



Утвержден Коллегией Счетной палаты
Российской Федерации 6 декабря 2018 года

Аудитор Счетной палаты
Российской Федерации
М.А. МЕНЬ

**ОТЧЕТ О РЕЗУЛЬТАТАХ ЭКСПЕРТНО-
АНАЛИТИЧЕСКОГО МЕРОПРИЯТИЯ
«АНАЛИЗ ФОРМИРОВАНИЯ
В 2017 И 2018 ГОДАХ И ИСПОЛНЕНИЯ
В 2017 ГОДУ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО
ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, ВКЛЮЧАЯ ИХ ФИНАНСОВОЕ
ОБЕСПЕЧЕНИЕ»**

Итоги проверки

Счетная палата проанализировала исполнение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2017 и 2018 годах.

Анализ показал, что отсутствуют утвержденные стандарты медицинской помощи по ряду распространенных заболеваний, по которым помощь оказывается бесплатно в рамках программ государственных гарантий.

На момент проведения экспертно-аналитического мероприятия Перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2017 и 2018 годы в регионах Российской Федерации содержали разное количество наименований лекарственных препаратов.

Финансирование формируемых территориальных программ на 2017 и 2018 годы должно было определяться исходя из установленного среднего подушевого норматива – в размере 3488,6 рубля, однако в большинстве субъектов Российской Федерации нормативы установлены ниже среднего норматива.

Кроме того, в субъектах Российской Федерации установлены значительные различия в размерах тарифов на оплату медицинской помощи.

Отмечены значительный объем и рост кредиторской и дебиторской задолженностей медицинских организаций. Так, по г. Москве кредиторская и дебиторская задолженности на 1 января 2018 года увеличились на 62,5 % и на 0,6 % соответственно (по сравнению с показателем на 1 января 2017 года).

В целом по Российской Федерации не достигнуты плановые демографические показатели:

- в части снижения материнской смертности – в 30 субъектах;
- в части снижения младенческой смертности – в 24 субъектах;
- в части снижения смертности детей в возрасте 0–4 лет – в 5 субъектах;
- в части снижения смертности населения в трудоспособном возрасте – в 1 субъекте.

Не достигнуты целевые показатели по заработной плате работников медицинских организаций.

Цели

1. Проанализировать нормативные правовые акты, которые регулируют законность и финансовое обеспечение:
 - программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;
 - базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС).
2. Провести анализ тарифной политики в сфере ОМС на федеральном и региональном уровнях.
3. Оценить результаты реализации в 2018 году программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе ОМС, а также территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Выводы

Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в большинстве субъектов Российской Федерации недофинансируются из региональных бюджетов.

Ни одним регионом Российской Федерации не достигнуты все критерии качества оказанной медицинской помощи, установленные терпрограммами.

Предложения Счетной палаты

- Утвердить стандарты медицинской помощи по ряду распространенных заболеваний, по которым медицинская помощь оказывается бесплатно в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
 - учесть значение утвержденного среднего подушевого норматива при формировании последующих территориальных программ;
 - рассмотреть вопрос о принятии мер по достижению плановых демографических показателей.

Основание для проведения мероприятия

Пункты 2.6.0.4, 2.6.0.4.1, 2.6.0.4.2 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2018 год.

Предмет мероприятия

Нормативные правовые акты, регламентирующие законность, полноту формирования и финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования, а также территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, на 2017 и 2018 годы.

Распорядительные документы, обосновывающие:

- выделение в 2017 и 2018 годах средств и подтверждающие их использование (бухгалтерская отчетность об использовании средств, выделенных на оплату медицинской помощи) в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе программ обязательного медицинского страхования;
- формирование тарифов на оплату медицинской помощи;
- показатели реализации за 2017 год и истекший период 2018 года программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования, а также территориальных программ обязательного медицинского страхования, на 2017 и 2018 годы;
- официальные статистические данные о деятельности медицинских и страховых медицинских организаций за 2017 год и истекший период 2018 года.

Цели мероприятия

1. Нормативные правовые акты, регламентирующие законность, полноту формирования и финансового обеспечения программы государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования, а также территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, на 2017 и 2018 годы.

2. Оценить достаточность средств и соответствие утвержденных объемов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий и территориальных программ обязательного медицинского страхования нормативным значениям, на 2017 и 2018 годы, а также объемы и структуру финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, на 2017 и 2018 годы.

3. Оценить применяемую на федеральном и региональном уровнях тарифную политику в сфере обязательного медицинского страхования, включая порядок формирования и утверждения тарифов на оплату медицинской помощи, расчет их стоимости.

4. Оценить результаты реализации в 2018 году программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования, а также территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Объекты мероприятия

- Министерство здравоохранения Российской Федерации (г. Москва);
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (г. Москва);
- высшие органы исполнительной власти 85 субъектов Российской Федерации (по запросам);
- иные органы и организации, которым планируется направление запросов и представление информации, необходимой для проведения экспертно-аналитического мероприятия;

- Федеральная служба государственной статистики.

Исследуемый период

2017 год и истекший период 2018 года.

Сроки проведения мероприятия

С января по ноябрь 2018 года.

Результаты экспертно-аналитического мероприятия

1. Нормативные правовые акты, регламентирующие законность, полноту формирования и финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования, а также территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, на 2017 и 2018 годы

1.1. В соответствии с пунктом 1 статьи 4 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) одним из принципов осуществления обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) является обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС.

Основные положения программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи изложены в статьях 80 и 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ).

В соответствии со статьей 16 Федерального закона № 323-ФЗ к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан отнесены разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС).

Согласно части 1 статьи 81 Федерального закона № 323-ФЗ в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

В соответствии с частью 5 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливаются средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 года № 1403 (далее – Постановление № 1403) утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее – Программа государственных гарантий на 2017 год).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 года № 1492 (далее – Постановление № 1492) утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» (далее – Программа государственных гарантий на 2018 год).

Во исполнение пункта 2 Постановления № 1403 издано письмо Минздрава России от 23 декабря 2016 года № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

Во исполнение пункта 2 Постановления № 1492 издано письмо Минздрава России от 13 декабря 2017 года № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

1.2. В соответствии с частью 7 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Вместе с тем на момент проведения экспертно-аналитического мероприятия отсутствуют стандарты медицинской помощи по ряду распространенных заболеваний, по которым медицинская помощь оказывается бесплатно в рамках Программы государственных гарантий на 2017 год.

Так, отсутствуют утвержденные стандарты при оказании специализированной медицинской помощи больным с мочекаменной болезнью, железодефицитной анемией, циститом и рядом других заболеваний.

Средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и средние подушевые нормативы, установленные Программой государственных гарантий на 2017 год, представлены в таблице:

Виды медицинской помощи	Единица измерения объема медицинской помощи	Средний норматив объема медицинской помощи на 2017 г.		Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2017 г.	
		в расчете на 1 жителя	в расчете на 1 застрахованное лицо	за счет ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации	за счет средств ОМС
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию	вызовы		0,3		1819,5
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказанная с профилактическими и иными целями	посещения	0,70	2,35	403,9	376,2
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказанная в связи с заболеваниями	обращения	0,200	1,980	1171,6	1054,0
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в неотложной форме	посещения		0,560		481,6
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	случаи лечения	0,004	0,060	11957,9	11919,1
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	случаи госпитализации	0,01800	0,17233	69276,8	24273,7
в том числе для медицинской реабилитации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	койко-день		0,039		1654,0
в том числе средний норматив объема для медицинской реабилитации для детей в возрасте 0-17 лет	койко-день				
паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода)	койко-день	0,092		1856,5	

Виды медицинской помощи	Единица измерения объема медицинской помощи	Средний норматив объема медицинской помощи на 2017 г.		Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2017 г.	
		в расчете на 1 жителя	в расчете на 1 застрахованное лицо	за счет ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации	за счет средств ОМС
Объем ВМП в целом по программе (в том числе ВМП, не включенная в базовую программу ОМС)			0,006		
Средний подушевой норматив	за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов			3488,6	
	за счет средств ОМС				8896

Норматив объема высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) в расчете на 1 жителя (в том числе ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти) установлен Программой государственных гарантий на 2017 год в объеме 0,006 случая госпитализации.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой государственных гарантий на 2017 год (без учета расходов федерального бюджета), составили: в расчете на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов – 3488,6 рубля, в расчете на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС – 8896 рублей.

Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов (далее – Территориальные программы на 2017 год) в 10 субъектах Российской Федерации (Белгородская, Брянская, Тверская, Вологодская, Новгородская, Амурская области, Еврейская автономная область, Республика Карелия, Республика Калмыкия и Республика

Ингушетия) приняты позже срока, рекомендованного пунктом 3 Постановления № 1403 (30 декабря 2016 года).

В нарушение положений раздела VII Программы государственных гарантий на 2017 год органами исполнительной власти большинства субъектов Российской Федерации установлены в Территориальных программах на 2017 год подушевые нормативы финансирования за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации ниже соответствующего среднего подушевого норматива, предусмотренного Программой государственных гарантий на 2017 год.

Так, в 9 субъектах Российской Федерации указанные подушевые нормативы финансирования установлены в сумме менее 1600 рублей: Республика Дагестан, Республика Марий Эл, Республика Ингушетия, Карачаево-Черкесская Республика, Ивановская, Калининградская, Кировская, Саратовская и Тамбовская области. Наименьший размер подушевого норматива финансирования установлен в Республике Дагестан – 822,9 рубля.

В 15 субъектах Российской Федерации указанные подушевые нормативы финансирования установлены в сумме от 1600 до 2300 рублей: в Брянской, Костромской, Ростовской, Рязанской, Самарской, Смоленской, Ульяновской областях, в республиках Адыгея, Карелия, Северная Осетия -Алания, в Алтайском крае, Ставропольском краях, Кабардино-Балкарской Республике, Чеченской Республике и в Удмуртской Республике.

Анализ нормативов объема медицинской помощи, установленных Территориальными программами на 2017 год, показал, что в Территориальных программах на 2017 год у большинства субъектов Российской Федерации нормативы объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации установлены ниже средних нормативов объема медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий на 2017 год.

Так, средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации по медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установлен Программой государственных гарантий на 2017 год в размере 0,7 посещения на одного жителя. Вместе с тем в 51 субъекте Российской Федерации норматив объема медицинской помощи был установлен ниже данного значения: от 0,0113 (Калининградская область) до 0,630 (Воронежская область) посещения на одного жителя.

Средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации по медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2017 год установлен в размере 0,2 обращения на одного жителя. Вместе с тем в 46 субъектах Российской Федерации Территориальными программами на 2017 год норматив объема указанной медицинской помощи установлен ниже: от 0,014 (Московская область) до 0,19 (Республика Дагестан) обращения на одного жителя.

Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов (далее – Территориальные программы на 2018 год) в 7 субъектах Российской Федерации: в Тверской области, Калининградской области (на 1 день), Новгородской области, Еврейской автономной области, в г. Севастополе (Республика Крым и город Севастополь), в Республике Ингушетия, Республике Карелия приняты позже срока, рекомендованного пунктом 3 Постановления № 1492 (30 декабря 2017 года).

В соответствии с пунктом 5 части 2 статьи 81 Федерального закона № 323-ФЗ в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50 % скидкой (далее – Перечень лекарственных препаратов).

Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2018 год, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 октября 2017 года № 2323-р, включает 699 наименований лекарственных препаратов, из них при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях может быть использовано 486 наименований.

В ходе экспертно-аналитического мероприятия было установлено, что перечни лекарственных препаратов, утвержденные Территориальными программами на 2018 год, содержат разное количество наименований лекарственных препаратов.

Так, Перечень лекарственных препаратов, установленный приложением № 2 к Территориальной программе Архангельской области на 2018 год, утвержденной постановлением правительства Архангельской области от 26 декабря 2017 года № 607-пп, содержит 171 наименование.

Перечень лекарственных препаратов, установленный приложением № 2 к Территориальной программе Самарской области на 2018 год, утвержденной постановлением правительства Самарской области от 27 декабря 2017 года № 900, содержит 174 наименования.

Перечень лекарственных препаратов, установленный приложением № 1 к Территориальной программе Омской области на 2018 год, утвержденной постановлением правительства Омской области от 26 декабря 2017 года № 430-п, содержит 238 наименований.

Перечень лекарственных препаратов, установленный приложением № 7 к Территориальной программе Тверской области на 2018 год, утвержденной законом Тверской области от 25 января 2018 года № 1-30, содержит 263 наименования.

Перечень лекарственных препаратов, установленный приложением № 4 к Территориальной программе Владимирской области на 2018 год, утвержденной постановлением администрации Владимирской области от 12 декабря 2017 года № 1050, содержит 703 наименования.

Перечень лекарственных препаратов, установленный приложением № 20 к Территориальной программе на 2018 год, утвержденной постановлением правительства Республики Саха (Якутия) от 27 декабря 2017 года № 420, содержит 716 наименований лекарственных препаратов.

Аналогичные факты были установлены в ходе анализа состава перечней лекарственных препаратов, утвержденных Территориальными программами на 2017 год.

1.3. Стоимость территориальной программы формируется за счет:

- бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации;
- местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъекта Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления);

- средств обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС.

При формировании Территориальных программ на 2017 и 2018 годы органами исполнительной власти использовались рекомендации Минздрава России о формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» (письма Минздрава России от 23 декабря 2016 года № 11-7/10-2-8304 и от 13 декабря 2017 года № 11-7/10-2-8616).

В соответствии с указанными письмами Минздрава России финансовое обеспечение Территориальных программ на 2017 и 2018 годы рассчитывалось исходя из численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января текущего года и численности застрахованных лиц на 1 апреля предыдущего года.

Стоимость Территориальных программ на 2017 и 2018 годы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на реализацию определялась исходя из величины среднего подушевого норматива финансирования за счет средств соответствующих бюджетов, установленного программами государственных гарантий на 2017 год и на 2018 год в сумме 3488,6 рубля, коэффициентов дифференциации для субъекта Российской Федерации и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января 2017 года и на 1 января 2018 года, соответственно.

Стоимость территориальных программ ОМС на 2017 и 2018 годы определялась исходя из величины средних подушевых нормативов финансирования за счет средств ОМС, установленных программами государственных гарантий на 2017 и 2018 годы в сумме, соответственно, 8896,0 рубля и 10812,7 рубля, коэффициентов дифференциации для субъекта Российской Федерации и численности застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 апреля 2016 года на 1 апреля 2017 года, соответственно.

Выборочный анализ плановых и утвержденных показателей Территориальных программ на 2017 и 2018 годы по источникам финансового обеспечения показал, что органами исполнительной власти отдельных субъектов Российской Федерации стоимость Территориальных программ на 2017 и 2018 годы за счет бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации

Федерации была рассчитана и утверждена без учета указанных разъяснений Минздрава России, что привело к занижению стоимости (дефициту) Территориальных программ и рискам невыполнения объемов медицинской помощи.

Так, занижение стоимости (дефицит) утвержденных Территориальных программ на 2017 и 2018 годы за счет бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации составило:

- по Удмуртской Республике в 2017 году – 2437116,2 тыс. рублей, в 2018 году – 2199838,1 тыс. рублей;
- по Республике Ингушетия в 2017 году – 1059150,7 тыс. рублей, в 2018 году – 1052547,5 тыс. рублей;
- по Чеченской Республике в 2017 году – 1821923,7 тыс. рублей, в 2018 году – 2055561,5 тыс. рублей;
- по Республике Дагестан в 2017 году – 8076850,8 тыс. рублей, в 2018 году – 7128480,4 тыс. рублей;
- по Республике Адыгея в 2017 году – 684972,9 тыс. рублей, в 2018 году – 7444,7 тыс. рублей;
- по Орловской области в 2017 году – 617050,5 тыс. рублей, в 2018 году – 509714,1 тыс. рублей;
- по Ивановской области в 2017 году – 2185924,4 тыс. рублей, в 2018 году – 1403481,9 тыс. рублей.

2. Оценить достаточность средств и соответствие утвержденных объемов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий и территориальных программ обязательного медицинского страхования нормативным значениям на 2017 и 2018 годы, а также объемы и структуру финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования на 2017 и 2018 годы

2.1. Суммарный объем финансового обеспечения Территориальных программ на 2017 год составил 2214,3 млрд. рублей, в том числе: за счет

бюджетных ассигнований бюджетов субъекта Российской Федерации – 586,1 млрд. рублей, за счет средств ОМС – 1628,2 млрд. рублей.

Наибольший дефицит сложился по Территориальным программам на 2017 год: в Республике Дагестан – 8,0 млрд. рублей, в Ростовской области – 5,6 млрд. рублей, Саратовской области – 5,3 млрд. рублей, в Ставропольском крае – 4,9 млрд. рублей. В 16 субъектах Российской Федерации по Территориальным программам на 2017 год сложился дефицит свыше 2,0 млрд. рублей.

Согласно разъяснениям Минздрава России (письмо Минздрава России от 13 декабря 2017 года № 11-7/10/2-8616) стоимость территориальной программы государственных гарантий утверждается в виде приложения к территориальной программе государственных гарантий по форме в соответствии с приложениями 1 и 2 к разъяснениям.

Вместе с тем в Территориальной программе Омской области на 2018 год, утвержденной постановлением правительства Омской области от 26 декабря 2017 года № 430-п, отсутствует утвержденная стоимость территориальной программы за счет бюджетных ассигнований Омской области, что не позволяет оценить финансовую обеспеченность Территориальной программы Омской области на 2018 год.

Аналогичный факт установлен по Территориальной программе Омской области на 2017 год.

2.2. Сводный отчет по форме федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» (далее – форма № 62) утвержден приказом Росстата от 29 сентября 2017 года № 646 и представляется в Минздрав России органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации в срок до 25 марта года, следующего за отчетным, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования – в срок до 15 апреля года, следующего за отчетным годом.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) осуществляет свод данных по формам федерального статистического наблюдения № 14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями», № 14-МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС», утвержденным приказом Росстата от 17 апреля 2014 года № 258, а также по форме № 10 (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС страховыми

медицинскими организациями», утвержденной приказом Росстата от 25 января 2017 года № 36.

Данные об организации и результатах проведенных страховыми медицинскими организациями мероприятий по контролю качества объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях представляются в соответствии с отчетной формой № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденной приказом ФОМС от 16 августа 2011 года № 145 (далее – форма № ПГ).

В 2017 году отчетность по формам федерального и ведомственного статистического наблюдения представлялась территориальными фондами ОМС в установленные сроки.

2.3. По данным формы № 62, в 2017 году расходы на медицинскую помощь за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов и средств ОМС составили 2147275,3 млн. рублей, что на 125086,7 млн. рублей, или на 6,2 %, больше по сравнению с 2016 годом (2022188,6 млн. рублей), в том числе:

- расходы за счет бюджетов субъектов Российской Федерации составили 534864,0 млн. рублей, что на 52946,8 млн. рублей, или 11,0 %, больше по сравнению с 2016 годом (481917,3 млн. рублей);
- расходы за счет средств ОМС составили 1603713,6 млн. рублей, что на 72381,9 млн. рублей, или на 4,7 %, больше по сравнению с 2016 годом (1531331,7 млн. рублей);
- Необходимо отметить, что расходы на медицинскую помощь за счет местных бюджетов снизились и составили 8697,6 млн. рублей, что на 242,0 млн. рублей, или на 2,7 %, меньше по сравнению с 2016 годом (8939,6 млн. рублей).

Данные о фактических расходах на оказание медицинской помощи за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов и средств ОМС по видам и условиям оказания медицинской помощи приведены в таблице:

	2016 г., млн. руб.				2017 г., млн. руб.				Отклонение (2017–2016 гг.), млн. руб.			
	всего	бюджет субъекта РФ	местный бюджет	средства ОМС	всего	бюджет субъекта РФ	местный бюджет	средства ОМС	всего	бюджет субъекта РФ	местный бюджет	средства ОМС
Объемы оказания и финансирования медицинской помощи, всего	2022188,7	481917,3	8939,7	1531331,7	2147275,3	534864,0	8697,7	1603713,6	125086,7	52946,8	-242,0	72381,9
в том числе:												
скорая специализированная медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации	110142,2	10391,5	146,8	99603,9	114522,7	11044,7	190,1	103287,9	4380,6	653,2	43,3	3684,0
медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях и с профилактическими и иными целями	246559,4	30122,1	725,5	215711,8	254954,5	33109,5	408,3	221436,7	8395,1	2987,4	-317,2	5724,9
в неотложной форме	27234,1	394,1	5,9	26834,1	33279,2	532,3	0,0	32746,9	6045,0	138,1	-5,9	5912,8
в связи с заболеваниями	342975,2	29178,7	220,6	313576,0	364236,3	28665,4	14,6	335556,3	21261,1	-513,3	-206,0	21980,4
специализированная медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях	943599,9	173423,0	574,2	769602,7	949436,0	149320,5	257,5	799857,9	5836,1	-24102,4	-316,8	30255,2
медицинская помощь в условиях дневного стационара	107136,7	6067,8	16,0	101052,8	115291,0	6560,6	2,1	108728,4	8154,3	492,8	-13,9	7675,5
паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях	13974,5	11332,6	1274,1	1367,8	15972,9	13853,5	1135,7	983,7	1998,4	2520,9	-138,5	-384,1
прочие виды медицинских и иных услуг	230566,6	22007,3	5976,6	3582,7	299582,7	291777,4	6689,5	1115,8	69016,1	269770,1	712,9	-2466,9

Расходы на медицинскую помощь за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов и средств ОМС в 2017 году по

видам и условиям оказания медицинской помощи сложились следующим образом.

