попали Московская и Сахалинская области, Республика Ингушетия и Карачаево-Черкесская Республика, в которых существенно отличается значение таких показателей, как ожидаемая продолжительность жизни (73,9 и 70,3 года, 83,4 и 76,2 года соответственно) и доля населения старшего трудоспособного возраста.**

Выявленный факт требует дополнительного анализа причин, приводящих к одинаковой потребности в объемах медицинской помощи на одного жителя в указанных регионах.

Вместе с тем анализ показал, что структура медицинской помощи в вышеуказанных регионах имеет высокую корреляцию с рекомендованными Минздравом России нормативами.

Указанное может свидетельствовать об отсутствии соответствующего анализа показателей здоровья населения, уровня и структуры заболеваемости населения, а также иных факторов, отражающих региональные особенности, при разработке ТПГГ и механического применения рекомендованных нормативов, ввиду того, что в данных регионах наблюдаются значительные различия в структуре заболеваемости, особенностях половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических условиях.

**9.2.6.** За 2022 год по паллиативной медицинской помощи было оказано 366,9 тыс. случаев госпитализации (8 557,5 тыс. койко-дней) в условиях круглосуточного стационара, 3 186,3,2 тыс. посещений в амбулаторных условиях. На эти цели было израсходовано 26,7 млрд рублей.

При ежегодном увеличении средних нормативов финансовых затрат на паллиативную медицинскую помощь (прирост в 2022 к 2019 году составил: в стационаре – 22,8 %, в амбулаторном звене – 10,7 %), вместе с тем сокращение объемов оказанной паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 5,6 % привели к увеличению расходов на указанные цели на 21,9 %.

На текущий момент в части паллиативной медицинской помощи стандарты медицинской помощи, а также актуальные клинические рекомендации отсутствуют. Таким образом, обосновать норматив финансовых затрат в ПГГ на паллиативную медицинскую помощь не представляется возможным.

**9.3.** Критерии качества и доступности медицинской помощи являются неотъемлемой частью программы государственных гарантий, при этом их состав не в полной мере соотносится с документами стратегического планирования, порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, а также имеет значительную волатильность.

**9.3.1.** Федеральным законом № 323-ФЗ предусмотрены определение понятия «Качество медицинской помощи», а также условия формирования критериев оценки качества медицинской помощи, при этом определение понятия «Доступность медицинской помощи» в законодательстве Российской Федерации отсутствует.

Наиболее четко критерии доступности медицинской помощи определены в Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2024 года. Критерии качества медицинской помощи в иных документах стратегического планирования конкретизированы в меньшей степени.

9.3.2. Критерии доступности и качества медицинской помощи начиная с 2018 года только на 82 % соответствуют документам стратегического планирования.

В программе госгарантий на 2022 год уровень соответствия критерииев доступности и качества медицинской помощи документам стратегического планирования составил только 75 %.

Критерии качества медицинской помощи, определенные программой госгарантий, в большей степени охватывают вопросы оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения и злокачественными новообразованиями.

Вместе с тем такие приоритеты государственной политики в сфере здравоохранения, как лечение пациентов с эндокринными заболеваниями, болезнями органов дыхания, органов пищеварения, не выделены отдельными критериями доступности и качества медицинской помощи в ПГГ.

9.3.3. В период 2018–2022 годов перечни критерииев подвергались корректировке ежегодно, и в программе госгарантий на 2021 год претерпели кардинальные изменения.

Частота и значительный объем вносимых корректировок при отсутствии формализованного подхода к принятию решений об изменении состава критерииев качества и доступности медицинской помощи не способствует преемственности в оценке реализации ПГГ.

9.3.4. Критерии доступности и качества медицинской помощи в системах контроля качества являются основными элементами, позволяющими управлять процессами, формировать мотивацию участников процессов оказания медицинской помощи населению и оценивать результат.

ТПГГ в соответствии с ПГГ устанавливаются критерии доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики показателей<sup>85</sup>, при этом достижение установленных в ТПГГ критерииев полностью зависит от организации и качества работы медицинских организаций в конкретном регионе. Учитывая, что критерии в ПГГ не имеют количественного выражения, фактически на региональном уровне могут быть установлены изначально заниженные критерии доступности и качества медицинской помощи.

При этом методика определения количественных значений критерииев доступности и качества медицинской помощи, включаемых в ТПГГ, отсутствует.

Таким образом, оценить доступность медицинской помощи в рамках ПГГ не представляется возможным, а регионы имеют возможность устанавливать любые показатели для оценки качества их работы.

85.

Письмо Минздрава России от 13 января 2022 г. № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022–2024 годы».

## 10. Предложения (рекомендации)

**10.1.** Направить информационное письмо в Правительство Российской Федерации с предложением поручить Минздраву России в срок до 1 декабря 2024 года рассмотреть вопросы:

- о внесении изменений в Федеральный закон № 323-ФЗ в части определения сроков утверждения программы государственных гарантий;
- о разработке методики определения целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи, устанавливаемых в ТПГГ.

**10.2.** Направить информационное письмо в Минздрав России с предложением в срок до 1 декабря 2024 года рассмотреть вопросы:

- об издании порядка организации взаимодействия при формировании программы госгарантий в целях обеспечения своевременной и качественной подготовки программы госгарантий;
- о совершенствовании разъяснений Минздрава России в части алгоритма применения региональных особенностей при установлении дифференцированных нормативов объема медицинской помощи на одного жителя (одно застрахованное лицо);
- о совершенствовании способов оплаты медицинской помощи с применением показателей результативности медицинских организаций, основанных на значениях критериев доступности и качества медицинской помощи, устанавливаемых в ТПГГ;
- об учете при определении средних нормативов объема медицинской помощи сверхплановых объемов медицинской помощи;
- об оценке потребности в объемах оказания паллиативной медицинской помощи;
- о разработке методики определения стоимости стандарта медицинской помощи, в том числе в целях медико-экономического обоснования применяемых медицинских услуг и лекарственных препаратов;
- о проведении анализа клинических рекомендаций и разработанных на их основе стандартов специализированной медицинской помощи на предмет необходимости их доработки с учетом предоставления медицинских услуг и применения лекарственных препаратов, не предусмотренных стандартами медицинской помощи, медицинскими организациями;
- об оценке целесообразности оказания отдельных медицинских услуг и применения лекарственных препаратов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, но не предоставляемых в субъектах Российской Федерации, на предмет их экономической и клинической обоснованности;
- о внесении изменений в Порядок разработки стандартов медицинской помощи, утвержденный приказом Минздрава России от 22 февраля 2022 г. № 103н, в части дополнения структуры стандарта медицинской помощи с указанием количества единицы действующего вещества лекарственного препарата.

**10.3.** Направить отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия в Совет Федерации и Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации.

