



2025

Отчет

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

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

Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 12 декабря 2024 года



Ключевые итоги экспертно-аналитического мероприятия

Основная цель (основные цели) мероприятия

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

Ключевые результаты мероприятия

Средства ОМС являются основным источником финансирования расходов медицинских организаций на оказание медицинской помощи и составляют 54,9 % от всех бюджетных расходов на здравоохранение.

За 2021–2023 годы в медицинские организации, участвующие в ОМС, за оказанную медицинскую помощь было направлено 7 897,3 млрд рублей, в том числе 4 535,7 млрд рублей (57 %) – на оказание медицинской помощи в условиях стационара, 2 630,2 млрд рублей (33 %) – на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях и 468,1 млрд рублей (6 %) – на скорую медицинскую помощь.

Законом об обязательном медицинском страховании определены статьи, по которым может осуществляться расходование средств ОМС. Основными статьями, на которые приходится более 90 % всех расходов, являются оплата труда (66,5 %), приобретение медикаментов и перевязочных средств (14,9 %), оплата работ и услуг (9,3 %).

Объем расходов на оплату труда во многом зависит от эффективности процессов, выстроенных внутри медицинской организации, а также от наличия функциональных возможностей медицинских информационных систем.

Так, анализ экспертных оценок, представленных отдельными региональными органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья, показал значительный разброс времени, затрачиваемом врачами на выполнение немедицинских функций¹, – от 2 до 50 % в зависимости от региона (при среднем значении 18,4 %). В предположении, что в среднем врачи тратят на выполнение немедицинских функций 18,4 % рабочего времени, тогда в целом по Российской Федерации

1. Таких как, сбор и анализ статистических данных, составление отчетов, маршрутизация пациентов и т. д.

стоимость указанного рабочего времени врачей оценивается в 179 045 млн рублей средств ОМС.

Вместе с тем отмечаются положительные практики по сокращению времени врачей на выполнение немедицинских функций, которые позволяют увеличить время на работу с пациентом, что, в свою очередь, приводит к повышению качества и доступности медицинской помощи.

Анализ показал, что при наличии недостаточного количества среднего медицинского персонала (далее также – СМП) в Российской Федерации сохраняется практика привлечения СМП на работы, не связанные с оказанием медицинской помощи, например, в регистратуре или архиве медицинской организации. Количество СМП, занятого на таких работах, составляет 17 тысяч человек.

Положительный опыт отдельных частных медицинских организаций показывает целесообразность передачи этих функций немедицинскому персоналу в государственных медицинских организациях, средняя заработная плата (далее также – СЗП) которого может быть установлена ниже средней заработной платы СМП.

В 5,6 % исследуемых медицинских организаций фонд оплаты труда (далее также – ФОТ) административно-управленческого персонала (далее также – АУП) и прочего персонала в общем ФОТ медицинских организаций превышает долю 40 %, предусмотренную Едиными рекомендациями по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений, ежегодно разрабатываемыми трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений. Потенциальная экономия за счет сокращения ФОТ АУП и прочего персонала до 40 % от общего ФОТ медицинских организаций² составит 318,7 млн рублей, или 0,1 % от общего объема расходов на ФОТ исследуемых медицинских организаций ежегодно.

Проведенным анализом выявлены значительные отличия в установлении систем оплаты труда между субъектами Российской Федерации, кроме того, установлены значительные отличия в системах оплаты труда медицинских организаций внутри одного субъекта Российской Федерации. При этом, как правило, отсутствует четкая зависимость между размером надбавок и результатами труда работников.

Кроме того, большинство регионов не устанавливает целевые значения показателей результативности для медицинских организаций, что снижает мотивацию для повышения качества и доступности медицинской помощи.

В рамках мероприятия установлены факты приобретения за счет средств ОМС дорогостоящего медицинского оборудования в операционную аренду, как правило, на срок, не превышающий 36 месяцев, при этом по истечении срока аренды в ряде случаев (более 30 % от анализируемых контрактов по аренде) арендуемое медицинское оборудование передавалось по договору пожертвования в собственность медицинской организации.

2. С учетом пропорциональной оптимизации ФОТ АУП и прочего персонала.

Кроме того, в анализируемом периоде отдельными медицинскими организациями (41,2 % от исследуемых федеральных медицинских организаций) доходы, полученные от платной деятельности при оказании медицинских услуг на дорогостоящем медицинском оборудовании, в незначительном объеме использовались с целью покрытия расходов на ремонт и сервисное обслуживание указанного оборудования.

В случае пропорционального отнесения затрат на сервисное обслуживание и ремонт оборудования по источникам финансирования (платная деятельность и средства ОМС) потенциальная экономия средств ОМС могла бы составить 17,8 % от общих расходов средств ОМС на указанные цели.

Отмечается наличие фактов списания лекарственных препаратов, закупленных за счет средств ОМС и списанных по истечении срока годности. Так, в 2023 году было списано лекарственных препаратов на общую сумму 12 387,4 млн рублей. Результаты проверок, проведенных контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации (далее также – КСО), свидетельствуют, что одной из причин списания лекарственных препаратов являются недостатки планирования при их приобретении и использовании.

При этом анализ лучших практик по использованию нефинансовых активов показал, что повышение качества планирования, учета и оборота лекарственных препаратов возможно при внедрении систем учета и планирования приобретения лекарственных препаратов в медицинских организациях, за счет чего потери финансовых ресурсов, связанные со списанием препаратов и вызванные недостатками планирования, практически отсутствуют.

Расходы на организацию питания пациентов составляют 3,6 % от расходов медицинских организаций на стационарную помощь по ОМС и включают затраты на закупку услуг по организации питания, закупку продуктов питания и содержание пищеблока.

Ввиду объективных региональных особенностей в части удаленности, транспортной доступности и количества прикрепленного населения, а также выбранной модели организации питания (с задействованием пищеблока и без него) средняя стоимость одного койко-дня питания варьируется от 89,2 рубля в Республике Калмыкия до 1 583,4 рубля в Ненецком автономном округе.

Анализ показателя отношения площади зданий к количеству прикрепленных застрахованных лиц позволил установить существенные различия данного показателя в разрезе типов медицинских организаций. Так, в ГАУ РС(Я) «Якутская городская больница № 3» (Республика Саха (Якутия) на одно прикрепленное лицо приходилось 0,02 кв. м, а в ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница имени Е.Е. Волосевич» (Архангельская область) – 3,72 кв. м.

При этом КСО отмечают проблемы, связанные с наличием неиспользуемых площадей зданий.

Наиболее значимые выводы

Расходование средств ОМС имеет потенциал для повышения эффективности их использования за счет увеличения результативности и экономности.

Результативность и экономность использования средств ОМС может быть увеличена за счет повышения эффективности процессов основной деятельности медицинских организаций, заключающихся в высвобождении медицинских работников от выполнения немедицинских функций.

Развитие функционала медицинских информационных систем может способствовать сокращению времени медицинских работников на выполнение своих функций.

Расходы медицинских организаций за счет средств ОМС могут быть оптимизированы посредством исключения затрат на дорогостоящую операционную аренду оборудования.

Полный текст выводов приводится в соответствующем разделе отчета.

Наиболее значимые предложения (рекомендации)

С учетом результатов параллельного экспертно-аналитического мероприятия Счетная палата Российской Федерации (далее – ЭАМ, Счетная палата) полагает целесообразным предложить:

- Минздраву России внести изменения в приказ № 108н³ в части введения ограничений по размеру операционной аренды оборудования на одну единицу оборудования;
- органам субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья при проведении проверок медицинских организаций включать следующие вопросы:
- обоснованности объема закупаемых лекарственных препаратов с учетом реальной потребности медицинской организации и сроков годности лекарственных препаратов;
- об установлении предельной доли расходов на оплату труда АУП с учетом Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений, ежегодно разрабатываемых трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений.

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

3. Приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – приказ № 108н).

1. Основание для проведения экспертно-аналитического мероприятия

Пункт 2.2.18.1 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2024 год.

2. Предмет экспертно-аналитического мероприятия

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

3. Цели экспертно-аналитического мероприятия

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

Критерии аудита:

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

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

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

Критерии аудита:

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

4. Объект (объекты) экспертно-аналитического мероприятия

- Медицинские организации, участвующие в ОМС.
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее также – ФОМС).
- Министерство здравоохранения Российской Федерации.

5. Исследуемый период

2021–2023 годы, при необходимости иные периоды.

6. Сроки проведения экспертно-аналитического мероприятия

С 19 июля 2023 года по 12 декабря 2024 года.

7. Результаты экспертно-аналитического мероприятия

Анализ формы статистического наблюдения 14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями»⁴ (далее – форма 14-Ф), являющейся статистическим инструментарием для организации Минздравом России федерального статистического наблюдения в сфере ОМС, показал следующее.

Число медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ ОМС, по состоянию на 1 января 2024 года составило 8 836 единиц.

Данные о количестве медицинских организаций за период с 2021 по 2023 год отражены в таблице 1.

Таблица 1. Данные о количестве медицинских организаций за период с 2021 по 2023 г.

Наименование показателя	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Медицинские организации, юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность в сфере ОМС, всего, ед.	9 200	8 907	8 836
в том числе:			
1) государственной системы здравоохранения, подведомственные:	5 611	5 570	5 484
федеральным органам исполнительной власти	516	474	465
исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации	5 095	5 096	5 019
2) муниципальной системы здравоохранения	139	6	6
3) частной системы здравоохранения	3 450	3 331	3 346
Доля медицинских организаций государственной системы здравоохранения (от общего числа медорганизаций), %	61,0	62,5	62,1
Доля медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения (от общего числа медорганизаций), %	1,5	0,1	0,1
Доля медицинских организаций частной системы здравоохранения (от общего числа медорганизаций), %	37,5	37,4	37,8

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

Общий объем поступлений средств ОМС в медицинские организации за анализируемый период (2021–2023 годы) составил 7 966 621 807,3 тыс. рублей.

Общий объем расходования средств ОМС за период с 2021 по 2023 год составил 7 897 256 998,0 тыс. рублей.

Структура расходования средств по отчетным периодам отражена таблице 2.

Таблица 2. Структура расходования средств ОМС за период с 2021 по 2023 г.

Наименование показателя	2021 г.		2022 г.		2023 г.	
	Израсходовано, тыс. руб.	Доля от общей суммы расходов, %	Израсходовано, тыс. руб.	Доля от общей суммы расходов, %	Израсходовано, тыс. руб.	Доля от общей суммы расходов, %
Израсходовано средств за отчетный период, всего	2 542 613 001,1		2 577 939 223,3		2 776 704 773,6	
в том числе:						
оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	1 594 065 473,1	62,7	1 656 678 311,4	64,3	1 845 390 239,0	66,5
оплата работ, услуг	230 826 092,3	9,1	236 831 553,5	9,2	259 584 638,6	9,3
социальное обеспечение	4 379 971,3	0,2	5 554 854,9	0,2	4 807 247,3	0,2
прочие расходы*	15 901 950,3	0,6	18 474 258,4	0,7	16 849 357,1	0,6
расходы, направленные на увеличение нефинансовых активов**,	697 439 514,1	27,4	660 400 245,1	25,6	650 073 291,6	23,4
из них:						
расходы на увеличение стоимости медицинского оборудования	11 977 760,8	0,5	18 593 544,0	0,7	19 045 082,0	0,7
расходы на увеличение стоимости медикаментов и перевязочных средств	461 899 174,7	18,2	415 977 277,1	16,1	414 681 227,2	14,9

* Услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги, арендная плата за пользование имуществом, работы и услуги по содержанию имущества, прочие работы, услуги.

** Увеличение стоимости медицинского оборудования, медицинского инструментария, прочих основных средств; увеличение стоимости нематериальных активов, увеличение стоимости материальных запасов (медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, продуктов питания, реактивов и химикатов, стекла и хим. посуды, горюче-смазочных материалов, мягкого инвентаря, прочих материальных запасов).

Анализ представленных данных показал, что в целом расходование средств ОМС в 2023 году выросло (по сравнению с 2022 годом) на 7,7 %.

Доля затрат по статьям экономической классификации в общем объеме расходования средств ОМС в целом существенно не изменилась.

При этом в разрезе субъектов Российской Федерации диапазон значений долей расходов значительно дифференцирован, что обусловлено различием в географическом и социально-экономическом положении между регионами.

В рамках ЭАМ проведен анализ финансово-хозяйственной деятельности 927 медицинских организаций⁵ в 80 субъектах Российской Федерации и 17 федеральных медицинских организаций, подведомственных Минздраву России и ФМБА России, на финансовое обеспечение которых ежегодно направляется 834 269 904,3 тыс. рублей, или 31,3 % от общего размера субвенций бюджетам территориальных фондов ОМС из бюджета ФОМС (далее также – субвенция).

Отбор медицинских организаций (от двух до шести региональных медицинских организаций) в качестве объектов исследования осуществлялся по следующим принципам:

По уровням оказания медицинской помощи:

- первый уровень (первичная медико-санитарная помощь, паллиативная, специализированная (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи (далее также – ВМП) на территории муниципального образования);
- второй уровень (преимущественно специализированная (за исключением ВМП) медицинская помощь, оказываемая населению нескольких муниципальных образований);
- третий уровень (медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие ВМП).