1. Расходы на скорую медицинскую помощь, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации, составили 114522,7 млн. рублей и увеличились по отношению к 2016 году на 4380,6 млн. рублей, в том числе:

- за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации – 11044,7 млн. рублей (рост по сравнению с 2016 годом на 653,2 млн. рублей);
- за счет бюджетных ассигнований местных бюджетов – 190,1 млн. рублей (рост по сравнению с 2016 годом на 43,3 млн. рублей);
- за счет средств ОМС – 103287,9 млн. рублей (рост по сравнению с 2016 годом на 3684,0 млн. рублей).

2. Расходы на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями составили в 2017 году 254954,5 млн. рублей и увеличились по сравнению с 2016 годом на 8395,1 млн. рублей, в том числе:

- за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации – 33109,5 млн. рублей (рост по сравнению с 2016 годом на 2987,4 млн. рублей);
- за счет бюджетных ассигнований местных бюджетов – 408,3 млн. рублей (снижение по сравнению с 2016 годом на 317,2 млн. рублей);
- за счет средств ОМС – 221436,7 млн. рублей (рост по сравнению с 2016 годом на 5724,9 млн. рублей).

3. Расходы на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях в неотложной форме, составили в 2017 году 33279,2 млн. рублей и увеличились по сравнению с 2016 годом на 6045,0 млн. рублей.

4. Расходы на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, составили в 2017 году 364236,3 млн. рублей и увеличились по сравнению с 2016 годом на 21261,1 млн. рублей.

5. Расходы на специализированную медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях, составили в 2017 году 949436,0 млн. рублей и увеличились по сравнению с 2016 годом на 5836,1 млн. рублей.

6. Расходы на медицинскую помощь в условиях дневного стационара составили в 2017 году 115291,0 млн. рублей (увеличение по сравнению с 2016 годом на 8154,3 млн. рублей).

7. Расходы на паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях составили в 2017 году 15972,9 млн. рублей (увеличение по сравнению с 2016 годом на 1998,4 млн. рублей).

При стоимости Территориальных программ на 2017 год по всем субъектам Российской Федерации в общей сумме 2197792,1 млн. рублей кассовое исполнение расходов на медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и средств ОМС составило 2147275,3 млн. рублей, что на 50516,8 млн. рублей, или на 2,3 %, меньше суммарной стоимости утвержденных территориальных программ субъектов Российской Федерации, в том числе:

- кассовое исполнение за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации составило 543561,7 млн. рублей, что на 37789,7 млн. рублей, или на 6,5 %, меньше показателей, утвержденных Территориальными программами на 2017 год;
- кассовое исполнение за счет средств ОМС – 1603713,6 млн. рублей, что на 12727,2 млн. рублей, или на 0,8 %, меньше показателей, утвержденных Территориальными программами на 2017 год.

Таким образом, неполное исполнение утвержденных показателей стоимости Территориальных программ на 2017 год за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации (93,5 %) может свидетельствовать о проблемах в планировании медицинской помощи и ее финансовом обеспечении.

Расходы за 2017 год на медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и средств ОМС в соответствии с данными формы № 62, в сравнении с утвержденными расходами Территориальных программ на 2017 год, по отдельным субъектам Российской Федерации (выборочно) представлены в таблице:

Субъекты Российской Федерации	Утверждено, млн. руб.			Исполнено, млн. руб.			Отклонение, млн. руб.		
	расходы на ТППГ в целом	в том числе		средства бюджетов и ОМС	в том числе		средства бюджетов и ОМС гр. 5 – гр. 2	в том числе	
		средств бюджетов	ОМС		средств бюджетов	ОМС		средств бюджетов гр. 6 – гр. 3	ОМС гр. 7 – гр. 4
Московская область	120496,0	25066,7	95429,4	112962,5	20838,2	92124,3	-7533,6	-4228,5	-3305,1
Волгоградская область	30671,7	8844,3	21827,4	25931,4	4248,3	21683,1	-4740,3	-4596,0	-144,3
Кемеровская область	39281,5	11151,2	28130,2	35091,7	7500,4	27591,4	-4189,7	-3650,8	-538,9
Ульяновская область	13752,0	2562,0	11190,0	13045,3	2353,6	10691,8	-706,7	-208,4	-498,3
Алтайский край	28809,8	4986,5	23823,3	28564,4	4907,7	23656,7	-245,4	-78,8	-166,6
Республика Адыгея	4455,1	850,1	3605,1	4267,8	845,3	3422,5	-187,3	-4,8	-182,5
Республика Дагестан	26362,9	2481,6	23881,3	24887,0	2364,9	22522,2	-1475,9	-116,7	-1359,2
Кабардино-Балкарская Республика	8287,1	1734,6	6552,4	7785,6	1506,3	6279,3	-501,4	-228,4	-273,1
Удмуртская Республика	18227,1	3333,7	14893,5	17902,7	3235,8	14666,9	-324,4	-97,8	-226,6

Так, при утвержденной стоимости Территориальной программы Московской области на 2017 год в размере 120496,0 млн. рублей расходы за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Московской области и средств ОМС согласно форме № 62 составили 112962,5 млн. рублей, что на 7533,5 млн. рублей, или на 6,3 %, меньше утвержденной стоимости Территориальной программы Московской области, в том числе: за счет за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Московской области – 20838,2 млн. рублей (что на 4228,5 млн. рублей, или на 16,9 %, меньше утвержденной стоимости), за счет средств ОМС – 92124,3 млн. рублей (что на 3305,1 млн. рублей, или на 3,5 %, меньше утвержденной стоимости).

При утвержденной стоимости Территориальной программы Кемеровской области на 2017 год в размере 39281,5 млн. рублей расходы за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Кемеровской области и средств ОМС согласно форме № 62 составили 35091,7 млн. рублей, что на 4189,7 млн. рублей, или на 10,7 %, меньше утвержденной Территориальной

программы Кемеровской области, в том числе: за счет за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Кемеровской области – 7500,4 млн. рублей (что на 3650,8 млн. рублей, или на 32,7 %, меньше утвержденной стоимости), за счет средств ОМС – 27591,4 млн. рублей (что на 538,9 млн. рублей, или на 1,9 %, меньше утвержденной стоимости).

2.4. По итогам реализации Территориальных программ на 2017 год отмечаются значительные объем и рост кредиторской задолженности медицинских организаций.

Так, по г. Москве кредиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года (40415,0 млн. рублей) увеличилась на 62,5 % по сравнению с показателем на 1 января 2017 года (24876,5 млн. рублей).

В Ульяновской области кредиторская задолженность медицинских организаций за счет средств ОМС по состоянию на 1 января 2018 года составила 1871,3 млн. рублей, что в 2,5 раза выше уровня на 1 января 2017 года (754,8 млн. рублей). Просроченная кредиторская задолженность в 2017 году выросла в 6,4 раза и составила 1050,6 млн. рублей.

В Ленинградской области кредиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года составила 1562,8 млн. рублей, что на 20,4 % выше уровня на 1 января 2017 года (1297,7 млн. рублей).

В Кировской области кредиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года составила 1469,6 млн. рублей, что в 1,5 раза выше уровня на 1 января 2017 года (979,4 млн. рублей).

В Удмуртской Республике кредиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года (1621,3 млн. рублей) увеличилась на 8,2 % по сравнению с показателем на 1 января 2017 года (1497,8 млн. рублей).

В Костромской области кредиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года по сравнению с 1 января 2017 года увеличилась на 16,6 %, с 1128,7 млн. рублей до 1316,6 млн. рублей, в том числе просроченная задолженность – на 33,2 %, с 372,1 млн. рублей до 495,6 млн. рублей.

В Республике Марий Эл кредиторская задолженность учреждений здравоохранения по всем источникам финансирования на 1 января 2018 года составила 1022,2 млн. рублей, в том числе просроченная задолженность – 220,2 млн. рублей и увеличилась по отношению к 1 января 2017 года на 196,9 млн. рублей.

В Астраханской области кредиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года составила 928,4 млн. рублей, что на 29 % выше уровня на 1 января 2017 года (659,0 млн. рублей), при этом просроченная кредиторская задолженность увеличилась в 2,3 раза и составила на начало 2018 года 320,8 млн. рублей.

В Республике Северная Осетия – Алания кредиторская задолженность учреждений здравоохранения по состоянию на 1 января 2018 года составила 874,8 млн. рублей, что на 21,8 % выше уровня на 1 января 2017 года (7184 млн. рублей). Просроченная кредиторская задолженность выросла на 51,9 % по сравнению с показателем 2017 года, с 252,8 млн. рублей до 384,1 млн. рублей.

В Орловской области кредиторская задолженность учреждений здравоохранения по состоянию на 1 января 2018 года (528,2 млн. рублей) увеличилась на 18,2 % по сравнению с 1 января 2017 года (447,0 млн. рублей).

В Чеченской Республике кредиторская задолженность учреждений здравоохранения по состоянию на 1 января 2018 года составила 124,8 млн. рублей, что в 9,9 раза выше, чем на 1 января 2017 года (12,5 млн. рублей).

В Ставропольском крае кредиторская задолженность увеличилась по средствам ОМС на 49,95 % и составила на начало 2018 года 711,8 млн. рублей, при этом просроченная кредиторская задолженность увеличилась и составила на начало 2018 года 37,0 млн. рублей. Весь объем просроченной кредиторской задолженности образован по средствам ОМС.

В Республике Адыгея за счет средств бюджета Республики Адыгея за 2017 год кредиторская задолженность увеличилась в 5,5 раза (с 2,1 млн. рублей до 11,8 млн. рублей). В 2018 году рост продолжился, и на 1 сентября 2018 года кредиторская задолженность составила 56,8 млн. рублей (рост в 4,8 раза к началу 2018 года).

Также по ряду субъектов Российской Федерации по итогам реализации Территориальных программ на 2017 год отмечается значительный объем и рост дебиторской задолженности медицинских организаций по сравнению с 1 января 2017 года.

