



2024

Отчет

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

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

Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 22 декабря 2023 года



Галина Изотова

исполняющая обязанности
Председателя Счетной палаты
Российской Федерации

Ключевые итоги экспертурно-аналитического мероприятия

Основная цель мероприятия

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

Ключевые результаты мероприятия

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

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

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

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

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

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

Выявлены признаки неэкономного расходования средств ОМС.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Наиболее значимые выводы

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

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

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

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

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

Полный текст выводов приводится в соответствующем разделе отчета.

1. Основание для проведения экспертно-аналитического мероприятия

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

2. Предмет экспертно-аналитического мероприятия

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

3. Цели экспертно-аналитического мероприятия

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

Критерии аудита

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

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

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

Критерии аудита

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

4. Объекты экспертно-аналитического мероприятия

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

5. Исследуемый период

2021–2023 годы, при необходимости иные периоды.

6. Сроки проведения экспертурно-аналитического мероприятия

С 19 июля 2023 года по 30 июля 2024 года.

7. Результаты экспертурно-аналитического мероприятия

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

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

Данные о количестве медицинских организаций отражены в таблице 1.

Таблица 1. Количество медицинских организаций

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

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

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

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

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

Таблица 2. Финансирование медицинских организаций за счет средств ОМС

тыс. руб.

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

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

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

Структура расходования средств по отчетным периодам отражена в [таблице 3](#).

Таблица 3. Расходование средств ОМС

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.1. Оценка результатов деятельности медицинских организаций

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Наибольший объем остатков субвенций приходится на субъекты Российской Федерации, приведенные в [таблице 4](#).

Таблица 4. Остатки субвенций на ОМС

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

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

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

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

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

Таблица 5. Кредиторская задолженность медицинских организаций

млн руб.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Структура заболеваемости ЗНО в анализируемом периоде не изменилась.

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

Диагностика ЗНО включает проведение морфологической верификации диагноза.

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

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

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

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

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

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

Данная ситуация сохранялась и в 2023 году.

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

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

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

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

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

Рисунок 1

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Эффективность работы медицинских организаций также характеризуется выполнением финансовой дисциплины.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Таблица 7. Данные о штатной численности медицинских организаций

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

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

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

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

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

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

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

Таблица 8. Данные о коэффициенте совместительства среди врачей

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

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

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

Самый высокий уровень коэффициента совместительства в категории среднего медицинского персонала отмечается в регионах, представленных в [таблице 9](#).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Таблица 11. Доля расходов на МТР

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

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

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

Данные о соотношении численности работников медицинских организаций по категориям представлены на [рисунке 2](#).

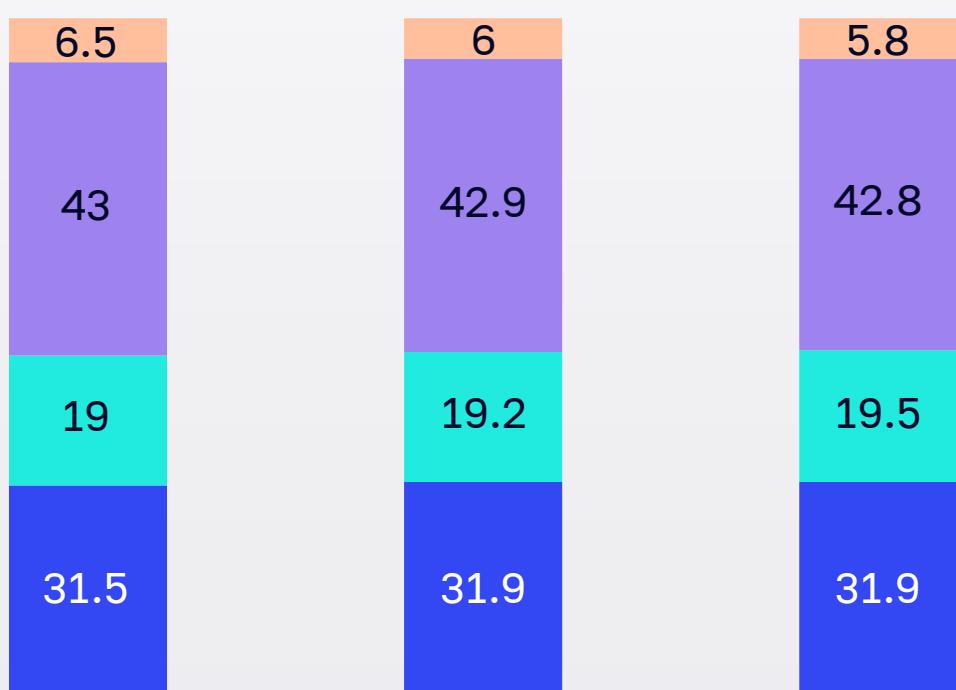
-
10. Данные приведены на основании формы отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденной приказом ФФОМС от 26 марта 2013 г. № 65.
 11. Данные приведены за декабрь 2021 года, декабрь 2022 года, сентябрь 2023 года.

Рисунок 2

Соотношение численности работников медицинских организаций в разрезе категорий

ММП СМП Врачи АУП

%



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

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

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

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

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

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

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

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

Таблица 13. Анализ фонда начисленной заработной платы работников списочного состава

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

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

** Диспансеры государственной и муниципальной систем здравоохранения.

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

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

12. Данные приведены на основании формы федерального статистического наблюдения № 3П-здрав «Сведения о численности и оплате труда работников сферы здравоохранения по категориям персонала».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.3. Оценка результатов использования оборудования медицинскими организациями

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

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

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

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

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

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

15. Анализ проведен по итогам 2022 года.

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

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

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

Таблица 16. Данные о средней нагрузке на дорогостоящее оборудование

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Выборочным анализом установлен ряд повторяющихся нарушений, допускаемых заказчиками:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Данные о техническом состоянии медицинских учреждений представлены в таблице 17.

Таблица 17. Показатели технического состояния медицинских учреждений

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Таблица 18. Площадь, приходящаяся на одного застрахованного по ОМС

КВ. М

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

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

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

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

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

8. Выводы

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