По типам медицинских организаций:

- больница (в том числе детская);
- диспансер;
- поликлиника (в том числе детская);
- станция скорой медицинской помощи.

По критериям:

- по объему средств ОМС, доведенному до медицинской организации в исследуемом периоде (2021–2023 годы) (осуществлялся отбор медицинских организаций, финансирование которых составляет: 50, 30 и менее 10 % от общего финансирования медицинских организаций в субъекте Российской Федерации);

5. Количество исследуемых медицинских организаций по отдельным вопросам ЭАМ может различаться в связи с отсутствием соответствующих данных по отдельным медицинским организациям.

- по объему дополнительных средств, выделенных медицинской организации за счет средств регионального бюджета, а также за счет средств ОМС, по решениям комиссии по разработке территориальных программ ОМС;
- по доле (соотношению) зарплаты врачей и СМП к среднему значению в регионе по итогам 2021–2023 годов (достижение установленных показателей);
- по доле просроченной кредиторской задолженности по состоянию на 1 января 2022 года и на 1 января 2023 года (при наличии).

По результатам экспертной оценки, проведенной на основании указанных принципов, произведен отбор медицинских организаций, имеющих как лучшие, так и худшие оценки по значениям критериев, для детального анализа в качестве объектов исследования.

Кроме того, в целях оценки опыта частных медицинских организаций по расходованию средств ОМС в рамках ЭАМ осуществлен выезд в три частные медицинские организации: акционерное общество Группа компаний «Медси» (г. Москва) (далее – АО «Медси»), акционерное общество «Медицинский центр «Философия красоты и здоровья» (Пермский край, г. Пермь), общество с ограниченной ответственностью «Полимедика Челябинск» (Челябинская область, г. Челябинск) (далее – ООО «Полимедика Челябинск»).

По результатам проведения исследования на указанных объектах подготовлены заключения⁶.

В проведении ЭАМ принимали участие 20 КСО в следующих субъектах Российской Федерации: Омская область, г. Санкт-Петербург, Забайкальский край, Магаданская область, Хабаровский край, Республика Алтай, Республика Калмыкия, Чеченская Республика, Воронежская область, Липецкая область, Челябинская область, Республика Коми, Калининградская область, Республика Карелия, Ульяновская область, Чувашская Республика, Пензенская область, Ярославская область, Кабардино-Балкарская Республика, Кемеровская область – Кузбасс.

Основные результаты КСО, полученные по итогам проведения ЭАМ, нашли свое отражение в настоящем отчете.

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

6. Приложение № 25 «Заключения по результатам обследования».

7.1. Оценка результатов деятельности медицинских организаций

В рамках исследования использовались несколько основных параметров для определения результативности деятельности медицинских организаций:

- выполнение плановых объемов медицинской помощи;
- достижение показателей результативности деятельности, относящихся к конкретному типу медицинских организаций.

7.1.1. Согласно форме статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению»⁷ в целом по Российской Федерации исполнение объемов медицинской помощи за 2023 год составило: по амбулаторной помощи – 104,6 %, по специализированной медицинской помощи – 99,1 %, по скорой медицинской помощи – 86,1 %.

В ходе ЭАМ проведены исследования 529 медицинских организаций субъектов Российской Федерации и 17 федеральных медицинских организаций, подведомственных Минздраву России и ФМБА России (далее также – ФГУ), по выполнению плановых объемов медицинской помощи, по итогам которых установлено следующее⁸.

В целом по исследуемым региональным медицинским организациям выполнение объемов медицинской помощи составило: по амбулаторной помощи – 97,4 %, по специализированной медицинской помощи – 88,9 %, по скорой медицинской помощи – 85,4 %.

Вместе с тем в разрезе видов медицинских организаций и видов оказываемой медицинской помощи имеется существенная дифференциация по выполнению плановых показателей.

Так, выполнение объемов амбулаторной помощи по видам медицинских организаций составило:

- по больницам (городским, областным, республиканским, краевым) – 91,9 %, в том числе: более 95 % – в 68 больницах, от 84,9 до 93,5 % – в 17 больницах, от 68,7 до 79,6 % – в 10 больницах;
- по центральным районным больницам (далее также – ЦРБ) – 95,8 %, в том числе: более 95 % – в 124 больницах, от 80,4 до 94,98 % – в 95 больницах, от 40,1 до 79,8 % – в 53 больницах;

-
7. Утверждена приказом Росстата от 26 декабря 2022 г. № 979 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (утратил силу 7 октября 2024 года).
8. Приложение 1 «Плановые и фактические объемы медицинской помощи по медицинским организациям субъектов Российской Федерации за 2023 год».

- по поликлиникам (далее также – АПП) – 98,9 %, в том числе: более 95 % – в 41 поликлинике, от 80,8 до 94,9 % – в 21 поликлинике, от 42,9 до 79 % – в 6 поликлиниках;
- по онкологическим диспансерам – 104 %, в том числе: более 95 % – в 25 диспансерах, 84 и 90,6 % – в 2 диспансерах, 64,7 и 77,9 % – в 2 диспансерах;
- по станциям скорой медицинской помощи – 72,4 %, в том числе: более 95 % – в ГБУЗ Республики Коми «ВБСМП», 94,7 % – в ГБУЗ Воронежской области «ГКБ СМП», 18,2 % – и в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича».

Выполнение объемов специализированной медицинской помощи по видам медицинских организаций составило:

- по больницам (городским, областным, республиканским, краевым) – 89,7 %, в том числе: более 95 % – в 88 больницах, от 86,2 до 94,8 % – в 6 больницах, от 15,4 до 75 % – в 3 больницах;
- по ЦРБ – 97,8 %, в том числе: более 95 % – в 221 больнице, от 81,5 до 94,5 % – в 39 больницах, от 1,5 до 79,9 % – в 18 больницах;
- по АПП – 96 %, в том числе: более 95 % – в 47 поликлиниках, от 82,8 до 94,3 % – в 6 поликлиниках, от 11,5 до 73,1 % – в 4 поликлиниках;
- по онкологическим диспансерам – 99,2 %, в том числе: более 95 % – в 24 диспансерах, от 88,3 до 93,5 % – в 5 диспансерах;
- по станциям скорой медицинской помощи – 104,7 %.

Выполнение объемов скорой медицинской помощи по видам медицинских организаций составило:

- по больницам (городским, областным, республиканским, краевым) – 79,8 %, в том числе: более 95 % – в 1 больнице, 86,9 и 92,2 % – в 2 больницах, 64,7 и 77,9 % – в 2 больницах;
- по ЦРБ – 89,8 %, в том числе: более 95 % – в 86 больницах, от 80,3 до 94,9 % – в 54 больницах, от 22,0 до 78,5 % – в 38 больницах;
- по станциям скорой медицинской помощи – 89,2 %, в том числе: более 95 % – в 12 станциях, от 81,1 до 91,9 % – в 12 станциях, от 71,6 до 79 % – в 3 станциях.

КСО, принимавшими участие в ЭАМ, также отмечались случаи невыполнения медицинскими организациями плановых объемов медицинской помощи⁹.

В рамках ЭАМ проведен анализ изменения объемов финансового обеспечения 253 исследуемых медицинских организаций за 2022–2023 годы¹⁰ в сравнении с оказанными объемами предоставления медицинской помощи.

-
9. Приложение 2 «Информация контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации о выполнении плановых объемов медицинской помощи медицинскими организациями».
 10. Приложение 3 «Динамика финансового обеспечения и объемов медицинской помощи в медицинских организациях субъектов Российской Федерации за 2022–2023 годы».

Учитывая, что ежегодно более 50 % финансового обеспечения за счет средств ОМС¹¹ приходится на оказание стационарной медицинской помощи, анализ оказанных объемов медицинской помощи проведен по случаям лечения в стационарных условиях.

Выявлено, что по 27 медицинским организациям (10,7 % исследуемых) отмечен рост объемов финансового обеспечения более чем на 10 % в 2023 году по сравнению с 2022 годом¹². При этом число отдельных медицинских организаций, в которых при снижении в 2023 году по сравнению с 2022 годом объемов предоставления медицинской помощи (случаев госпитализации) наблюдается увеличение финансового обеспечения, – 17.

Наибольшее снижение объемов предоставления медицинской помощи, наряду с ростом финансового обеспечения, отмечено в 3 медицинских организациях, в том числе:

- БУЗ Республики Алтай «Чойская районная больница» – рост финансового обеспечения на 12,5 %, снижение объемов предоставления медицинской помощи – на 23,7 %;
- ГБУ Рязанской области «Милославская районная больница» – рост финансового обеспечения на 12,1 %, снижение объемов предоставления медицинской помощи – на 14,5 %;
- ГБУ Республики Дагестан «Докузпаринская центральная районная больница» – рост финансового обеспечения на 10,1 %, снижение объемов предоставления медицинской помощи – на 26,5 %.

Контрольно-счетной палатой Омской области, принимавшей участие в ЭАМ, также был отмечен дисбаланс между планируемыми объемами медицинской помощи и их финансовым обеспечением.

Таким образом, финансовое обеспечение отдельных медицинских организаций осуществляется без учета их результативности, что подтверждается в том числе выделением дополнительных средств из бюджетов субъектов Российской Федерации на погашение просроченной кредиторской задолженности (в 2021 году – 8 099 577,0 тыс. рублей, в 2022 году – 8 007 880,0 тыс. рублей, в 2023 году – 8 402 867,8 тыс. рублей), сложившейся в медицинских организациях по средствам ОМС.

-
11. Согласно данным формы № 14-Ф за 2023 год в целом по Российской Федерации расходы на оказание медицинской помощи в стационарных условиях за счет средств ОМС составили 56,7 % общего объема расходов за счет средств ОМС.
12. Объем финансового обеспечения медицинских организаций в 2023 году приведен с учетом корректировки: 70 % финансового обеспечения – на рост заработной платы (врачи – 11,1 %, СМП – 10,2 %, младший медицинский персонал (далее также – ММП) – 10,2 % (среднее значение 10,5 %); 30 % финансового обеспечения – на индекс потребительских цен (по данным Росстата, 7,42 %). Соотношение объема финансового обеспечения 70 и 30 % приведено в соответствии с Методикой распределения субвенций, предоставляемых из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 (пункт 3 – коэффициент дифференциации).

Анализ выполнения фактических объемов медицинской помощи за 2023 год в 17 ФГУ показал¹³, что в целом ФГУ достигают установленных плановых показателей.

Вместе с тем в разрезе ФГУ имеется существенная дифференциация по выполнению плановых показателей медицинской помощи: по амбулаторной медицинской помощи исполнение составило от 262,5 до 47 %, при этом по стационарной помощи и дневному стационару наблюдаются незначительные отклонения в исполнении плановых показателей (в среднем не более 6 %), по скорой медицинской помощи – от 20 до 103,4 %.

Таким образом, исполнение плановых объемов медицинской помощи соблюдается не всеми ФГУ, существенные различия в достижении плановых объемов наблюдаются по амбулаторной и скорой медицинской помощи.

7.1.2. Также в рамках ЭАМ проведена оценка достижения показателей, характеризующих результативность деятельности медицинских организаций.

Перечень показателей результативности определен на основании показателей, утвержденных (рекомендуемых) Минздравом России, территориальными программами ОМС, федеральными проектами национального проекта «Здравоохранение», а также показателей, анализируемых в рамках федеральной статистики: например, охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок; доля взрослых пациентов, прошедших диспансеризацию в общем числе прикрепленного населения; досуточная летальность (от общего числа пациентов, поступивших в стационар).

Показатели результативности разделены по видам медицинских организаций и приведены в приложении 5 к настоящему отчету¹⁴.

Следует отметить, что в 64 субъектах Российской Федерации установлены целевые значения показателей, используемых для оценки результативности деятельности медицинских организаций.

Вместе с тем КСО отмечается, что для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, показатели результативности деятельности не установлены.

При этом в отдельных регионах отмечена следующая практика.

-
- | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. | Приложение 4 «Плановые и фактические объемы медицинской помощи по федеральным медицинским организациям за 2023 год». |
| 14. | Приложение 5 «Перечень показателей результативности деятельности по видам медицинских организаций». |

Например, в целях достижения максимального уровня качества медицинской помощи и повышения уровня ее доступности, оптимизации процесса организации здравоохранения, внедрения в практику механизма мотивации работников здравоохранения к повышению общей эффективности работы медицинской организации и ответственности за результаты своего труда, министерством здравоохранения Калининградской области разработана и утверждена Методика оценки результативности и эффективности деятельности учреждений здравоохранения Калининградской области и их руководителей.

Указанная методика содержит критерии оценки результативности и эффективности деятельности как медицинских организаций (фондодержателей) в целом, так и организаций, оказывающих специальную медицинскую помощь, включая медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях.

Оценка результативности и эффективности деятельности организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляется по таким показателям как: среднее число занятости койки; средняя длительность пребывания на койке; оборот койки; доля повторных госпитализаций в календарном году от общего числа госпитализаций; доля благоприятных исходов от общего числа выписанных; доля пациентов, переведенных в дневной стационар, от общего числа выписанных.