В г. Москве дебиторская задолженность учреждений здравоохранения по состоянию на 1 января 2018 года увеличилась на 0,6 % (9101,6 млн. рублей) по сравнению с объемом на 1 января 2017 года (9050,9 млн. рублей).

В Ленинградской области дебиторская задолженность учреждений здравоохранения по состоянию на 1 января 2018 года (2683,1 млн. рублей) увеличилась в 4,5 раза по сравнению с объемом задолженности на 1 января 2017 года (598,0 млн. рублей).

В Удмуртской Республике дебиторская задолженность учреждений здравоохранения по состоянию на 1 января 2018 года составила 1184,7 млн. рублей, что в 3,4 раза выше уровня на 1 января 2017 года (344,8 млн. рублей).

В Костромской области дебиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года по сравнению с 1 января 2017 года увеличилась в 3,2 раза, с 238,8 млн. рублей до 757,3 млн. рублей, в том числе просроченная задолженность – на 68,6 % (с 23,4 млн. рублей до 39,4 млн. рублей).

В Ульяновской области за 2017 год объем дебиторской задолженности медицинских организаций за счет средств ОМС увеличился в 4 раза, с 9,0 млн. рублей на 1 января 2017 года до 35,9 млн. рублей на 1 января 2018 года.

В Республике Ингушетия дебиторская задолженность, сформированная за счет средств бюджета Республики Ингушетия, составляла на 1 января 2017 года 1,6 млн. рублей, на 1 января 2018 года наблюдается рост более чем в 140 раз, до 232,3 млн. рублей (в том числе просроченная задолженность – 1,9 млн. рублей).

Кроме того, в Республике Дагестан на 1 сентября 2018 года сумма дебиторской задолженности, сформированная за счет средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, составляла 1844137,0 тыс. рублей, основную долю в которой составили средства, израсходованные на капитальное строительство перинатального центра в г. Махачкале. Строительство перинатального центра завершено, объект сдан в эксплуатацию. Недвижимое имущество не принято к учету ввиду не корректного оформления приема-сдаточного акта.

Анализ данных субъектов Российской Федерации показал, что основные причины образования кредиторской задолженности следующие:

- недофинансирование территориальных программ за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации;
- низкие тарифы ОМС, которые не покрывают реальные затраты на оказание медицинской помощи;

- не выполнение объемов медицинской помощи;
- применение штрафных санкций страховыми медицинскими организациями по результатам экспертизы качества медицинской помощи;
- увеличение доли расходов на заработную плату в целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»;
- несоблюдение структуры расходования средств медицинских организаций, работающих в системе ОМС, в том числе в части превышения расходов на заработную плату;
- рост цен на медикаменты и расходные материалы, продукты питания, горюче-смазочные материалы, увеличение тарифов на энергоресурсы.

2.5. Согласно форме федерального статистического наблюдения № 10 (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС страховыми медицинскими организациями» за 2017 год число страховых медицинских организаций (далее – СМО) на конец 2017 года составило 43, число филиалов СМО – 209.

Сумма средств ОМС, поступившая за 2017 год в СМО, составила 1576493,8 млн. рублей, в том числе:

- средства, поступившие в СМО из территориальных фондов ОМС (далее – ТФОМС), для оплаты медицинской помощи в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС – 1494478,2 млн. рублей (94,8 % средств ОМС);
- средства, предназначенные на ведение дела по ОМС, поступившие из ТФОМС, – 15473,6 млн. рублей (1,0 %);
- средства нормированного страхового запаса ТФОМС, предоставленные при недостатке целевых средств СМО, для оплаты медицинской помощи – 64669,9 млн. рублей (4,1 %);
- средства в оплату штрафов, санкций, возмещение ущерба – 1214,3 млн. рублей (0,1 %);
- средства, поступившие из ТФОМС в размере 10 % от экономии СМО средств ОМС, – 127,7 млн. рублей (0,01 %);
- прочие поступления – 530,1 млн. рублей (0,03 процента).

Кроме того, средства, образовавшиеся у СМО в результате выявления сумм, необоснованно предъявленных медицинскими организациями к оплате, составили 36803,9 млн. рублей, в том числе:

- в результате медико-экономического контроля – 25499,0 млн. рублей;
- в результате экспертизы качества медицинской помощи – 5466,8 млн. рублей;
- в результате медико-экономической экспертизы – 5838,1 млн. рублей.

3. Оценить применяемую на федеральном и региональном уровнях тарифную политику в сфере обязательного медицинского страхования, включая порядок формирования и утверждения тарифов на оплату медицинской помощи, расчет их стоимости

3.1. В соответствии со статьей 30 Федерального закона № 326-ФЗ тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, и устанавливаются тарифным соглашением 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 и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 указанного Федерального закона. Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения устанавливаются ФОМС.

Согласно части 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории

и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения установлены приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) от 18 ноября 2014 года № 200.

Согласно письму ФОМС от 13 августа 2018 года № 9999/30-2/4813 по результатам проведенных проверок соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и использования средств обязательного медицинского страхования выявлено, что тарифные соглашения г. Москвы, Волгоградской, Вологодской, Курской, Рязанской, Саратовской и Смоленской областей не соответствовали установленным требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования устанавливались индивидуальные тарифы на оплату медицинской помощи по отдельным медицинским организациям в Вологодской и Саратовской областях.

При анализе тарифной политики, реализуемой субъектами Российской Федерации, установлены значительные различия в размере тарифов на оплату медицинской помощи между сопоставимыми субъектами Российской Федерации, что в первую очередь связано с различными подходами к расчету стоимости законченного случая лечения.

Так, при определении стоимости тарифа на законченный случай лечения в условиях круглосуточного стационара субъекты Российской Федерации устанавливают базовую ставку, которая по регионам значительно различается. Например, базовая ставка на 2017 год в Пензенской области составляет 17,8 тыс. рублей, в Тамбовской области – 20,1 тыс. рублей, в Липецкой области – 19,3 тыс. рублей.

В 2017–2018 годах следует отметить существенную разницу базовой ставки по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара. Так, в 2017 году: в Пензенской области – 8,3 тыс. рублей, в Липецкой

области – 10,4 тыс. рублей, в Тамбовской области – 4,3 тыс. рублей; в 2018 году: в Пензенской области – 11,9 тыс. рублей, в Липецкой области – 12,6 тыс. рублей, в Тамбовской области – 4,7 тыс. рублей.

3.2. Фактическая сложившаяся стоимость одного случая оказания медицинской помощи по видам ее оказания представлена в таблице:

	Единица измерения	Всего исполнено за 2016 г.	Стоимость за 1 ед., руб.	Всего исполнено за 2017 г.	Стоимость за 1 ед., руб.
Объемы оказания и финансирования медицинской помощи, всего	тыс. руб.	2022188652,3		2147275308,4	
в том числе: скорая специализированная медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации	вызовы, ед.	44326699	2484,7	42872388	2671,25
	тыс. руб.	110142184,6		114522739,3	
медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях и с профилактическими и иными целями	посещения, ед.	494429301	498,7	478418164	532,9
	тыс. руб.	246559390,2		254954455,7	
в неотложной форме	посещения, ед.	49231375	553,2	56725124	586,7
	тыс. руб.	27234132,7		33279182,5	
в связи с заболеваниями	обращения, ед.	266479409	1287,1	264653366	1376,3
	тыс. руб.	342975236,5		364236330,8	
специализированная медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях	случаи госпитализации, ед.	28985149	32554,6	28312110	33534,6
	тыс. руб.	943599923,0		949435974,2	
из них медицинская реабилитация	случаи госпитализации, ед.	403113	35314,1	421026	40204,97
	тыс. руб.	14235568,3		16927337,5	
медицинская помощь в условиях дневного стационара	пациенто-дни, ед.	91484379	1171,1	91585277	1258,8
	тыс. руб.	107136681,9		115291020,9	
паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях	койко-дни, ед.	8513781	1641,4	8770437	1821,2
	тыс. руб.	13974548,7		15972906,6	
прочие виды медицинских и иных услуг	тыс. руб.	230566554,6		299582698,3	
из них расходы на транспортировку пациентов	тыс. руб.	3451945,3		3836275,8	

Анализ представленных в таблице данных свидетельствует, что в 2017 году в сравнении с 2016 годом общее финансирование увеличилось по всем видам медицинской помощи на 6,2 процента.

Увеличилась стоимость за 1 единицу услуги по всем видам медицинской помощи. Например, стоимость 1 вызова скорой медицинской помощи увеличилась с 2484,8 рубля до 2671,2 рубля, или на 7,5 %, стоимость 1 посещения в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях увеличилась с 498,7 рубля до 532,9 рубля, или на 6,9 %, стоимость обращения в связи с заболеванием увеличилась с 1287,0 рубля до 1376,3 рубля, или на 6,9 %, стоимость 1 случая госпитализации при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях увеличилась с 32554,6 рубля до 33534,6 рубля, или на 3,0 процента.

При этом объемы оказания указанных видов медицинской помощи в 2017 году снизились:

- скорая медицинская помощь – на 3,3 %;
- посещения в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – на 3,2 %;
- обращения в связи с заболеванием в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – на 0,7 %;
- случаи госпитализации при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях – 2,3 процента.

Фактическая сложившаяся стоимость оказания медицинской помощи по видам ее оказания, а также структура сложившихся расходов на оказание медицинской помощи по видам затрат с учетом источников финансового обеспечения, видов и условий оказания медицинской помощи в 2016 и 2017 годах, представлена в таблице:

	Структура расходов за счет средств ОМС				Структура расходов за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации			
	2016 г.		2017 г.		2016 г.		2017 г.	
	млн. руб.	%	млн. руб.	%	млн. руб.	%	млн. руб.	%
Расходы, всего	1531311,8	100,0	1603713,6	100,0	490857,1	100,0	543561,7	100,0
в том числе:								
заработная плата с начислениями	1038188,0	67,8	1108918,2	69,1	239823,2	48,9	262148,6	48,2
из них заработная плата без начислений	799372,2	52,2	853230,4	53,2	182512,9	37,2	198654,4	36,5
услуги связи	3774,1	0,2	3797,6	0,2	810,8	0,2	863,8	0,2
транспортные услуги	11167,9	0,7	11652,5	0,7	7598,0	1,5	6832,6	1,3
коммунальные услуги	54724,8	3,6	57166,3	3,6	12888,1	2,6	14111,8	2,6
увеличение стоимости основных средств (медицинские изделия)	10865,8	0,7	8716,9	0,5	27108,5	5,5	33096,6	6,1
медикаменты и перевязочные материалы	168265,8	11,0	169062,3	10,5	88727,1	18,1	72099,1	13,3
продукты питания	23744,2	1,6	22065,6	1,4	11862,1	2,4	14044,0	2,6
прочие расходы	220581,2	14,4	222334,2	13,9	102039,3	20,8	140365,2	25,8

Структура затрат медицинских организаций по статьям расходов в 2017 году по сравнению с 2016 годом существенно не изменилась.

Необходимо отметить, что в общем объеме расходов медицинских организаций за счет средств ОМС в 2017 году по сравнению с 2016 годом доля расходов на оплату труда с начислениями возросла с 67,8 % до 69,1 %, при этом доля расходов на закупку медикаментов и перевязочных материалов снизилась с 11,0 % до 10,5 процента.

В общем объеме расходов медицинских организаций за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации доля расходов, направляемых на закупку медикаментов и перевязочных материалов, снизилась с 18,1 % в 2016 году до 13,3 % в 2017 году.

4. Оценить результаты реализации в 2017 году программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования, а также территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования

4.1. В 2017 году первичная медико-санитарная помощь была оказана в следующих объемах:

- в амбулаторных условиях – 534,2 млн. посещений с профилактическими и иными целями и в неотложной форме на общую сумму 287,5 млрд. рублей, 264,7 млн. обращений – в связи с заболеваниями на общую сумму 364,2 млрд. рублей;
- в условиях дневного стационара – 4,4 млн. случаев лечения на сумму 42,2 млрд. рублей.

Специализированная медицинская помощь в 2017 году была оказана в следующих объемах:

- в стационарных условиях – 23,8 млн. случаев госпитализации на общую сумму 949,4 млрд. рублей;
- в условиях дневного стационара – 4,5 млн. случаев лечения на сумму 73,1 млрд. рублей.

Сравнение фактически сложившихся в рамках исполнения Программы государственных гарантий на 2017 год показателей объема медицинской помощи на одного жителя (одно застрахованное лицо) со средними нормативами, установленными Программой государственных гарантий на 2017 год, по видам и условиям оказания и источникам финансового обеспечения медицинской помощи приведены в таблице:

Виды медицинской помощи (показатель)	За счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации в расчете на 1 жителя				За счет средств ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо			
	средний норматив по Программе госгарантий на 2017 г.	фактический показатель в среднем по России	отклонение фактического показателя от среднего норматива		средний норматив по Программе госгарантий на 2017 г.	фактический показатель в среднем по России	отклонение фактического показателя от среднего норматива	
			ед.	%			ед.	%
1	2	3	4=3-2	5=4/2	5	6	7=6-5	8=7/5
Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (вызовы)	-	0,026	-	-	0,3	0,267	-0,033	-11,0
Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (посещения)	0,7	0,404	-0,296	-42,3	2,91	3,247	0,337	11,6
Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях в неотложной форме (посещения)	-	-	-	-	0,56	0,384	-0,176	-31,4
Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями (обращения)	0,2	0,115	-0,085	-42,5	1,98	1,691	-0,289	-14,6
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях (случаи госпитализации)	0,018	0,013	-0,005	-27,8	0,17233	0,18060	0,00827	4,8
в т.ч. для медицинской реабилитации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (койко-дни)	-	-	-	-	0,039	0,042	0,003	7,7

Виды медицинской помощи (показатель)	За счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации в расчете на 1 жителя				За счет средств ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо			
	средний норматив по Программе госгарантий на 2017 г.	фактический показатель в среднем по России	отклонение фактического показателя от среднего норматива		средний норматив по Программе госгарантий на 2017 г.	фактический показатель в среднем по России	отклонение фактического показателя от среднего норматива	
			ед.	%			ед.	%
1	2	3	4=3-2	5=4/2	5	6	7=6-5	8=7/5
паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода (койко-дни))	0,092	0,057	-0,035	-38,0	-	0,003	-	-
медицинская помощь в условиях дневных стационаров (случаи лечения)	0,004	0,003	-0,001	-25,0	0,06	0,058	-0,002	-3,3

Анализ данных показывает, что в целом по Российской Федерации в 2017 году отмечаются отклонения фактически сложившихся показателей объема медицинской помощи на одного жителя (одно застрахованное лицо) от средних нормативов, установленных Программой государственных гарантий на 2017 год (далее – средние нормативы).

Показатель объема скорой медицинской помощи, оказанной на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС, сложился ниже среднего норматива на 0,033 вызова на 1 застрахованное лицо, или на 11 процентов.

В рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- показатель числа посещений на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации сложился ниже среднего норматива на 0,296 посещения, или на 42,3 %;
- показатель числа посещений на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС сложился выше среднего норматива на 0,337 посещения, или на 11,6 %, вместе с тем показатель числа посещений в неотложной форме на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС сложился ниже среднего норматива на 0,176 посещения, или на 31,4 %;

- показатель числа обращений в связи с заболеваниями на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов сложился ниже среднего норматива на 0,085 обращения, или на 42,5 %;
- показатель числа обращений в связи с заболеваниями на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС сложился ниже среднего норматива на 0,289 обращения, или на 14,6 процента.

В рамках оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара:

- показатель числа случаев госпитализации на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации сложился ниже среднего норматива на 0,005 случая госпитализации, или на 27,8 %;
- показатель числа случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС сложился выше среднего норматива на 0,00827 случая госпитализации, или на 4,8 %;
- показатель числа койко-дней по медицинской реабилитации на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС сложился выше среднего норматива на 0,003 койко-дня, или на 7,7 процента.

В рамках оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях показатель числа койко-дней на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации сложился ниже среднего норматива на 0,035 койко-дня на 1 жителя, или на 38,0 процента.

В рамках оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара:

- показатель числа случаев лечения на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации сложился ниже среднего норматива на 0,001 случая лечения на 1 жителя, или на 25,0 %;
- показатель числа случаев лечения на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС сложился ниже среднего норматива на 0,002 случая лечения на 1 застрахованное лицо, или на 3,3 процента.

Данные Минздрава России о фактически сложившихся в рамках исполнения Программы государственных гарантий на 2017 год показателях объема медицинской помощи на 1 жителя (1 застрахованное лицо), в сравнении с показателями, сложившимися в 2016 году, по видам и условиям оказания

и источникам финансового обеспечения медицинской помощи отражены в таблице:

Виды и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Источник финансового обеспечения	Фактически сложившиеся показатели объема медицинской помощи на 1 жителя (1 застрахованное лицо)		
			2016 г.	2017 г.	динамика гр. 5 – гр. 4
Скорая медицинская помощь	Число вызовов на 1 жителя (1 застрахованное лицо)	бюджет	0,026	0,026	0
		ОМС	0,276	0,267	-0,009
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Число посещений на 1 жителя (1 застрахованное лицо)	бюджет	0,407	0,404	-0,003
		ОМС	3,304	3,247	-0,057
	из них: число посещений по неотложной медицинской помощи (1 застрахованное лицо)	ОМС	0,334	0,384	0,05
	число обращений в связи с заболеваниями на 1 жителя (1 застрахованное лицо)	бюджет	0,128	0,115	-0,013
		ОМС	1,690	1,691	0,001
Медицинская помощь в стационарных условиях	Число случаев госпитализации на 1 жителя (1 застрахованное лицо)	бюджет	0,015	0,013	-0,002
		ОМС	0,183	0,181	-0,002
	Число койко-дней по медицинской реабилитации на 1 застрахованное лицо	ОМС	0,040	0,042	0,002
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	Число случаев лечения на 1 жителя (1 застрахованное лицо)	бюджет	0,003	0,003	0
		ОМС	0,058	0,058	0
Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях	Число койко-дней на 1 жителя	бюджет	0,055	0,057	0,002
		ОМС	0,003	0,003	0

Как следует из приведенных данных, по итогам реализации Программы государственных гарантий на 2017 год сложились следующие отклонения

показателей объема медицинской помощи на 1 жителя (1 застрахованное лицо) от показателей 2016 года, по видам и условиям оказания медицинской помощи.

В рамках оказания в 2017 году медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- показатель числа посещений за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации составил 0,404 посещения на 1 жителя и сократился по сравнению с 2016 годом на 0,74 % (0,407 посещения на 1 жителя), показатель числа посещений за счет средств ОМС составил 3,247 посещения на 1 застрахованное лицо и сократился по сравнению с 2016 годом на 1,73 % (3,304 посещения на 1 застрахованное лицо);
- показатель числа обращений в связи с заболеваниями за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации составил 0,115 обращения на 1 жителя и сократился по сравнению с 2016 годом на 10,16 % (0,128 обращения), показатель числа обращений в связи с заболеваниями за счет средств ОМС составил 1,691 обращения на 1 застрахованное лицо и незначительно увеличился по сравнению с 2016 годом на 0,6 % (1,690 обращения на 1 застрахованное лицо).

В рамках оказания в 2017 году медицинской помощи в стационарных условиях:

- показатель числа случаев госпитализации за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации составил 0,013 случая госпитализации на 1 жителя и сократился по сравнению с 2016 годом на 13,3 % (0,015 случая госпитализации на 1 жителя), показатель числа случаев госпитализации за счет средств ОМС составил 0,181 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо и сократился по сравнению с 2016 годом на 1,1 % (0,183 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо);
- показатель числа койко-дней по медицинской реабилитации за счет средств ОМС составил 0,042 койко-дня на 1 застрахованное лицо и увеличился по сравнению с 2016 годом на 5 % (0,040 койко-дня на 1 застрахованное лицо).

В рамках оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в 2017 году показатель числа случаев лечения за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации составил 0,003 случая лечения на 1 жителя и не изменился по сравнению с 2016 годом, показатель числа случаев лечения за счет средств ОМС составил 0,058 случая лечения на 1 застрахованное лицо и не изменился по сравнению с 2016 годом.

В рамках оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях в 2017 году:

- показатель числа койко-дней за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации составил 0,057 койко-дня на 1 жителя и увеличился по сравнению с 2016 годом на 3,6 % (0,055 койко-дня на 1 жителя), показатель числа койко-дней за счет средств ОМС составил 0,003 койко-дня на 1 застрахованное лицо и не изменился по сравнению с 2016 годом.

Фактически сложившийся в 2017 году показатель объема скорой медицинской помощи, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, не изменился по сравнению с 2016 годом и составил 0,026 вызова на 1 жителя, показатель объема скорой помощи, оказанной за счет средств ОМС, составил 0,267 вызова на 1 застрахованное лицо и сократился по сравнению с 2016 годом на 3,3 % (0,276 вызова на 1 застрахованное лицо).