Также отмечено, что ежегодно министерством здравоохранения Воронежской области до подведомственных учреждений здравоохранения доводятся плановые показатели оценки деятельности, в том числе: для учреждений (районные больницы), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в амбулаторном звене; для учреждений (городские больницы), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Указанные показатели ежегодно оцениваются и в форме отчетов предоставляются медицинскими организациями в министерство здравоохранения Воронежской области.

В то же время в Калининградской и Воронежской областях оценка результативности деятельности осуществляется в целях определения рейтинга медицинских организаций и их руководителей, а также разработки и принятия управленческих решений. Следовательно, проводимая оценка не содержит инструмента прямого влияния на объемы финансирования медицинских организаций.

Оценка показателей результативности, используемых при проведении настоящего исследования, осуществлена на основании методики анализа и расчета индекса результативности, которая приведена в приложении к настоящему отчету¹⁵.

15. Приложение 6 «Методика анализа и расчета индекса результативности».

По результатам указанной оценки сумма набранных баллов (в исследуемых 622 медицинских организациях) варьируется¹⁶:

- от минимального значения (0 баллов), который присвоен 24 медицинским организациям¹⁷, из которых наибольшая доля (45,8 %, или 11 медицинских организаций) приходится на городские (областные/республиканские/краевые) больницы. На долю ЦРБ приходится 16,7 % (4 медицинские организации) – все больницы имеют прикрепленное население менее 20 тыс. человек (в расчете на одно медучреждение);
- до максимального значения (94 балла), который набрала одна ЦРБ (ГУЗ «Старокулаткинская районная больница», Ульяновская область, рабочий поселок Старая Кулатка).

При этом большая часть медицинских организаций (329 медицинских организаций, или 52,9 % от общего числа исследуемых организаций) получила от 1 до 46 баллов (включительно), то есть не достигла среднего балла. Из них самая значимая доля (63,8 %, или 210 медицинских организаций) приходится на городские (областные / республиканские / краевые) больницы (118 учреждений) и ЦРБ (92 учреждения), из них 45 ЦРБ, или 48,9 %, имеют численность прикрепленного населения менее 20 тыс. человек.

КСО, принявшие участие в ЭАМ, также отмечают невыполнение отдельными медицинскими организациями ряда показателей доступности и качества медицинской помощи¹⁸.

Кроме того, отдельными КСО (Республика Алтай, г. Санкт-Петербург) отмечено, что данные официальной статистической отчетности по форме 14-Ф за 2022 год и 2023 год содержат недостоверные сведения о размере выплат вознаграждений медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.

Оценка результативности деятельности проведена также и в отношении 17 ФГУ. По результатам указанной оценки сумма набранных баллов варьируется от 4 баллов (ФГБУ НМИЦО ФМБА России, ФГБОУ «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр

-
16. Приложение 7 «Индекс результативности деятельности по медицинским организациям субъектов Российской Федерации».
17. Кемеровская область – Кузбасс: ГБУЗ «Беловская поликлиника № 3», ГБУЗ «Беловская поликлиника № 6», ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая больница № 4», ГБУЗ «Березовская городская больница имени А.М.Назаренко», ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1 имени Г.П. Курбатова», ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи имени М.А. Подгорбунского»; Чувашская Республика: БУ «Городская клиническая больница № 1»; Воронежская область: БУЗ ВО ВССМП, БУЗ ВО «ВГКБСМП №1»; Карачаево-Черкесская Республика: РГБЛПУ «Республиканская детская многопрофильная больница»; Иркутская область: ОГБУЗ «ИССМП», ОГБУЗ «Балаганская РБ», ГБУЗ «ИОКБ», ОГБУЗ «Об № 2», ГБУЗ ООД; Владимирская область: ГБУЗ ВО «ГКБ СМП», ГБУЗ ВО «ГП № 1 г. Владимира»; г. Санкт-Петербург: СПб ГБУЗ «КРБ № 25»; Тюменская область: ГБУЗ ТО «Областная больница № 15»; Калужская область: БСМП; Республика Марий Эл: ГБУ РМЭ «Новоторъяльская ЦРБ», ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинская городская клиническая больница»; Смоленская область: ОГБУЗ «Духовщинская центральная районная больница», ОГБУЗ «Ершицкая центральная районная больница».
18. Приложение 8 «Информация контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации о невыполнении показателей доступности и качества медицинской помощи медицинскими организациями».

имени Н.И. Пирогова» Минздрава России) до 70 баллов (ФГБУ СКФНКЦ ФМБА России)¹⁹.

Следует отметить, что уровень достижения показателей результативности деятельности ФГУ не превышает уровень результативности государственных медицинских организаций субъектов Российской Федерации, а в отдельных случаях ниже показателей результативности региональных медицинских организаций.

Так, при сопоставимой численности коек и медицинских работников показатели ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России (6 баллов) ниже показателей государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ярославской области «Клиническая больница № 3» (15 баллов) в 2,5 раза.

Вместе с тем финансовая устойчивость²⁰ ФГУ значительно выше региональных медицинских организаций за счет поступления большего объема платных медицинских услуг, что оказывает влияние на размер средней заработной платы медицинских работников²¹:

- по врачам – размер СЗП в целом по Российской Федерации в ФГУ за 2023 год составил 139 229,6 рубля (243,4 % от среднемесячной начисленной заработной платы в медучреждениях, находящихся в собственности субъектов Российской Федерации), что превышает СЗП врачей региональных медицинских организаций на 27,8 % (108 961,1 рубля);
- по СМП размер СЗП в целом по Российской Федерации в ФГУ за 2023 год составил 69 103 рубля (120,8 % от среднемесячной начисленной заработной платы в медучреждениях, находящихся в собственности субъектов Российской Федерации), что превышает СЗП СМП региональных медицинских организаций на 30,2 % (53 084,4 рубля).

Кроме того, в ФГУ по сравнению с региональными медицинскими организациями выше укомплектованность медицинскими работниками и ниже нагрузка на медицинский персонал.

Так, укомплектованность врачами в ФГУ превышает укомплектованность региональных медицинских организаций на 1,5 % и составляет²² 85 %, по СМП – на 7,9 % и составляет 87 %. При этом в ФГУ низкий коэффициент совместительства, который составляет около 1,1, что ниже показателей региональных медицинских организаций на 17,8 % (около 1,3).

Таким образом, при наличии в ФГУ достаточного финансового обеспечения результативность его деятельности сопоставима с результативностью государственных медицинских организаций субъектов Российской Федерации.

19. Приложение 9 «Результативность деятельности федеральных медицинских организаций».

20. Ключевое условие финансовой устойчивости – отсутствие просроченной кредиторской задолженности (баланс между доходами и расходами медорганизации).

21. На основании данных, опубликованных на официальном сайте Росстата (https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/itog-monitor_04-2023.htm).

22. Данные представлены Минздравом России и ФМБА России по запросу Счетной палаты Российской Федерации от 1 февраля 2024 г. № ЗИ02-04/276/02-04.

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

В структуре расходов медицинских организаций всех типов одним из основных направлений расходов являются затраты на оплату труда работников как непосредственно связанных с оказанием медицинских услуг, так и не связанных с оказанием медицинских услуг, но необходимых для обеспечения деятельности медицинских организаций. В исследуемом периоде в общем объеме расходов за счет средств ОМС расходы на оплату труда составляют более 60 %, в том числе в 2021 году – 62,7 %, в 2022 году – 64,3 %, в 2023 году – 66,5 %.

В абсолютном выражении расходы на оплату труда с начислениями на выплаты по оплате труда²³ составили: в 2021 году – 1 594 065,5 млн рублей, в 2022 году – 1 656 678,3 млн рублей, в 2023 году – 1 845 390,2 млн рублей. Ежегодный рост расходов составил 3,9 % (62 612,8 млн рублей) в 2022 году по сравнению с 2021 годом и 11,4 % (188 711,9 млн рублей) в 2023 году по сравнению с 2022 годом.

7.2.1. В исследуемом периоде оплата труда работников медицинских организаций осуществлялась на основе принципов эффективного контракта.

Эффективный контракт – это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых услуг, а также меры социальной поддержки.²⁴ Одной из основных функций эффективного контракта является мотивация работников, которая зависит от ряда факторов, в том числе: структуры заработной платы, осведомленности о принципах формирования заработной платы и ее стимулирующей части. Важной составляющей в этом направлении является принятая система оплаты труда в медицинских организациях.

Системы оплаты труда устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права²⁵.

В рамках исследования проведен анализ положений по оплате труда 185 медицинских организаций из 50 субъектов Российской Федерации, являющихся одним из основных локальных актов, регулирующих системы оплаты труда, в котором устанавливаются применяемые в организации системы оплаты труда, доплаты и надбавки, механизмы начисления и выплаты заработной платы.

В целом оплата труда работников медицинских организаций формируется из должностных окладов, компенсационных выплат и выплат стимулирующего характера. По своей сути мерами поощрения являются стимулирующие выплаты,

23. Данные приведены на основании формы № 14-Ф за 2021, за 2022–2023 годы.

24. В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы».

25. Статья 135 Трудового кодекса Российской Федерации.

основной целью которых является мотивация работников к качественному труду. При этом компенсационные выплаты в первую очередь зависят от условий труда.

Изучение локальных актов показало, что стимулирующие выплаты в медицинских организациях преимущественно делятся на три основные категории: за качество выполняемых работ; за интенсивность и результативность труда; премиальные выплаты. При этом выплаты, направленные на стимулирование работника к качественному результату труда, устанавливаются с учетом критериев, позволяющих оценить результативность и качество его работы.

Проведенным анализом выявлена значительная дифференциация к установлению систем оплаты труда как между регионами Российской Федерации, так и внутри них.

Так, внутри регионов существенно отличаются критерии оценки эффективности, их количество и размер в медицинских организациях одного типа. В отдельных субъектах отсутствуют четкие критерии, на основании которых можно однозначно определить размеры стимулирующих выплат, то есть выплаты имеют субъективный характер. Указанные обстоятельства приводят к значительной разнице в абсолютном выражении при установлении выплат между работниками, а также к недостаточной обоснованности и необходимости повышения прозрачности начисления стимулирующих выплат²⁶.

Результаты исследований, проведенных КСО, также подтверждают значительную вариативность в установлении выплат стимулирующего характера в медицинских организациях внутри регионов, а также демонстрируют последствия непрозрачных систем оплаты труда, выражающиеся в отсутствии обоснованности и прозрачности начисления стимулирующих выплат работникам медицинских организаций (Республика Коми, Воронежская и Челябинская области, г. Санкт-Петербург).

Следует отметить, что региональными КСО для оценки удовлетворенности медицинских работников оплатой труда проведено выборочное анонимное анкетирование врачей и СМП объектов исследования.

В ряде медицинских организаций респонденты не удовлетворены открытостью системы распределения стимулирующих выплат. Это явилось следствием в том числе отсутствия прозрачной системы стимулирования работников как основного механизма мотивации сотрудников²⁷.

Кроме того, анализ доли численности уволенных работников в среднесписочной численности работников показал, что по итогам 2023 года его медианное значение в разрезе 155 медицинских организаций различного типа в разрезе категорий составило: АУП – 16,7 %, врачи – 17,2 %, СМП – 18,5 %, младший медицинский персонал (ММП) – 29,3 %, прочий персонал – 32,1 %²⁸.

-
26. Приложение 10 «Результаты исследований, проведенные КСО отдельных субъектов Российской Федерации, принявших участие в параллельном ЭАМ в части установления систем оплаты труда».
27. Приложение 11 «Результаты анкетирования врачей и СМП объектов исследования, проведенное КСО отдельных субъектов Российской Федерации, принявших участие в параллельном ЭАМ».
28. Приложение 12 «Данные о доле уволенных работников в разрезе категорий к среднесписочной численности работников медицинских организаций в субъектах Российской Федерации».

7.2.2. На основании данных формы № 30 «Сведения о медицинской организации»²⁹ (далее – форма № 30) проведен анализ штатных должностей медицинских организаций в целом по Российской Федерации в разрезе категорий врачей, СМП, ММП, прочего персонала (включающего в себя должности АУП), данные по которым приведены в таблице 3.

Таблица 3. Анализ штатов медицинских организаций в целом по Российской Федерации в разрезе категорий медицинских работников³⁰

Категория персонала	Число должностей в целом по медицинским организациям, ед.					
	2021 г.		2022 г.		2023 г.	
	штатные	занятые	штатные	занятые	штатные	занятые
Врачи	899 973,25	725 900,25	848 168,0	698 418,0	823 219,0	708 220,75
СМП	1 685 801,75	1 428 738,50	1 595 664,0	1 364 679,25	1 543 863,50	1 356 695,25
ММП	336 613,25	281 490,75	299 829,25	249 611,25	289 021,25	240 278,0
Прочий	1 186 444,0	1 032 510,0	1 169 162,75	1 010 674,75	1 160 719,0	992 825,25

В разрезе категорий работников наибольшее снижение отмечается по категории ММП. При этом по категории прочего персонала (включая АУП) отмечается наименьшее снижение численности должностей.

В общей численности занятых ставок ежегодно доля прочего персонала (включая АУП) составляет не более 30 %, в том числе: в 2021 году – 28,9 %, в 2022 году – 29,5 %, в 2023 году – 29,2 %.

В ходе ЭАМ осуществлен анализ доли фонда оплаты труда прочего персонала (включая АУП) в общем фонде оплаты труда 772 медицинских организаций, по которым выявлено 43 медицинские организации (5,6 %) с превышением доли 40 % и выше. В случае приведения доли ФОТ прочего персонала (включая АУП) к значению 40 % в общем фонде оплаты труда медицинских организаций³¹ экономия средств ОМС могла бы составить 318 701,6 тыс. рублей (или 0,1 % от общего объема расходов на ФОТ исследуемых медицинских организаций)³². При соблюдении в целом по региону соотношения численности прочего персонала (включая АУП) к основному

29. Утверждена приказом Росстата от 25 декабря 2023 г. № 681 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

30. Данные приведены без учета данных по Донецкой Народной Республике, Луганской Народной Республике, Херсонской и Запорожской областей, Главного медицинского управления.

31. С учетом пропорциональной оптимизации ФОТ АУП и прочего персонала.

32. Приложение 13 «Расчет экономии фонда оплаты труда в медицинских организациях субъектов Российской Федерации».

персоналу не более 40 % в отдельных медицинских организациях субъектов Российской Федерации наблюдается существенное превышение средних региональных значений.

Так, КСО Омской области отмечено, что на отдельных объектах исследования³³ доля АУП и прочего персонала в общей численности сотрудников составляет более 40 % (в 2023 году 46,8 и 45,9 % соответственно). Наряду с изложенным в исследуемых медицинских организациях допускалось превышение предельной численности заместителей главных врачей (от одной до двух должностей)³⁴.

Схожая ситуация отмечена КСО Воронежской области, где при соблюдении в целом по региону соотношения основного и вспомогательного персонала в одной из исследуемых медицинских организаций³⁵ соотношение численности АУП (включая прочий персонал) к основному персоналу сложилось 62,1 %.

Кроме того, анализом штатных расписаний объектов исследованиями КСО г. Санкт-Петербурга установлена замена предусмотренных порядками оказания медицинской помощи должностей на иные должности в различных структурных подразделениях.³⁶

7.2.3. Штатная численность организации напрямую зависит от продуктивного и действенного выстраивания процессов в ней, в связи с чем грамотное управление численностью и структурой персонала может существенно снижать затраты медицинской организации и повышать производительность труда.

В качестве примера эффективной организации деятельности в медицинской организации можно рассмотреть опыт частной медицинской организации ООО «Полимедика Челябинск»³⁷ и Департамента здравоохранения города Москвы, который приведен в приложении к настоящему отчету.

ООО «Полимедика Челябинск» осуществляет медицинскую деятельность в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания гражданам медицинской помощи по ОМС (99,1 % от общего объема поступивших средств) и родовым сертификатам (0,9 % от общего объема поступивших средств). По итогам 2023 года указанное учреждение имело 91 850 человек прикрепленного населения, застрахованных в системе ОМС.

33. БУЗОО «Исилькульская ЦРБ», БУЗОО «Калачинская ЦРБ».

34. По одной должности в штате БУЗОО: «Большереченская ЦРБ», «Полтавская ЦРБ» и «Тарская ЦРБ»; две должности в БУЗОО «Таврическая ЦРБ».

35. БУЗ ВО «Аннинская РБ».

36. В СПб ГБУЗ «Родильный дом № 17» – за счет исключения из штатного расписания должностей врачей, среднего и младшего медицинского персонала введены должности 3-х заместителей главного врача.

37. Выездное обследование на объекте ООО «Полимедика Челябинск» проведено Счетной палатой с 26 февраля по 1 марта 2024 года.

ООО «Полимедика Челябинск», являясь частной медицинской организацией, не оказывает платные медицинские услуги, так как принципом указанного учреждения является оказание качественной и доступной медицинской помощи исключительно в рамках ОМС, в связи с тем что развитие платных медицинских услуг приводит к высокой вероятности ухудшения обслуживания пациентов в рамках ОМС ввиду возможного «искусственного» замещения услуг ОМС платными услугами³⁸.

Также особенным является тот факт, что в ООО «Полимедика Челябинск» за 2023 год наблюдается низкий процент расходов на заработную плату (от общего объема расходов медицинской организации) – всего 35,4 %. При этом в соответствии с формой 14-Ф за 2023 год в целом по Российской Федерации по медицинским организациям указанная доля составила 66,5 % (от 53,6 % в Чеченской Республике до 79,7 % в Чукотском автономном округе). В Челябинской области за 2023 год расходы на заработную плату составили 65,1 % от общего объема расходов медицинских организаций.

Следующим отличием ООО «Полимедика Челябинск» от государственных учреждений здравоохранения является соотношение врачей и СМП в амбулаторно-поликлиническом звене.

Так, в ООО «Полимедика Челябинск» по состоянию на февраль 2024 года соотношение количества врачей (физических лиц, включая совместителей) к количеству СМП (физических лиц, включая совместителей) составляло три к одному (на 132 врача приходилось 44 сотрудника среднего звена).

При этом в соответствии с формой № 30 за 2023 год в целом по Российской Федерации указанное соотношение в медицинских организациях (в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях) составляет 1 к 1,64 (на 306 471 врача приходилось 504 075 сотрудников среднего звена).

В части возраста врачей – в 2023 году в ООО «Полимедика Челябинск» количество врачей до 36 лет составляло 67 % (88 врачей), после 55 лет – 4 % (5 врачей).³⁹

Вместе с тем в государственных медицинских организациях количество врачей⁴⁰ до 36 лет составляет 31 %, после 55 лет – 28 %.

Таким образом, статистические данные показывают, что доля врачей возрастом до 36 лет в ООО «Полимедика Челябинск» значительно выше (более чем в два раза) чем в государственных медицинских организациях.

В рамках ЭАМ проведен анализ деятельности врачей (в том числе врача-терапевта и врача-педиатра) ООО «Полимедика Челябинск», по результатам которого установлено следующее.

Прием пациентов врачами-терапевтами и врачами-педиатрами осуществляется без участия медицинской сестры.

38. По информации главного врача ООО «Полимедика Челябинск».

39. По информации главного врача ООО «Полимедика Челябинск».

40. Отчет Министерства здравоохранения Российской Федерации об итогах работы 2022 года.

При работе врачей используется только медицинская информационная система (далее – МИС), нет бумажных отчетов и форм, отсутствует принтер на рабочем месте врача и т. д.

Если пациент при посещении врача приносит выписку из стационара, результаты исследований или другую медицинскую информацию на бумажном носителе, врач-терапевт передает данные материалы в группу администраторов (далее также – МФЦ) для сканирования и прикрепления их к электронным медицинским картам (именно на группу администраторов, не являющихся СМП, в ООО «Полимедика Челябинск» возложено выполнение всех немедицинских функций).

Прием пациента длится 15 минут, в 90 % случаев врач соблюдает данный показатель в связи с отсутствием бумажной работы.

Одна медсестра закреплена за четырьмя – пятью кабинетами врачей-терапевтов.

Выделенные медсестры при враче есть только в кабинете хирурга и травматолога.

Анализ организации работы кабинетов акушеров-гинекологов (женская консультация) показал следующее.

Численность медицинских работников женской консультации (сеть которой расположена в семи филиалах медучреждения) состоит из 11 врачей-гинекологов и 6 акушерок⁴¹, что соответствует утвержденному штатному расписанию.

С целью оптимизации работы женской консультации внедрены принципы и инструменты, позволяющие повысить удовлетворенность пациентов, сделать медицинские услуги доступными, минимизировать временные и финансовые потери, улучшить эффективность работы медработников и менеджмента, которые можно разделить на следующие составляющие.

Администратором в регистратуре формируется электронная карта пациента в МИС, также производится запись к врачу, устанавливается маршрутизация пациента.

Врач-гинеколог проводит прием пациента с заполнением истории болезни в электронной карте (сформированной первоначально администратором в регистратуре). Во время приема пациентов врач самостоятельно проводит необходимые процедуры (забор мазка у пациента, введение-удаление спирали, проведение эндометрии и т. д.).

Акушерка на приеме не присутствует.

По итогам приема пациента врачом самостоятельно в МИС формируются направления на необходимые исследования (которые посредством информационной системы направляются администраторам МФЦ), затем администраторами МФЦ распечатываются на бумажных носителях указанные документы (со штрих-кодами) и передаются пациенту на руки.

41. В соответствии с приложением 13 «Рекомендуемые штатные нормативы врачебной амбулатории» приказа Минздрава России от 15 мая 2012 г. № 543н (далее также – приказ № 543н) на одного врача акушера-гинеколога рекомендуется одна акушерка. Возможность не исполнять указанные нормативы позволяет ООО «Полимедика Челябинск» не набирать в штат дополнительно пятерых акушерок.

Акушерке женской консультации вменяются в обязанности функции, связанные непосредственно с оказанием медицинской помощи пациентам⁴². Также в соответствии с приказом Минздрава России № 1130н⁴³ акушерки самостоятельно ведут доврачебный прием пациенток.

Таким образом, при данной организации труда в медучреждении на одного врача-гинеколога приходится в среднем 100 беременных женщин⁴⁴, при этом (по оперативной информации) в среднем данный показатель по г. Челябинску составляет от 20 до 40 беременных.

Исходя из изложенного можно сделать вывод, что эффективная организация процесса приема пациентов в женской консультации с применением цифровых инструментов и исключением в работе медицинских работников немедицинских функций помогает организовать продуктивную работу персонала, структурировать как ее внутренние процессы, так и все функции по взаимодействию с пациентами, контролировать запись на прием, хранить медкарты в электронном виде, отслеживать посещаемость и ход лечения.

Результатом указанного является повышение результативности и доступности медицинской помощи при одновременной экономии фонда оплаты труда (например, по женской консультации: в среднем (расчетно) экономия в год составляет 2 164 369,8 рубля (5 человек × 36 072,83 рубля × 12 месяцев), где 5 человек – это экономия численности акушерок из-за рационального использования акушерских кадров и возможности не исполнять рекомендации по численности акушерок, установленные приказом № 543н, 36 072,83 рубля – средняя месячная зарплата одной акушерки).

Данные об индексе результативности деятельности ООО «Полимедика Челябинск» приведены ниже в данном разделе.

Анализ организации работы администраторов регистратуры и МФЦ, а также передачи части сестринских обязанностей администраторам показал следующее.

В медучреждении создано подразделение (группа администраторов), которое включает в себя 46 администраторов (МФЦ и регистратура). При этом администратор выполняет только немедицинские функции (которые в медучреждениях государственной (муниципальной) формы собственности, как правило, выполняет СМП), например, такие как: записывать пациентов на первичное и повторное посещение/лечение, лабораторные исследования; маршрутизировать пациентов

-
42. Например, такие как: подготовка процедурного (смотрового) кабинета врача к началу рабочего дня; контроль соблюдения санитарно-эпидемиологического режима кабинета врача акушера-гинеколога; осуществление забора крови, взятия материалов для исследований, прием анализов и подготовка их к транспортировке в лабораторию; выполнение инъекций, введение вакцин; осуществление выездов на забор крови на дому, снятие ЭКГ на дому, забор мазков на дому; проведение снятия электрокардиограмм; участие в подготовке пациентов для проведения Холтер-ЭКГ, СМАД-мониторирования, исследования функции внешнего дыхания, разгрузке карт памяти и переносе информации на жесткий диск, подготовке файлов с исследованием для передачи врачу и т. д.
43. Приказ Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».
44. По информации главного врача ООО «Полимедика Челябинск».

по филиалам медучреждения; распечатывать направления на все виды медицинских вмешательств, записывать на консультации, манипуляции, процедуры, приемы пациентов; минимизировать простои в графике врачей и т. д.

Важно отметить, что СЗП администраторов на 29,7 % ниже СЗП СМП⁴⁵.

Приказом № 543н утверждены положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению и рекомендуемые штатные нормативы поликлиники.

Указанный нормативный акт не применяется для частных медицинских организаций.

Анализ данных, представленных ООО «Полимедика Челябинск», показывает, что численность медицинских сестер в медучреждении составляет только 26 % от штатных нормативов, рекомендованных приказом № 543н.

Таким образом, возможность не соблюдать нормативы, рекомендованные приказом № 543н, приводит к тому, что ООО «Полимедика Челябинск» может не нанимать дополнительную численность СМП и не осуществлять дополнительные расходы на оплату труда сестринского персонала расчетно в сумме 34 982 640,0 рубля (66 человек × 44 170,0 рубля × 12 месяцев, где 66 человек – расчетный размер дефицита численности медицинских сестер в соответствии с приказом № 543н, 44 170,0 рубля – фактическая средняя месячная зарплата медицинской сестры по итогам 2023 года).

Также медицинская организация имеет возможность не осуществлять дополнительные затраты на организацию рабочих мест сестринского персонала, что составляет расчетно 3 762 000 рублей (66 человек × (27 000 рублей + 30 000 рублей), где 66 человек – расчетный размер дефицита численности медицинских сестер в соответствии с приказом № 543н, 27 000 рублей – стоимость автоматизированного рабочего места, 30 000 рублей – стоимость медицинского оборудования (стол, стул и т. д.).