В целом по Российской Федерации по итогам реализации Программы государственных гарантий на 2017 год по следующим видам и условиям оказания медицинской помощи отмечается снижение показателей объема медицинской помощи на 1 жителя (1 застрахованное лицо) по сравнению с 2016 годом:

- показателя объема скорой помощи, оказанного за счет средств ОМС, – на 0,009 вызова на 1 застрахованное лицо;
- в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях снижение показателя числа посещений на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации – на 0,003 посещения, показателя числа посещений на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС – на 0,057 посещения, показателя числа обращений в связи с заболеваниями на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации – на 0,013 обращения;

- в рамках оказания медицинской помощи в условиях стационара снижение показателя числа случаев госпитализации на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации – на 0,002 случая госпитализации, показателя числа случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС – на 0,002 случая госпитализации.

Рост показателей объема медицинской помощи на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в 2017 году по сравнению с 2016 годом отмечается по следующим видам и условиям оказания медицинской помощи:

- в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по показателю числа обращений в связи с заболеваниями на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС – на 0,001 обращения;

- в рамках оказания медицинской помощи в условиях стационара по показателю числа койко-дней по медицинской реабилитации на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС – на 0,002 койко-дня;

- в рамках паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по показателю числа койко-дней на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации – на 0,002 койко-дня.

4.2. В целях оценки эффективности реализации Территориальных программ на 2017 год проведен анализ достижения целевых значений основных критериев доступности и качества медицинской помощи, установленных Территориальными программами на 2017 год, а также анализ динамики значений вышеуказанных критериев за 2016–2017 годы.

Следует отметить, что в разделе IX «Критерии доступности и качества медицинской помощи» Программы государственных гарантий на 2017 год отсутствуют рекомендуемые числовые значения доступности и качества медицинской помощи, что не позволяет оценить эффективность реализации Программы государственных гарантий на 2017 год и дает право субъектам Российской Федерации устанавливать целевые значения показателей, значительно различающиеся по регионам.

Для оценки достижения критериев и показателей доступности и качества медицинской помощи Минздравом России использован метод балльной оценки, где каждый критерий оценивался в один балл в случае достижения целевого значения или позитивной динамики показателя.

По результатам анализа достижения целевых значений основных критериев доступности и качества медицинской помощи и их динамики, субъекты

Российской Федерации были ранжированы по сумме баллов (данные приведены в приложении № 1 к настоящему отчету. Приложения в Бюллетене не публикуются).

Наиболее высокий рейтинг имеют: Тюменская область, Новосибирская область, г. Москва, Архангельская область, г. Санкт-Петербург и Волгоградская область.

Наиболее низкий рейтинг имеют: Магаданская область, Кабардино-Балкарская Республика, Пермский край, Курская область, Республика Крым, Омская область.

Необходимо отметить недостижение плановых демографических показателей, установленных Территориальными программами на 2017 год:

- в части снижения материнской смертности – 30 субъектов Российской Федерации;
- в части снижения младенческой смертности – 24 субъекта Российской Федерации;
- в части снижения показателя смертности детей в возрасте 0-4 лет – 5 субъектов Российской Федерации: Республика Мордовия, Рязанская область, Камчатский край, Новгородская область, Республика Тыва, Магаданская область;
- в части снижения показателя смертности населения в трудоспособном возрасте – Ненецкий автономный округ.

В сравнении с 2016 годом отмечен рост младенческой смертности в 19 субъектах Российской Федерации, наибольший рост установлен в Республике Адыгея – 45,7 %, Мурманской области – 38,5 %, Новгородской области – 31,8 процента.

4.3. Согласно статье 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Порядок оказания педиатрической помощи утвержден приказом Минздрава России от 16 апреля 2012 года № 366н, который определяет

структуру детской поликлиники, включая отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

В функциях детской поликлиники предусмотрены мероприятия по оказанию медицинской помощи детям в образовательных учреждениях. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях, утвержден приказом Минздрава России от 5 ноября 2013 года № 822н (далее – Порядок).

В соответствии с данным Порядком несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях, гарантируется оказание медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе стандартов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Медицинская организация обеспечивает отделение медицинской помощи обучающимся лекарственными препаратами для медицинского применения.

Согласно Порядку при отсутствии отделения медицинской помощи обучающимся первичная медико-санитарная помощь может оказываться в кабинетах, здравпунктах медицинской организации или иного юридического лица, осуществляющего наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. Помещения, предоставляемые образовательной организацией, должны соответствовать установленным санитарно-эпидемиологическим нормам и правилам и установленным требованиям для осуществления медицинской деятельности (пункт 9 Порядка, часть 3 статьи 41 Федерального закона от 3 августа 2018 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»). В случае непредоставления образовательной организацией помещений с соответствующими условиями для работы медицинских работников или отсутствия у медицинской организации лицензии на определенные работы (услуги) по месту нахождения помещений образовательной организации допускается оказание медицинской помощи несовершеннолетним в период их обучения и воспитания в помещениях медицинской организации (пункт 10 Порядка).

При этом следует отметить, что одной из основных проблем при организации оказания медицинской помощи несовершеннолетним гражданам в общеобразовательных организациях является отсутствие у медицинских организаций лицензий на определенные работы (услуги) по месту нахождения помещений образовательной организации.

Так, в ходе контрольного мероприятия «Проверка использования в 2016–2017 годах средств федерального бюджета, выделенных в рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие образования» на 2013–2020 годы» и федеральной целевой программы «Социально-экономическое развитие Республики Крым и г. Севастополя до 2020 года» на обеспечение деятельности федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Международный детский центр «Артек», установлено, что в помещениях детского лагеря «Кипарисный», расположенного по адресу: 298645, Республика Крым, г. Ялта, пгт Гурзуф, ул. Ленинградская, д. 41, оснащен и оборудован медицинский пункт, в котором фактически ведется прием обучающихся. При этом в нарушение пункта 46 части 1 статьи 12 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» медицинская деятельность в детском лагере «Кипарисный» осуществляется при отсутствии лицензии на осуществление указанной деятельности.

Следует также отметить, что федеральным статистическим наблюдением сбор информации о наличии и оснащенности медицинских кабинетов в каждой общеобразовательной организации, об объеме медицинской помощи, оказанной в указанных кабинетах, не предусмотрен.

4.4. По данным Росстата¹, за 2017 год в целом по Российской Федерации не достигнуты планируемые целевые показатели по заработной плате работников медицинских организаций, установленные Планом мероприятий («дорожной картой») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2599-р, данные приведены в таблице:

¹ http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/

Показатель (индикатор)	Планируемый показатель, %	Фактическое выполнение за 2017 г., %	% невыполнения
Отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации	200	163,3	36,7
Отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации	100	87,5	12,5
Отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации	100	61,9	38,1

Наименьший уровень заработной платы по врачам и работникам медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, к средней по региону в 2017 году отмечается в Республике Татарстан (147,8 %), Республике Саха (Якутия) (147,7 %), Забайкальском крае (151,2 процента).

Наименьший уровень заработной платы по среднему медицинскому персоналу к средней по региону отмечается в Кемеровской области (82,7 %), Омской области (81,8 %), Республике Саха (Якутия) (78,5 %), Забайкальском крае (80,8 процента).

Наименьший уровень заработной платы по младшему медицинскому персоналу к средней по региону отмечается в Красноярском крае (54,8 %), Забайкальском крае (55,6 %), Омской области (56,8 %), Республике Саха (Якутия) (56,1 процента).

Вместе с тем, по данным Росстата, в целом по Российской Федерации отмечается рост заработной платы в 2017 году в сравнении с 2016 годом по врачам и работникам медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, на 11,4 %, по среднему медицинскому персоналу – на 7,4 %, по младшему медицинскому персоналу – на 16,1 процента.

Так, заработная плата в 2017 году в сравнении с 2016 годом по врачам и работникам медицинских организаций, имеющих высшее медицинское

(фармацевтическое) или иное высшее образование, выросла в Московской области на 12124 рубля (19,8 %), в Ленинградской области – на 15255 рублей (31 %), в Чукотском автономном округе – на 33788 рублей (29,1 процента).

Снижение заработной платы по категории «по врачам и работникам медицинских организаций, имеющим высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование» в 2017 году по сравнению с 2016 годом отмечается в Еврейской автономной области. Так, по данным Росстата, снижение средней заработной платы в 2017 году в сравнении с 2016 годом составило 3,3 %, или 2002,0 рубля.

Заработная плата по среднему медицинскому (фармацевтического) персоналу выросла в Московской области на 6064 рубля (16,4 %), в Ульяновской области – на 2552 рубля (13,8 %), в Ямало-Ненецком автономном округе – на 10327 рублей (16,7 процента).

Заработная плата по младшему медицинскому персоналу выросла в Ленинградской области на 8718 рублей (41,1 %), в Ямало-Ненецком автономном округе – на 15326 рублей (42,3 %), в Камчатском крае – на 10907 рублей (32,7 процента).

Вместе с тем отмечаются факты, когда рост показателя средней заработной платы одновременно сопровождается сокращением показателя среднесписочной численности соответствующей категории работников.

Так, в Удмуртской Республике рост средней заработной платы младшего медицинского персонала на 67,7 % за I полугодие 2018 года по сравнению с 2017 годом достигнут при одновременном сокращении среднесписочной численности работников данной категории на 37,3 процента.

4.5. В соответствии с частью 5 статьи 81 Федерального закона № 323-ФЗ Минздрав России ежегодно осуществляет мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и проводит оценку их реализации, а совместно с ФОМС – территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Приказом Минздрава России от 26 июня 2015 года № 370н утверждено Положение об осуществлении мониторинга формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, по результатам которого Минздрав России направляет высшему исполнительному органу

государственной власти субъекта Российской Федерации подготовленное с учетом информации Федерального фонда обязательного медицинского страхования заключение о результатах проведенного мониторинга, которое содержит при наличии замечаний по территориальной программе, включая территориальную программу обязательного медицинского страхования, рекомендации по их устранению.

Минздравом России представлены заключения по результатам указанного мониторинга Территориальных программ на 2017 и 2018 годы, направленные высшим исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации, где проведен анализ соответствия Территориальных программ на 2017 и 2018 годы требованиям Программ государственных гарантий на 2017 и 2018 годы в части:

- структуры территориальной программы;
- сбалансированности территориальных программ по видам, условиям и формам оказания медицинской помощи, источникам их финансового обеспечения;
- нормативов объема медицинской помощи на 1 жителя, включая дифференцированные нормативы объема медицинской помощи с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов;
- нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевых нормативов финансирования медицинской помощи;
- соблюдения требований к определению в территориальной программе порядка и условий предоставления медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме;
- установления критериев доступности и качества медицинской помощи.