Итого ООО «Полимедика Челябинск» не осуществляет дополнительных расходов ежегодно расчетно на 38 744 640 рублей (34 982 640,0 рубля + 3 762 000,0 рубля).

Таким образом, совокупная экономия по фонду оплаты труда, а также из-за отсутствия затрат на оборудование рабочих мест СМП (экономия по женской консультации и отсутствие дополнительных расходов на оплату СМП) составляет ежегодно (расчетно) в общей сумме 40 909 009,80 рубля (2 164 369,8 рубля⁴⁶ + 38 744 640,0 рубля), что составляет 8,6 % от общих расходов медицинской организации за счет средств ОМС за 2023 год (478 691 200,0 рубля).

Помимо положительного опыта ООО «Полимедика Челябинск» по расходованию средств ОМС на заработную плату и сокращению доли немедицинских функций, выполняемых медицинскими работниками, анализ достигнутых частной медицинской

45. Средняя зарплата администраторов (регистратура и МФЦ) за 2023 год составила 31 053,80 рубля. При этом средняя зарплата СМП по итогам 2023 года – 44 170,0 рубля.

46. Экономия фонда оплаты труда по женской консультации.

организацией показателей результативности за 2023 год свидетельствует о выстроенной и стабильной системе управления в организации⁴⁷.

Так, сопоставление фактических данных по 37 достигнутым показателям результативности (касающихся медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепленное население), представленных ООО «Полимедика Челябинск» (далее – показатели ООО «Полимедика Челябинск»), с фактическими медианными значениями по показателям результативности (далее – медиана) государственных медицинских учреждений (в целом по Российской Федерации) показало, что 60 % показателей ООО «Полимедика Челябинск» выше медианы, 5 % – равно медиане, 35 % – ниже медианы. Также отмечаем, что среди исследуемых в рамках ЭАМ медицинских организаций, оказывающих АПП⁴⁸, ООО «Полимедика Челябинск» в части индекса результативности по АПП занимает 15 место с количеством баллов равным 60 (при общем диапазоне баллов по АПП от 0 до 89 баллов).

Аналогичные практики эффективного выстраивания процессов в медицинских организациях отмечаются в г. Москве, где в том числе за счет внедрения сервисов искусственного интеллекта время приема пациента врачами значительно сократилось (подробные данные Департамента здравоохранения города Москвы по наличию положительной практики внедрения централизованных клинико-диагностических лабораторий в г. Москве, а также автоматизированных информационных систем в сфере здравоохранения⁴⁹ приведены в приложении к настоящему отчету⁵⁰).

На основании экспертных оценок, представленных отдельными субъектами Российской Федерации, можно сделать вывод о том, что врачи и СМП выполняют немедицинские функции в рамках своей рабочей деятельности. При этом сбор статистических данных о времени медицинского персонала, затрачиваемого на выполнение немедицинских функций, в медицинских организациях не ведется и не предусмотрен.

Экспертные оценки значений доли осуществления немедицинских функций врачами (в общем объеме трудозатрат врачей за год, в процентах)⁵¹ имеют значительный разброс в зависимости от региона – от 2 до 50 % при среднем значении 18,4 % по регионам, представившим информацию.

В предположении, что врачи в среднем затрачивают 18,4 % времени на выполнение немедицинских функций, а также учитывая, что, по данным Росстата, СЗП врачей

-
47. Приложение 14 «Перечень отдельных показателей, характеризующих деятельность ООО «Полимедика Челябинск».
48. 91 медицинской организации, оказывающей АПП, присвоен балл по индексу результативности.
49. Письма Департамента здравоохранения города Москвы в адрес Счетной палаты (вх. № А-5625 от 15 июля 2024 г. и вх. №-4428 от 3 июня 2024 г.).
50. Приложение 15 «Данные о положительной практике внедрения централизованных клинико-диагностических лабораторий и автоматизированных информационных систем в сфере здравоохранения».
51. Данные о доле выполнения медицинскими работниками немедицинских функций представлены исполнительными органами власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения Республики Коми, Астраханской, Волгоградской, Воронежской, Липецкой, Магаданской, Оренбургской, Ростовской, Свердловской, Томской, Тульской, Тюменской областей, Алтайского и Забайкальского края.

за 2023 год составила 113 602 рубля, оценочное значение расходов на оплату рабочего времени врачей, затраченного на выполнение немедицинских функций, составило 179 044 476 936 рублей ($113\,602 \text{ рубля} \times (549\,076 \text{ человек}^{52} \times 18,4 / 100) \times 12 \text{ месяцев} + 30 \% \text{ начислений на оплату труда}$) (расчет приведен в приложении 16 к настоящему отчету⁵³).

Указанное свидетельствует о наличии потенциала для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС, когда врачи исполняют свою прямую миссию по оказанию медицинской помощи пациентам, не отвлекаясь на несвойственные им функции, поскольку сотрудники медицинских учреждений без медицинского образования способны выполнять немедицинские функции, например, такие как: закрытие обращений пациентов по телефону горячей линии; запись больных на дополнительные виды обследований; сбор и анализ статистических данных, составление отчетов; подготовка списков граждан для профилактических мероприятий; обзвон пациентов, находящихся на диспансерном учете; организация перевозки и запись на консультации в другие учреждения и так далее.

7.2.4. В части выполнения немедицинских функций СМП медучреждений установлено следующее.

Анализ экспертных оценок регионов в части выполнения СМП немедицинских функций показал, что среднее значение доли числа сотрудников регистратуры и архива, являющихся СМП, но выполняющих немедицинские функции, в общем количестве СМП (число физических лиц) на занятых должностях в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составляет 3,4 %.

В соответствии с формой № 30 количество СМП (число физических лиц) на занятых должностях в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по итогам 2023 года составило 504 075 человек.

Таким образом, расчетно в целом по Российской Федерации количество СМП, работающих в регистратуре и архиве, составляет 17 139 человек ($504\,075 \times 3,4 / 100$). Учитывая, что, по данным Росстата, за 2023 год СЗП СМП составила 54 686 рублей, расчетно (в предположении, что заработная плата СМП равна СЗП) ФОТ категории СМП, работающих в регистратуре и архиве, за 2023 год составил 14 621 308 322,0 рубля ($54\,686 \text{ рублей} \times 17\,139 \text{ человек} \times 12 \text{ месяцев} + 30 \% \text{ начислений на оплату труда}$).

Анализ экспертных оценок регионов о численности СМП, находящихся на приеме пациентов вместе с врачами и осуществляющими преимущественно немедицинские функции, показал, что доля указанных СМП (от общей численности СМП в субъекте Российской Федерации в подразделениях, оказывающих АПП) варьируется от 24,8 % в Свердловской области до 43,8 % в Воронежской области при среднем значении 33,6 %.

52. В соответствии с данными формы № 30 по итогам 2023 года общая численность врачей (физических лиц) составила 549 076 человек.

53. Приложение 16 «Данные о медицинских работниках за 2023 год, выполняющих немедицинские функции».

В целом по Российской Федерации расчетно численность СМП, находящихся на приеме вместе с врачами, оценивается в 169 337 человек ($504\,075 \times 33,6 / 100$)⁵⁴.

Следует отметить, что эффективная организация процессов деятельности может способствовать вовлечению средних медицинских работников в осуществление медицинских функций, что, в свою очередь, могло бы способствовать повышению результативности деятельности медицинских организаций первичного звена здравоохранения.

Передача немедицинских функций от СМП (зарплата которых в соответствии с Указом № 597⁵⁵ должна быть не менее 100 % от средней заработной платы в соответствующем регионе) администраторам (зарплата данной категории персонала не подпадает под названный Указ) имеет потенциал к повышению эффективности расходования средств ОМС.

Так, опыт ООО «Полимедика Челябинск» показал, что заработная плата администраторов, выполняющих немедицинские функции сестринского персонала, на 29,7 % ниже заработной платы СМП в данном медучреждении.

Следует отметить, что Методическими рекомендациями⁵⁶, определены отдельные аспекты организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению.

Таким образом, вопрос о расширении функциональных обязанностей немедицинского персонала может быть решен путем внесения соответствующих изменений в указанные Методические рекомендации.

7.2.5. В рамках ЭАМ проведен анализ деятельности экономических служб (включая бухгалтерию) 397 медицинских организаций различных видов⁵⁷.

В качестве критерия оценки экономических служб определен индекс экономической эффективности⁵⁸.

По итогам исследования среднее значение индекса экономической эффективности составило 92 %.

-
- | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 54. | Приложение № 16 «Данные о медицинских работниках за 2023 год, выполняющих немедицинские функции». |
| 55. | Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». |
| 56. | Методические рекомендации для руководителей первичного звена здравоохранения, утвержденные решением ученого совета федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 августа 2021 года. |
| 57. | Приложение № «Значение индекса экономической эффективности по медицинским организациям субъектов Российской Федерации». |
| 58. | Индекс экономической эффективности медицинской организации = $1 - \frac{\text{объем неэффективных расходов медицинской организации за 2021–2023 годы}}{\text{общий объем расходов медицинской организации за 2021–2023 годы}}$, где: объем неэффективных расходов медицинской организации = кредиторская задолженность + объем санкций со стороны страховых медицинских организаций + объем средств, использованных медорганизациями не по целевому назначению + объем лекарственных препаратов, списанных в связи с истечением срока годности. |

Расчет доли расходов на оплату труда работников экономической службы в общем объеме расходов медицинских организаций показал, что среднее значение указанной доли в разрезе исследуемых организаций составило 2 %. Расчет доли численности работников экономической службы в общем объеме численности работников медицинской организации показал, что его среднее значение в целом по исследуемым медицинским организациям составило 2 %.

7.2.6. Правительству Российской Федерации было поручено⁵⁹ к 2018 году в том числе обеспечить:

- повышение СЗП врачей до 200 % от СЗП в соответствующем регионе;
- повышение СЗП ММП (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) – до 100 % от СЗП в соответствующем регионе.

Анализ среднемесячной заработной платы по категориям врачей, СМП, ММП за счет всех источников финансирования за 2021, 2022, 2023 годы, проведенный на основании данных Росстата, приведен в таблице 4.

Таблица 4. Анализ СЗП по категориям медицинских работников за период 2021–2023 гг.

Анализ СЗП по категориям врачей, СМП, ММП					
Категория работников	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2022 г. к 2021 г.	2023 г. к 2022 г.
	СЗП, руб.			динамика изменений, %	
Врачи	92 460,2	102 231,8	113 602,3	10,6	11,1
СМП	46 071,9	49 613,5	54 686,4	7,7	10,2
ММП	39 111,5	43 195,3	47 582,7	10,4	10,2

В анализируемом периоде отмечается рост СЗП по всем категориям работников. Ежегодно наибольший рост отмечается по категории врачей.

В то же время анализ структуры заработной платы 653 исследуемых медицинских организаций показал, что в ряде медицинских организаций выполнение плановых значений по уровню заработной платы медицинских работников в значительной степени осуществляется за счет средств ОМС. Однако средств ОМС не достаточно для достижения установленных целевых показателей.

59. Указ № 597.

Следует отметить, что в 2023 году за счет субвенций из ФОМС обеспечивалось сохранение соотношения заработной платы к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в регионе с учетом доли средств ОМС в фонде оплаты врачей в размере 79,8 %, СМП – 83 %.

В разрезе исследуемых медицинских организаций среднее значение доли ОМС в структуре заработной платы за 2023 год составило: по категории врачи – 82 %, по категории СМП – 80,9 %.

В рамках ЭАМ проведен анализ соотношения доходов от оказания платных услуг к доходам по ОМС в 727 медицинских организациях, который выявил значительную дифференциацию по доле доходов от платных услуг⁶⁰.

Так, в разрезе исследуемых медицинских организаций среднее значение доли доходов от оказания платных услуг и доходов от ОМС составило 5,9 %. При этом наибольшая доля доходов от оказания платных услуг наблюдается в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь – 9,4 % от доходов ОМС; в городских больницах – 7 %; в центральных районных медицинских организациях, имеющих численность прикрепленного населения более 20,0 тыс. человек, – 5,6 %, из них в ЦРБ, имеющих численность прикрепленного населения менее 20,0 тыс. человек, – 5 % от доходов ОМС. Наименьшая доля доходов от оказания платных услуг наблюдается в медицинских организациях, оказывающих скорую медицинскую помощь, – 1,5 %, в медицинских организациях, оказывающих онкологическую помощь, – 1,7 % от доходов ОМС.

60. Приложение18 «Дифференциация объемов платной деятельности по видам медицинских организаций».

7.3. Оценка результатов использования оборудования медицинскими организациями

В ходе ЭАМ проанализированы финансовые затраты медицинских организаций на приобретение и ремонт медицинского оборудования (магниторезонансный и компьютерный томограф, ангиографический комплекс стационарный, маммограф, флюорограф, ультразвуковой аппарат, видеоэндоскоп), включая эффективность его использования.

7.3.1. Значительное количество приобретаемого оборудования за счет средств ОМС при низкой доле затраченных финансовых ресурсов на его приобретение связано с ограничениями в законодательстве по стоимости приобретаемого оборудования.

Так, в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ⁶¹ структурой тарифа расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) ограничены стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу⁶².

Кроме того, в соответствии с приказом Минздрава России № 108н затраты на финансовую аренду (лизинг) оборудования, ограничены стоимостью объекта лизинга до 1 млн рублей при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

Вместе с тем анализ показал, что часть медицинских организаций обходит ограничения в законодательстве Российской Федерации путем оформления договоров операционной аренды оборудования⁶³.

Так, медицинскими организациями в шести субъектах Российской Федерации за 2023 год было заключено 22 договора операционной аренды медицинского оборудования за счет средств ОМС на общую сумму 98 685,1 тыс. рублей.

В большинстве случаев срок операционной аренды по таким договорам не превышает 36 месяцев.

В ряде случаев стоимость аренды превышает рыночную стоимость оборудования. Так, ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» Ивановской области заключен контракт 12 августа 2022 г. № 2372802598322000209 сроком на 24 месяца на сумму 18 126,2 тыс. рублей на оказание услуг по аренде аппарата рентгеновского передвижного цифрового С-дуга «Биоток CF 8».

Проведенный анализ цен⁶⁴ по приобретению указанной модели оборудования показал, что в 2023–2024 годах его стоимость не превышала 15 млн рублей за единицу

61. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

62. С 2024 года до 400 тысяч рублей за единицу.

63. Приложение 19 «Сведения о договорах по операционной аренде медицинского оборудования, заключенных медицинскими организациями субъектов Российской Федерации».

64. <https://zakupki.gov.ru/>

(государственный контракт № 0119200000123010812, стоимость оборудования 12,7 млн рублей; государственный контракт № 116/24 – 15,0 млн рублей).

Таким образом, расходы на 24-месячную аренду оборудования были на 20 % выше стоимости его приобретения. Подобные факты были выявлены по результатам проверок использования медицинскими организациями средств ОМС на аренду медицинского оборудования, проведенных территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС) в 2021–2023 годах, по итогам которых медицинским организациям были выставлены требования о возврате средств в бюджет ТФОМС.

Так, ТФОМС Ставропольского края выявлены факты экономически необоснованных расходов медицинских организаций за счет средств ОМС на аренду оборудования по цене в несколько раз превышающей стоимость арендованного медицинского оборудования: между ГБУЗ «Городская клиническая больница» г. Пятигорска и ООО «Романов» заключен контракт на оказание услуг по аренде оборудования ангиографического аппарата Azurion 3 M15 на сумму 87 100,0 тыс. рублей. Дополнительными соглашениями изменена стоимость аренды вышеуказанного оборудования, которая составила 79 772,4 тыс. рублей. Сотрудниками ТФОМС был проведен анализ цен, по итогам которого установлено, что в 2019 году медицинскими учреждениями заключены договоры на поставку аналогичного оборудования по цене 46 000,0 тыс. рублей (государственный контракт № 0163200000319005191_72835).

В ряде случаев договоры операционной аренды содержат условия о безвозмездной передаче (пожертвования) оборудования в собственность арендатора по истечении срока аренды: условиями более чем 30 % договоров по окончании срока действия договора аренды предусмотрена передача арендуемого оборудования в собственность медицинской организации по договору пожертвования⁶⁵.

7.3.2. В рамках ЭАМ были проанализированы данные об объемах расходования средств ОМС, направленные на ремонт и техническое обслуживание дорогостоящего оборудования на примере федеральных медицинских организаций⁶⁶.

Общая сумма расходования по ремонту и техническому обслуживанию на дорогостоящее медицинское оборудование в исследуемых медицинских организациях за 2021–2023 годах составила 147 259,0 тыс. рублей⁶⁷, в том числе: средства ОМС – 97 285,0 тыс. рублей (66,1% от всех расходов на сервисное обслуживание и ремонт оборудования), средства федерального бюджета – 43 625,5 тыс. рублей (29,6 %), средства от платной деятельности – 6 348,5 тыс. рублей (4,3 %).

65. Приложение 19 «Сведения о договорах по операционной аренде медицинского оборудования, заключенных медицинскими организациями субъектов Российской Федерации».

66. Приложение 20 «Расходы федеральных медицинских организаций на ремонт и сервисное обслуживание медицинского оборудования».

67. Данные представлены Минздравом России и ФМБА России по запросу Счетной палаты от 1 февраля 2024 г. № ЗИ02-04/276/02-04.

Следует отметить, что в анализируемом периоде на данном оборудовании медицинскими организациями оказывались в том числе платные медицинские услуги. При этом отдельными медицинскими организациями использовался доход, полученный от платной деятельности за счет использования указанного оборудования в незначительном объеме с целью покрытия расходов на ремонт и сервисное обслуживание оборудования.

Таким образом, финансовая нагрузка по обслуживанию и ремонту оборудования перекладывалась на бюджет ОМС.

Так, расходы на ремонт и сервисное обслуживание магниторезонансных томографов за 2021–2023 годы составили в общем размере 12 121,7 тыс. рублей.

Основным источником финансирования данных затрат являлись средства ОМС – 61,4 %, доля платных услуг составила только 3,7 %.

Вместе с тем доля платных услуг от общего количества проведенных исследований составила 47,8 %.

Расходы на ремонт и сервисное обслуживание маммографов за 2021–2023 годы составили в общем размере 54 368,1 тыс. рублей.

Основным источником финансирования данных затрат являлись средства ОМС – 95 %, доля платных услуг составила 0 %.

Вместе с тем доля платных услуг от общего количества проведенных исследований составила 19 %.

Таким образом, пропорциональное отнесение затрат на ремонт и сервисное обслуживание оборудования в соответствии с оказываемыми услугами может привести к экономии средств ОМС на 11 513,4 тыс. рублей, или на 17,8 % от общих затрат ОМС на указанные цели.

7.3.3. В рамках ЭАМ КСО субъектов Российской Федерации проведен выборочный анализ эффективности использования дорогостоящего медицинского оборудования, который показал значительную дифференциацию по нагрузке на медицинское оборудование в субъектах Российской Федерации и медицинских организациях внутри региона. В ряде случаев низкая нагрузка на медицинское оборудование обусловлена низкой плотностью населения. При этом также отмечаются недостатки использования оборудования, связанные с несвоевременным принятием управленческих решений, в том числе по ремонту оборудования.

Так, в Воронежской области в БУЗ «Аннинская РБ» и БУЗ «Калачеевская РБ», по данным КСО Воронежской области, установлены факты неэффективного использования трех единиц медицинского оборудования общей балансовой стоимостью 3 769,6 тыс. рублей по причине длительного простоя (от 5 месяцев до 1 года) из-за поломок.

Следует отметить, что в БУЗ «Аннинская РБ» в связи с поломкой анализатора гомеостаза АПГ2-02-П лабораторные исследования проводятся на аналогичном оборудовании (коагулометр ИВД лабораторный диагностический АПГ4-02-П). При этом на коагулометре АПГ4-02-П было проведено исследований в 22 раза больше в период поломки анализатора гомеостаза АПГ2-02-П. В ходе обследования в БУЗ «Калачеевская РБ» выявлено оборудование ацидогастрометр АГМ-05К «Гастроскан-5М» балансовой стоимостью 1 050,0 тыс. рублей, приобретенное в 2011 году за счет средств ОМС, которое находится в упакованном виде и не используется.

В Омской области в проверяемом периоде в простое по причине ремонта находились 13 единиц медицинского оборудования, в том числе 11 аппаратов КТ (от 3 дней до 15 месяцев), 2 МРТ (около 1 месяца), расходы по ремонту которых за 3 года составили 88 182,2 тыс. рублей.

Также в Челябинской области выявлены факты простоя медицинского оборудования: видеоколоноскоп ««ПЕНТАКС» не эксплуатировался в течение пяти месяцев; три видеогастроскопа EG-500 не эксплуатируются с декабря 2023 года по настоящее время.

Кроме того, в Кемеровской области в ГБУЗ «Березовская городская больница имени А.М. Назаренко» приобретенный за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС комплекс для многосуточного мониторингирования ЭКГ и АД «Кардиотехника-07» введен в эксплуатацию спустя более семи месяцев с момента его поставки в учреждение (поступил 15 ноября 2021 года, фактически введен в эксплуатацию 30 июня 2022 года).

Проблемы, связанные с эффективным использованием медицинского оборудования, приводят к рискам по ограничению доступности предоставления диагностических услуг гражданам. Так, в ряде субъектов Российской Федерации в 2021–2023 годах имелись проблемы с проведением отдельных видов диагностических исследований в сроки, установленные территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Так, в Республике Коми в соответствии с информацией, предоставленной 21 учреждением, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, по состоянию на 15 апреля 2024 года общее количество пациентов, включенных в листы ожидания на проведение четырех видов исследований (магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, ультразвуковое исследование сердца и сосудов, эндоскопические исследования) составило 2 997 человек. Из них 1 522 человека (50,8 %) ожидали проведения исследований более 14 рабочих дней, что не соответствует срокам, установленным Программой государственных гарантий⁶⁸ (не более 14 рабочих дней со дня назначения исследования, не более 7 рабочих дней – при онкологических заболеваниях).

68. Сроки установлены в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Коми, утвержденной постановлениями Правительства Республики Коми, на 2021 год – 29 декабря 2020 г. № 676, на 2022 год – 29 декабря 2021 г. № 668, на 2023 год – 26 декабря 2022 г. № 659, на 2024 год – 29 декабря 2023 г. № 640.

Таблица 5. Данные о количестве граждан, ожидающих исследования при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Наименование исследований	Количество граждан, ожидающих исследование при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (по состоянию на 15 апреля 2024 г.)		Доля граждан, ожидающих исследование более 14 дней, %
	всего	из них количество граждан, ожидающих исследование более 14 рабочих дней	
Магнитно-резонансная томография	753	407	54,1
Компьютерная томография	417	240	57,6
Ультразвуковое исследование сердца и сосудов	1 182	635	53,7
Эндоскопические исследования	645	240	37,2
Итого по Республике Коми	2 997	1 522	50,8

* Анализируются данные по 21 медицинской организации, представивших информацию.

Сроки ожидания процедур увеличиваются чаще всего при записи на магнитно-резонансную томографию (МРТ) и компьютерную томографию (КТ).

По КТ-исследованиям наблюдаются следующие причины нарушения сроков ожидания:

- частые поломки, выход из строя оборудования, в том числе по причине высокого износа (например, томограф в ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр» в г. Сыктывкаре, куда направляется значительное количество пациентов, был в неисправном состоянии десять месяцев в 2022 году и девять месяцев в 2023 году);
- в учреждениях, имеющих данное оборудование, отмечается отсутствие расходных материалов. К примеру, в ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ» имеются два компьютерных томографа, введенных в эксплуатацию в 2022 году. Вместе с тем на 15 апреля 2024 года в листе ожидания на проведение исследований в амбулаторных условиях состояло 98 человек, из них 94 человека ожидают проведения исследований более 14 дней. Среднее время ожидания исследования в I квартале 2024 года в данном учреждении составляет около одного месяца. Причиной создавшейся ситуации являются периодический недостаток количества расходных материалов для проведения КТ-исследований.

Сроки ожидания ультразвукового исследования сердца и сосудов также превышают установленные нормативы. Одной из причин длительного ожидания является недостаточное количество оборудования и потребность в обновлении имеющегося оборудования (ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника», ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3»).

Увеличение сроков ожидания эндоскопических исследований в основном обусловлено недостаточным количеством оборудования.

Необходимо также отметить, что указанное количество пациентов, включенных в листы ожидания при оказании амбулаторной помощи, не отражает полную картину имеющейся проблемы с проведением исследований. Значительное количество исследований КТ, МРТ, УЗИ (порядка 40 %) проводится в стационарных условиях. При этом объемы проведения указанных исследований не устанавливаются в территориальной программе ОМС (не регламентируется необходимое их количество) и проводятся учреждениями здравоохранения в рамках оказания стационарной помощи в соответствии с порядками оказания помощи исходя из необходимости. Также многие пациенты не включаются в лист ожидания на проведение диагностических исследований, так как, учитывая длительный период ожидания, вынужденно проходят исследования за счет собственных средств.

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

В рамках оценки экономности расходования средств ОМС при осуществлении закупок товаров, работ, услуг проведен анализ приобретения медицинскими организациями лекарственных препаратов, продуктов питания, а также анализ произведенных затрат на работу, связанную с утилизацией медицинских отходов, и установлено следующее.

7.4.1. Приобретение лекарственных препаратов для учреждений здравоохранения зачастую не соответствует потребности, что снижает экономность использования средств ОМС.

Анализ данных КСО о списании лекарственных препаратов по причине истечения срока годности показал, что основной причиной явилось списание лекарственных препаратов, приобретенных в рамках борьбы с новой коронавирусной инфекцией (Чувашская Республика, Калининградская и Челябинская области).

Также, по данным КСО Забайкальского края, Омской и Ульяновской областей, на списание лекарственных препаратов с истекшим сроком годности оказало влияние низкое качество планирования их закупки, в том числе формирование товарных запасов более чем в годовом объеме, что имеет признаки неэффективного использования средств ОМС.