По результатам указанного анализа Минздравом России были направлены соответствующие заключения высшим исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

4.6. Порядок осуществления ФОМС контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием

средств обязательного медицинского страхования утвержден приказом ФОМС от 19 декабря 2013 года № 260 (далее – Порядок № 260).

В соответствии с Порядком № 260 в 2017 году ФОМС проведены 107 проверок в 37 субъектах Российской Федерации по вопросам:

- проверки соблюдения законодательства об ОМС и использовании средств ОМС территориальными фондами в 2016–2017 годах – 39 проверок;
- проверки соблюдения законодательства об ОМС и использовании средств ОМС СМО – 42 проверки;
- проверки соблюдения законодательства об ОМС и использовании средств ОМС медицинскими организациями – 5 проверок;
- проверки реализации мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров – 4 проверки;
- проверка использования в 2016 году средств финансового обеспечения ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, в федеральных государственных учреждениях – 1 проверка.

По результатам проведенных ФОМС проверок соблюдения законодательства об ОМС и использовании средств ОМС в 2017 году выявлены следующие нарушения:

- правлением ТФОМС принимались решения, не входящие в его компетенцию в Приморском крае, Вологодской и Ульяновской областях;
- не обеспечено паритетное представительство сторон в комиссии по разработке территориальной программы ОМС г. Москвы, Саратовской области, в г. Байконуре;
- в 8 субъектах Российской Федерации: Республике Карелия, Республике Крым, в Амурской, Брянской, Владимирской, Кировской, Курской и Саратовской областях, комиссиями по разработке территориальной программы ОМС принимались решения по вопросам, не входящим в их компетенцию;
- тарифные соглашения не соответствовали установленным требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения в г. Москве, Волгоградской, Вологодской, Курской, Рязанской, Саратовской и Смоленской областях;
- комиссией по разработке территориальной программы ОМС устанавливались индивидуальные тарифы на оплату медицинской помощи по отдельным медицинским организациям в Вологодской и Саратовской областях;

- территориальная программа ОМС не сбалансирована по объемам медицинской помощи и финансовым затратам на ее оказание в Забайкальском крае, Брянской, Ивановской и Саратовской областях;
- нормированный страховой запас ТФОМС превышал размер, установленный законом о бюджете ТФОМС, в Еврейской автономной области, Чукотском автономном округе, Саратовской и Ивановской областях;
- ТФОМС не выполнялись установленные нормативы повторных медико-экономических экспертиз и (или) экспертиз качества медицинской помощи – в 8 субъектах Российской Федерации: Республике Карелия, Еврейской автономной области, Забайкальском крае, г. Москве, Брянской, Ивановской, Курской и Рязанской областях;
- целевой показатель обеспеченности экспертами качества медицинской помощи установлен ниже рекомендованного в Республике Татарстан, г. Москве, г. Санкт-Петербурге, Ростовской и Владимирской областях;
- для проведения экспертиз привлекались специалисты, не соответствующие установленным требованиям, в Республике Дагестан, Забайкальском крае, Пермском крае, Владимирской, Самарской и Челябинской областях;
- нарушался регламент взаимодействия участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в Вологодской, Ивановской, Кировской, Курской, Ростовской и Рязанской областях;
- ТФОМС не соблюдалась установленная периодичность проверок медицинских организаций в Республике Карелия, Забайкальском крае, Ивановской, Кировской и Смоленской областях;
- ТФОМС формально проверялись разделы деятельности СМО по вопросам организации ОМС, экспертной деятельности и защиты прав застрахованных лиц в Республике Бурятия, Еврейской автономной области и Ивановской области.

По результатам проведенных ФОМС проверок соблюдения законодательства об ОМС и использовании средств ОМС страховыми медицинскими организациями выявлены следующие нарушения:

- невыполнение установленных нормативов объемов экспертиз в 15 субъектах Российской Федерации: Республика Татарстан, Республика Хакасия, Забайкальский край, г. Байконур, Еврейская автономная область,

Чукотский автономный округ, Амурская, Брянская, Владимирская, Волгоградская, Ивановская, Кировская, Ростовская, Рязанская и Челябинская области;

- оплата счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, числящимся умершими на даты оказания медицинской помощи, в 9 субъектах Российской Федерации: Хабаровский край, г. Москва, Еврейская автономная область, Владимирская, Кировская, Московская, Самарская, Свердловская и Челябинская области.

По результатам проведенных проверок соблюдения законодательства об ОМС и использовании средств ОМС медицинскими организациями выявлено использование средств ОМС на оплату работ по проведению капитального ремонта в Республике Дагестан, Вологодской, Ивановской, Саратовской, Ульяновской областях.

По результатам проведенных ФОМС проверок осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в субъектах Российской Федерации выявлены следующие нарушения:

- не соблюдался установленный срок единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам в Забайкальском крае, Еврейской автономной области, Амурской, Волгоградской, Курской и Ульяновской областях;
- не соблюдался установленный срок перечисления в бюджет ТФОМС средств от возврата медицинскими работниками части единовременной компенсационной выплаты в случае прекращения трудового договора с учреждением в Республике Карелия и Республике Крым.

По результатам проведенных ФОМС проверок реализации мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров выявлены:

- нарушения Федерального закона от 5 апреля 2013 года № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» в Республике Татарстан, Краснодарском, Красноярском и Ставропольском краях;
- нарушение договорных обязательств по государственным контрактам в Краснодарском крае.

Проведенной ФОМС проверкой использования средств финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС в ФГБУ «Российский научный центр рентгенрадиологии»

Минздрава России, были выявлены единичные случаи оплаты пациентам медицинских услуг в период их госпитализации.

По результатам проведенных ФОМС проверок по фактам выявленных нарушений было направлено 67 писем, в том числе: в правоохранительные органы – 10 писем, руководителям субъектов Российской Федерации – 30 писем, директорам ТФОМС – 26 писем, в Минздрав России – 1 письмо.

4.7. В соответствии с частью 8 статьи 33 Федерального закона № 326-ФЗ ФОМС определяет общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС.

Приказом ФОМС от 7 апреля 2011 года № 79 утверждены общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС, которые устанавливают единые требования и правила информационного взаимодействия, применяемые участниками и субъектами обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации (далее – Общие принципы построения и функционирования информационных систем).

Согласно Общим принципам построения и функционирования информационных систем структура информационных систем в сфере ОМС представлена информационной системой ФОМС и региональной информационной системой ОМС. Участниками информационного взаимодействия являются: ФОМС, ТФОМС, страховые медицинские организации, медицинские организации.

Приказами ФОМС от 24 декабря 2015 года № 271 «О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – приказ ФОМС № 271) и от 11 мая 2016 года № 88 «Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» (далее – приказ ФОМС № 88) были утверждены регламент работы контакт-центра, регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования.

В 2017 году по итогам проверок, проведенных ФОМС в субъектах Российской Федерации, выявлено нарушение регламента взаимодействия участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц на

всех этапах оказания им медицинской помощи в Вологодской, Ивановской, Кировской, Курской, Ростовской и Рязанской областях.

Приказом ФОМС от 25 июня 2018 года № 121 приказы ФОМС № 271 и № 88 были отменены.

Таким образом, контакт-центры были созданы и осуществляли свою деятельность на основании приказов ФОМС, которые впоследствии были отменены.

В целом количество устных обращений, поступивших и рассмотренных ТФОМС и СМО, за 2017 год составило 4328599.

В отдельных субъектах Российской Федерации количество обращений в ТФОМС и СМО в 2017 году было низким: в г. Байконуре – 225 устных обращений в год, Чукотском автономном округе – 326 устных обращений в год, Ненецком автономном округе – 373 устных обращения в год.

До настоящего времени нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность контакт-центров, не утверждена.

4.8. Приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230 утвержден порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, согласно которому ТФОМС и СМО проводят контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

В соответствии с пунктом 3 вышеуказанного порядка к контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, реализовываемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Данные об организации и результатах проведенных мероприятий по контролю качества объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях представлены по отчетным формам № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденным приказом ФОМС от 16 августа 2011 года № 145.

В 2017 году в Российской Федерации СМО проведен медико-экономический контроль 802237,4 тыс. счетов, предъявленных медицинскими организациями к оплате за оказанную медицинскую помощь по территориальным программам ОМС, выявлено 21128411 нарушений.

При проведении медико-экономической экспертизы рассмотрено 2002972 страховых случая, по результатам выявлено 153415 нарушений.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи рассмотрен 12139341 страховой случай, по результатам выявлено 3393319 нарушений.

При проведении 2146446 реэкспертиз ТФОМС было выявлено 35390 экспертных случаев с нарушениями, не выявленными СМО при проведении первичной экспертизы качества медицинской помощи.

В то же время, как было установлено в ходе проведенного Счетной палатой Российской Федерации в 2016 году экспертно-аналитического мероприятия по оценке эффективности деятельности страховых медицинских организаций как участников обязательного медицинского страхования, СМО не выполняют в полной мере свои полномочия по защите прав застрахованных лиц и осуществляют ее только на основании личного обращения граждан.

Страховые медицинские организации:

- не проводят текущий контроль за оказанием медицинской помощи застрахованным лицам непосредственно в медицинской организации в целях предупреждения нарушений прав застрахованных лиц, соблюдения объема обследования и лечения;
- не оценивают условия пребывания пациентов в медицинских организациях, не оценивают риски взимания платы за медицинские услуги, включенные в программу ОМС;
- не информируют ТФОМС о выявленных в ходе проверок нарушениях при оказании медицинской помощи;
- не оценивают материально-технические возможности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи определенного профиля.

Были выявлены проблемы в информировании СМО застрахованных лиц об их правах, условиях предоставления им медицинской помощи и о выявленных нарушениях при ее оказании.

По результатам проведенного в 2016 году экспертно-аналитического мероприятия в Минздрав России, ФОМС и Правительство Российской Федерации направлены информационные письма. Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец Минздраву России совместно с ФОМС было дано поручение о проработке предложений Счетной палаты Российской Федерации.

По результатам исполнения указанного поручения ФОМС были утверждены новая форма отчета об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (приказ ФОМС от 9 апреля 2018 года № 68) и методика расчета показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций (приказ ФОМС от 17 июля 2017 года № 173), внесены изменения в порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (приказ ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230).

Минздравом России приказом от 11 января 2017 года № 2н были внесены изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н, в части совершенствования деятельности страховых представителей.

Выводы

1. На момент проведения экспертно-аналитического мероприятия отсутствуют стандарты медицинской помощи по ряду распространенных заболеваний, по которым медицинская помощь оказывалась бесплатно в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, и на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденных постановлениями Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 года № 1403 и от 8 декабря 2017 года № 1492, соответственно.