В качестве примера списания дорогостоящих лекарственных препаратов с истекшим сроком годности можно привести информацию КСО Республики Алтай, в соответствии с которой в БУЗ Республики Алтай «Республиканская больница» (г. Горно-Алтайск) при заключении указанной медицинской организацией договоров с техническими заданиями, в которых не учитывался максимальный остаточный срок годности лекарственных препаратов на момент поставки, что привело к приобретению лекарственных препаратов с сокращенным сроком годности и дальнейшему их списанию (утилизации) в связи с просроченным сроком годности (например, не учитывался максимальный остаточный срок годности при приобретении противоопухолевых лекарственных препаратов для лечения пациентов с онкологическими заболеваниями Винорелбин, Эверолимус, Обинутузумаб, Пазопаниб, Олапариб, Траметиниб, Трастузумаб). Вышеизложенное свидетельствует о недостатках в принятии управленческих решений в связи с осуществлением закупки лекарств с ограниченным сроком годности при максимально возможном сроке годности.

Также, по данным КСО Челябинской области, в 2023 году ГАУЗ «ЧОКЦОиЯМ» списаны противоопухолевые препараты, применяемые при терапии злокачественных новообразований, общей стоимостью 18 942,7 тыс. рублей (616 упаковок), пришедшие в негодность вследствие нарушения температурного режима хранения. Данные лекарственные препараты приобретены за счет средств ОМС.

Необходимо отметить, что существует практический опыт наименьшего использования средств ОМС для приобретения лекарственных препаратов, который либо не имеет широкого применения, либо применяется ограниченно.

Так, в рамках ЭАМ исследована деятельность в сфере ОМС частной медицинской организации АО «Медси», по результатам которой выявлен ряд аспектов, заслуживающих внимания.

По итогам анализа процесса по управлению лекарственными препаратами и расходными материалами в АО «Медси» установлено, что учет движения и списания лекарственных препаратов и расходных материалов ведется в единой информационной системе (ЕИС) в разрезе медицинских организаций и отделений. В ЕИС имеется карта пациента с информацией о назначениях лекарственных препаратов, и с целью осуществления контроля корректности остатков лекарственных препаратов на складах и минимизации просроченных товаров проводятся регулярные выборочные инвентаризации карт пациента в части назначений, то есть фактически ведется персонифицированный учет списания лекарственных препаратов (на конкретного пациента).

Все лекарственные препараты и расходные материалы разделены на номенклатурные группы. Для каждой группы установлена норма оборачиваемости в днях, а также сроки хранения запасов на складе отделения. Ключевым показателем эффективности материально ответственного лица отделения является доля просроченных лекарственных препаратов и расходных материалов.

Поставки лекарственных препаратов и расходных материалов от контрагентов осуществляются непосредственно в медицинскую организацию (по требованию) в рамках действующих договоров (контрактов): товары приходятся на центральный склад АО «Медси» (виртуальный), откуда перемещаются на склад отделения. В среднем на большинство позиций лекарственных препаратов и расходных материалов установлен нормативный срок хранения на складе отделения – 10 дней. Это позволяет оперативно осуществлять перенаправление запасов между организациями до истечения срока их годности.

Таким образом, применение вышеуказанного процесса позволяет:

- минимизировать затраты на содержание складских помещений, высвободить площади/территории;
- минимизировать вероятность возникновения случаев просрочки лекарственных препаратов и расходных материалов и, как следствие, списание лекарственных препаратов с истекшим сроком годности.

Масштабирование положительного опыта АО «Медси» на государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения в части персонифицированного учета списания лекарственных препаратов в медицинской организации позволит вести точный учет остатков лекарственных препаратов, в том числе на уровне субъекта Российской Федерации, и их своевременное перенаправление между учреждениями до истечения срока годности, что приведет в итоге к повышению качества планирования закупок лекарств и уменьшению доли списания лекарственных препаратов с истекшим сроком годности.

Проведенным анализом формирования цены на лекарственные препараты в разрезе государственных и частных медицинских организаций установлено отсутствие существенной разницы в стоимости приобретенных лекарственных препаратов, то есть цены на лекарственные препараты не зависят от способа закупки или формы собственности медицинской организации. Также отмечаем, что в рамках исследования не установлено превышения среднероссийского уровня закупочных цен на лекарственные препараты, приобретаемые частными и государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения⁶⁹.

7.4.2. По итогам 2023 года расходы на организацию питания в медицинских учреждениях составляют в целом по Российской Федерации 3,6 % от объема расходов на оказание стационарной помощи⁷⁰, при этом диапазон значений в разрезе регионов составляет от 1,8 % в Республике Калмыкия до 8,6 % в Ненецком автономном округе (по данным органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья).

69. Приложение № 21 «Сведения о приобретении лекарственных препаратов».

70. Расходы на оказание стационарной помощи за 2023 год составили 1 267 339 136,8 тыс. рублей, на организацию питания – 46 099 638,6 тыс. рублей.

Организация питания в медицинских организациях осуществляется различными способами, например, такими как:

- содержание пищеблока за счет средств медицинской организации (медицинская организация самостоятельно организует питание на базе собственного пищеблока);
- передача на договорной основе функций по приготовлению диетических блюд внешнему исполнителю, специализирующемуся в области общественного питания и обладающему знаниями, опытом приготовления диетических блюд и (или) техническим оснащением (аутсорсинг);
- организацией питания на договорной основе занимаются сторонние специализированные организации, при этом используя пищеблок медицинской организации.

Анализ затрат медицинской организации на организацию питания являлся одной из целей ЭАМ, и при выборочном сравнительном анализе стоимости одного койко-дня на питание в стационарных условиях в медицинской организации (с учетом содержания пищеблока) к доле расходов на пищеблок (в общих расходах на питание) были установлены резервы экономии средств ОМС⁷¹.

Так, стоимость одного койко-дня на питание в стационаре (с учетом содержания пищеблока) в среднем по Российской Федерации составляет 350,8 рубля (при диапазоне от 119,9 рубля в Карачаево-Черкесской Республике до 1583,4 рубля в Ненецком автономном округе).

На стоимость койко-дня на питание (с учетом содержания пищеблока) оказывает влияние доля расходов на пищеблок (в общих расходах на питание). Так, доля расходов на пищеблок (в общих расходах на питание) в целом по Российской Федерации составляет 31 % (при диапазоне от 2 % в Кировской области до 66 % в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре). При этом доля расходов на пищеблок (в общих расходах на питание) с уровнем ниже 20 % наблюдается в тех регионах, где стоимость койко-дня (с учетом содержания пищеблока) ниже.

Например, по Центральному федеральному округу шесть субъектов Российской Федерации⁷² имеют долю расходов на пищеблок (в общих расходах на питание) менее 20 % и у данных регионов средняя стоимость одного койко-дня на питание (с учетом содержания пищеблока) составляет 281,8 рубля⁷³. При этом у девяти субъектов Российской Федерации Центрального федерального округа⁷⁴ доля расходов

71. Приложение 22 «Расходы на организацию питания в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации».

72. Владимирская область – 15 %, Калужская область – 10 %, Московская область – 7 %, Тамбовская область – 18 %, Тульская область – 5 %, Ярославская область – 16 %.

73. Владимирская область – 282,3 рубля, Калужская область – 244,6 рубля, Московская область – 357,5 рубля, Тамбовская область – 312,8 рубля, Тульская область – 242,0 рубля, Ярославская область – 251,8 рубля.

74. Не запрашивались данные у Белгородской, Брянской и Курской областей.

на пищеблок (в общих расходах на питание) выше 20 %⁷⁵ и у этих же регионов средняя стоимость одного койко-дня на питание (с учетом содержания пищеблока) составляет 310,8 рубля⁷⁶.

В Дальневосточном и Уральском федеральных округах все регионы имеют значение доли расходов на пищеблок (в общих расходах на питание в медицинской организации) выше 20 %.

Также в Сибирском федеральном округе все регионы имеют указанную долю выше 20 %, кроме Республики Алтай, где доля расходов на пищеблок составляет всего 10 %.

Указанные различия в доли расходов на пищеблок обусловлены региональными особенностями, включая транспортную доступность и протяженность регионов.

7.4.3. Одной из статей расходов медицинских организаций, в том числе за счет средств ОМС, является работа с медицинскими отходами (далее также – медотходы), которая заключается в обращении с медицинскими отходами, в том числе анатомическими, патолого-анатомическими, биохимическими, микробиологическими и физиологическими, образующимися в процессе осуществления медицинской и фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий, деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний и генно-инженерно-модифицированных организмов в медицинских целях, а также при производстве, хранении биомедицинских клеточных продуктов.

В рамках ЭАМ данные о работе с медотходами представили 75 субъектов Российской Федерации. Анализ расходов медицинских организаций на работу с медотходами в 2023 году показал, что доля затрат варьируется от 0,1⁷⁷ до 1,7 %⁷⁸ от общей суммы расходов за счет средств ОМС.

Ряд медицинских организаций осуществляют работу с медотходами не за счет средств ОМС, а за счет бюджетных средств или доходов от платных услуг.

Также в субъектах Российской Федерации наблюдается значительная дифференциация по произведенным расходам на обращение с медотходами (в расчете на один случай оказания медпомощи), что требует дополнительного анализа со стороны региональных органов власти в сфере здравоохранения.

-
- | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 75. | Воронежская область – 28 %, Ивановская область – 44 %, Костромская область – 29 %, Липецкая область – 34 %, Орловская область – 46 %, Рязанская область – 22 %, Смоленская область – 34 %, Тверская область – 41 %, г. Москва – 27 %. |
| 76. | Воронежская область – 249,7 рубля, Ивановская область – 294,4 рубля, Костромская область – 235,4 рубля, Липецкая область – 210,4 рубля, Орловская область – 349,0 рубля, Рязанская область – 138,0 рубля, Смоленская область – 335,2 рубля, Тверская область – 347,1 рубля, г. Москва – 638,4 рубля. |
| 77. | ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 10», ГБУЗ ВО Центральная поликлиника г. Владимира, СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 112», ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая станция скорой медицинской помощи имени Ю.М. Янкина», ГБУЗ «Тихорецкая ЦРБ» МЗ КК, ГБУЗ МО «Краснознаменная городская поликлиника», ГБУ РС(Я) «ССМП», ГБУЗ «САМАРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ», ГУЗ «Тепло-Огаревская ЦРБ», ГУЗ «ОКОД», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ярославской области «Клиническая больница № 3». |
| 78. | ГБУЗ ТО «Областная больница №9» (с. Вагай, Тюменская область). |

Так, в Волгоградской области по ГБУЗ «Городищенская ЦРБ» указанные расходы составляют 9,1 рубля, при этом в ГБУЗ «Нехаевская ЦРБ» расходы в 2,5 раза выше – 24,4 рубля.

Медотходы разделяются на классы по степени их эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания⁷⁹.

В 2023 году наибольшая доля расходов (55 %) на работу с медотходами в разрезе классов опасности приходится на медотходы класса А. На работу с наиболее опасными отходами класса Д 44 субъекта Российской Федерации расходы не производят.

7.5. Оценка эффективности использования медицинскими организациями имеющейся инфраструктуры

7.5.1. По результатам проведенных проверок КСО субъектов Российской Федерации отмечаются проблемы, связанные с наличием неиспользуемой инфраструктуры медицинских организаций⁸⁰ по зданиям и сооружениям, построенным до 1991 года для организации оказания медицинской помощи гражданам в населенных пунктах, численность населения в которых за последние 30 лет изменилась в меньшую сторону.

Так, в Республике Коми отмечается неиспользование нескольких этажей зданий районных больниц, а также ряд объектов в аварийном состоянии, которые также не задействованы в оказании медицинской помощи.

В Омской области, по данным КСО Омской области, не используется 231 здание медицинских организаций общей площадью 62 534,95 кв. м. Отмечено также, что расходы на содержание неиспользуемого в медицинских целях недвижимого имущества содержат признаки неэффективного использования средств ОМС.

Кроме того, по данным КСО Воронежской области, анализ объектов недвижимости (здания и земельные участки), не вовлеченных либо частично вовлеченных в хозяйственный оборот, показал, что по состоянию на 1 января 2024 года в БУЗ ВО «Аннинская РБ» не вовлечены в хозяйственный оборот здания и земельные участки балансовой стоимостью 3 019,0 тыс. рублей (0,8 % от суммы стоящих на балансе), в том числе: медицинский кабинет и здания шести фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) с земельными участками (три ФАП не используются с 2016 года, один ФАП – с 2019 года, один ФАП – с 2020 года, два ФАП – с 2021 года).

В БУЗ ВО «Калачеевская РБ» не вовлечены в хозяйственный оборот здания и земельные участки балансовой стоимостью 38 822,5 тыс. рублей (14,6 % от суммы

79. Класс «А» – это эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам или ТКО. Класс «Б» – эпидемиологически опасные отходы. Класс «В» – чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы. Класс «Г» – токсикологические опасные отходы, приближенные по составу к промышленным. Класс «Д» – радиоактивные отходы, требующие особых условий утилизации.

80. Приложение 23 «Информация контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации о неиспользуемой инфраструктуре медицинских организаций».

стоящих на балансе), в том числе: служебный многоквартирный жилой дом (с 2015 года), здание одного ФАП (с 2015 года) и здания девяти амбулаторий с земельными участками (четыре здания – с 2006 года, четыре здания – с 2019 года, одно здание – с 2024 года).

Основная причина – построены новые ФАП (пять из шести функционируют в новых зданиях) и амбулатории (девять из девяти функционируют в новых зданиях).

На содержание неиспользуемого имущества (уплата земельного налога) в анализируемом периоде, по данным КСО Воронежской области, использовано 287,5 тыс. рублей средств ОМС (в БУЗ ВО «Аннинская РБ» – 21,5 тыс. рублей, в БУЗ ВО «Калачеевская РБ» – 266,0 тыс. рублей), что не отвечает принципу эффективности использования бюджетных средств, установленному статьей 34 Бюджетного кодекса Российской Федерации.

На момент проведения ЭАМ неиспользуемые объекты в муниципальную собственность не переданы и не списаны.

По данным КСО Челябинской области, на земельных участках медицинского учреждения ГАУЗ «ЧОКЦОиЯМ» расположен объект капитального строения (трансформаторная подстанция), принадлежащий ПАО «Россети Урал». Уплата земельного налога производится за счет средств ОМС, в связи с тем, что не определены границы земельного участка с учетом не принадлежащего учреждению здравоохранения объекта, то есть отсутствует экономность затрат на уплату земельного налога за счет средств ОМС.

Вместе с тем в отчетах КСО отмечается, что руководством медицинских организаций и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации принимаются попытки передать неиспользуемые здания и сооружения на баланс органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере имущественных отношений, но в большинстве случаев неиспользуемая инфраструктура остается на балансе медицинских организаций и формирует неэффективные расходы бюджета ОМС.

В рамках исследования проведен анализ инфраструктуры (в части зданий на примере 560 медицинских организаций) в разрезе видов медицинских организаций⁸¹.

При анализе количества квадратных метров зданий, приходящихся на одного человека из прикрепленного населения в 2023 году, использовалась следующая формула: $\text{Общая площадь зданий, находящихся в оперативном управлении} + \text{Общая площадь зданий, находящихся в безвозмездном пользовании} - \text{Общая площадь зданий, сдаваемых в аренду} / \text{Количество прикрепленного населения}$.

По АПП данный показатель варьируется от 0,06 кв. м (ГБУЗ Самарской области «Самарская городская консультативно-диагностическая поликлиника № 14» (Самарская область), ОГБУЗ «Поликлиника № 2» (Смоленская область), БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 1», «Поликлиника

81. Приложение № 24 «Сведения по инфраструктуре медицинских организаций субъектов Российской Федерации».

для взрослого населения», ул. Студенческая, 18 (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра) до 0,88 кв. м (ГБУЗ «ДПП № 42 ДЗМ» г. Москвы).

По городским (областным / республиканским / краевым) больницам данный показатель находится в диапазоне от 0,02 кв. м (ГАУ РС(Я) «Якутская городская больница № 3» (Республика Саха (Якутия) до 3,78 кв. м (ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница имени Е.Е. Волосевич» (Архангельская область).

По станциям скорой медицинской помощи данный показатель варьируется от 0,01 кв. м (ГБУЗ ПК «Пермская станция скорой медицинской помощи» (Пермский край), ГБУ «РЦМК И СМП» (Республика Ингушетия), ГБУЗ РМ «Станция скорой медицинской помощи» (Республика Мордовия), ГБУЗ СО «ССМП» (Свердловская область), ОГАУЗ «ССМП» (Томская область) до 0,02 кв. м (ГБУЗ МО «Московская областная станция скорой медицинской помощи» (Московская область), ГОБУЗ «Мурманская областная станция скорой медицинской помощи» (Мурманская область), КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Владивостока» (Приморский край), ГБУЗ ЯНАО «Новоуренгойская станция скорой медицинской помощи» (Ямало-Ненецкий автономный округ).

По ЦРБ данный показатель находится в диапазоне от 0,07 кв. м (ГБУЗ ЛО «Волховская МБ» (Ленинградская область) до 2,94 кв. м (КГБУЗ «Ольгинская центральная районная больница» (Приморский край).

Вместе с тем существует практика использования зданий медицинских организаций путем сдачи в аренду. Однако в исследуемых медицинских организациях общая площадь зданий, сдаваемых в аренду, незначительна и составляет 84 032,58 кв. м, или 1,25 % от общей площади исследуемых зданий, находящихся в оперативном управлении.

8. Выводы

Проведенным анализом установлена недостаточная эффективность использования средств ОМС медицинскими организациями, которая может быть повышена за счет увеличения результативности и экономности.

8.1. Результативность использования средств ОМС характеризуется выполнением нормативов объемов медицинской помощи и достижением показателей качества и доступности медицинской помощи, которые имеют существенную дифференциацию между медицинскими организациями.

По итогам ЭАМ установлено, что результативность использования средств ОМС может быть увеличена за счет расширения практики установления показателей результативности для медицинских организаций, повышения прозрачности системы финансового стимулирования медицинских работников и снижения их трудозатрат на выполнение немедицинских функций, а также посредством повышения качества управления финансово-хозяйственной деятельностью медицинских организаций и распределением средств ОМС.

8.1.1. Отдельные показатели результативности деятельности медицинских организаций в амбулаторных условиях определены методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи. При достижении значений показателей результативности деятельности медицинским организациям предоставляется дополнительное финансирование.

Ввиду отсутствия соответствующих требований или методических рекомендаций для медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь в стационарных условиях, показатели результативности деятельности на федеральном уровне не установлены.

Вместе с тем анализ показал, что в отдельных субъектах Российской Федерации целевые показатели результативности для медицинских организаций в стационарных условиях устанавливаются на региональном уровне, но при этом результаты не используются как инструмент влияния на объемы финансирования медицинских организаций.

Это приводит к отсутствию стимулов к эффективному использованию бюджетных средств медицинскими организациями, что, в свою очередь, может привести к увеличению финансового обеспечения по распределенным плановым объемам медицинской помощи для отдельных медицинских организаций в целях недопущения образования просроченной кредиторской задолженности.

Так, в отдельных медицинских организациях (37,5 % от исследуемых) наблюдается снижение на протяжении 2022–2023 годов объемов оказанной медицинской помощи (случаев госпитализации) при росте финансового обеспечения организации оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

8.1.2. Статистический учет данных о выполнении медицинскими работниками немедицинских функций не предусмотрен. Анализ экспертных оценок, представленных органами исполнительной власти отдельных субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, показал, что во всех регионах, представивших данные, медицинские работники выполняют немедицинские функции, однако значение доли таких трудозатрат значительно разнится по регионам – от 2 до 50 % (при среднем значении 18,4 %).

Исходя из предполагаемых значений, что врачи тратят 18,4 % своего рабочего времени на выполнение немедицинских функций, стоимость времени работы врачей на выполнение указанных функций оценивается в 179 044,5 млн рублей средств ОМС.

8.1.3. В исследуемом периоде оплата труда работников медицинских организаций осуществлялась на основе принципов эффективного контракта. Одной из основных функций эффективного контракта является мотивация работников к повышению результативности деятельности.

Анализ положений по оплате труда 185 медицинских организаций из 50 субъектов Российской Федерации показал значительную дифференциацию к установлению систем оплаты труда как между регионами Российской Федерации, так и внутри них.

Так, внутри регионов существенно отличаются критерии оценки эффективности, их количество и размер в медицинских организациях одного типа. Зачастую отсутствуют четкие критерии, на основании которых можно однозначно определить размеры стимулирующих выплат, то есть выплаты имеют субъективный характер.

8.1.4. Одним из главных показателей результативности деятельности медицинских организаций является достижение целевых значений по уровню заработной платы медицинских работников.

В 2023 году сохранение соотношения заработной платы к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в регионе по врачам – 200 %, по СМП – 100 % в соответствии с Указом № 597 обеспечивалось с учетом доли средств ОМС в фонде оплаты врачей 79,8 %, СМП – 83 %.

Вместе с тем анализ структуры заработной платы исследуемых медицинских организаций показал, что в ЦРБ и станциях скорой медицинской помощи выполнение плановых значений по уровню заработной платы медицинских работников в значительной степени (от 95 до 98,5 %) осуществляется за счет средств ОМС.

Это связано с отсутствием равных возможностей по осуществлению платной деятельности в медицинских организациях разных типов и территориального расположения и приводит к существенной диспропорции по уровню заработной платы медицинских работников.

8.2. В рамках ЭАМ выявлены резервы для повышения экономности использования средств ОМС медицинскими организациями.

8.2.1. Согласно экспертной оценке регионов, 3,4 % от общей численности СМП, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, заняты в подразделениях, отвечающих за выполнение немедицинских функций (регистратура и архив). Оценочно по Российской Федерации численность таких СМП в 2023 году составила 17 139 человек.

При этом имеется положительный опыт отдельных медицинских организаций, привлекающий для данного вида работ немедицинский персонал (СЗП которого ниже заработной платы СМП).

8.2.2. В 5,6 % исследуемых государственных медицинских организаций ФОТ АУП и прочего персонала в общем ФОТ медицинских организаций превышает долю 40 %, предусмотренную Едиными рекомендациями по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений, ежегодно разрабатываемыми трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений. Потенциальная экономия за счет сокращения объема ФОТ АУП, превышающего 40 % общего ФОТ медицинских организаций, составит 318 701,6 тыс. рублей ежегодно.

8.2.3. Законодательством установлены ограничения по расходованию средств ОМС на приобретение оборудования – до 100 тыс. рублей за единицу⁸² или до 1 млн рублей в лизинг при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности.

Вместе с тем анализ показал, что часть медицинских организаций заключает договоры аренды дорогостоящего медицинского оборудования (стоимость единицы оборудования превышает 1 млн рублей).

Так, по итогам 2023 года медицинскими организациями за счет средств ОМС заключено 22 договора операционной аренды оборудования на общую сумму 98,7 млн рублей.

При этом условиями более чем 30 % договоров по окончании срока действия договора аренды предусмотрена передача арендуемого оборудования в собственность медицинской организации по договору пожертвования.

8.2.4. Общая сумма расходования средств ОМС по сервисному обслуживанию и ремонту дорогостоящего медицинского оборудования в исследуемых федеральных медицинских организациях за 2021–2023 годы составила 97 285,0 тыс. рублей, или 66,1 % расходов по всем источникам на сервисное обслуживание и ремонт оборудования. Вместе с тем анализ показал, что отдельными федеральными медицинскими организациями не соблюдалось соотношение по источникам

82. С 2024 года до 400 тыс. рублей за единицу.

финансового обеспечения данных расходов, ввиду того, что на указанном оборудовании оказывались платные услуги, а расходы на сервисное обслуживание и ремонт в основном производились за счет средств ОМС.

В случае пропорционального отнесения указанных затрат потенциальная экономия средств ОМС может составить 17,8 % общих затрат ОМС на сервисное обслуживание и ремонт оборудования.

8.2.5. В 2023 году объем списанных лекарственных препаратов составил 12 387,4 млн рублей. Факты списания лекарственных препаратов с истекшим сроком годности в ряде случаев могут свидетельствовать о неэффективном планировании их закупок и, как следствие, недостижении цели их приобретения за счет средств ОМС.

Анализ положительного опыта отдельных медицинских учреждений по планированию и приобретению лекарственных препаратов показал, что при внедрении в деятельность медицинской организации систем учета и планирования лекарственных препаратов их списание по причине истечения срока годности практически отсутствует.

8.2.6. По итогам 2023 года расходы на организацию питания в медицинских организациях составляют в целом по Российской Федерации 46 099,6 млн рублей, или 3,6 % расходов ОМС на стационарную медицинскую помощь, и варьируются от 1,8 % в Республике Калмыкия до 8,6 % в Ненецком автономном округе, что связано с географическим и социально-экономическим различием регионов. Указанная дифференциация в том числе обусловлена используемой моделью организации питания (с задействованием пищеблока и без него).

8.2.7. На оплату коммунальных услуг и работ по содержанию имущества ежегодно расходуется 5 % средств ОМС. Вместе с тем анализ показал, что показатель количества квадратных метров зданий, приходящихся на одного человека из прикрепленного населения, существенно дифференцирован между медицинскими организациями одного вида в различных субъектах Российской Федерации. При этом норматив площади зданий для медицинских организаций не установлен.

КСО субъектов Российской Федерации по результатам проверок отмечают проблемы, связанные с наличием неиспользуемой инфраструктуры, а также с попыткой передать неиспользуемые объекты инфраструктуры в региональные органы исполнительной власти в сфере имущественных отношений.

9. Предложения (рекомендации)

9.1. Направить информационное письмо в Министерство здравоохранения Российской Федерации с предложением внести изменения в приказ № 108н в части введения ограничений по размеру операционной аренды оборудования на одну единицу оборудования.

9.2. Направить информационное письмо в ФОМС с предложением при проведении проверок медицинских организаций включать вопросы, связанные с пропорциональностью отнесения объема затрат медицинских организаций в разрезе источников финансового обеспечения, в том числе на ремонт и сервисное обслуживание оборудования.

9.3. Направить информационные письма исполнительным органам субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья с предложениями при проведении проверок медицинских организаций включать следующие вопросы:

- обоснованности объема закупаемых лекарственных препаратов с учетом реальной потребности медицинской организации и сроков годности лекарственных препаратов;
- об установлении предельной доли расходов на оплату труда АУП с учетом Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений, ежегодно разрабатываемых трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений.

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