2. Территориальные программы на 2017 и 2018 годы приняты позже сроков, рекомендованных пунктами 3 постановлений Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 года № 1403 (30 декабря 2016 года) и от 8 декабря 2017 года № 1492 (30 декабря 2017 года):

- на 2017 год – 10 субъектами Российской Федерации (Белгородская, Брянская, Тверская, Вологодская, Новгородская, Амурская области, Еврейская автономная область, республики Карелия, Калмыкия и Ингушетия);
- на 2018 год – 4 субъектами Российской Федерации (Тверская, Новгородская области, г. Севастополь, Республика Ингушетия).

3. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2018 год, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 октября 2017 года № 2323-р, включает 699 наименований лекарственных препаратов, из них при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях может быть использовано 486 наименований.

В ходе экспертно-аналитического мероприятия было установлено, что утвержденные Территориальными программами на 2018 год перечни лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50 % скидкой, содержат разное количество наименований лекарственных препаратов.

Так, Перечень лекарственных препаратов к Территориальной программе Архангельской области на 2018 год содержит 171 наименование, Самарской области – 174 наименования, Омской области – 238 наименований, Тверской – 263 наименования, Владимирской области – 703 наименования, Республики Саха (Якутия) – 716 наименований лекарственных препаратов.

4. Выборочный анализ плановых и утвержденных показателей Территориальных программ на 2017 и 2018 годы по источникам их финансового обеспечения показал, что органами исполнительной власти отдельных субъектов Российской Федерации стоимость программ за счет бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации была рассчитана без учета разъяснений Минздрава России (письма Минздрава России от 23 декабря 2016 года № 11-7/10-2-8304 и от 13 декабря 2017 года № 11-7/10-2-8616), что привело к занижению стоимости (дефициту) Территориальных программ и рискам невыполнения объемов медицинской помощи (в республиках

Ингушетия, Дагестан, Адыгея, в Удмуртской, Чеченской республиках, Орловской и Ивановской областях и других субъектах Российской Федерации).

5. По итогам реализации Территориальных программ на 2017 год отмечаются значительные объем и рост кредиторской задолженности медицинских организаций.

Так, по г. Москве кредиторская задолженность медицинских организаций по состоянию на 1 января 2018 года увеличилась на 62,5 %, до 40415,0 млн. рублей по сравнению с показателем на 1 января 2017 года (24876,5 млн. рублей).

В Ульяновской области кредиторская задолженность медицинских организаций за счет средств ОМС по состоянию на 1 января 2018 года составила 1871,3 млн. рублей, что в 2,5 раза выше уровня на 1 января 2017 года (754,8 млн. рублей). Просроченная кредиторская задолженность в 2017 году выросла в 6,4 раза и составила 1050,6 млн. рублей.

В Ленинградской области кредиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года составила 1562,8 млн. рублей, что на 20,4 % выше уровня на 1 января 2017 года (1297,7 млн. рублей).

В Кировской области кредиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года составила 1469,6 млн. рублей, что в 1,5 раза выше уровня на 1 января 2017 года (979,4 млн. рублей).

В Удмуртской Республике кредиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года (1621,3 млн. рублей) увеличилась на 8,2 % по сравнению с показателем на 1 января 2017 года (1497,8 млн. рублей).

В Костромской области кредиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года по сравнению с 1 января 2017 года увеличилась на 16,6 %, с 1128,7 млн. рублей до 1316,6 млн. рублей, в том числе просроченная задолженность – на 33,2 %, с 372,1 млн. рублей до 495,6 млн. рублей.

В Республике Марий Эл кредиторская задолженность учреждений здравоохранения по всем источникам финансирования на 1 января 2018 года составила 1022,2 млн. рублей, в том числе просроченная задолженность – 220,2 млн. рублей и увеличилась по отношению к 1 января 2017 года на 196,9 млн. рублей.

Анализ данных субъектов Российской Федерации показал, что основные причины образования кредиторской задолженности следующие:

- недофинансирование Территориальных программ за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации;
- низкие тарифы ОМС, которые не покрывают реальных затрат на оказание медицинской помощи;
- невыполнение объемов медицинской помощи;
- применение штрафных санкций страховыми медицинскими организациями по результатам экспертизы качества медицинской помощи;
- увеличение доли расходов на заработную плату в целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»;
- несоблюдение структуры расходования средств медицинских организаций, работающих в системе ОМС, в том числе в части превышения расходов на заработную плату;
- рост цен на медикаменты и расходные материалы, продукты питания, горюче-смазочные материалы, увеличение тарифов на энергоресурсы.

6. По итогам реализации Территориальных программ на 2017 год по ряду субъектов Российской Федерации отмечаются значительные объем и рост дебиторской задолженности медицинских организаций.

В г. Москве дебиторская задолженность учреждений здравоохранения по состоянию на 1 января 2018 года составила 9101,6 млн. рублей и увеличилась на 0,6 % по сравнению с показателем на 1 января 2017 года (9050,9 млн. рублей).

В Ленинградской области дебиторская задолженность учреждений здравоохранения по состоянию на 1 января 2018 года составила 2683,1 млн. рублей и увеличилась в 4,5 раза по сравнению с уровнем задолженности на 1 января 2017 года (598,0 млн. рублей).

В Удмуртской Республике дебиторская задолженность учреждений здравоохранения по состоянию на 1 января 2018 года составила 1184,7 млн. рублей, что в 3,4 раза выше уровня на 1 января 2017 года (344,8 млн. рублей).

В Костромской области дебиторская задолженность по состоянию на 1 января 2018 года по сравнению с 1 января 2017 года увеличилась в 3,2 раза,

с 238,8 млн. рублей до 757,3 млн. рублей, в том числе просроченная задолженность – на 68,6 % (с 23,4 млн. рублей до 39,4 млн. рублей).

Кроме того, в Республике Дагестан на 1 сентября 2018 года сумма дебиторской задолженности, сформированная за счет средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, составляли 1844137,0 тыс. рублей, основную долю в которой составляют средства, израсходованные на капитальное строительство перинатального центра в г. Махачкале. Строительство перинатального центра завершено, объект сдан в эксплуатацию. Недвижимое имущество не принято к учету ввиду некорректного оформления приема-сдаточного акта.

7. При анализе тарифной политики, реализуемой субъектами Российской Федерации, установлены значительные различия в размере тарифов на оплату медицинской помощи между субъектами Российской Федерации, что в первую очередь связано с различными подходами к расчету стоимости законченного случая лечения.

Так, при определении стоимости тарифа на законченный случай лечения в условиях круглосуточного стационара, субъекты Российской Федерации устанавливают базовую ставку, которая по регионам значительно различается. Например, базовая ставка на 2017 год в Пензенской области составляет 17,8 тыс. рублей, в Тамбовской области – 20,1 тыс. рублей, в Липецкой области – 19,3 тыс. рублей.

Следует отметить существенную разницу базовой ставки по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, как в 2017 году (в Пензенской области – 8,3 тыс. рублей, в Липецкой области – 10,4 тыс. рублей, в Тамбовской области – 4,3 тыс. рублей в 2017 году), так и в 2018 году (в Пензенской области – 11,9 тыс. рублей, в Липецкой области – 12,6 тыс. рублей, в Тамбовской области – 4,7 тыс. рублей).

8. Необходимо отметить недостижение плановых демографических показателей, установленных Территориальными программами на 2017 год:

- в части снижения материнской смертности – 30 субъектов Российской Федерации;
- в части снижения младенческой смертности – 24 субъекта Российской Федерации;
- в части снижения показателя смертности детей в возрасте 0-4 лет – 5 субъектов Российской Федерации: Республика Мордовия, Рязанская

область, Камчатский край, Новгородская область, Республика Тыва, Магаданская область;

- в части снижения показателя смертности населения в трудоспособном возрасте – Ненецкий автономный округ.

В сравнении с 2016 годом отмечен рост в 2017 году младенческой смертности в 19 субъектах Российской Федерации, наибольший рост установлен в Республике Адыгея (45,7 %), Мурманской области (38,5 %), Новгородской области (31,8 процента).

9. По данным Росстата, в целом по Российской Федерации за 2017 год не достигнуты планируемые целевые показатели по заработной плате работников медицинских организаций, установленные Планом мероприятий («дорожной картой») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2599-р.

Так, наименьший уровень заработной платы отмечается:

- по врачам и работникам медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, к средней заработной плате по региону в 2017 году в Республике Татарстан (147,8 %), Республике Саха (Якутия) (147,7 %), Забайкальском крае (151,2 %);
- по среднему медицинскому персоналу к средней заработной плате по региону в Кемеровской области (82,7 %), Омской области (81,8 %), Республике Саха (Якутия) (78,5 %), Забайкальском крае (80,8 %);
- по младшему медицинскому персоналу к средней заработной плате по региону в Красноярском крае (54,8 %), Забайкальском крае (55,6 %), Омской области (56,8 %), Республике Саха (Якутия) (56,1 процента).

По данным Росстата, в целом по Российской Федерации отмечается рост заработной платы в 2017 году в сравнении с 2016 годом по врачам и работникам медицинских организаций, имеющим высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, на 11,4 %, по среднему медицинскому персоналу – на 7,4 %, по младшему медицинскому персоналу – на 16,1 %. Заработная плата в 2017 году в сравнении с 2016 годом по врачам и работникам медицинских организаций, имеющим высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, выросла в Московской

области на 12124 рубля (19,8 %), в Ленинградской области – на 15255 рублей (31,0 %), в Чукотском автономном округе – на 33788 рублей (29,1 процента).

Снижение заработной платы по категории «врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование» в 2017 году по сравнению с 2016 годом отмечается в Еврейской автономной области. Так, по данным Росстата, снижение средней заработной платы в 2017 году в сравнении с 2016 годом составило 3,3 %, или 2002,0 рубля.

Вместе с тем отмечаются факты, когда рост показателя средней заработной платы одновременно сопровождается сокращением показателя среднесписочной численности соответствующей категории работников.

Так, в Удмуртской Республике рост средней заработной платы младшего медицинского персонала на 67,7 % за I полугодие 2018 года по сравнению с 2017 годом достигнут при одновременном сокращении среднесписочной численности работников данной категории на 37,3 процента.

Предложения

1. Направить информационные письма в Правительство Российской Федерации, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (с учетом результатов контрольных мероприятий «Анализ формирования и исполнения в 2017–2018 годах территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» в 23 субъектах Российской Федерации по пунктам 2.6.0.10–2.6.0.32 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2018 год).

2. Направить информацию об основных итогах и отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия в Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации и Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации.