

Из решения Коллегии Счетной палаты Российской Федерации от 11 ноября 2011 года № 55К (822) «О результатах контрольного мероприятия «Аудит эффективности оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации за 2008-2010 годы и истекший период 2011 года совместно с контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации»:

Утвердить отчет о результатах контрольного мероприятия.

Направить представление Счетной палаты Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации с приложением отчета о результатах контрольного мероприятия.

Направить информационное письмо Председателю Правительства Российской Федерации В.В. Путину с приложением отчета.

Направить отчет о результатах контрольного мероприятия и информацию об основных итогах контрольного мероприятия в Совет Федерации и Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации, полномочным представителям Президента Российской Федерации в федеральных округах, в контрольно-счетные органы субъектов Российской Федерации.

ОТЧЕТ

о результатах контрольного мероприятия «Аудит эффективности оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации за 2008-2010 годы и истекший период 2011 года совместно с контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации»

Основание для проведения контрольного мероприятия: пункты 2.2.1.3.1, 2.2.1.3.1.1, 2.2.1.3.1.2, 2.2.1.3.1.3, 2.2.1.3.1.4, 2.2.1.3.1.5, 2.2.1.3.1.6, 2.2.1.3.1.7, 2.2.1.3.1.8, 2.2.1.3.1.9, 2.2.1.3.1.10, 2.2.1.3.1.11, 2.2.1.3.1.12, 2.2.1.3.1.13, 2.2.1.3.1.14, 2.2.1.3.1.15, 2.2.1.3.1.20, 2.2.1.3.1.21, 2.2.1.3.1.22 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2011 год.

Предмет контрольного мероприятия

Документы, обосновывающие выделение и подтверждающие использование средств федерального бюджета на финансирование оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации за 2008-2010 годы и истекший период 2011 года.

Нормативные правовые акты, регламентирующие вопросы оказания высокотехнологичной медицинской помощи, распорядительные документы, обосновывающие операции со средствами федерального бюджета, платежные и иные первичные документы, бухгалтерская отчетность, подтверждающая совершение операций со средствами федерального бюджета.

Федеральные формы государственного статистического наблюдения, отраслевые отчетные данные и данные мониторинга по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.

Объекты контрольного мероприятия

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (по запросу); Российская академия медицинских наук (по запросу); Федеральное медико-биологическое агентство (по запросу); федеральное государственное учреждение «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» (г. Москва); учреждение Российской академии медицинских наук «Гематологический научный центр РАМН» (г. Москва), комитет по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга, федеральное государственное учреждение «Российский ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» (г. Санкт-Петербург), Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная больница № 2» (г. Санкт-Петербург), Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Детская городская больница № 1» (г. Санкт-Петербург), министерство здравоохранения Нижегородской области, федеральное государственное учреждение «Приволжский окружной медицинский центр» (г. Нижний Новгород, Нижегородская область), государственное учреждение «Специализированная кардиохирургическая клиническая больница» (г. Нижний Новгород, Нижегородская область), государственное учреждение здравоохранения «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», министерство здравоохранения Астраханской области, федеральное государственное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» (г. Астрахань, Астраханская область), государственное учреждение здравоохранения «Александро-Мариинская областная клиническая больница» (г. Астрахань, Астраханская область), муниципальное учреждение здравоохранения «Клинический родильный дом» (г. Астрахань, Астраханская область).

Срок проведения контрольного мероприятия: с 26 октября 2010 года по 28 октября 2011 года.

Цель контрольного мероприятия

Проверка эффективности использования средств федерального бюджета, выделенных на обеспечение доступности и удовлетворение потребности граждан в необходимой по объему и профилю качественной высокотехнологичной медицинской помощи за 2008-2010 годы и истекший период 2011 года.

1. Анализ нормативных правовых и распорядительных документов, регламентирующих оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации за 2008-2010 годы и истекший период 2011 года.

Критерий оценки эффективности:

- полнота и своевременность принятия нормативных правовых актов, регулирующих вопросы формирования, финансирования и выполнения государственного задания по предоставлению гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи за 2008-2010 годы и истекший период 2011 года за счет средств федерального бюджета.

2. Анализ полноты поступления, целевого и эффективного использования средств, направленных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации за 2008-2010 годы и истекший период 2011 года, выполнение нормативов финансовых затрат, достаточность финансового обеспечения на покрытие расходов медицинской организации по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.

Критерий оценки эффективности:

- достаточность бюджетного финансирования для выполнения государственного задания по предоставлению гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи.

3. Анализ формирования и исполнения заявок на высокотехнологичную медицинскую помощь, выполнения государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, сроков ожидания высокотехнологичной медицинской помощи. Анализ случаев необходимости проведения повторного обследования и дообследования пациентов при поступлении в медицинские учреждения на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Утверждение стандартов высокотехнологичной медицинской помощи и их соблюдение медицинскими учреждениями.

Критерий оценки эффективности:

- доступность получения гражданами качественной высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских учреждениях.

4. Анализ материально-технического и кадрового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи.

Критерий оценки эффективности:

- обеспеченность медицинских учреждений необходимыми материально-техническими и кадровыми ресурсами для оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

5. Организация учета, отчетности, мониторинга и контроля оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации за 2008-2010 годы и истекший период 2011 года.

Критерий оценки эффективности:

- функционирование системы управления и контроля доступности и качества оказываемой гражданам высокотехнологичной медицинской помощи.

Проверяемый период деятельности: 2008-2010 годы и истекший период 2011 года.

Краткая характеристика проверяемой сферы формирования и использования государственных средств и деятельности объектов проверки

Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов (протокол № 2 от 21 декабря 2005 года) утверждены основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье», который включает в себя направление «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью».

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-І к полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан относится формирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) гражданам Российской Федерации в медицинских организациях в порядке, определяемом уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти (далее - Государственное задание).

Общий объем финансирования Государственного задания на 2006-2007 годы составил 27,4 млрд. рублей, общее количество пролеченных за 2 года больных составило 303 тыс. человек.

В реализации Государственного задания на 2006-2007 годы участвовало 93 федеральных медицинских учреждения и 73 региональных и муниципальных учреждения здравоохранения.

С 2008 года планирование и реализация мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, в том числе в части обеспечения доступности ВМП, осуществляются в рамках ежегодно утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации сетевых графиков мероприятий по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и мероприятий по демографической политике (далее - Сетевые графики).

Фактический общий объем финансирования Государственного задания на 2008-2010 годы составил 91,9 млрд. рублей, в 2011 году предусматривалось финансирование в объеме 44,7 млрд. рублей. Количество пролеченных больных за период 2008-2010 годов составило 759,8 тыс. человек, в 2011 году планировалось пролечить больных в количестве 322,8 тыс. человек.

Параметры реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения (далее - ПНП «Здоровье») по оказанию гражданам Российской Федерации ВМП на период до 2012 года утверждены Правительством Российской Федерации 9 июня 2010 года № ВП-П13-4019 в рамках карты проекта «Сохранение и укрепление здоровья населения, развитие здравоохранения».

Основной целью проекта является повышение удовлетворенности потребности населения в оказании ВМП с 60 % в 2009 году до 80 % в 2012 году. В число основных задач входит:

- увеличение средних расходов федерального бюджета на одного гражданина, которому оказана ВМП, со 119,6 тыс. рублей в 2009 году до 125,5 тыс. рублей в 2012 году;

- увеличение обеспеченности ВМП (число граждан, которым оказана ВМП, на 100 тыс. населения) со 179,6 человека в 2009 году до 215,3 человека в 2012 году.

В реализации Государственного задания в 2010 году приняло участие 112 федеральных медицинских учреждений и 122 региональных и муниципальных учреждения здравоохранения.

В целях модернизации материально-технической базы федеральных медицинских учреждений, подведомственных Минздравсоцразвития России, Федеральному медико-биологическому агентству, а также Российской академии медицинских наук, и внедрения новых медицинских технологий, обеспечивающих оказание ВМП, за счет средств федерального бюджета в 2008-2009 годах произведена закупка дорогостоящего медицинского оборудования на общую сумму 12,8 млрд. рублей.

Приказами Минздравсоцразвития России утверждено 20 профилей оказания ВМП (с 2011 года - 21 профиль), в том числе: абдоминальная хирургия, гастроэнтерология, гематология, нейрохирургия, онкология, сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, трансплантация и другие, определены виды ВМП, оказываемые в разрезе каждого профиля, а с 2011 года установлены коды по МКБ-10, модель пациента и вид лечения.

Финансовое обеспечение оказания ВМП в федеральных медицинских учреждениях, подведомственных Минздравсоцразвития России, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук, составляет около 90 % от общего объема финансирования Государственного задания за счет средств федерального бюджета.

Учреждения здравоохранения, имеющие лицензии на осуществление медицинской деятельности по оказанию ВМП и находящиеся в ведении субъектов Российской Федерации, оказывают населению высокотехнологичную медицинскую помощь как за счет субсидий из федерального бюджета, предоставляемых субъектам Российской Федерации на условиях софинансирования Государственного задания, так и за счет ассигнований из региональных бюджетов.

С 2010 года в медицинских организациях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, ВМП оказывается в соответствии с Государственным заданием, сформированным и утвержденным в порядке, установленном высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

Вышеназванные учреждения здравоохранения, независимо от ведомственной принадлежности, оказывают гражданам ВМП не только за счет бюджетных средств, но и на договорной (платной) основе с юридическими и физическими лицами.

Формирование планового Государственного задания в разрезе профилей и медицинских учреждений осуществляется Минздравсоцразвития России на основании заявок органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, с учетом возможностей медицинских учреждений, участвующих в оказании ВМП, предоставляемой по форме и в сроки, установленные соответствующим приказом Минздравсоцразвития России.

В 2009 году удовлетворение заявок субъектов Российской Федерации в целом по России составило 89,4 %, в 2010 году - 87,1 %. Наибольшая потребность заявляется субъектами Российской Федерации по следующим профилям ВМП: «сердечно-сосудистая хирургия» - свыше 20 % от общего объема заявки, «онкология» - около 20 %, «травматология и ортопедия» - около 15 % и «офтальмология» - около 10 процентов.

Нормативы финансовых затрат (далее - НФЗ) на оказание ВМП установлены Минздравсоцразвития России для каждого профиля ВМП, а также для каждого вида ВМП (в 2010 году - 136 видов). С 2007 года базовая стоимость нормативов финансовых затрат по профилям ВМП не пересматривалась, а медико-экономическое обоснование определения стоимости НФЗ отсутствует. С 2009 года для наиболее затратных видов ВМП, в которых стоимость расходных материалов, используемых при оказании ВМП, значительно превышает размер базового НФЗ для данного профиля, установлены, на основании расчетов, более высокие нормативы финансовых затрат.

Норматив финансовых затрат на одного пролеченного больного не является полным и включает в себя следующие основные расходы (процентное распределение зависит от вида ВМП):

- на оплату труда работников с учетом начисления на заработную плату - от 2 % до 30 % (не более);
- на приобретение медикаментов, расходных материалов, включая оплату дорогостоящих расходных материалов, других изделий медицинского назначения, вживляемых в организм человека, и т.д., предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи, утверждаемыми Минздравсоцразвития России, - от 60 % до 97 % (не менее);
- на приобретение, техническое обеспечение и ремонт медицинской техники, используемой при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, - от 1 % до 10 % (не более).

Структура расходов норматива финансовых затрат для медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации отличается от структуры, утвержденной для федеральных медицинских учреждений (20 % - на оплату труда и 80 % - на приобретение медикаментов) и не включает в себя расходы на приобретение, техническое обеспечение и ремонт медицинской техники, используемой при оказании высокотехнологичной медицинской помощи.

Базовый норматив финансовых затрат в 2010 году в зависимости от профиля ВМП составлял от 17,6 тыс. рублей (офтальмология) до 808,5 тыс. рублей (трансплантация), а в зависимости от вида ВМП - в пределах одного профиля, например, «нейрохирургия» - 157,2 тыс. рублей, «нейрохирургия/1» - 920,7 тыс. рублей, «нейрохирургия/2» - 753,4 тыс. рублей и «нейрохирургия/3» - 1085,6 тыс. рублей.

Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 1 января 2015 года предусматривается осуществлять финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Исследование вопросов организации оказания ВМП гражданам Российской Федерации и расходования государственных средств, выделенных на эти цели в 2008-2011 годах, проведены Счетной палатой Российской Федерации и контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации в 2011 году на основе единой методики. По результатам исследования подготовлены выводы и соответствующие рекомендации, которые могут способствовать повышению эффективности расходования бюджетных средств, выделяемых на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

Результаты контрольного мероприятия

Введение

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан определено, что высокотехнологичная медицинская помощь относится к специализированной медицинской помощи (далее - СМП), которая оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Функционирование системы оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации регулярно обеспечивалось принятием нормативных правовых актов, позволяющих формировать отчетность и осуществлять контроль за реализацией Государственного задания, способствовать прозрачности использования финансовых ресурсов и прочее. Однако в ходе проведения аудита эффективности выявлен ряд проблем и недостатков действующей системы, влияющих на обеспечение доступности в получении гражданами Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи.

Счетная палата Российской Федерации и контрольно-счетные органы более чем 20 субъектов Российской Федерации подробно исследовали уровень организации оказания ВМП жителям регионов за счет бюджетных ассигнований из федерального и регионального бюджетов, а также за счет других источников финансирования, включая платные услуги. Изучены принципы

взаимодействия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения с Минздравсоцразвития России, возможности медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации в оказании ВМП, их кадровые и материально-технические ресурсы. Особое место в исследованиях заняли процедуры формирования потребности жителей субъектов Российской Федерации в оказании ВМП и регистров больных по профилям ВМП, вопросы своевременности направления граждан на госпитализацию в федеральные медицинские учреждения и результаты оказанной им ВМП. В поле зрения исследователей находилась деятельность органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения по организации необходимой гражданам реабилитации после оказания ВМП. Ряд контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации уделили большое внимание результатам самостоятельно организованных социологических опросов граждан, подготовили отчеты с выводами и рекомендациями с учетом информации, полученной от граждан.

Результаты проведенного аудита эффективности оказания высокотехнологичной медицинской помощи, других контрольных и экспертно-аналитических мероприятий Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации позволяют судить о том, что обозначенные в обеспечении доступности высокотехнологичной медицинской помощи проблемы тесно перекликаются с проблемами, присущими в целом при обеспечении граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

В рассматриваемом в 2011 году проекте федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» расширяется понятие ВМП и указывается, что высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых, сложных и (или) уникальных, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, включая клеточные технологии, роботизированную технику, информационные технологии и методы генной инженерии, разработанные на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

В проект федерального закона предусматривается внести ряд положений, уточняющих порядок принятия решений об утверждении перечня видов ВМП и медицинских организаций, оказывающих ВМП, финансового обеспечения оказания ВМП, направления граждан для оказания ВМП в медицинских организациях и некоторые другие вопросы.

Принятие федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» повлечет за собой необходимость совершенствования Правительством Российской Федерации, федеральными министерствами и ведомствами, высшими исполнительными органами субъектов Российской Федерации действующей нормативной правовой базы в целях повышения доступ-

ности и качества оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

Формирование Государственного задания

Правила формирования Государственного задания утверждались в 2008 году Правительством Российской Федерации. С 2009 года формирование Государственного задания осуществляется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Порядок формирования Государственного задания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета ежегодно утверждается приказом Минздравсоцразвития России. Государственное задание устанавливает:

- гарантированный объем высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, ежегодно утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации;

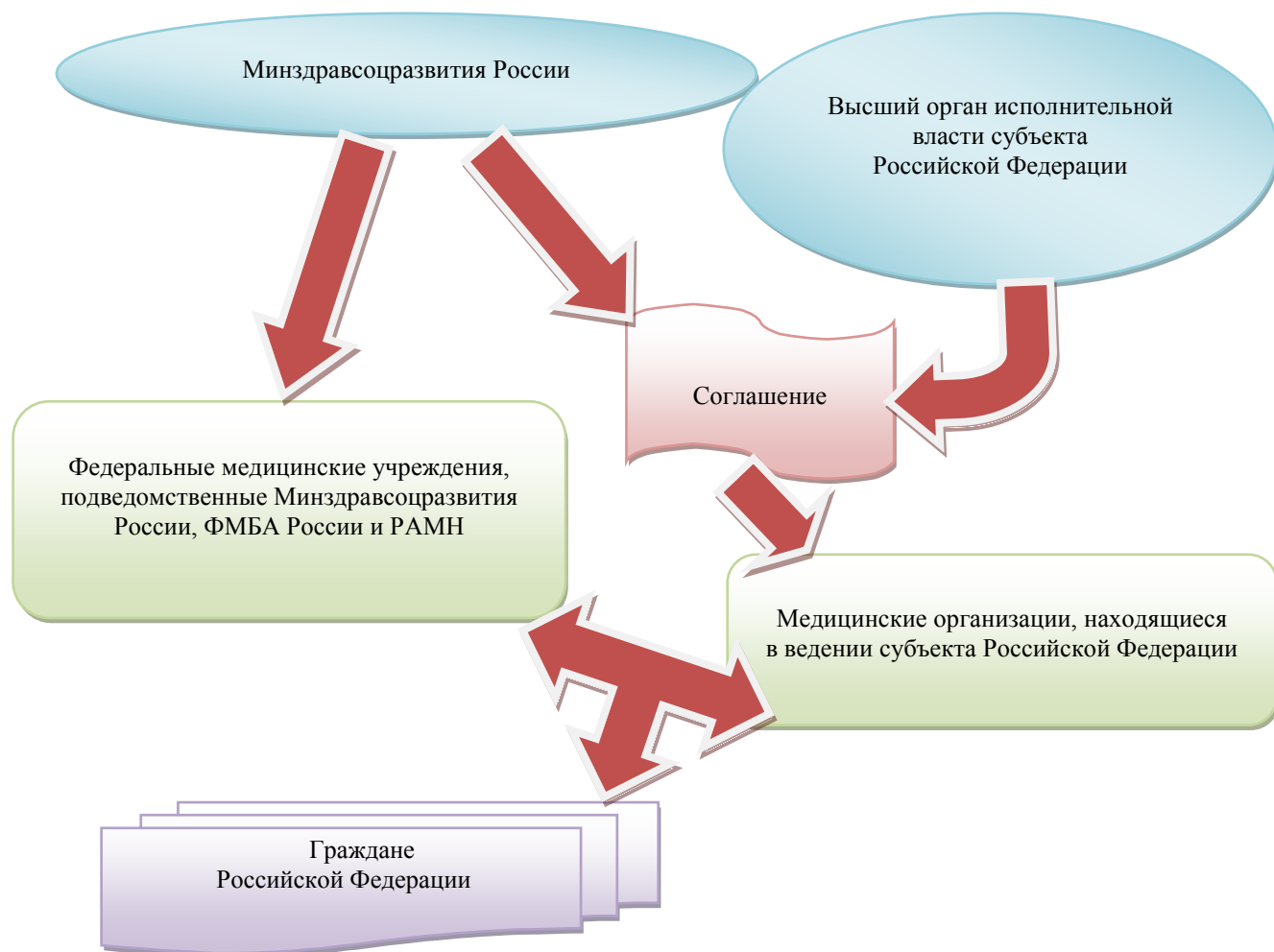
- профили и виды высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках Государственного задания;

- распределение плановых объемов высокотехнологичной медицинской помощи в виде показателей по числу пролеченных больных по профилям ВМП федеральным бюджетным медицинским учреждениям, участвующим в выполнении Государственного задания (в 2008 и 2009 годах распределялось также медицинским учреждениям, находящимся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, расположенных на их территории, что являлось в 2009 году нарушением статьи 69.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации);

- нормативы финансовых затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям.

Постановлениями Правительства Российской Федерации ежегодно утверждаются правила, которыми устанавливаются порядок и условия предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации. С 2010 года субсидии предоставляются на софинансирование Государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, которое формируется в порядке, установленном высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации. Предоставление субсидии осуществляется Минздравсоцразвития России при выполнении высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации определенных условий, которые указываются в заключаемом сторонами соглашении согласно форме, утвержденной Минздравсоцразвития России.

Схема взаимодействия органов исполнительной власти и учреждений здравоохранения при формировании Государственного задания



Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации, определено, что за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации. С 2010 года указанная медицинская помощь рассматривается как дополнительная к Государственному заданию, сформированному в порядке, определяемом Минздравсоцразвития России.

Согласно приказам Минздравсоцразвития России Государственное задание формируется на основании и с учетом:

- заявленной органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения потребности населения субъектов Российской Федерации в оказании высокотехнологичной медицинской помощи;
- мощности федеральных учреждений здравоохранения (в 2008 и 2009 годах - с учетом медицинских учреждений субъектов Российской Федерации), участвующих в выполнении Государственного задания;

- нормативов финансовых затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи;
- бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете в очередном году на эти цели.

Показатели программы реализации ПНП «Здоровье» по оказанию гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи на 2009-2012 годы рассматривались на заседании Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике в декабре 2008 года, утверждены Правительством Российской Федерации в рамках карты проекта «Сохранение и укрепление здоровья населения, развитие здравоохранения» в 2010 году, а также включены в Сетевые графики Минздравсоцразвития России. Плановые и фактические данные по отдельным показателям представлены в таблице:

	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Удовлетворенность потребности населения в ВМП (план)*, %	45,0	60,0	70,0	76,0	80,0
Число граждан, которым оказана ВМП (план)*, тыс. чел.	197,5	227,0	274,0	294,0	335,0
Число граждан, которым оказана ВМП (факт)**, тыс. чел.	215,5	254,6	289,7	322,8****	
Расчетная потребность в ВМП***, тыс. чел.	438,9	378,3	391,4	386,8	418,8
Фактически достигнутый уровень удовлетворенности к расчетной потребности, %	49,1	67,3	74,0	83,4	
Потребность в ВМП, согласно заявкам субъектов Российской Федерации****, тыс. чел.	236,5	286,0	333,0	388,1	
Удовлетворенность потребности населения в ВМП, согласно заявкам субъектов Российской Федерации, %	91,1	89,0	87,0	83,2	

* Согласно данным, представленным на Совет при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике.

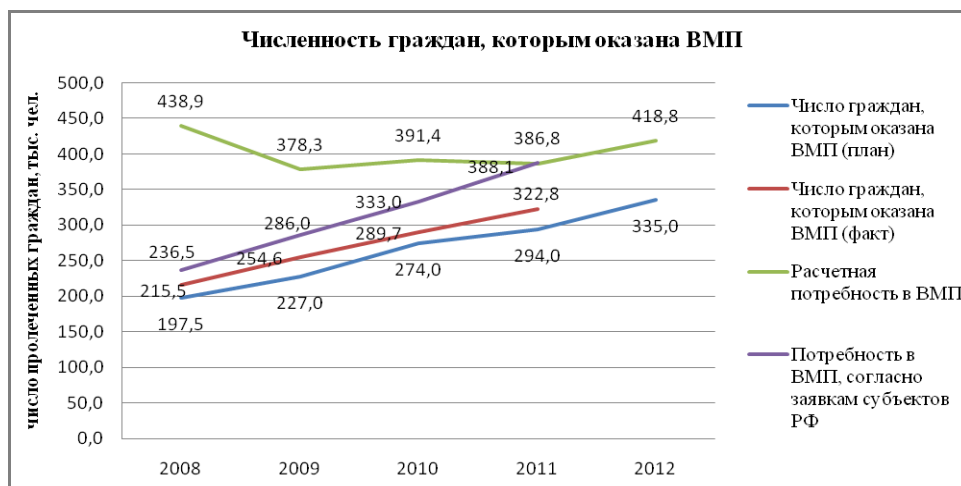
** Согласно данным Минздравсоцразвития России, число пролеченных больных.

*** Расчет произведен на основе данных о планируемом числе граждан, которым оказана ВМП, и соответствующему проценту удовлетворенности потребности населения в ВМП.

**** На основе данных о плановых объемах ВМП согласно приказам Минздравсоцразвития России и соглашений, заключенных с высшими органами власти субъектов Российской Федерации по состоянию на 1 ноября 2011 года.

***** Потребность с 2010 года указывается с учетом объемов оказания ВМП в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации на условиях софинансирования в соответствии с заключенными соглашениями.

Следует отметить, что данные о численности граждан, которым оказана ВМП, и показатель удовлетворенности потребности населения в оказании ВМП неоднократно корректировались, но их значения, указанные в различных документах, отличались незначительно.



Анализ представленных данных свидетельствует, что расчетная потребность в оказании ВМП на 2008-2012 годы не имеет четко выраженного тренда и направления. В то же время заявляемая субъектами Российской Федерации потребность в высокотехнологичной медицинской помощи ежегодно увеличивается, а уровень удовлетворения заявок снижается.



В соответствии с учетной формой № 1-ОУЗ-3, утверждаемой приказами Минздравсоцразвития России, заявка субъекта Российской Федерации на оказание ВМП по Государственному заданию (далее - заявка) формируется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и подлежит передаче в Минздравсоцразвития России на бумажных носителях и (или) в электронном виде ежегодно не позднее сентября года, предшествующего плановому периоду.

В заявках на 2008 и 2009 годы учитывалась общая потребность субъектов Российской Федерации в объемах оказания ВМП независимо от организационно-правового уровня подчиненности медицинского учреждения, в заявках на 2010 и 2011 годы указывалась потребность в оказании ВМП только в федеральных медицинских учреждениях.

Процедура согласования объемов оказания ВМП в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации проводилась отдельно.

Минздравсоцразвития России совместно с представителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения ежегодно рассматривались заявки регионов с учетом размещения федеральных медицинских учреждений, их технологических возможностей и перечня оказываемых ими видов ВМП.

Первоначальные заявки субъектов Российской Федерации корректировались по результатам совместных совещаний на основе итогов реализации Государственного задания в текущем году, финансовых возможностей по формированию

Государственного задания на следующий год, мощности медицинских учреждений по оказанию ВМП.

В ходе аудита установлено, что органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации заявки на оказание ВМП на 2010 и 2011 годы размещали в электронном виде в программно-аппаратном комплексе на сайте Минздравсоцразвития России.

Оценить выполнение сроков представления и объемов первоначальных заявок в электронном виде не представляется возможным в связи с тем, что в информационно-аналитической системе Минздравсоцразвития России «Подсистема мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета» (далее - Подсистема мониторинга) указаны даты утверждения окончательных (после корректировки) заявок органов управления здравоохранением субъекта Российской Федерации на оказание ВМП.

Выборочная проверка заявок субъектов Российской Федерации, представленных в электронном виде, показала, что окончательные заявки органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации на оказание ВМП в 2011 году были утверждены в основном 1 декабря 2010 года.

Результаты проведения аудита эффективности контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации подтверждают отсутствие каких-либо правовых актов, устанавливающих порядок (методику) определения (корректировки) планируемых объемов ВМП по числу пролеченных больных, которые позволили бы формировать заявки исходя из реальной потребности граждан в оказании ВМП.

Планирование объема ВМП для жителей регионов без соответствующего нормативного и (или) методического обеспечения, содержащих перечень аналитических показателей (например, заболеваемости, смертности, диспансерного наблюдения по профилю ВМП и прочие), не позволяет определить обоснованность и достоверность заявок по отношению к реальной потребности граждан в оказании ВМП. Однако несмотря на отсутствие нормативно утвержденных критериев определения потребности и отбора пациентов на оказание ВМП отдельными субъектами Российской Федерации заявки формируются на основе анализа заболеваемости, смертности и других показателей здоровья населения, при этом учитываются и мнение главных внештатных специалистов, результаты реализации Государственного задания в предыдущих периодах.

Отчет ОАО «ВЦИОМ», подготовленный по поручению Государственного научно-исследовательского института системного анализа Счетной палаты Российской Федерации, о результатах социологического опроса граждан и проведения глубинных экспертных интервью с медицинскими работниками, лицами, имеющими отношение к организации и оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также защи-

те прав пациентов, подтверждает, что отсутствуют реальные данные о потребности граждан в оказании ВМП.

Результаты социологического опроса, проведенного ОАО «ВЦИОМ» в июне-июле 2011 года: «Подавляющее большинство экспертов полагает, что объем оказываемой на сегодняшний день высокотехнологичной медицинской помощи не соответствует реальному числу граждан, нуждающихся в ней. Исходя из примерных оценок респондентов можно говорить о том, что существующая система направления граждан на оказание ВМП покрывает реальную потребность на 20-60 %. Наиболее распространенный ответ экспертов - 50 процентов».

Данные о степени удовлетворения заявок субъектов Российской Федерации по отношению к плановым объемам ВМП с учетом объемов оказания ВМП в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации в соответствии с соглашениями о предоставлении субсидий, заключенными Минздравсоцразвития России с высшими исполнительными органами власти субъектов Российской Федерации, представлены в таблице:

	(%)		
	2009 г.*	2010 г.*	2011 г.**
Российская Федерация, всего	89,4	87,1	83,2
Центральный федеральный округ	81,0	76,4	71,4
Северо-Западный федеральный округ	91,6	80,6	71,8
Южный федеральный округ	78,9	89,1	76,0
Северо-Кавказский федеральный округ	70,9	91,6	66,4
Приволжский федеральный округ	85,7	94,2	79,4
Уральский федеральный округ	75,6	88,3	94,9
Сибирский федеральный округ	75,9	77,7	72,0
Дальневосточный федеральный округ	88,6	88,3	93,4
Прочие (ФМБА России, Байконур)	344,9	168,8	184,5

* Данные указаны в соответствии с приказами Минздравсоцразвития России с учетом корректировок плановых объемов оказания ВМП в течение года.

** Данные указаны по состоянию на 1 июня 2011 года без учета корректировок в течение года плановых объемов оказания ВМП в федеральных медицинских учреждениях.

Для сопоставимости данных по годам при расчете показателей за 2010 год и 2011 год в общие количества по заявке и в плановые значения, утвержденные приказами Минздравсоцразвития России, включены объемы оказания ВМП в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации в соответствии с соглашениями, заключенными с субъектами Российской Федерации.

Данные об исполнении плановых объемов оказания ВМП (отношение числа пролеченных больных к планируемым объемам ВМП) в разрезе федеральных округов представлены в таблице:

	(%)	
	2009 г.	2010 г.
Российская Федерация, всего	99,6	99,8
Центральный федеральный округ	92,0	94,1
Северо-Западный федеральный округ	114,3	112,7
Южный федеральный округ	111,5	99,2
Северо-Кавказский федеральный округ	84,8	95,1
Приволжский федеральный округ	101,9	99,9
Уральский федеральный округ	105,0	95,0
Сибирский федеральный округ	106,2	106,9
Дальневосточный федеральный округ	90,4	99,5

По данным Минздравсоцразвития России, отношение числа пролеченных больных к планируемым объемам ВМП (с учетом корректировки в течение года) в 2009 году составило от 84,8 % в СКФО до 114,3 % в СЗФО, в 2010 году - от 94,1 % в ЦФО до 112,7 % в СЗФО.

Данные о числе пролеченных больных по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в разрезе федеральных округов представлены в таблице:

	Отношение числа пролеченных больных к числу заболеваний БСК, % x 100		Число зарегистрированных больных БСК на 100 тыс. населения, тыс. чел.	
	2009 г.	2010 г.	2009 г.	2010 г.
Российская Федерация, всего	21,0	23,5	22,5	22,9
Центральный федеральный округ	20,7	21,6	24,2	24,6
Северо-Западный федеральный округ	26,9	30,9	27,1	27,4
Южный федеральный округ	22,1	25,9	17,5	18,2
Северо-Кавказский федеральный округ	17,3	32,9	12,4	12,8
Приволжский федеральный округ	12,7	15,0	25,7	26,2
Уральский федеральный округ	19,8	18,4	16,0	16,0
Сибирский федеральный округ	31,1	33,4	24,3	24,5
Дальневосточный федеральный округ	24,2	28,0	17,5	18,2

Анализ данных о количестве пролеченных больных по выбранному для изучения профилю ВМП - «сердечно-сосудистая хирургия» и их сопоставление с уровнем заболеваемости граждан болезнями системы кровообращения (далее - БСК) в федеральных округах (субъектах Российской Федерации) свидетельствует о наличии значительных различий в значениях данного параметра. Самый высокий показатель наблюдается в 2010 году в Сибирском федеральном округе - 33,4 %, при этом число зарегистрированных больных БСК на 100 тыс. населения составило 24,5 человека. При аналогичном числе зарегистрированных больных в Центральном федеральном округе (24,6 человека) показатель пролеченных больных составил 21,6 %, а в Приволжском федеральном округе (26,2 человека) еще ниже - 15 %. Для расчета и сопоставления показателей использовались данные, публикуемые ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России».

Для анализа данных об оказании ВМП по профилю «онкология» использовалась информация о смертности от новообразований согласно данным Росстата за 2010 год:

	(%)	
	Отношение количества пролеченных больных к числу больных, находящихся под наблюдением в онкоучреждениях	Отношение смертности от новообразований* к числу больных, находящихся под наблюдением в онкоучреждениях
Российская Федерация, всего	1,98	10,5
Центральный федеральный округ	3,12	10,8
Северо-Западный федеральный округ	4,04	11,1
Южный федеральный округ	1,85	9,3
Северо-Кавказский федеральный округ	2,38	9,1
Приволжский федеральный округ	0,76	9,7
Уральский федеральный округ	0,35	10,8
Сибирский федеральный округ	1,03	10,9
Дальневосточный федеральный округ	0,99	13,7

* Смертность от злокачественных новообразований составляет около 98 % показателя общей смертности от новообразований.

Представленные данные свидетельствуют о том, что показатель уровня смертности от новообразований по отношению к числу больных, находящихся

под наблюдением в онкоучреждениях, для различных федеральных округов сопоставимы, а значения показателя - отношение численности пролеченных больных к числу больных, находящихся под наблюдением в онкоучреждениях, значительно отличаются. Это свидетельствует об отсутствии учета данного показателя при определении плановых объемов ВМП по профилю «онкология», что косвенно определяет уровень доступности граждан в различных субъектах Российской Федерации к получению ВМП по данному профилю.



* Для сопоставимости данных на диаграмме отношение смертности от новообразований уменьшено в 10 раз.

Данные о наибольшей потребности в разрезе профилей ВМП, заявленной субъектами Российской Федерации, представлены в таблице:

	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Онкология	17,3	19,2	20,0
Офтальмология	9,7	10,8	10,4
Сердечно-сосудистая хирургия	28,0	21,6	22,9
Травматология и ортопедия	13,3	14,9	17,6
Всего (от общей заявки)	68,3	66,5	70,9

Анализ представленных данных подтверждает, что наибольшая потребность в оказании ВМП наблюдается по профилям: «сердечно-сосудистая хирургия» (далее - ССХ), «онкология» и «травматология и ортопедия» (далее - ТриО).

Приказами Минздравсоцразвития России ежегодно утверждается перечень медицинских учреждений, участвующих в выполнении Государственного задания. В 2008-2009 годах данный перечень, кроме федеральных медицинских учреждений, включал также перечень медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, расположенных на их территории.

В соответствии с порядком формирования и утверждения Государственного задания ВМП предоставляется в соответствии со стандартами высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими учреждениями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность в части выполнения работ (услуг) по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.

В ходе проведения аудита эффективности установлено, что в проверяемом периоде Минздравсоцразвития России принято и Минюстом России зарегистрировано 35 приказов, регламентирующих порядок оказания отдельных видов медицинской помощи и носящих обязательный характер.

Вместе с тем в период 2008-2011 годов Минздравсоцразвития России стандарты медицинской помощи не утверждались, а ранее утвержденные стандарты медицинской помощи не обновлялись. Кроме того, принятые стандарты не охватывают все заболевания, требующие оказания ВМП, носят рекомендательный характер, таким образом, на момент проведения аудита эффективности федеральные стандарты специализированной помощи, в том числе ВМП, имеющие императивно обязывающую силу, отсутствуют.

Приказами Росздравнадзора, к полномочиям которого относится лицензирование медицинской деятельности, утверждены соответствующие формы документов для осуществления лицензирования, однако Минздравсоцразвития России не утвержден административный регламент Росздравнадзора по исполнению государственной функции по осуществлению лицензирования медицинской деятельности, включая оказание учреждениями здравоохранения высокотехнологичной медицинской помощи.

В формах документов, используемых Росздравнадзором для лицензирования медицинской деятельности, отсутствуют различия в требованиях, предъявляемых к медицинским учреждениям, оказывающим ВМП, и к медицинским учреждениям, оказывающим только специализированную медицинскую помощь.

Приказом Минздравсоцразвития России в марте 2009 года впервые утверждена форма заявки медицинских учреждений, претендующих на участие в оказании ВМП (№ 2-МУ-3), и указаны сроки ее представления. Это позволило формировать с 2010 года плановое Государственное задание в разрезе профилей ВМП и медицинских учреждений с учетом представленных заявок. Форма заявки медицинских учреждений, участвующих в реализации Государственного задания в 2008-2009 годах, не устанавливалась.

В ходе аудита эффективности установлено, что заявки медицинских учреждений размещаются в программно-аппаратном комплексе на сайте Минздравсоцразвития России, а также представляются на бумажном носителе.

Заявляемый федеральными медицинскими учреждениями объем ВМП составляет от 60 % до 100 % от потенциальной (максимальной) мощности медицинского учреждения в оказании ВМП соответствующего профиля.

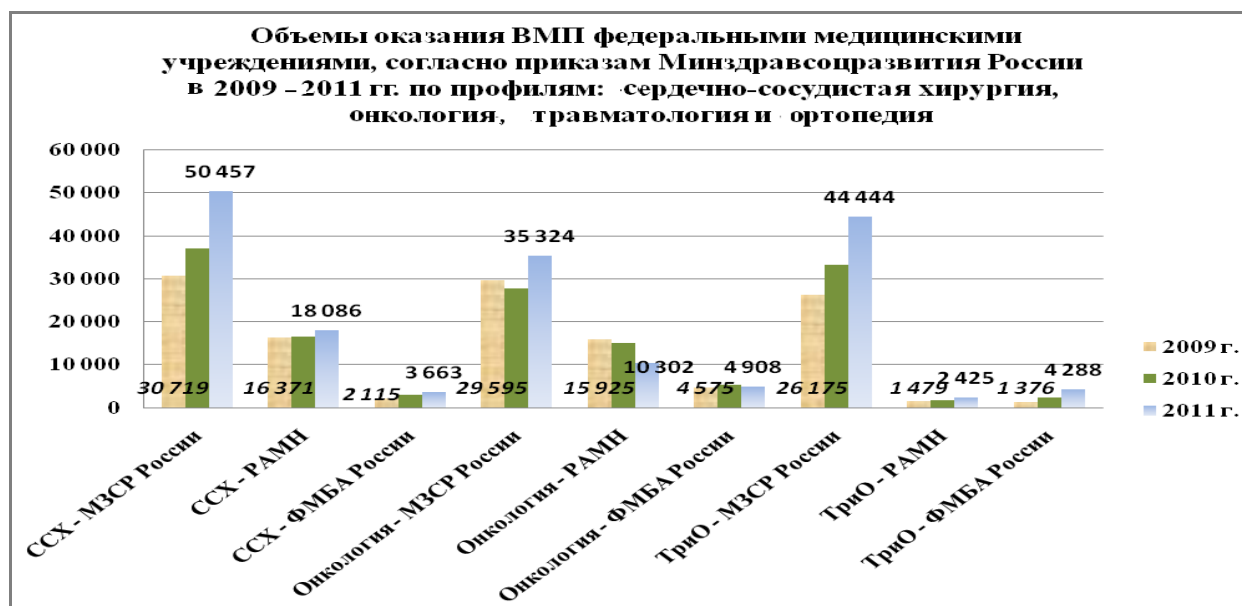
Плановые объемы ВМП корректировались Минздравсоцразвития России с учетом потребности субъектов Российской Федерации в оказании ВМП соответствующим медицинским учреждением.

	Максимальный объем ВМП*	Заявляемый объем ВМП**	Утверждено приказом Минздравсоцразвития России	Максимальный объем ВМП*	Заявляемый объем ВМП**	Утверждено приказом Минздравсоцразвития России	Максимальный объем ВМП*	Заявляемый объем ВМП**	Утверждено приказом Минздравсоцразвития России
	2009 г.			2010 г.			2011 г.		
ССХ, всего	65587	54138	49205	83137	71119	56435	110560	95047	72206
Минздравсоцразвития России	40787	32961	30719	57045	47620	36999	76654	65686	50457
РАМН	22440	18990	16371	22010	19995	16559	28222	25185	18086
ФМБА России	2360	2187	2115	4082	3504	2877	5684	4176	3663
Онкология, всего	61029	49003	50095	60302	53487	48163	79978	73203	50534
Минздравсоцразвития России	31714	27215	29595	34254	29565	27684	49689	46870	35324
РАМН	23162	16405	15925	19956	18271	15086	20340	18798	10302
ФМБА России	6153	5383	4575	6092	5651	5393	9949	7535	4908
ТриО, всего	36756	26338	29030	48443	38951	37404	59617	49072	51157
Минздравсоцразвития России	33436	23479	26175	42564	34879	33302	49903	42400	44444
РАМН	1569	1236	1479	2005	1675	1748	3139	2455	2425
ФМБА России	1751	1623	1376	3874	2397	2354	6575	4217	4288

* Потенциальная мощность медицинского учреждения на оказание ВМП.

** По Государственному заданию.

Анализ представленных данных свидетельствует об ежегодном росте объемов оказания ВМП федеральными медицинскими учреждениями по 3 основным исследуемым профилям, суммарный объем которых составил: в 2009 году - 56,9 %, в 2010 году - 58,5 % и в 2011 году - 61,6 % от общего объема оказания ВМП. Меньший рост по профилю «онкология» связан с исключением из ВМП отдельных видов дорогостоящей медицинской помощи (химиотерапия), которые отнесены с 2010 года к специализированным видам медицинской помощи, при этом увеличение объемов бюджетного финансирования для медицинских учреждений, осуществляющих данные виды деятельности, не предусматривалось.



Наибольший объем оказания ВМП наблюдается в медицинских учреждениях, подведомственных Минздравсоцразвития России.

Следует отметить, что потенциальная мощность медицинских учреждений по оказанию ВМП растет и наиболее значительно - по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Однако если заявляемые и планируемые объемы ВМП для всех медицинских учреждений в абсолютных цифрах имеют тенденцию к росту, то показатель утверждаемых объемов ВМП по отношению к заявляемым, выраженный в процентах, имеет тенденцию к снижению, за исключением профиля ВМП «травматология и ортопедия». Анализ данных свидетельствует о недостаточном использовании имеющихся мощностей медицинских учреждений и их возможностей по оказанию ВМП гражданам Российской Федерации, что подтверждают данные, представленные в таблице:

	Максимальный объем ВМП (потенциальная мощность учреждения) по числу пролеченных больных			Отношение утвержденного объема ВМП к заявленному, в %		
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Сердечно-сосудистая хирургия, всего	65587	83137	110560	90,9	79,4	76,0
Минздравсоцразвития России	40787	57045	76654	93,2	77,7	76,8
РАМН	22440	22010	28222	86,2	82,8	71,8
ФМБА России	2360	4082	5684	96,7	82,1	87,7
Онкология, всего	61029	60302	79978	102,2	90,0	69,0
Минздравсоцразвития России	31714	34254	49689	108,7	93,6	75,4
РАМН	23162	19956	20340	97,1	82,6	54,8
ФМБА России	6153	6092	9949	85,0	95,4	65,1
Травматология и ортопедия, всего	36756	48443	59617	110,2	96,0	104,2
Минздравсоцразвития России	33436	42564	49903	111,5	95,5	104,8
РАМН	1569	2005	3139	119,7	104,4	98,8
ФМБА России	1751	3874	6575	84,8	98,2	101,7

В то же время в отчетах контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации отмечаются отдельные случаи невыполнения плановых объемов оказания ВМП жителям их регионов в связи с отсутствием свободных мощностей в запланированных для госпитализации граждан федеральных медицинских учреждениях.

Контрольно-счетная палата Вологодской области: «В 2010 году использовано 2082 квоты, или 92,5 % от доведенного объема. По состоянию на 31 декабря 2010 года количество неиспользованных квот составило 168, которые в конце года аннулируются. Квоты не использованы по причине загруженности отделений ФСМУ (федеральных специализированных медицинских учреждений), а по профилю «трансплантация» по причине отсутствия донорских органов».

В период 2008-2011 годов в Российской Федерации построено 7 новых федеральных центров высоких медицинских технологий (далее - ФЦВМТ) по профилям «нейрохирургия», «сердечно-сосудистая хирургия», «травматология и ортопедия» в Астрахани, Красноярске, Пензе, Тюмени, Хабаровске, Чебоксарах и Челябинске. Это повысило доступность граждан, проживающих в этих субъектах Российской Федерации, в получении высокотехнологичной медицинской помощи по профилям, которые оказываются вновь построенными ФЦВМТ.

Объем ВМП по числу пролеченных больных, оказанной в федеральных центрах высоких медицинских технологий в 2008-2011 годах, представлен на диаграмме:



Рост объемов ВМП, оказываемых в новых ФЦВМТ, представлен на диаграмме:



В ходе проведения аудита эффективности установлено, что необходимые нормативные правовые документы, касающиеся финансового обеспечения и порядка формирования Государственного задания, ежегодно утверждаются в последних числах декабря года, предшествующего реализации Государственного задания.

Соглашения о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование Государственного задания заключаются Минздравсоцразвития России с высшими исполнительными органами власти субъектов Российской Федерации (далее - соглашение) в конце I квартала - начале II квартала года, в котором реализуется Государственное задание.

В результате, в начале каждого календарного года деятельность медицинских учреждений по оказанию ВМП гражданам в соответствии с Государственным заданием ограничена отсутствием необходимого финансирования, что приводит к увеличению сроков ожидания больных на оказание ВМП. В отдельных случаях

медицинские учреждения, находящиеся в ведении субъектов Российской Федерации, оказывают больным высокотехнологичную медицинскую помощь по экстренным показаниям в рамках финансирования текущей деятельности медицинского учреждения как специализированную медицинскую помощь.

Контрольно-счетная палата Республики Коми: «В период отсутствия соглашений высокотехнологичная медицинская помощь оказывается медицинскими учреждениями только за счет средств республиканского бюджета Республики Коми в рамках выполнения программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на территории Республики Коми».

Финансовое обеспечение Государственного задания

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан предусматривается, что финансовое обеспечение выполнения Государственного задания в медицинских организациях является расходным обязательством Российской Федерации.

Финансовое обеспечение расходов на выполнение Государственного задания осуществляется в пределах бюджетных ассигнований и лимитов бюджетных обязательств, утвержденных Минздравсоцразвития России на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

Минздравсоцразвития России осуществляет в соответствии со сформированным им Государственным заданием, утвержденными нормативами финансовых затрат на оказание ВМП и ее объемами финансовое обеспечение следующих учреждений, осуществляющих выполнение Государственного задания:

- федеральные медицинские учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, - путем доведения до них лимитов бюджетных обязательств;

- федеральные медицинские учреждения, находящиеся в ведении иных федеральных органов исполнительной власти, учреждения, подведомственные Российской академии медицинских наук, - путем внесения изменений в сводную бюджетную роспись федерального бюджета в части передачи бюджетных ассигнований и лимитов бюджетных обязательств иным федеральным органам исполнительной власти и Российской академии медицинских наук с последующим доведением ими средств до подведомственных учреждений в установленном порядке.

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, расположенных на их территории и участвующих в выполнении Государственного задания, осуществляется путем предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на указанные цели.

Предоставление субсидии осуществляется Минздравсоцразвития России в пределах бюджетных ассигнований и лимитов бюджетных обязательств на основе соглашений, заключенных с высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, и при соблюдении установленных в соглаше-

нии условий. Уровень софинансирования расходного обязательства субъекта Российской Федерации за счет субсидии устанавливается с 2010 года в объеме 70 % размера расходного обязательства субъекта Российской Федерации.

Плановые показатели оказания ВМП гражданам Российской Федерации утверждаются в Сетевых графиках Минздравсоцразвития России, они незначительно отличаются от показателей в утвержденной Правительством Российской Федерации карты проекта «Сохранение и укрепление здоровья населения, развитие здравоохранения» и параметров программы реализации ПНП «Здоровье» по оказанию гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи на 2009-2012 годы, которые рассматривались на заседании Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике в декабре 2008 года.

Плановые и фактически достигнутые результаты по оказанию ВМП гражданам Российской Федерации в федеральных медицинских учреждениях и медицинских учреждениях, находящихся в ведение субъектов Российской Федерации, представлены в таблице:

	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.*
План финансирования ВМП, млрд. руб.	22,4	28,2	36,2	42,2
Плановое число пролеченных больных, тыс. чел.	197,5	227	270	294
Плановые средние расходы на 1 пролеченного больного, тыс. руб.	113,4	124,2	134,1	143,5
Фактическое финансирование ВМП, млрд. руб.	24,2	30,5	37,2	44,7
Фактическое число пролеченных больных, тыс. чел.	215,5	254,6	289,7	322,8
Фактические средние расходы на 1 пролеченного больного, тыс. руб.	112,3	119,8	128,4	138,5

* Показатели 2011 года указываются как плановые, предусмотренные действующими нормативными правовыми актами, по состоянию на 1 октября 2011 года.

Как следует из приведенных данных, фактическое финансирование оказания ВМП незначительно превышало уровень первоначально запланированных объемов бюджетных средств (включая бюджетные ассигнования, предоставляемые субъектам Российской Федерации в виде субсидий), однако это позволяло ежегодно увеличивать численность пролеченных больных.

Увеличение объемов финансирования в 1,85 раза в 2011 году по сравнению с 2008 годом привело к увеличению числа пролеченных больных в 1,5 раза, что свидетельствует об увеличении объемов оказания ВМП по наиболее дорогостоящим профилям ВМП, подтверждается ростом показателя средних расходов на одного пролеченного больного. При этом достигнутые показатели фактических средних расходов на одного пролеченного больного ниже запланированных.

Анализ данных о финансировании отдельных профилей высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных медицинских учреждениях в период 2008-2011 годов показывает, что наибольший объем финансирования направляется на оказание ВМП по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», «травматология и ортопедия» и «онкология», что подтверждается данными, представленными в таблице:

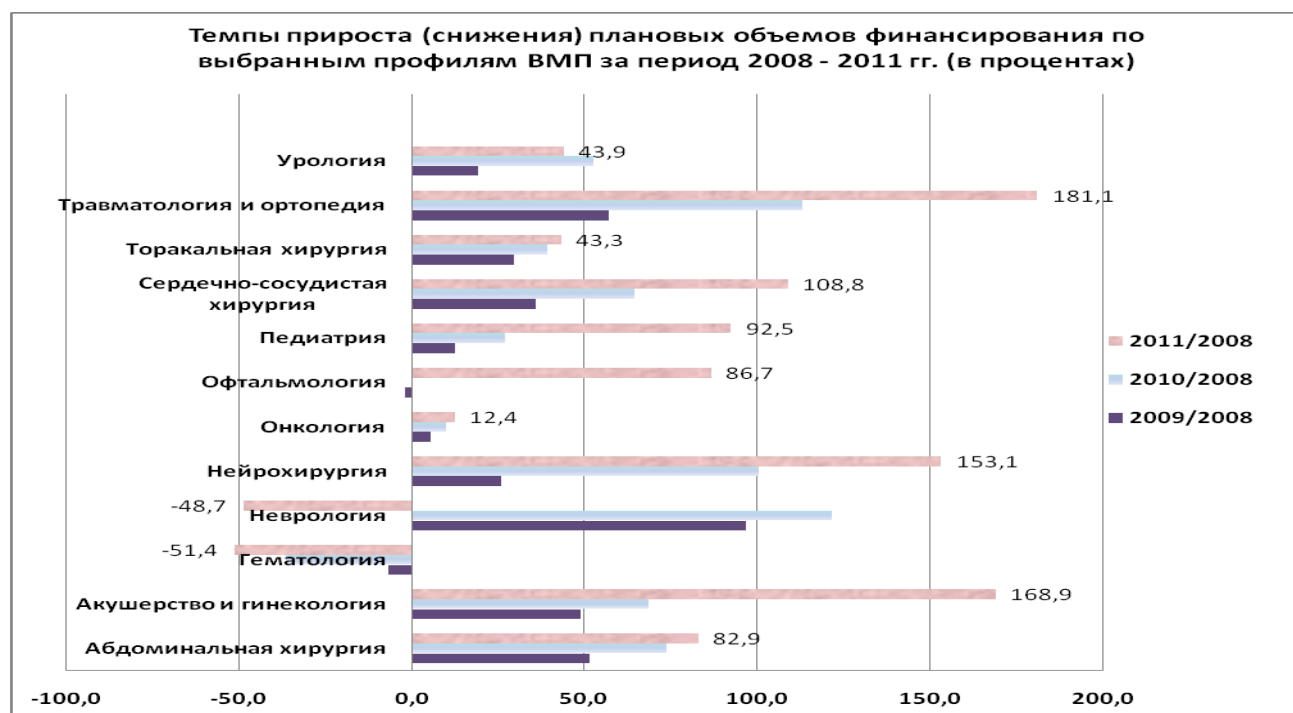
(тыс. руб.)

	2008 г	2009 г.	2010 г.	2011 г.*
Всего	21089812,0	26964302,0	33178815,3	40190400,0
в том числе:				
абдоминальная хирургия	258152,0	390766,0	448872,4	472125,8
акушерство и гинекология	702370,2	1046390,8	1183365,8	1888616,2
гематология	292377,6	272678,4	186040,8	142236,0
неврология	236865,2	466064,5	524836,4	121543,4
нейрохирургия	1131054,0	1422188,4	2267905,8	2862550,0
онкология	5304547,8	5598277,8	5822375,3	5960300,0
оториноларингология**	38184,3	97744,5	1399146,9	1643086,9
офтальмология	519288,0	508974,4	521048,0	969342,0
педиатрия	774288,1	872396,9	984648,4	1490126,3
сердечно-сосудистая хирургия	7365682,5	10013217,5	12125751,0	15381713,0
торакальная хирургия	240456,0	311637,5	334759,8	344652,3
травматология и ортопедия	2228567,4	3501018,0	4748360,6	6263556,2
урология	350455,8	418091,4	535398,5	504452,7
челюстно-лицевая хирургия	85517,9	99759,2	115946,1	348740,0

* Плановые значения по состоянию на 1 октября 2011 года.

** Резкое увеличение финансирования связано с включением с 2010 года вида ВМП 10.3, по которому установлен норматив финансовых затрат в сумме 1097,9 тыс. рублей, что позволяет использование дорогостоящих расходных материалов (в том числе кохлеарных имплантов, других изделий медицинского назначения, вживляемых в организм человека).

Темпы прироста финансирования по отношению к предыдущему году по выбранным профилям ВМП представлены на диаграмме:



Наиболее значительные темпы прироста за период 2008-2011 годов наблюдаются по профилям «травматология и ортопедия», «сердечно-сосудистая хирургия», «педиатрия», «нейрохирургия» и некоторым другим. Минимальные значения темпов прироста наблюдаются по профилю «онкология», а отрицательные значения отмечаются по профилям «гематология» и «неврология», что связано с исключением некоторых видов медицинской помощи по данным профилям из ВМП и отнесением их к СМП.

Нормативы финансовых затрат (далее - НФЗ) по каждому профилю ВМП ежегодно утверждались приказами Минздравсоцразвития России, по основным видам ВМП они не изменялись с 2007 года.

Норматив финансовых затрат, установленный для федеральных медицинских учреждений, включает расходы в расчете на одного пролеченного больного:

- на оплату труда работников (с учетом начисления на заработную плату) - в среднем до 30 % от НФЗ;

- на приобретение медикаментов, включая оплату дорогостоящих расходных материалов (имплантов, других изделий медицинского назначения, вживляемых в организм человека, и т.д., за исключением кохлеарных имплантов), предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи, утверждаемыми Минздравсоцразвития России, - в среднем не менее 60 % от НФЗ;

- на приобретение, техническое обеспечение и ремонт медицинского оборудования, используемого при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, - в среднем до 10 % от НФЗ.

В ходе проведения аудита эффективности установлено, что отсутствуют сведения о медико-экономическом обосновании нормативов финансовых затрат по основным профилям ВМП, которые установлены в 2007 году.

Данные о нормативах финансовых затрат, действующих в 2010 году, по выбранным профилям ВМП и соответствующий им расчетный показатель по оплате труда работников с учетом начислений на заработную плату исходя из НФЗ представлены в таблице:

	НФЗ	Оплата труда работников - не более 30 % от НФЗ
Абдоминальная хирургия	122,0	36,6
Акушерство и гинекология	124,6	37,4
Гематология	64,8	19,4
Дерматовенерология	28,5	8,6
Нейрохирургия	157,2	47,2
Неонатология. Детская хирургия (в период новорожденности)	137,2	41,2
Онкология	109,8	32,9
Оториноларингология	60,9	18,3
Офтальмология	38,0	11,4
Сердечно-сосудистая хирургия	203,5	61,1
Травматология и ортопедия	120,6	36,2
Урология	71,8	21,5
Челюстно-лицевая хирургия	117,5	35,3

Как следует из представленной в таблице выборочной информации, наиболее высоко оценивается труд медицинских работников, оказывающих ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», - 61,1 тыс. рублей, а также по профилям «нейрохирургия» и «неонатология» - 47,2 и 41,2 тыс. рублей, соответственно. Оплата труда медицинских работников по профилю «онкология» составляет 32,9 тыс. рублей.

С 2009 года в приказах Минздравсоцразвития России выделяются отдельные виды ВМП, по которым устанавливаются новые, более высокие нормативы

финансовых затрат. Одновременно меняется и структура норматива финансовых затрат по видам ВМП, оказываемых с применением особо дорогостоящих технологий, изделий медицинского назначения и расходных материалов.

Так, по профилю ВМП «онкология/1» (в 2010 году включает вид ВМП - 9.2.1) НФЗ составляет 1343,9 тыс. рублей и включает расходы в расчете на одного пролеченного больного:

- на оплату труда работников (с учетом начисления на заработную плату) - в среднем до 2 % (26,9 тыс. рублей) от НФЗ;

- на приобретение медикаментов, включая оплату дорогостоящих эндопротезов онкологических раздвижных и нераздвижных - в среднем не менее 97 % (1303,6 тыс. рублей) от НФЗ;

- на приобретение, техническое обеспечение и ремонт медицинской техники, используемой при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, - в среднем до 1 % (13,4 тыс. рублей) от НФЗ.

В 2009-2011 годах установлены 18 новых нормативов финансовых затрат. Внесение изменений в нормативы финансовых затрат обусловлено выделением видов высокотехнологичной медицинской помощи, требующих применения робототехники, дорогостоящих имплантов и расходных материалов, в том числе вживляемых в организм человека, включением в ВМП новых профилей, корректировкой видов ВМП с учетом их трудоемкости.

Счетная палата Республики Татарстан: «С 2010 года в Республике введена система возмещения стоимости ВМП через систему Фонда обязательного медицинского страхования из расчета законченного случая лечения больного, утверждаемого тарифным соглашением по оплате медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан. Фактическая стоимость законченного случая лечения больного также существенно отличается в рамках одного профиля в зависимости от вида ВМП. При этом фактическая стоимость отличается от норматива финансовых затрат как в меньшую, так и в большую сторону».

Определение нормативов финансовых затрат по новым дорогостоящим видам ВМП проводилось Минздравсоцразвития России экспертным методом на основании информации федеральных государственных учреждений, выполняющих наибольшее количество вмешательств по виду ВМП.

Федеральные государственные учреждения представляли информацию о количестве пролеченных больных, фактических расходах при проведении вмешательств по видам ВМП, на основании которых определялись средне-взвешенные значения новых НФЗ.

В 2011 году в перечень профилей ВМП был включен 21 профиль «неонатология. Детская хирургия в период новорожденности». Введение нового профиля связано с исключением хирургического лечения врожденных пороков развития у новорожденных из профиля «абдоминальная хирургия» и поликомпонентной терапии по выхаживанию новорожденных с массой тела менее 1500 г из профиля

«педиатрия». Во вновь сформированный профиль помимо вышеназванных видов ВМП были включены терапевтические и хирургические вмешательства, позволяющие снизить младенческую смертность в период новорожденности. Для профиля «неонатология» был определен собственный норматив финансовых затрат, так как затраты на оказание ВМП новорожденным выше норматива финансовых затрат, установленного для профиля «педиатрия». Норматив финансовых затрат был рассчитан на основании показателей ведущих федеральных государственных учреждений в области охраны материнства и детства.

В рамках ПНП «Здоровье» на 2008-2009 годы предусматривались мероприятия по развитию новых медицинских технологий, их внедрению и тиражированию.

Сетевыми графиками мероприятий по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и мероприятий по демографической политике, утвержденными Минздравсоцразвития России, первоначально предусматривалось финансирование федеральных медицинских учреждений на общую сумму 11,8 млрд. рублей, фактические расходы составили 12,8 млрд. рублей.

Данные о фактическом объеме ассигнований федерального бюджета по развитию новых высоких медицинских технологий в федеральных специализированных учреждениях представлены в таблице:

Для федеральных медицинских учреждений, подведомственных	2008 г.		2009 г.	
	план	факт	план	факт
Минздравсоцразвития России (Росздрав, Росмедтехнологии)	5500,0	5464,0	3390,0	3687,8
ФМБА России	500,0	1236,0	435,0	435,0
РАМН	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0
Всего	7000,0	7700,0	4825,0	5122,8

(млн. руб.)

В 2008 году Росздравом, Росмедтехнологии, ФМБА России и РАМН подготовлен и согласован с Минздравсоцразвития России перечень медицинского оборудования, закупаемого в 2008 году для федеральных специализированных медицинских учреждений и государственных образовательных учреждений высшего профессионального и послевузовского образования (далее - Перечень), в котором наименования предлагаемого к закупке оборудования и их ориентировочная стоимость увязывались с целевыми показателями реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по развитию новых высоких медицинских технологий.

Перечень содержал информацию о медицинском оборудовании, включая его основные технические параметры и комплектацию для каждого федерального медицинского учреждения. При этом указывались профиль ВМП, по которому планируется использовать медицинское оборудование, плановое количество больных на 2008 год и планируемый прирост оказания объемов ВМП в 2009 году благодаря использованию нового медицинского оборудования.

В соответствии с Перечнем закуплено оборудование в количестве 71 единицы для 49 федеральных учреждений здравоохранения.

В 2009 году отбор учреждений для оснащения медицинским оборудованием проводился по следующим критериям: отсутствие или изношенность

медицинского оборудования, приводящая к значительному ухудшению качества или невозможности оказания ВМП; перспективность медицинского оборудования для развития новых высоких медицинских технологий; недостаточная мощность имеющегося медицинского оборудования для оказания ВМП, а также учитывалась готовность помещений для установки и ввода в эксплуатацию закупаемого оборудования.

В соответствии с планом, утвержденным Минздравсоцразвития России, закуплено оборудование в количестве 82 единиц для 54 федеральных медицинских учреждений.

По результатам проверок, проведенных Минздравсоцразвития России, об использовании оборудования в 2008-2009 годах сделаны выводы, которые нашли отражение в информации, направленной в Правительство Российской Федерации, а именно:

- поставка медицинского оборудования осуществлена в полном объеме в соответствии с утвержденными перечнем и планом;

- оснащение учреждений современным медицинским оборудованием в 2008-2009 годах позволило сократить средний процент износа медицинской техники более чем на 8,5 %, увеличить объемы оказания ВМП в 2009-2010 годах более чем на 25 %, осуществить внедрение медицинских технологий с использованием современного медицинского оборудования, что значительно повысило качество оказания ВМП;

- использование поставленного медицинского оборудования в основном осуществлялось для оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи, однако имеются факты использования поставленного медицинского оборудования для оказания услуг населению на возмездной основе, а также факты простоя оборудования. Основными причинами простоя являются неполная готовность помещений для установки и использования оборудования, отсутствие подготовленных кадров и техническая неисправность оборудования.

В ходе проведения аудита эффективности изучены результаты реализации медицинскими учреждениями плановых параметров по оказанию ВМП в 2010 году, указанных в обоснованиях закупаемого медицинского оборудования.

Анализ выборочных данных свидетельствует об отсутствии прямой зависимости объемов оказания ВМП в федеральных медицинских учреждениях от перечня закупленного оборудования и его стоимости, однако модернизация материально-технической базы медицинских учреждений позволяет повысить качество оказания ВМП, способствует внедрению и развитию новых инновационных медицинских технологий.

Реализация Государственного задания

Приказами Минздравсоцразвития России ежегодно утверждается порядок направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологич-

ной медицинской помощи (далее - Порядок), который регулирует вопросы, связанные с направлением граждан Российской Федерации, нуждающихся в оказании ВМП, в федеральные медицинские учреждения и/или в учреждения здравоохранения субъекта Российской Федерации, участвующие в выполнении Государственного задания за счет ассигнований федерального бюджета.

Порядком установлено, что направление пациентов осуществляется во взаимодействии Минздравсоцразвития России, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, федеральных учреждений здравоохранения и учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации. Предусмотрены следующие возможные варианты направления пациентов для оказания ВМП:

- органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения на основании решения комиссии органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Комиссия);

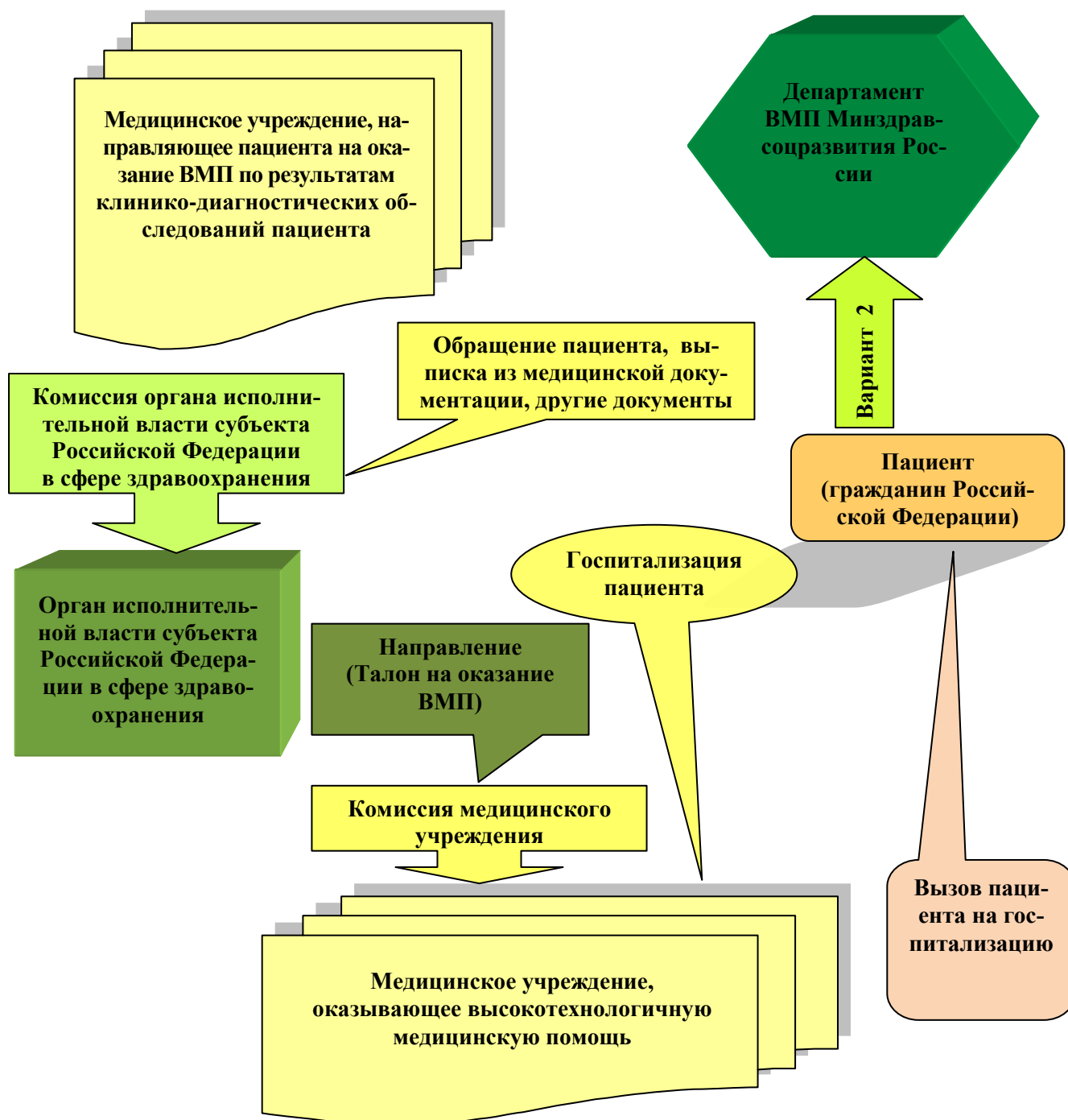
- департаментом высокотехнологичной медицинской помощи Минздравсоцразвития России в случае, если гражданин Российской Федерации не проживает на территории Российской Федерации или орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения не обеспечил направление пациента в федеральное учреждение здравоохранения для оказания ВМП, или пациент не удовлетворен ранее оказанной медицинской помощью, в том числе ВМП, в федеральном учреждении здравоохранения.

В число основных документов, необходимых для принятия Комиссией решения о направлении гражданина на оказание ВМП, входит выписка из медицинской документации пациента за подписью руководителя медицинской организации (или уполномоченного должностного лица) по месту наблюдения и (или) лечения пациента (далее - выписка), содержащая сведения:

- о состоянии здоровья, проведенном обследовании и лечении;
- о рекомендациях о необходимости направления в медицинское учреждение для оказания ВМП;
- о результатах проведенных клинико-диагностических обследований по профилю заболевания.

При отсутствии в представленной выписке результатов лабораторных, инструментальных, рентгенологических и других исследований, необходимых для принятия решения о наличии (отсутствии) показаний для планового направления пациента в федеральное учреждение здравоохранения или учреждение здравоохранения субъекта Российской Федерации для оказания ВМП, Комиссия обеспечивает направление пациента в медицинское учреждение, находящееся в ведении субъекта Российской Федерации и муниципальных образований, расположенных на его территории, для проведения обследования в соответствии с рекомендуемым перечнем клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке пациентов для направления в медицинские учреждения с целью оказания ВМП.

Схема порядка направления пациента в медицинское учреждение на оказание высокотехнологичной медицинской помощи



Порядком установлен срок подготовки решения Комиссии о наличии (отсутствии) показаний для планового направления больного для оказания ВМП в федеральное учреждение здравоохранения или учреждение здравоохранения субъекта Российской Федерации, который не должен превышать 10 дней со дня поступления в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации

в сфере здравоохранения предусмотренных Порядком документов. В случае принятия Комиссией положительного решения, руководитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения обеспечивает оформление на пациента талона на оказание ВМП, согласно учетной форме № 025/у-ВМП (далее - Талон на оказание ВМП), утвержденной соответствующим приказом Минздравсоцразвития России.

Данные социологического опроса, проведенного ОАО «ВЦИОМ», об информированности населения о возможности оказания ВМП гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета свидетельствуют, что только 16 % граждан, из числа опрошенных, знают о существовании такой процедуры. При этом никто из опрошенных не смог описать технологию и процедуру ее получения. Многие респонденты полагали, что бесплатно ВМП можно получить только на словах.

Что касается реального знания Порядка оказания ВМП за счет бюджетных ассигнований, то этот показатель согласно опросу составил около 12 %. Аналогичные данные получены контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации в ходе проведения организованных ими самостоятельно аналогичных опросов у себя в регионах.

Опрос граждан, знающих о существовании ВМП, показал, что наиболее распространенным источником информации для них является лечащий врач, об этом упомянули около 70 % опрошенных. Около 29 % респондентов узнали о существовании ВМП от близких, знакомых, коллег и т.п., 23 % - из сети Интернет, 20 % - в медицинских учреждениях (информационные стенды). СМИ (телевидение, радио, печатные издания) являлись наименее распространенными источниками информации по данной тематике.

Контрольно-счетная палата Республики Коми: «Информация о возможности получения ВМП до населения доводится путем размещения сведений на информационных стендах в Министерстве здравоохранения Республики Коми и учреждениях здравоохранения Республики Коми, на официальном сайте Министерства www.minzdrav.rkomi.ru и портале государственных услуг www.pgu.gosuslugi.ru, а также непосредственно через лечащих врачей. Кроме того, информация об оказании ВМП освещается в средствах массовой информации Республики Коми (телерепортажи, статьи)».

Более детализированную информацию об этапах и порядке получения ВМП респонденты чаще всего также получали от лечащего врача - 83 процента.

Около 76 % опрошенных считают, что обладают достаточным количеством информации о порядках и этапах получения ВМП, при этом 15 % полагают, что информации более чем достаточно. Тем не менее, почти четверть респондентов отметила недостаточность информации о получении ВМП.

В ходе проведения опроса установлено наличие проблем и ограничений при обращении граждан за получением Талона на оказание ВМП.

Результаты социологического опроса, проведенного ОАО «ВЦИОМ» в июне-июле 2011 года: «Одним из основных проблемных этапов в ходе получения ВМП является оформление Талона. Только половина респондентов смогла получить Талон сразу после рассмотрения их заявления на Комиссии, в то время как 31 % опрошенных были поставлены в Лист ожидания, а 13 % респондентов в принципе не смогли дождаться получения Талона. Среди тех, кто сразу не получил Талон на оказание ВМП, 47 % опрошенных в качестве причины указали наличие очереди, 12 % - отсутствие необходимых обследований. В целом о каких-либо трудностях и проблемах при оформлении Талона на оказание ВМП заявили 28 % пользователей ВМП, наиболее существенные из них связаны с временными и опять же денежными затратами».

Порядком предусматривается, что Талон на оказание ВМП в электронном виде направляется в медицинское учреждение соответствующего профиля и к нему прилагается подробная выписка из медицинской документации пациента, содержащая: данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований по профилю заболевания сроком давности не более 1 месяца.

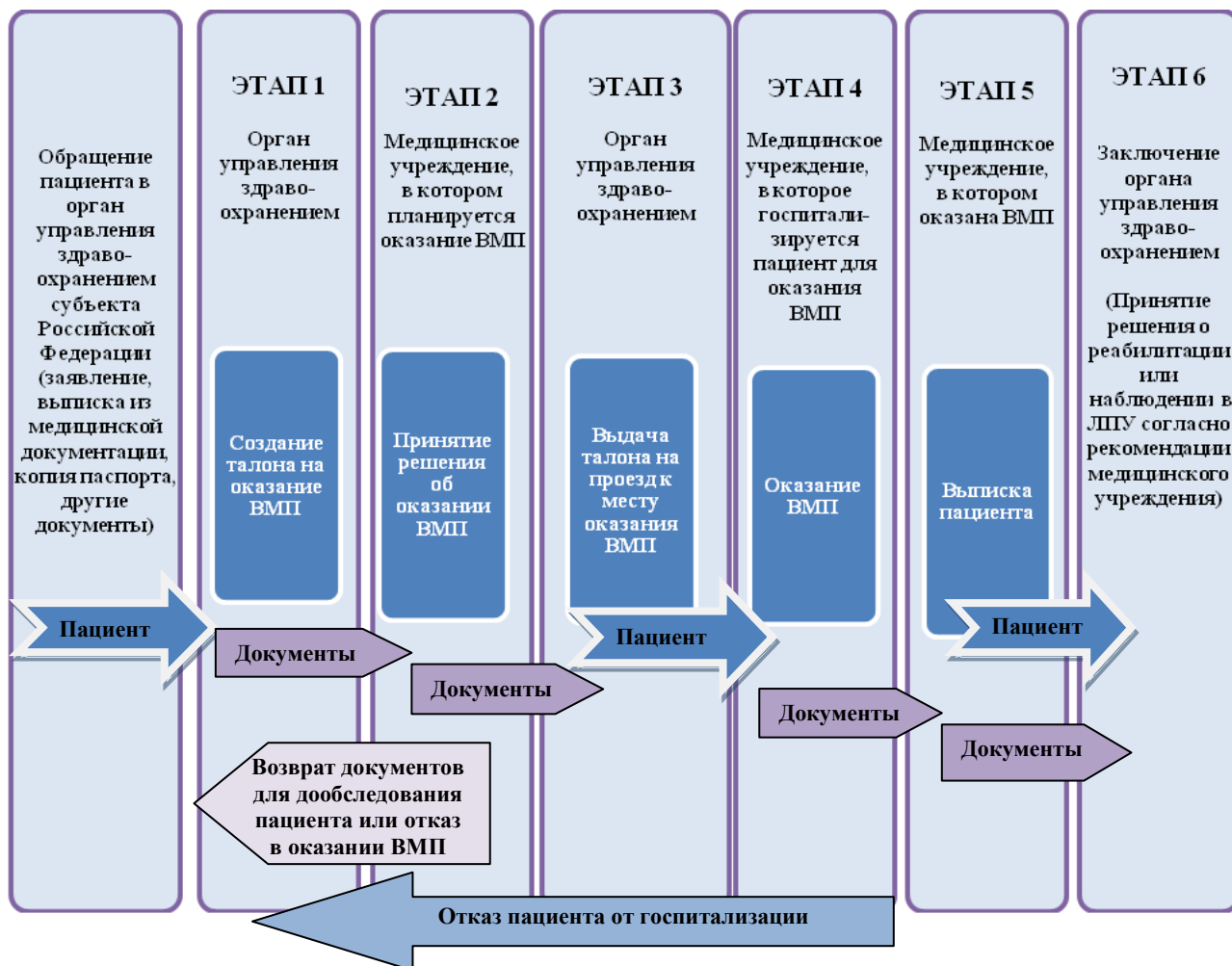
Основанием для госпитализации пациента для оказания ВМП является решение Комиссии федерального учреждения здравоохранения или учреждения здравоохранения субъекта Российской Федерации по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, которая рассматривает вопрос о госпитализации пациента при наличии оформленного Талона на оказание ВМП и выписки. В случае выявления показаний для госпитализации пациента, указывается планируемая дата госпитализации.

При обращении пациента в федеральное учреждение здравоохранения без прохождения установленной порядком процедуры направления граждан для оказания ВМП, в случае необходимости оказания ВМП по экстренным медицинским показаниям Комиссия принимает решение о госпитализации пациента с последующим уведомлением руководителя органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по месту постоянного жительства пациента об использовании плановых объемов ВМП, предусмотренных в рамках утвержденного Государственного задания, и о необходимости оформления Талона на оказание на ВМП.

Срок принятия решения Комиссией не должен превышать 10 дней со дня оформления для пациента Талона на оказание ВМП, а при очной консультации пациента - не более 3 дней.

Соответствующая информация о решении Комиссии доводится до пациента, и в зависимости от принятого решения пациент вызывается на госпитализацию или очную консультацию с указанием сроков и рекомендаций по дополнительному обследованию. В случае обоснованного отказа в госпитализации формулируются рекомендации по дальнейшему лечению пациента по профилю его заболевания.

Схема этапов движения пациента и медицинских документов при оказании ВМП гражданам, имеющим Талон на оказание ВМП



В ходе проведения аудита эффективности в результате выборочной проверки установлено, что в 2010 году Талоны на оказание ВМП выдавались субъектами Российской Федерации в течение года, но при этом основная их часть оформлена в I половине года (свыше 30 % - в I квартале).

Данные о доле ежемесячно оформляемых Талонов на оказание ВМП в федеральных учреждениях здравоохранения или учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в 2010 году представлены в таблице:

	Астраханская область	Хабаровский край	Свердловская область	Москва	Нижегородская область	Санкт-Петербург	Республика Татарстан	Ивановская область	Новосибирская область	(%)
Январь	21,9	12,1	4,8	14,1	18,6	18,2	2,1	18,0	35,3	
Февраль	9,1	4,2	1,4	9,4	10,7	9,5	0,9	9,6	6,2	
Март	7,3	7,2	2,2	11,2	10,3	11,1	4,0	8,9	7,0	
Апрель	7,9	4,9	14,5	8,8	16,1	6,9	7,9	8,8	5,6	
Май	8,0	4,8	12,9	8,0	11,6	6,5	8,3	7,1	6,2	
Июнь	8,3	7,1	13,0	6,5	4,8	9,1	10,8	8,2	6,1	
Июль	5,3	5,3	15,4	6,2	11,6	6,6	10,6	9,6	4,7	
Август	8,4	3,2	17,6	3,7	3,2	4,6	7,7	8,0	5,4	

	Астраханская область	Хабаровский край	Свердловская область	Москва	Нижегородская область	Санкт-Петербург	Республика Татарстан	Ивановская область	Новосибирская область
Сентябрь	6,7	11,4	15,4	8,4	2,4	7,9	10,2	4,7	6,2
Октябрь	5,8	15,7	1,9	10,2	2,4	5,4	16,7	6,2	6,1
Ноябрь	7,2	7,8	0,5	8,8	3,0	6,4	8,1	4,9	5,8
Декабрь	4,1	16,3	0,4	4,7	5,3	7,8	12,7	6,0	5,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Следует обратить внимание, что в таких субъектах Российской Федерации, как Свердловская область и Республика Татарстан, основной период выдачи талонов на оказание ВМП смещен на II половину года, что связано с тем, что почти 90 % случаев оказания ВМП по данному профилю проводится в медицинских учреждениях субъекта Российской Федерации. Поступление субсидий, предоставляемых Минздравсоцразвития России в соответствии с заключенными соглашениями, во II квартале приводит к смещению сроков начала оказания гражданам этих субъектов Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи.

Данные по отдельным субъектам Российской Федерации о количестве выданных Талонов на оказание ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», отказов медицинских учреждений в оказании ВМП и случаев оказания ВМП представлены в таблице:

	Астраханская область	Хабаровский край	Свердловская область	Москва	Нижегородская область	Санкт-Петербург	Республика Татарстан	Ивановская область	Новосибирская область
Количество выданных талонов	3069	842	1323	8939	760	11602	1248	450	7449
Количество отказов	880	151	52	1308	96	2053	88	109	657
Процент отказов, %	28,7	17,9	3,9	14,6	12,6	17,7	7,1	24,2	8,8
Оказана ВМП	1997	517	1245	6517	599	7428	1093	263	4642
Процент оказания, %	65,1	61,4	94,1	72,9	78,8	64,0	87,6	58,4	62,3
Перенос на 2011 г. и пр.	192	174	26	1114	65	2121	67	78	2150
Процент переносов, %	6,3	20,7	2,0	12,5	8,6	18,3	5,4	17,3	28,9

Из анализа данных, представленных в таблице, следует, что самый низкий процент случаев переноса оказания ВМП на следующий год, а также самый высокий процент оказания ВМП по отношению к выданным Талонам на оказание ВМП наблюдается в Свердловской области и в Республике Татарстан. В этих же субъектах Российской Федерации самый низкий процент отказов оказания ВМП, так как регулирование процесса оказания ВМП осуществляется на региональном уровне в рамках имеющихся полномочий и объемов финансирования.

Одним из критериев оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации является показатель доли граждан, получивших обоснованный отказ в оказании ВМП, в общей численности граждан, направленных на оказание ВМП органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Данные об обоснованных отказах в оказании ВМП за период 2009-2010 годов в разрезе федеральных округов представлены в таблице:

	2009 г.	2010 г.
Российская Федерация, всего	11,55	6,89
Центральный федеральный округ	9,83	5,72
Северо-Западный федеральный округ	10,63	6,13
Южный федеральный округ	17,42	7,05
Северо-Кавказский федеральный округ*		15,56
Приволжский федеральный округ	9,21	6,09
Уральский федеральный округ	8,50	6,70
Сибирский федеральный округ	11,39	5,92
Дальневосточный федеральный округ	13,88	10,84

* Данные 2009 года включены в обобщенный показатель по Южному федеральному округу.

В число обоснованных отказов медицинского учреждения входят: отсутствие показаний к ВМП, наличие противопоказаний к ВМП и несоответствие заболевания пациента профилю медицинского учреждения. Высокий процент обоснованных отказов свидетельствует о недоработках региональных комиссий, направляющих граждан на оказание ВМП в учреждения здравоохранения. Анализ данных свидетельствует о снижении в 2010 году показателя об обоснованных отказах в оказании ВМП по всем федеральным округам.

В ходе исследования установлено, что существуют различные причины отказов и/или неиспользования Талонов на оказание ВМП, в том числе: добровольный отказ пациента от медицинской помощи; смерть пациента в период ожидания оказания ВМП; перевод пациента в другое медицинское учреждение и другие. В отдельных субъектах Российской Федерации данный показатель превышает 10 % от общего числа выданных Талонов на оказание ВМП.

В 2009 году по Российской Федерации в рамках выполнения Государственного задания пролечено 43433 ребенка, что составило 17,1 % от общего числа пролеченных больных (254593 больных), 92,9 % - от установленного плана (46758 детей).

На 2010 год субъектами Российской Федерации была заявлена потребность в оказании ВМП всего 297982 больным, в том числе 57160 детям. В рамках выполнения Государственного задания в 2010 году пролечено 50190 детей, что составило 17,3 % от всего количества пролеченных больных (289723 больных).

Данные о распределении числа пролеченных больных детей по профилям ВМП в 2009-2011 годах представлены в таблице:

	2009 г.		2010 г.		2011 г. (план)	
	число пролеченных детей	процент пролеченных детей от общего числа пролеченных детей	число пролеченных детей	процент пролеченных детей от общего числа пролеченных детей	число пролеченных детей	процент пролеченных детей от общего числа пролеченных детей
Педиатрия	9094	20,9	8915	17,8	15067	29,8
Сердечно-сосудистая хирургия	8032	18,5	8420	16,8	9740	19,3
Травматология и ортопедия	6311	14,5	7329	14,6	6143	12,2
Онкология	3708	8,5	4185	8,3	3941	7,8
Ревматология	2797	6,4	2690	5,4	0	0,0
Офтальмология	2649	6,1	2815	5,6	2011	4,0
Гематология	377	0,9	330	0,7	310	0,6
Остальные профили	10465	24,2	15506	30,8	13303	26,3
Всего	43433	100,0	50190	100,0	50515	100,0

Данные об оказании ВМП детям в 2009-2010 годах в разрезе федеральных округов Российской Федерации представлены в таблице:

	2009 г.			2010 г.		
	число пролеченных детей	процент пролеченных детей от общего числа пролеченных детей	процент пролеченных детей от общего числа пролеченных больных	число пролеченных детей	процент пролеченных детей от общего числа пролеченных детей	процент пролеченных детей от общего числа пролеченных больных
Российская Федерация, всего	43433		17,1	50190		17,3
Центральный федеральный округ	15108	34,8	15,6	16173	32,2	16,2
Северо-Западный федеральный округ	5811	13,4	14,5	6388	12,7	14,0
Южный федеральный округ	3262	7,5	15,6	3377	6,7	15,6
Северо-Кавказский федеральный округ	3338	7,7	29,1	4076	8,1	24,9
Приволжский федеральный округ	7968	18,3	22,3	9914	19,8	22,9
Уральский федеральный округ	2260	5,2	18,3	2575	5,1	18,2
Сибирский федеральный округ	3783	8,7	12,8	5104	10,2	13,1
Дальневосточный федеральный округ	1538	3,5	19,7	1987	4,0	20,2
ФМБА России	365	0,8		596	1,2	

Анализ информации о количестве детей, ожидающих оказания ВМП, показал, что по профилю «педиатрия» по состоянию на 1 января 2010 года медицинскую помощь ожидали 1244 человека, или 2,2 % от общего количества больных, ожидавших оказания ВМП, по состоянию на 1 ноября 2011 года - 2006 человек, или 2,37 %, что свидетельствует о росте числа детей, ожидавших оказания ВМП по профилю «педиатрия».

На 2011 год субъектами Российской Федерации была заявлена потребность в оказании ВМП в количестве 59300 детей. По состоянию на 1 октября 2011 года Минздравсоцразвития России утверждены плановые объемы оказания ВМП в количестве 50515 детей, или около 17,9 % от общего планового объема ВМП по числу пролеченных больных. Следует отметить, что значительное увеличение объемов ВМП по профилю «педиатрия» (в 2010 году - 8915 человек, 2011 год - 15067 человек) положительно отразится на уровне удовлетворенности потребности населения в оказании ВМП в 2011 году.

Согласно информации, полученной в ходе проведения аудита эффективности, в том числе контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации, сроки ожидания гражданами на оказание ВМП составляли от нескольких дней до года, в зависимости от медицинского случая и профиля ВМП.

Контрольно-счетная палата Москвы: «Так, в 2009-2010 годах по профилю «нейрохирургия» сроки ожидания оказания ВМП жителям города Москвы в ФМУ составляли от 2 до 199 дней в 2009 году и от 2 до 184 дней в 2010 году, по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» - от 7 до 193 дней в 2009 году и от 1 до 187 дней в 2010 году, «травматология и ортопедия» - от 4 до 194 дней в 2009 году и от 1 до 203 дней в 2010 году».

Количество граждан в субъектах Российской Федерации, ожидающих оказания ВМП, различно и отличается в зависимости от профиля ВМП. Наибольшее количество граждан ожидает оказания ВМП по профилям «сердечно-сосудистая хирургия» и «травматология и ортопедия».

Значительно меньше ожидающих по профилю «онкология», однако число ожидающих больных достаточно велико и составляло: на 1 января 2010 года - 5859 человек (около 10 % от общего количества по всем профилям ВМП), на 1 января 2011 года - 5463 человека (около 6 процентов).

Причем более 30 % ожидающих - больные из Москвы, Московской области и Санкт-Петербурга.

Следует отметить, что даже незначительное по времени ожидание получения медицинской помощи больными онкопатологиями может привести к летальному исходу.

Результаты социологического опроса, проведенного ОАО «ВЦИОМ» в июне-июле 2011 года: «Только трети всех опрошенных удалось в срок до 10 дней от оформления Талона на оказание ВМП получить непосредственно лечение. Еще 40 % опрошенных были госпитализированы в срок от 11 дней до 1 месяца. Почти 25 % респондентов ожидали получения лечения более 1 месяца с момента получения Талона на оказание ВМП».



Одним из важнейших условий направления пациента на оказание ВМП является наличие необходимого пакета медицинских исследований. Граждане отдельных субъектов Российской Федерации имели трудности с проведением всех необходимых исследований в месте своего проживания. В этих случаях пациенты чаще всего самостоятельно оплачивали необходимые диагностические процедуры в медицинском учреждении, куда они рассчитывали получить направление на ВМП, или обращались в другие медицинские учреждения, где исследования проводились на платной основе. Как следует из результатов опроса общественного мнения, проведенного ОАО «ВЦИОМ», имеются факты оплаты медицинским учреждениям дополнительных медицинских обследований в целях принятия окончательного решения о необходимости госпитализации пациента и оказания ему ВМП. Частично это подтверждается наличием в медицинских учреждениях договоров об оказании данным категориям граждан платных медицинских услуг.

По мнению медицинских экспертов, опрошенных ВЦИОМ, типичным примером такой ситуации может являться прохождение платной первичной консультации для получения направления на ВМП или прохождения обследования на оборудовании, которое отсутствует в лечебно-профилактическом учрежде-

нии (далее - ЛПУ), в котором пациенту оказывается высокотехнологичная медицинская помощь. По словам респондентов, в этой ситуации возможны 2 варианта: покрытие расходов ЛПУ за счет средств из других источников финансирования или оплата услуг самим пациентом.

Результаты социологического опроса, проведенного ОАО «ВЦИОМ» в июне-июле 2011 года: «Для получения Талона на оказание ВМП пациенты должны проходить ряд обследований для постановки диагноза. 55 % опрошенных ответили, что прохождение таких обследований было для них бесплатно. 26 % респондентов сообщили, что им пришлось оплатить часть обследований. Еще 16 % респондентов платили практически за все необходимые обследования. Таким образом, около 42 % участников опроса в том или ином объеме использовали собственные средства».

Для граждан, направляемых на госпитализацию для оказания ВМП в федеральные медицинские учреждения, находящиеся за пределами места их постоянного проживания, предусмотрена выдача талонов на проезд, что фиксируется на 3 этапе получения Талона на оказание ВМП.

В результате выборочной проверки, проведенной в октябре 2011 года на основе данных сайта Минздравсоцразвития России <http://talon.gasurf.ru>, с использованием номеров Талонов на оказание ВМП, оформленных 2 сентября 2010 года в отдельных субъектах Российской Федерации, установлено, что имеются случаи, когда гражданину не выдавался талон на проезд к месту оказания ВМП в федеральные медицинские учреждения, находящиеся за пределами места проживания пациента.

	Количество оформленных Талонов на оказание ВМП	Количество случаев оказания ВМП по месту проживания пациента	Количество выданных талонов на проезд до ФМУ	Количество случаев, когда талон на проезд не выдан	ВМП пациенту не оказано
Кировская область	14	5	3	4	2
Мурманская область	7	3	0	3	1
Сахалинская область	7	0	2	1	4
Ставропольский край	15	0	0	10	5

В отчетах контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации отмечается необходимость дополнительных финансовых затрат на проезд граждан к месту оказания ВМП, и в целях экономии предлагаются решения по увеличению объемов оказания ВМП за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации.

Контрольно-счетная палата Республики Коми: «При направлении больного на лечение в федеральные медицинские учреждения гражданину требуются денежные средства на проезд, проживание и дополнительное медицинское обследование (порядка 20-50 тыс. рублей). Для сведения, стоимость проезда в плацкартном вагоне от г. Сыктывкара до г. Москвы и обратно составляет около 4,0 тыс. рублей. В отдельные федеральные медицинские учреждения первичные пациенты прибывают сначала в поликлинику для очной консультации. Возможное комплексное амбулаторное обследование в поликлинике на догоспитальном этапе по квотам регионов проводится только на платной основе. Об-

следуемые и ожидающие госпитализацию пациенты на время обследования жильем не обеспечиваются. Сопровождающие пациентов лица также несут дополнительные расходы на проезд и проживание. Увеличение объема Государственного задания в республиканских учреждениях здравоохранения позволило бы гражданам избежать дополнительных финансовых расходов».

Согласно данным, полученным Счетной палатой Российской Федерации в ходе проведения аудита эффективности, и отчетам контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась гражданам не только за счет выделенных объемов ВМП в рамках Государственного задания, но также за счет региональных бюджетных средств и на договорной (платной) основе с юридическими и физическими лицами.

Счетная палата Тульской области: «В целях более полного удовлетворения потребности в оказании ВМП жителям Тульской области дополнительно к выделенным объемам оказания ВМП по Государственному заданию за счет средств бюджета Тульской области департаментом здравоохранения Тульской области заключаются договора с медицинскими учреждениями, имеющими лицензию на оказание ВМП. Так, в 2010 году по профилям «гематология», «сердечно-сосудистая хирургия», «онкология», «травматология и ортопедия» за счет средств бюджета Тульской области ВМП оказана 96 человекам, в 2009 году - 111 человекам, в 2008 году - 185 человекам».

Объем оказания ВМП на основе договоров со страховыми компаниями, юридическими и физическими лицами отличается по стоимости в зависимости от медицинского учреждения и профиля ВМП. При этом в стоимость, оплачиваемую стороной договора, могут входить как весь комплекс оказываемых медицинских услуг, включая лекарственные средства и расходные материалы, так и только часть этих услуг. По условиям договора дорогостоящие лекарственные средства или расходные материалы могут оплачиваться непосредственно пациентом.

На основе информации, изученной в ходе проведения аудита эффективности, необходимо отметить, что объем оказания ВМП отдельными медицинскими учреждениями на договорной (платной) основе составляет, ориентировочно, около 10 % от общего объема оказываемой ими высокотехнологичной медицинской помощи в течение года.

Результаты социологического опроса, проведенного ОАО «ВЦИОМ» в июне-июле 2011 года: «Объем оплаченных услуг в целом находится на одном уровне, если говорить о таких сопутствующих лечению услугах как лекарства, обследования и анализы: около 17-19 % опрошенных ответили, что полностью их оплачивали, еще порядка 16-17 % респондентов оплачивали указанные услуги частично. Несколько ниже число полностью или частично оплаченных операций - всего около 20 %, при этом затраты на оплату операции могут быть значительно выше, чем на лекарства, анализы и обследования».

Среди дополнительных услуг и товаров, за которые приходилось платить опрошенным респондентам, были названы такие, как аппарат кардиостимулятора, имплантаты, инструменты и материалы, нахождение в больнице.

Данные социологического опроса, которые позволяют оценить структуру расходов граждан при оказании ВМП в медицинских учреждениях, представлены на диаграмме:



В число граждан, которые оплачивали медицинские услуги, входили и те, которые направлялись в медицинские учреждения на основании Талона на оказание ВМП в рамках утвержденного Государственного задания.

Информационно-аналитическая система Минздравсоцразвития России: «Подсистема мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета», внедренная в 2009 году, позволяет гражданам, имеющим Талон на оказание ВМП, на сайте <http://talon.gasurf.ru> получать необходимую для них информацию обо всех этапах принятия решений, касающихся их госпитализации. После оказания ВМП публикуются результаты и рекомендации медицинского учреждения, оказавшего ВМП по дальнейшему лечению или реабилитации.

Выборочная проверка движения Талонов на оказание ВМП, проведенная Счетной палатой Российской Федерации в октябре 2011 года по данным, размещенным на сайте <http://talon.gasurf.ru>, показала наличие без движения Талонов на оказание ВМП, выданных в 2010 году и находящихся еще только на первом этапе, информирующем о дате направления медицинской документации пациента в медицинское учреждение. Информация о решении, принятом медицинским учреждением, или о сроках рассмотрения медицинской документации на Комиссии отсутствовала, причина отсутствия не указана.

В ходе проведения аудита установлено, что граждане, проживающие в городах, в которых находятся федеральные медицинские учреждения, достаточно часто обращаются в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации за Талоном на оказание ВМП, имея на руках

протокол Комиссии, в отдельных случаях с указанием планируемой даты госпитализации. Процент таких обращений колеблется в зависимости от профиля ВМП и сроков обращения, в среднем он может составлять около 50 % от общего количества обращений в год. Во многих случаях это мотивируется экстренными медицинскими показаниями для пациента, который срочно госпитализируется для оказания ВМП, и в этом случае согласно утвержденному Порядку проводится процедура оформления Талона на оказание ВМП в соответствии с рекомендациями медицинского учреждения.

Контрольно-счетная палата Москвы: «Заседания Комиссии (прим. департамента здравоохранения г. Москвы) проводятся практически ежедневно. На основании протоколов Комиссии о принятых решениях установлено, что среднее количество граждан, ежедневно обращающихся по вопросу оформления Талона на оказание ВМП, составляет 150-250 человек. По данным департамента, более 95 % пациентов первично обращаются в департамент уже имея на руках протокол комиссии ФМУ и, как правило, назначенную дату планируемой госпитализации».

При формировании объемов Государственного задания Минздравсоцразвития России учитываются заявляемые мощности медицинских учреждений, имеющих соответствующую лицензию на медицинскую деятельность и участвующих в выполнении Государственного задания. Эта же практика распространяется на медицинские учреждения субъектов Российской Федерации при подготовке соглашений о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на оказание ВМП.

На заседании межведомственной рабочей группы по ПНП «Здоровье» и демографической политике принято решение до 1 августа 2010 года разработать требования к медицинским учреждениям по оказанию ВМП гражданам Российской Федерации за счет ассигнований из федерального бюджета.

По состоянию на 25 апреля 2011 года требования к осуществлению деятельности медицинской организации по оказанию ВМП гражданам Российской Федерации (далее - требования) Минздравсоцразвития России не утверждены и имеют форму, которая согласована главным внештатным специалистом Минздравсоцразвития России. Требования включают в себя данные о штатах медицинской организации (штаты профильного(ых) отделения(ий), отделения реанимации и интенсивной терапии), коечном фонде, показателях лечебной деятельности профильного(ых) отделения(ий), оказываемых видах ВМП, технологическом оснащении и организации деятельности.

На основании информации, представленной медицинским учреждением, выдается заключение главного специалиста, которое учитывается Минздравсоцразвития России в качестве дополнительного обоснования о целесообразности включения в перечень медицинских учреждений, находящихся в ведении Минздравсоцразвития России, ФМБА России и РАМН или в ведении субъектов Российской Федерации, для участия в выполнении Государственного задания по соответствующему профилю.

В заключении главного специалиста указываются данные об объемах и видах ВМП, оказываемых медицинским учреждением, оценивается соответствие качества результатов лечебной деятельности, материально-технического и кадрового обеспечения согласованным требованиям и выдаются рекомендации о включении в перечень медицинских учреждений для участия в выполнении Государственного задания.

Соглашениями о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации устанавливается Государственное задание медицинским учреждениям, находящимся в ведении субъектов Российской Федерации. В соглашениях, начиная с 2010 года, для каждого медицинского учреждения предусматриваются не только объемы по оказываемому профилю ВМП, но и объемы софинансирования за счет средств федерального бюджета и финансового обеспечения за счет бюджета субъекта Российской Федерации. Уровень софинансирования расходного обязательства субъекта Российской Федерации за счет субсидии устанавливается в размере 70 % размера расходного обязательства. До 2010 года данный показатель в соглашениях отсутствовал.

Объем субсидий и плановые объемы ВМП, оказываемой в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, представлены в таблице:

	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Общий объем финансирования ВМП, млрд. руб. (включая субсидии)	24,17	30,49	37,18	44,69*
Объем субсидий федерального бюджета, млрд. руб.	3,08	3,55	4,0	4,5
Доля субсидий в общем объеме, %	12,74	11,64	10,76	10,07
Объем оказания ВМП (включая МУ субъектов Российской Федерации) по числу пролеченных граждан, тыс. ед.	215,5	254,6	289,7	322,8*
Объемы оказания ВМП в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, тыс. ед.	30,7**	29,9	34,9	40,5
Доля объемов ВМП, выполняемых в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, %	12,24	11,74	12,03	12,55

* Плановые значения в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России и соглашениями о предоставлении субсидий.

** В 2008 году норматив финансовых затрат на одного пролеченного больного в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, составлял лишь 70 % от НФЗ для ФМУ, поэтому при уравнивании НФЗ в 2009 году не произошло увеличения объемов оказания ВМП при увеличении размеров субсидий.

Анализ данных, представленных в таблице, свидетельствует о снижении доли субсидий в общем объеме финансирования Государственного задания, однако при этом растет доля объемов ВМП, оказываемых в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, что связано с ростом объемов финансирования со стороны субъектов Российской Федерации.

Следует отметить, что в ходе проведения аудита эффективности установлено, что в 2008 году субъектами Российской Федерации не были полностью освоены финансовые средства на оказание ВМП, перечисленные из Минздравсоцразвития России в ноябре-декабре 2008 года. В результате остатки средств на счетах медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, по состоянию на 1 января 2009 года составили 856,9 млн. рублей.

Таким образом, в 2008 году высокотехнологичная медицинская помощь оказана гражданам не в полных объемах, которые были установлены в соглашении-

ях о предоставлении субсидий из федерального бюджета по числу пролеченных больных, а средства федерального бюджета использованы Минздравсоцразвития России неэффективно.

В 2009-2010 годах в результате более равномерного поступления в регионы бюджетных ассигнований остатки средств на счетах медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и участвующих в выполнении Государственного задания, значительно снизились и составили: на 1 января 2010 года - 137,5 млн. рублей, на 1 января 2011 года - 57,5 млн. рублей. Одной из основных причин наличия остатков явилась экономия финансовых средств по итогам проведения торгов на приобретение медикаментов, включая оплату дорогостоящих расходных материалов, предусмотренных стандартами оказания ВМП.

Перечень профилей, по которым в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации оказывается ВМП, ежегодно расширяется, и с 2011 года он включает профили: «абдоминальная хирургия», «акушерство и гинекология (ЭКО)», «комбустиология», «гематология», «нейрохирургия», «неонатология», «онкология», «офтальмология», «педиатрия», «сердечно-сосудистая хирургия», «торакальная хирургия», «травматология и ортопедия», «трансплантация» и «урология».

В отчетах контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации отмечается, что региональные медицинские учреждения в основном обладают необходимыми мощностями и возможностями по увеличению объемов оказания ВМП гражданам, проживающим в данном субъекте Российской Федерации.

Контрольно-счетная палата Волгоградской области: «Необходимо отметить, что эффективность имеющихся мощностей учреждений здравоохранения, рассчитанных как отношение объема ВМП, оказанной за счет всех источников, к максимально возможному объему, который учреждения способны оказать, составил: в 2008 году - 70 %, в 2009 году - 79 %, в 2010 году - 64 %. Эта тенденция свидетельствует, что мощности учреждений здравоохранения растут быстрее возможностей бюджетов и населения оплачивать ВМП».

Обновление материально-технической базы медицинских учреждений современным дорогостоящим оборудованием в основном за счет бюджетных средств субъектов Российской Федерации осуществляется во всех регионах, участвующих в выполнении Государственного задания, что позволяет в полной мере и качественно оказывать ВМП в медицинских учреждениях.

Однако в отдельных субъектах Российской Федерации обращается внимание на необходимость ускорения темпов модернизации медицинских учреждений и закупки для них нового медицинского оборудования.

Контрольно-счетная палата Ивановской области: «В ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница» при проведении кардиохирургии открытых операций: технически устаревшее наркозно-дыхательное оборудование, морально устаревшее оборудование в послеоперационных палатах (мониторы, контролирующее состояние пациентов). Также отмечено, что требуется аппарат для реинфузии крови, позволяющий переливать пациенту не чужую кровь, а свою».

Обеспеченность лечебных учреждений медицинским персоналом играет ключевую роль в качественном и эффективном предоставлении врачебной помощи и сестринском обслуживании.

По данным контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, в оказании ВМП участвуют 20-40 % врачебного и среднего медицинского персонала учреждений здравоохранения, значительная часть которых имеет высшую квалификационную категорию, степень кандидата или доктора медицинских наук.

Анализ кадрового обеспечения показывает отсутствие необходимого количества врачей и среднего медицинского персонала, в результате уровень укомплектованности штатов физическими лицами составил 45-70 % у врачей и 40-60 % - у среднего медицинского персонала. Одной из причин недостаточной кадровой обеспеченности является низкий уровень заработной платы.

В соглашениях о предоставлении субсидий из федерального бюджета указывается, что высший орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации предусматривает в объеме средств, доводимых до медицинских учреждений, источником финансового обеспечения которых является субсидия, расходы на заработную плату работников, выполняющих Государственное задание, и начисления на выплаты по оплате труда - как правило, не более 20 % от финансовых затрат на лечение одного больного по соответствующему профилю ВМП.

В нормативах финансовых затрат по оказанию ВМП, установленных для федеральных медицинских учреждений, этот показатель находится на уровне 30 % (без учета структуры НФЗ по отдельным видам ВМП).

Контрольно-счетная палата Краснодарского края: «Несмотря на то, что заработная плата медицинских работников, приведенных краевых лечебных учреждений (ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» и ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»), одна из самых высоких среди государственных и муниципальных медицинских учреждений края, отсутствие необходимого количества медицинского персонала объясняется активным развитием сети частных медицинских учреждений, а также открытием в ближайших регионах (например, в Астраханской области) федеральных центров аналогичного профиля, где оплата труда существенно выше».

В ряде отчетов контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации обращается внимание на отсутствие действующих нормативных правовых актов, или методических разъяснений, позволяющих однозначно определить круг лиц, входящих в категорию работников, выполняющих Государственное задание, или выработать критерии отнесения тех или иных работников к данной категории. В результате в положениях медицинских учреждений о дополнительной оплате труда работников за счет средств, выделяемых для оказания ВМП, могут использоваться ограничительные формулировки в отношении некоторых категорий работников медицинских учреждений, участвующих в оказании ВМП.

Уровень средней заработной платы врачей и среднего медицинского персонала в медицинских учреждениях, оказывающих ВМП, отличается и зависит от

ведомственной принадлежности медицинского учреждения и объемов оказания ВМП. Наиболее весомый вклад в заработную плату медицинских работников наблюдается в федеральных медицинских учреждениях, так как в общем объеме оказываемых ими медицинских услуг высокотехнологичная медицинская помощь составляет свыше 50 % от общего объема финансирования данного медицинского учреждения из различных источников.

	Врачи				Средний медицинский персонал			
	2009 г.		2010 г.		2009 г.		2010 г.	
	средняя зарплата, тыс. руб.	доля ВМП в общей зарплате, %	средняя зарплата, тыс. руб.	доля ВМП в общей зарплате, %	средняя зарплата, тыс. руб.	доля ВМП в общей зарплате, %	средняя зарплата, тыс. руб.	доля ВМП в общей зарплате, %
Самарская область, ГУЗ СОКОД	24,33	0,0	26,08	3,0	17,32	0,0	17,37	3,2
Липецкая область, ГУЗ Липецкая ОКБ	18,65	0,0	18,20	3,2	9,89	0,0	11,40	1,0
Новосибирская область, без указания МУ	21,88	0,9	22,92	4,1	13,26	0,3	13,87	2,4
Ульяновская область, ГУЗ Ульяновская ОКБ	21,97	0,0	23,59	0,0	10,86	0,0	12,13	0,0
Нижегородская область, ГУ СККБ	22,53	12,9	28,90	12,1	14,12	7,4	15,37	8,1
Астраханская область, МУЗ КРД	29,75	1,2	34,23	0,0	16,58	0,9	19,84	0,0
г. Санкт-Петербург, ГМБ № 2	25,97	5,5	30,92	8,2	19,17	2,2	21,22	3,6
г. Санкт-Петербург, ДГБ № 1	31,41	3,7	41,39	7,4	23,22	1,3	26,12	3,2
Краснодарский край, ГБУЗ ККБ № 1	44,00	25,5	44,10	30,4	27,20	22,8	26,50	25,3
Астраханский ФЦВМТ ССХ	42,70	68,6	80,20	75,4	26,90	63,2	38,40	70,1
г. Санкт-Петербург, РНИИТО им. Р.Р. Вредена	39,96	36,8	44,81	39,4	27,62	39,9	30,10	42,3

Выборочной проверкой в ходе проведения аудита эффективности установлено, что законы о бюджете субъектов Российской Федерации, в которых отражаются расходы на софинансирование ВМП, принимаются до начала очередного финансового года. Нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации, регламентирующие вопросы оказания ВМП в рамках софинансирования Государственного задания, принимаются в течение I квартала, что связано со сроками (декабрь предшествующего года) принятия Правительством Российской Федерации постановлений о правилах финансового обеспечения за счет ассигнований федерального бюджета Государственного задания, предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и соответствующего их распределения в разрезе регионов.

В результате соглашения о предоставлении субсидий заключаются Минздравсоцразвития России с субъектами Российской Федерации во второй половине I квартала - начале II квартала. Начало перечисления субсидий смещается на II квартал, а сроки начала оказания ВМП гражданам в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации приходятся на конец II квартала - начало III квартала, что связано с необходимостью организации медицинскими учреждениями закупки соответствующих расходных материалов и медикаментов в соответствии с действующим законодательством.

В таблице представлены выборочные данные о датах подписания соглашений и перечисления средств федерального бюджета (субсидий) бюджетам субъектов Российской Федерации в 2010 году:

	Дата подписания соглашения	Финансовые средства, в соответствии с заключенным соглашением	Дата перечисления средств федерального бюджета на субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации	Перечисленные средства федерального бюджета на субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации
Ивановская область	№ ВМП-СУ-09/10 от 13.04.2010	17316,0	22.04.2010 15.07.2010	8658,0 8658,0
Липецкая область	№ ВМП-СУ-17/10 от 15.03.2010	11877,0	25.03.2010 15.07.2010	5938,5 5938,5
Тульская область	№ ВМП-СУ-43/10 от 15.04.2010	7764,8	22.04.2010 15.07.2010	3882,4 3882,4
Ярославская область	№ ВМП-СУ-50/10 от 04.03.2010	18705,0	25.03.2010 15.07.2010	9352,5 9352,5
г. Москва	№ ВМП-СУ-19/10 от 16.06.2010	275120,9	25.06.2010 15.07.2010	137560,5 137560,4
Республика Коми	№ ВМП-СУ-32/10 от 27.04.2010	39191,4	06.05.2010 15.07.2010	19595,7 19595,7
г. Санкт-Петербург	№ ВМП-СУ-39/10 от 15.04.2010	256098,1	22.04.2010 15.07.2010	128049,1 128049,0
Астраханская область	№ ВМП-СУ-03/10 от 27.04.2010	3944,4	06.05.2010 15.07.2010	1972,2 1972,2
Волгоградская область	№ ВМП-СУ-07/10 от 19.03.2010	50576,0	02.04.2010 15.07.2010	25288,0 25288,0
Краснодарский край	№ ВМП-СУ-13/10 от 15.03.2010 г.	403804,3	25.03.2010 15.07.2010	201902,2 201902,1
Нижегородская область	№ ВМП-СУ-22/10 от 23.03.2010	65885,0	05.04.2010 15.07.2010	32942,5 32942,5
Республика Татарстан	№ ВМП-СУ-35/10 от 15.03.2010	298106,5	25.03.2010 15.07.2010	149053,3 149053,2
Самарская область	№ ВМП-СУ-38/10 от 13.04.2010	57192,0	22.04.2010 15.07.2010	28596,0 28596,0
Чувашская Республика	№ ВМП-СУ-49/10 от 19.03.2010 г.	44973,0	02.04.2010 15.07.2010	22486,5 22486,5
Свердловская область	№ ВМП-СУ-41/10 от 19.03.2010 г.	191085,0	02.04.2010 15.07.2010	95542,5 95542,5
Красноярский край	№ ВМП-СУ-14/10 от 04.03.2010	162030,0	25.03.2010 15.07.2010	81015,0 81015,0
Новосибирская область	№ ВМП-СУ-23/10 от 04.03.2010	41128,4	25.03.2010 15.07.2010	20564,2 20564,2
Приморский край	№ ВМП-СУ-28/10 от 23.03.2010	84478,0	05.04.2010 15.07.2010	42239,0 42239,0
Хабаровский край	№ ВМП-СУ-46/10 от 23.03.2010	99807,4	05.04.2010 15.07.2010	49903,7 49903,7

В 2011 году соглашения подписывались в марте-мае и, соответственно, перечисление средств в субъекты Российской Федерации осуществлялось еще в более поздние сроки, что в конечном итоге привело к тому, что отдельные медицинские учреждения не смогли начать оказание гражданам ВМП во II квартале 2011 года.

Как отмечают контрольно-счетные органы субъектов Российской Федерации, медицинские учреждения в основном готовы и имеют возможность оказания ВМП с начала календарного года.

Контрольно-счетная палата Государственного Совета Чувашской Республики: «Согласно пункту 6 главы IV соглашения от 19 марта 2010 года № ВМП-СУ-49/10, одна вторая часть от общего объема субсидий перечислена 1 апреля 2010 года, а оставшаяся половина - 14 июля 2010 года. ... ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер» на выполнение ВМП за счет субсидии из федерального бюджета открыто финансирование 8 апреля 2010 года, софинансирование за счет средств республиканского бюджета Чувашской Республики - 13 января

2010 года. Согласно сводному реестру оказания ВМП ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер» во II квартале 2010 года оказана медицинская помощь 60 больным, что составляет 60 % от годового объема оказания ВМП; в III квартале - 25 больным (25 %) и в IV квартале - 15 больным (15 %). Первая операция по данному профилю ВМП проведена 29 апреля 2010 года».

Позднее начало оказания ВМП отражается также на уровне заработной платы медицинских работников, которым за участие в оказании ВМП выплачивается дополнительное вознаграждение.

Контрольно-счетная палата Приморского края: «Заработная плата специалистов, занимающихся оказанием ВМП, зависит от объема качественно оказанной дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, ее сложности и коэффициента участия специалистов в ее оказании. ... В 2010 году по сравнению с 2009 годом среднемесячная заработная плата врачей увеличилась всего на 4,7 % и составила 27,8 тыс. рублей. В 2009-2010 годах доля средств федерального бюджета в заработной плате врача в среднем составила 15-18 процентов».

В 2010 году общий объем бюджетных средств (с учетом средств субъектов Российской Федерации), направленных на выполнение Государственного задания, составил около 38,6 млрд. рублей.

В целях определения объемов финансирования оказания ВМП в расчете на одного жителя субъекта Российской Федерации и доли в этом регионального бюджета в ходе проведения аудита эффективности произведен соответствующий расчет.

Общий объем финансирования для каждого субъекта Российской Федерации рассчитывался на основе данных об объемах оказанной ВМП по числу пролеченных больных гражданам данного региона с учетом размера норматива финансовых затрат по соответствующему профилю ВМП. При этом учитывались больные, пролеченные как в федеральных медицинских учреждениях, так и в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации. Объем бюджетных средств субъекта Российской Федерации учитывался только в размере средств, указанных в соглашениях о предоставлении субсидий.

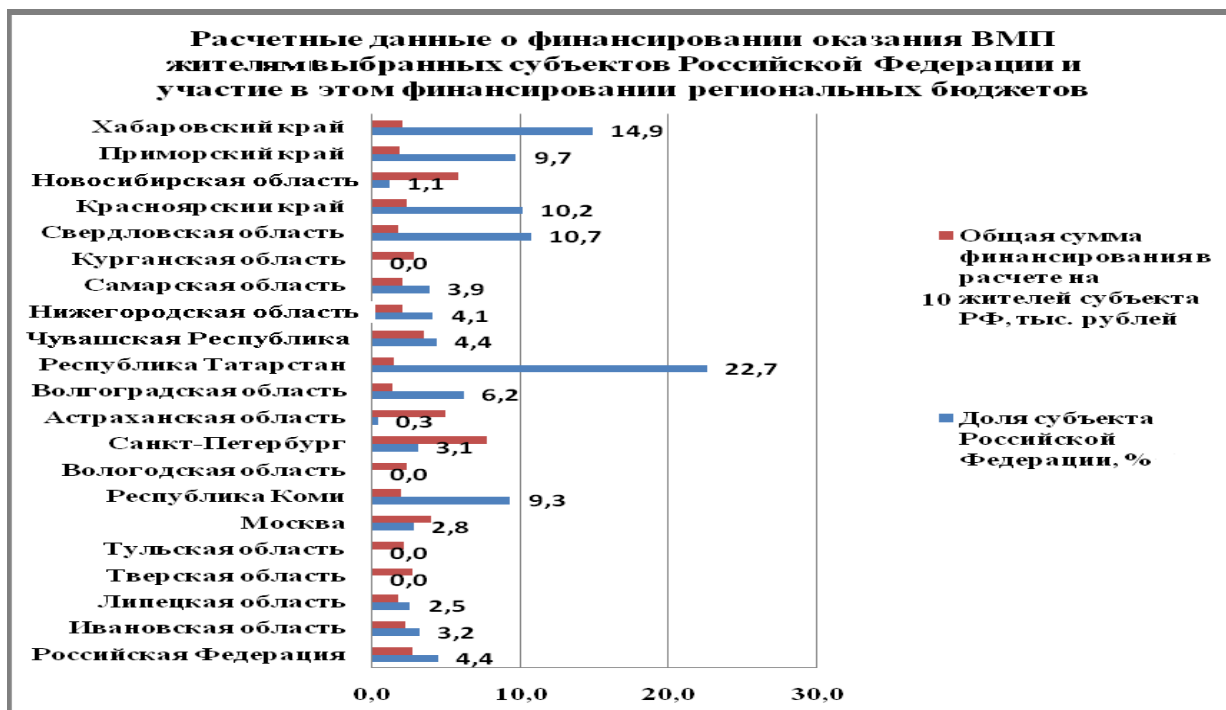
Расчетные данные об использовании бюджетных средств на оказание ВМП в 2010 году в пересчете на 1 гражданина в выбранных для исследования субъектах Российской Федерации и доля в этих расходах региональных бюджетов представлены в таблице:

	Численность населения по состоянию на 1.01.2010 г., тыс. чел.	Общая сумма финансирования по числу пролеченных больных, млн. руб.	Бюджетные средства субъекта Российской Федерации, млн. руб.	Доля субъекта Российской Федерации, %	Общая сумма финансирования на 1 жителя субъекта Российской Федерации, руб.	Бюджетные средства субъекта Российской Федерации на 1 жителя субъекта Российской Федерации, руб.
Российская Федерация	141927,3	38557,3	1714,3	4,4	271,7	12,1
Ивановская область	1066,7	234,6	7,4	3,2	219,9	7,0
Липецкая область	1158,1	200,0	5,1	2,5	172,7	4,4
Тверская область	1360,4	363,7	0,0	0,0	267,3	0,0
Тульская область	1540,9	321,8	0,0	0,0	208,8	0,0
Москва	10562,1	4239,9	117,9	2,8	401,4	11,2
Республика Коми	951,1	180,4	16,8	9,3	189,7	17,7
Вологодская область	1213,7	284,0	0,0	0,0	234,0	0,0

	Численность населения по состоянию на 1.01.2010 г., тыс. чел.	Общая сумма финансирования по числу пролеченных больных, млн. руб.	Бюджетные средства субъекта Российской Федерации, млн. руб.	Доля субъекта Российской Федерации, %	Общая сумма финансирования на 1 жителя субъекта Российской Федерации, руб.	Бюджетные средства субъекта Российской Федерации на 1 жителя субъекта Российской Федерации, руб.
Санкт-Петербург	4600,3	3581,0	109,8	3,1	778,4	23,9
Астраханская область	1007,1	492,8	1,7	0,3	489,3	1,7
Волгоградская область	2590,1	352,2	21,7	6,2	136,0	8,4
Республика Татарстан	3779,2	563,0	127,8	22,7	149,0	33,8
Чувашская Республика	1278,4	442,7	19,3	4,4	346,3	15,1
Нижегородская область	3324,1	690,8	28,2	4,1	207,8	8,5
Самарская область	3169,9	636,2	24,5	3,9	200,7	7,7
Курганская область	947,9	264,7	0,0	0,0	279,3	0,0
Свердловская область	4394,9	762,1	81,9	10,7	173,4	18,6
Красноярский край	2894,7	681,7	69,4	10,2	235,5	24,0
Новосибирская область	2650,9	1550,4	17,6	1,1	584,9	6,6
Приморский край	1982,2	372,7	36,2	9,7	188,0	18,3
Хабаровский край	1400,3	286,8	42,8	14,9	204,8	30,5

Анализ данных, представленных в таблице, свидетельствует о значительных различиях в объемах финансирования оказания ВМП жителям различных субъектов Российской Федерации. Согласно расчетным данным самый высокий объем бюджетных ассигнований предоставлен жителям г. Санкт-Петербург - 778,4 рубля на одного жителя, при этом доля бюджетных средств субъекта Российской Федерации составила 3,1 %, самый низкий объем предоставлен Волгоградской области - 136,0 рубля на 1 жителя, однако при этом доля финансирования из бюджета данного региона составила 6,2 процента.

Самый высокий процент финансового участия субъекта Российской Федерации в оказании ВМП жителям своего региона выявлен в Республике Татарстан - 22,7 %, в Хабаровском крае - 14,9 %, в Свердловской области - 10,7 %, при этом средний процент по Российской Федерации составил 4,4 процента.



В отчетах контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации отмечается, что на оказание ВМП и дорогостоящей специализированной медицинской помощи жителям регионов в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации из региональных бюджетов выделяются дополнительные финансовые средства, которые могут превышать объемы субсидий, выделяемые им из федерального бюджета.

Счетная палата Республики Татарстан: «В то же время, несмотря на увеличение финансирования из федерального бюджета, основная доля расходов на оказание гражданам Республики ВМП по-прежнему приходится на бюджет Республики Татарстан. Более того, в процентном соотношении наблюдается сокращение доли федерального бюджета. Так, в 2008 году на указанные цели из республиканского бюджета было выделено 456518,2 тыс. рублей, в 2009 году - 701061,9 тыс. рублей, в 2010 году - 1274056,8 тыс. рублей. Таким образом, доля федерального финансирования в общем объеме финансирования ВМП составила: в 2008 году - 25,5 %, в 2009 году - 18,8 %, в 2010 году - 19 процентов».

Нормативами финансовых затрат на оказание ВМП предусмотрены расходы медицинских учреждений на приобретение медикаментов, включая оплату дорогостоящих расходных материалов, указанных в стандартах оказания медицинской помощи. При этом, для федеральных медицинских учреждений доля расходов на эти цели составляет не менее 60 % от НФЗ, а соглашениями о предоставлении дотаций для медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, предусмотрены расходы в объеме не выше 80 % от норматива финансовых затрат.

Следует отметить, что с 2009 года установлены единые нормативы финансовых затрат по профилям ВМП для всех медицинских учреждений, как федеральных, так и находящихся в ведении субъектов Российской Федерации.

В ходе проведения аудита эффективности установлено, что в соответствии с отчетными данными медицинских учреждений кассовые расходы на приобретение медикаментов и дорогостоящих расходных материалов не превышали установленные лимиты, а в некоторых медицинских учреждениях отмечается экономия по данной статье расходов за счет эффективного проведения торгов.

Контрольно-счетная комиссия Липецкой области: «Из общего количества размещенных заказов в форме аукциона в электронной форме размещено 35 заказов на сумму 4712,7 тыс. рублей, в форме запроса котировок - 39 заказов на сумму 7287,9 тыс. рублей. По результатам проведенных торгов экономический эффект составил 1607,8 тыс. рублей, или 11,8 % по отношению к первоначально заявленной цене».

Для определения реальной стоимости услуг по оказанию ВМП в отдельных медицинских учреждениях на основании перечня оказанных медицинских услуг в соответствии с медицинской картой пациента производится учет фактических расходов по пролеченному больному и производится расчет стоимости лечения пациента с учетом использованных медикаментов и расходных материалов.

Как показали исследования, в конце года в медицинских учреждениях могут находиться неиспользованные остатки медикаментов и расходных материалов, которые применяются при оказании ВМП пациентам в следующем календарном году.

Ведение в медицинских учреждениях отдельного учета медикаментов и расходных материалов, закупаемых в рамках различных целевых статей расходов, затрудняет в случае необходимости их использования для пациентов, находящихся в медицинском учреждении для оказания специализированной медицинской помощи, а не ВМП. Процедура прогнозирования закупки необходимых на длительный период медикаментов и расходных материалов не всегда эффективна, так как затруднено планирование больных с определенными заболеваниями. Кроме того, в случае срочных разовых закупок необходимых медикаментов при поступлении экстренных больных финансовые средства могут быть использованы недостаточно эффективно. Имеются также риски невостребованности предварительно закупленных медикаментов и расходных материалов при лечении направленных в медицинские учреждения больных для оказания ВМП.

Счетная палата Самарской области: «Медицинские учреждения, работающие в рамках реализации Государственного задания, а особенно в случае больших объемов ВМП, оказываются в ситуации, когда необходимо за довольно сжатые сроки осуществить подготовку (проведение торгов, приобретение расходных материалов, медикаментов) и оказать ВМП с использованием приобретенных расходных материалов.

Проверками медицинских учреждений, участвующих в выполнении Государственного задания, установлено наличие остатков дорогостоящих расходных материалов на отчетные даты, не используемых длительное время (более 6 месяцев). По состоянию на 1 июня 2011 года в ГУЗ СОККД (Самарский областной клинический кардиологический диспансер) остаток расходных материалов составлял 5593,8 тыс. рублей, из них приобретенных в 2008 году на сумму 290,7 тыс. рублей, в 2009 году - 2539,4 тыс. рублей, в октябре 2010 года - 2763,7 тыс. рублей. По состоянию на 1 июня 2011 года числятся препараты крови и лекарственные средства на сумму 1119,6 тыс. рублей, приобретенные за счет средств федерального бюджета в 2010 году, которые не применяются в связи с тем, что в 2011 году до 1 июня отсутствовали пациенты ВМП за счет средств федерального бюджета».

В соответствии с данными, полученными в ходе проведения аудита эффективности, в том числе данными контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, в нормативы финансовых затрат при оказании ВМП не входят затраты медицинских учреждений на приобретение коммунальных услуг, услуг связи и транспорта, содержание имущества, горюче-смазочные материалы и прочие материальные затраты, с учетом которых стоимость оказания ВМП по полному тарифу необходимо было бы увеличить на 7-16 процентов.

Контрольно-счетная палата Волгоградской области: «Оплата расходов, не включенных в норматив финансовых затрат, осуществлялась в проверяемом

периоде в основном за счет средств соответствующих бюджетов - государственными учреждениями здравоохранения за счет средств областного бюджета, муниципальными учреждениями здравоохранения - за счет местных бюджетов. Объем таких расходов в отдельных случаях достигал 94,4 % (отоларингология). Таким образом, норматив финансовых затрат реальной потребности в средствах на оказание ВМП не соответствует. В связи с этим учреждения вынуждены покрывать расходы, не включенные в норматив финансовых затрат, за счет средств, предусмотренных на оказание других объемов медицинской помощи».

Порядком направления граждан для оказания ВМП предусмотрено, что орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения обеспечивает в случае необходимости проведение реабилитационных мероприятий пациентам после оказания ВМП. На 5 этапе Талона на оказание ВМП медицинским учреждением вносятся сведения, касающиеся восстановительного лечения гражданина, и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациента, а на 6 этапе орган управления здравоохранением принимает решение о необходимости реабилитации после оказания ВМП в ЛПУ или направляет на санаторно-курортное лечение.

Согласно данным социологического опроса, проведенного ОАО «ВЦИОМ» в июне-июле 2011 года среди пациентов, которым оказана ВМП, 64 % опрошенных сообщили, что им было рекомендовано прохождение реабилитации после оказания ВМП. При этом только 43 % респондентов на момент проведения опроса уже прошли какие-либо реабилитационные мероприятия.

Наиболее распространенным видом реабилитационных мероприятий является санаторное лечение, его проходили около 18 % респондентов. При этом 8-9 % опрошенных проходили ЛФК или физиотерапию.

Проведение реабилитационных мероприятий не всегда проходило в месте оказания ВМП, хотя данный вариант был указан чаще всего (43 % случаев). Около 30 % респондентов проходили реабилитацию в медицинском учреждении, которое направляло их на оказание ВМП, еще 26 % - были направлены на реабилитацию в специализированные медицинские учреждения.

Некоторым респондентам (25 %) пришлось столкнуться с необходимостью оплаты реабилитационных мероприятий. При этом только 6 % без труда их оплатили, в то время как 16 % сочли траты существенными для своего бюджета.

Большинство респондентов, которые указали, что платили за проведение реабилитационных мероприятий, затруднились ответить на вопрос, почему они не смогли воспользоваться правом на бесплатное получение услуг, а 12 % опрошенных в качестве причины назвали недостаточную осведомленность - пройти реабилитацию бесплатно им не предлагали.

Качество предоставления реабилитационных мероприятий наряду с качеством оказания ВМП было оценено высоко - большинство респондентов (91 %) удовлетворены качеством предоставленных услуг, при этом половина

из тех, кто проходил реабилитацию, полностью удовлетворены качеством реабилитационных мероприятий.

Контрольно-счетные органы субъектов Российской Федерации проводили социологические опросы жителей своих регионов самостоятельно, и их результаты во многом совпадают с отчетом ОАО «ВЦИОМ».

Счетная палата Республики Татарстан: «Прохождение реабилитационных мероприятий после оказания ВМП было рекомендовано более 60 % опрошенных. Из них около трети респондентов на момент проведения опроса уже оказывались какие-либо реабилитационные мероприятия: направлены на санаторно-курортное лечение - 26,1 %, на лечебную физкультуру - 19,6 %. Также опрошенные указали в составе проведенных мероприятий - коронарографию, стентирование, удаление бляшек сосудов, курсы химиотерапии, поддерживающую и иммуностимулирующую терапию, дыхательную гимнастику, массаж, психологическую помощь. Остальным респондентам реабилитационные мероприятия не оказывались в связи с кратковременным послеоперационным периодом, либо в них пациенты не нуждались.

Реабилитационные мероприятия оказывались в более половины случаях медицинскими учреждениями, где предоставлялась ВМП, а также в специализированных реабилитационных центрах (22 %), либо в медицинских учреждениях, которые направили на ВМП (11,5 %). Более 90 % опрошенных в целом удовлетворены качеством предоставленных реабилитационных мероприятий. После оказания ВМП около 50 % граждан обратились по направлению в свою поликлинику или другое медицинское учреждение. Контроль за состоянием здоровья после оказания ВМП осуществляется медицинским учреждением, где оказывалась ВМП (указали 62,3 % респондентов), или медицинским учреждением по месту жительства, которое направило на оказание ВМП (34,3 процента)».

В рамках настоящего аудита эффективности Счетной палатой Российской Федерации проведены беседы с руководителями федеральных медицинских учреждений и медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, во время которых дана оценка организации и реализации процедур, связанных с оказанием населению высокотехнологичной медицинской помощи.

Опрошенные представители медицинских учреждений отметили в качестве главных позитивных моментов реализации Государственного задания: возможность оказания необходимой медицинской помощи тяжелым больным за счет бюджетного финансирования независимо от места проживания гражданина, повышение доступности дорогостоящих медицинских технологий для граждан, внедрение медицинскими учреждениями новых прогрессивных технологий и развитие материально-технической базы учреждений, повышение оплаты труда сотрудников, выполняющих наиболее сложные операции.

При ответе на вопрос о различиях между ВМП и СМП эксперты в основном склонялись к мысли, что различия связаны, прежде всего, с организационной стороной направления пациентов на ВМП и объемах финансирования данного

вида медицинской помощи. Вместе с тем отмечалось, что существует разница в технологии оказания процедуры медицинской помощи, поэтому ряд пациентов получает отказ в оказании ВМП, и тогда им оказывается менее дорогостоящая СМП. По мнению экспертов, необходимо уделять внимание своевременности оказания медицинской помощи, так как на ранних стадиях заболевания, когда и объем предполагаемого лечения, и распространенность процесса не велики, как правило, можно обойтись специализированной помощью.

Контрольно-счетная палата Краснодарского края: «Отдельные виды специализированной медицинской помощи, оказываемые в ГУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» департамента здравоохранения Краснодарского края, применительно к перечню ВМП, утвержденному по Государственному заданию (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 декабря 2010 года № 1248н), фактически являются высокотехнологичными видами медицинской помощи. Всего в 2010 году было выполнено 4968 операций, относящихся к высокотехнологичным видам помощи. За I квартал 2011 года таких операций выполнено 1238. Приведенные показатели свидетельствуют о том, что данные виды операций востребованы населением, а выполняемый медучреждением их объем стабильно высокий. Финансирование медицинской помощи, относящейся по сложности к высокотехнологичной помощи, по онкологии и гематологии производилось по утвержденным тарифам за счет средств обязательного медицинского страхования. В случае выполнения онкодиспансером Государственного задания за аналогичный объем медицинской помощи при ее наименовании «высокотехнологичная» медицинскому учреждению должны возместиться расходы в сумме 680,4 млн. рублей, или на 479,0 млн. рублей больше».

Экспертным сообществом обращается внимание и на недоработки в организационных процедурах по оказанию гражданам ВМП, в том числе, таких как бюрократичность процедуры (необходимость предоставления пациентами большого пакета документов, на сбор которого уходит много времени и сил, как следствие, дополнительные нагрузки для пациента и снижение оперативности оказания ВМП), отсутствие детально проработанных договоренностей о взаимозаменяемости (перераспределении объемов ВМП) при необходимости оказания ВМП в экстренных ситуациях и некоторых других.

Критериями качественного оказания ВМП, по мнению экспертов, являются непосредственные результаты (минимальное количество послеоперационных осложнений, длительность пребывания в стационаре), выживаемость больных в ближайшие годы после оказанного лечения, отдаленные функциональные результаты и качество жизни пациента, однако в настоящее время они не учитываются для оценки качества оказанной ВМП.

В качестве рекомендаций по контролю состояния здоровья пациента после оказания ВМП экспертами также предложено ведение реестров больных, мониторинг их состояния, диспансерное наблюдение по месту жительства с отдель-

ной статистикой и возможностью консультативной помощи в медицинских учреждениях, в которых оказывалась ВМП.

Результаты социологического опроса, проведенного ОАО «ВЦИОМ» в июне-июле 2011 года: «Обратная связь. В целом большинство экспертов отметили, что поддержание коммуникации с пациентом, которому была оказана высокотехнологичная помощь - обязанность врача, которая соблюдается практически всегда. Исключение составляют граждане, проживающие в регионе, отличном от того, где ему была оказана ВМП. Респонденты отмечали, что бывают ситуации, когда, покидая пределы ЛПУ, связь с пациентом терялась, так как сам пациент в силу разных причин отказывался от этого. Тем не менее, в большинстве случаев с гражданами, приезжающими из отдаленных регионов, наиболее вероятным является поддержание связи через региональные/городские больницы, на учете в которых они состоят».

Сбор и анализ отчетности по реализации Государственного задания за счет средств федерального бюджета осуществляется в соответствии с приказами Минздравсоцразвития России, согласно которым сведения о выполнении плановых объемов ВМП медицинскими учреждениями должны представляться ежеквартально и за отчетный год на бумажном носителе и (или) в электронном виде по утвержденным отчетным формам (№ 67-МО-ОУЗ-М, № 67-С-ОУЗ-М, № 67-ФМУ-М).

На основании сведений, представленных в данных формах, и информации из подсистемы мониторинга реализации Государственного задания за счет средств федерального бюджета формируются результаты выполнения Государственного задания медицинскими учреждениями в соответствующем году.

Сведения об фактических объемах оказания и финансирования ВМП в амбулаторно-поликлинических, больничных учреждениях, в условиях дневных стационаров отражаются в разделе IV «Фактические объемы оказания и финансирования бесплатной медицинской помощи» годовых форм федерального государственного статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению за (отчетный) год», утвержденных приказами Федеральной службы государственной статистики (далее - форма № 62).

Анализ данных, указанных в разделе IV, показал, что в форму № 62 вносятся сведения об оказании ВМП в амбулаторно-поликлинических учреждениях (по числу посещений) и в условиях дневных стационаров лечебно-профилактических учреждений.

Порядком организации предоставления дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, утвержденным приложением № 5 к приказу Минздравсоцразвития России и РАМН от 6 апреля 2005 года № 259/19, определено, что дорогостоящие (высокотехнологичные) виды медицинской помощи - высокоспециализированные стационарные лечебные и диагностические медицинские услуги, выполняемые с использованием сложных и (или) уникальных медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и

техники, обладающие значительной ресурсоемкостью, а больной, пролеченный с применением дорогостоящих (высокотехнологичных) видов медицинской помощи, - пациент, выбывший из стационара федерального специализированного медицинского учреждения после достижения конечного результата госпитализации, в течение которой ему оказана одна или несколько квот дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи.

Таким образом, с учетом указанных определений на амбулаторном этапе и в дневном стационаре оказание ВМП исключается и не может отражаться в форме № 62.

Данные по объемам оказанной ВМП федеральными медицинскими учреждениями в разрезе субъектов Российской Федерации отражаются в форме № 62 в разделе III «Объемы оказания медицинской помощи федеральными медицинскими учреждениями».

Следует отметить, что в отчетах федеральных медицинских учреждений Минздравсоцразвития России, РАМН и ФМБА России, представленных по форме № 62, отсутствуют данные об оказании ВМП на амбулаторном этапе, что может свидетельствовать о том, что оказание ВМП на амбулаторном этапе осуществляется медицинскими учреждениями субъектов Российской Федерации.

Кроме того, установлено, что в разделах III и IV формы № 62 данные по фактическому объему пролеченных больных не соответствуют данным информационно-аналитической системы Минздравсоцразвития России: «Подсистема мониторинга реализации Государственного задания за счет средств федерального бюджета».

По результатам проведенного анализа и сопоставления данных отчетных форм, утвержденных соответствующими приказами Минздравсоцразвития России и Федеральной службы государственной статистики, установлены расхождения сведений, представленных в отчетных формах, с показателями планового объема Государственного задания, утвержденными приказами Минздравсоцразвития России, а также финансовыми показателями, утвержденными уточненной росписью расходов федерального бюджета.

В рамках действующей информационно-аналитической системы Минздравсоцразвития России для мониторинга реализации Государственного задания за счет средств федерального бюджета разработаны подсистемы 1 и 2.

В подсистеме мониторинга реализована функция, позволяющая на основании утвержденных Минздравсоцразвития России форм статистического учета и отчетности по реализации Государственного задания осуществлять сбор, обработку и анализ следующей информации:

- о количестве оформленных органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения Талонов на оказание ВМП в разрезе профилей высокотехнологичной медицинской помощи по субъектам Российской Федерации и медицинским учреждениям;

- о количестве пролеченных больных в разрезе профилей и видов ВМП по субъектам Российской Федерации и медицинским учреждениям;
- о среднем времени пребывания больного в медицинском учреждении при оказании ВМП в разрезе профилей высокотехнологичной медицинской помощи;
- о количестве обоснованных отказов в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в разрезе субъектов Российской Федерации и профилей ВМП (отсутствие медицинских показаний к оказанию ВМП, наличие медицинских показаний к оказанию ВМП, несоответствие заболевания больного, направляемого для оказания ВМП, профилю этой медицинской помощи, оказываемой в медицинском учреждении);
- о сроках рассмотрения Талонов на оказание ВМП медицинскими учреждениями и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения;
- о количестве больных, находящихся на лечении, в разрезе профилей ВМП по субъектам Российской Федерации и по федеральным государственным учреждениям;
- о количестве пролеченных больных в разрезе профилей ВМП по субъектам Российской Федерации и по федеральным государственным учреждениям;
- о количестве больных, ожидающих оказания ВМП в разрезе профилей ВМП по субъектам Российской Федерации и по федеральным государственным учреждениям;
- другие сведения.

Выборочная информация, обработанная с помощью подсистемы мониторинга о сроках рассмотрения Талонов на оказание ВМП по федеральным медицинским учреждениям на 2 этапе в 2011 году, представлена в следующей таблице:

	Всего зарегистрировано Талонов на оказание ВМП	Количество Талонов на оказание ВМП на 2 этапе со сроком рассмотрения больше 10 дней	Количество Талонов на оказание ВМП на 2 этапе со сроком рассмотрения больше 30 дней
Все ФМУ	150435	4021	2026
Учреждения Минздравсоцразвития России	112903	3016	1586

В соответствии с требованиями Бюджетного кодекса Российской Федерации Минздравсоцразвития России осуществляется финансовый контроль за подведомственными учреждениями в части обеспечения правомерного, целевого и эффективного использования бюджетных средств.

Ежегодно приказами Минздравсоцразвития России утверждаются планы графики проведения документальных проверок финансово-хозяйственной деятельности организаций, подведомственных Минздравсоцразвития России, участвующих в выполнении Государственного задания.

Согласно полученной в ходе аудита эффективности информации, в процессе проверок в федеральных медицинских учреждениях выявляются нарушения, которые касаются реализации Федерального закона «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муни-

ципальных нужд», положения по ведению бухгалтерского учета и бухгалтерской отчетности, инструкции по бюджетному учету.

С целью подготовки рекомендаций по предупреждению и устранению нарушений и недостатков в деятельности структурных подразделений центрального аппарата Минздравсоцразвития России и находящихся в его ведении федеральных служб, федерального агентства, подведомственных организаций, а также государственных внебюджетных фондов, деятельность которых координирует Минздравсоцразвития России, создан контрольный совет Министерства.

В целях изучения вопросов организации работы с обращениями граждан получена информация о количестве поступивших обращений граждан Российской Федерации в Минздравсоцразвития России по вопросам оказания ВМП, которая представлена в таблице:

	Количество обращений граждан							
	2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.*	
	ед.	%	ед.	%	ед.	%	ед.	%
По вопросу оказания ВМП	1476	83,9	4820	81,9	5878	85,1	1421	69,0
О качестве оказания медицинской помощи	3	0,2	19	0,3	24	0,3	11	0,5
О незаконном требовании платы за лечение	1	0,05	2	0,03	5	0,07	5	0,2
Другие вопросы	280	15,9	1044	17,7	999	14,5	627	30,4
Всего обращений граждан (по всем вопросам)	1760	100	5885	100	6906	100	2059	100
Повторные обращения	225		948		1342		401	

* По 14 апреля 2011 года включительно.

Из анализа данных, представленных в указанной таблице, следует, что в Минздравсоцразвития России за период с IV квартала 2008 года по 14 апреля 2011 года поступило 16610 обращений граждан по вопросам оказания ВМП.

Следует отметить, что по состоянию на 14 апреля 2011 года в Минздравсоцразвития России поступило 5 обращений от граждан Российской Федерации по вопросу оказания ВМП, связанных с незаконным требованием платы за лечение.

Количество повторных обращений составило 401 единицу.

Анализ данных показал, что в 2010 году количество обращений граждан по вопросу оказания ВМП увеличилось на 1021 единицу, или 17,3 %, по сравнению с 2009 годом, в том числе:

- по вопросам оказания ВМП увеличилось на 1058 единиц, или 21,9 %;
- по другим вопросам оказания ВМП уменьшилось на 45 единиц, или 4,3 %;
- по вопросам качества оказания медицинской помощи и о незаконном требовании платы за лечение увеличилось незначительно - на 5 единиц и 3 единицы, соответственно.

При этом количество повторных обращений граждан в Минздравсоцразвития России по вопросам оказания ВМП в 2010 году увеличилось на 394 единицы, или 41,6 %, по сравнению с 2009 годом.

Согласно данным Росздравнадзора, осуществляющего анализ обращений граждан по вопросам оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в 2010 году граждане обращались в Росздравнадзор со следующими жалобами:

	Доля от общего числа жалоб, %
Нарушение порядка оказания платных медицинских услуг при оказании ВМП (разделение отчетности по этапам оказания медицинской помощи не проводится)	8
Нарушение порядка оказания ВМП (необоснованный отказ, необоснованное ожидание)	42
Качество медицинской помощи	34
Этические причины (грубое отношение и т.д.)	5
Прочие причины	11

В целях контроля качества организации оказания ВМП в 2009 году Росздравнадзором проведены 103 проверки. В ходе контрольно-надзорных мероприятий у 27,3 % проверенных юридических лиц были выявлены нарушения, в том числе:

- нарушения ведения медицинской документации - 41,1 %;
- нарушения порядка оказания ВМП за счет средств федерального бюджета, в том числе соблюдения стандартов ВМП - 10,7 процента.

Выводы

1. На реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» за период 2006-2011 годов по направлению «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью» из федерального бюджета выделено около 164 млрд. рублей, что позволило пролечить свыше 1385 тыс. граждан Российской Федерации. Объем бюджетных ассигнований из федерального бюджета в 2011 году составил 44,7 млрд. рублей и увеличился по сравнению с 2008 годом в 1,85 раза.

2. Правительством Российской Федерации проведена в 2008-2011 годах работа по нормативному правовому обеспечению вопросов оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Нормативные правовые акты, регламентирующие правила финансирования и порядок формирования Государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, издавались в конце года, что отражалось на своевременности и доступности оказания ВМП, в том числе на условиях софинансирования, и равномерности использования бюджетных ассигнований федерального бюджета в соответствующем финансовом году.

3. Формирование Государственного задания осуществлялось Минздравсоцразвития России с учетом заявленной органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации потребности населения в оказании ВМП, однако отсутствие единых методик расчета потребности не позволяет объективно оценить обоснованность и достоверность заявок по отношению к реальной потребности граждан в оказании ВМП.

4. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась гражданам Российской Федерации в федеральных медицинских учреждениях за счет ассигнований федерального бюджета, в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации - за счет субсидий из федерального бюджета (с 2010 года - на условиях софинансирования) и региональных бюджетных ассигнований в соответствии с нормативами финансовых затрат (за исключением 2008 года) и планируемыми объемами ВМП, утвержденными соответствующими приказами Минздравсоцразвития России. Кроме того, ВМП оказывалась медицинскими учреждениями на

договорной (платной) основе с юридическими и физическими лицами, объемы которой составили около 10 % от общего объема расходов на оказание ВМП гражданам Российской Федерации.

5. Уровень удовлетворения заявок субъектов Российской Федерации в среднем по Российской Федерации составил: в 2009 году - 89,4 %, в 2010 году - 87,1 %, в 2011 году - 83,2 %, значения данного показателя значительно отличаются в федеральных округах (субъектах Российской Федерации). Планируемые объемы бюджетного финансирования не позволяют обеспечить удовлетворение реальной потребности граждан в оказании высокотехнологичной медицинской помощи.

6. Минздравсоцразвития России в 2008-2009 годах формировало и утверждало Государственное задание для федеральных медицинских учреждений и медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и, таким образом, в 2009 году нарушило положения статьи 69.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации. С 2010 года Минздравсоцразвития России утверждает Государственное задание только для федеральных медицинских учреждений.

7. Соглашения о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансирование в 2008-2009 годах Государственного задания медицинскими учреждениями, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации, заключались без указания объемов финансирования оказания ВМП за счет бюджетных средств субъектов Российской Федерации. С 2010 года субсидии предоставляются на софинансирование Государственного задания и уровень софинансирования расходного обязательства субъекта Российской Федерации за счет субсидии устанавливается в объеме 70 % размера расходного обязательства субъекта Российской Федерации. В 2010 году бюджетные ассигнования на эти цели субъектов Российской Федерации составили не менее 1,7 млрд. рублей.

8. Выполнение Государственного задания производилось учреждениями здравоохранения, имеющими соответствующую лицензию на медицинскую деятельность, выданную Росздравнадзором в установленном порядке, однако административный регламент по исполнению государственной функции по осуществлению лицензирования медицинской деятельности, включая оказание учреждениями здравоохранения высокотехнологичной медицинской помощи, Минздравсоцразвития России не утвержден.

9. Минздравсоцразвития России не выполнено поручение межведомственной рабочей группы по приоритетному национальному проекту «Здоровье» и демографической политике (протокол от 22 июня 2010 года № 3) о разработке до 1 августа 2010 года требований к осуществлению деятельности медицинских учреждений, оказывающих ВМП гражданам Российской Федерации за счет ассигнований из федерального бюджета.

10. В нормативно-правовой базе отсутствуют четкие критерии отличия высокотехнологичной от специализированной медицинской помощи, в результате оказываемая медицинскими учреждениями высокотехнологичная медицинская

помощь вне рамок Государственного задания финансируется как специализированная медицинская помощь.

11. Действующие стандарты высокотехнологичной медицинской помощи утверждены Минздравсоцразвития России до 2008 года, они не охватывают все заболевания, требующие оказания ВМП, носят рекомендательный характер, не имеют императивно обязывающей силы и не пересматривались с момента их принятия.

12. Возможность оказания ВМП во вновь построенных федеральных центрах высоких медицинских технологий в 7 субъектах Российской Федерации повысила доступность получения высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему профилю для жителей этих регионов. При этом отмечаются значительный рост потребности оказания ВМП по данным профилям и высокий уровень ее удовлетворения для жителей, проживающих в месте расположения новых федеральных центров высоких медицинских технологий.

13. Соглашения о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на выполнение (софинансирование) Государственного задания ежегодно заключаются в конце I квартала - начале II квартала. В результате деятельность медицинских учреждений по оказанию ВМП, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, в начале каждого года ограничена из-за отсутствия финансирования, при этом сроки ожидания больных на оказание ВМП увеличиваются.

14. По основным профилям ВМП отсутствуют медико-экономические обоснования нормативов финансовых затрат, которые к тому же не пересматривались с 2007 года. Структура расходов норматива финансовых затрат для федеральных медицинских учреждений (30 % - на оплату труда, 60 % - на приобретение медикаментов, 10 % - на приобретение, техническое обеспечение и ремонт медицинской техники) отличается от структуры НФЗ для медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации (20 % - на оплату труда и 80 % - на приобретение медикаментов), что дополнительно ограничивает размер оплаты труда медицинского персонала, работающего в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации.

15. В 2008 году субъектами Российской Федерации не были полностью освоены финансовые средства на оказание ВМП, перечисленные из Минздравсоцразвития России в ноябре-декабре 2008 года. В результате остатки средств на счетах медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, по состоянию на 1 января 2009 года составили 856,9 млн. рублей, что свидетельствует о недостаточно эффективном расходовании Минздравсоцразвития России средств федерального бюджета.

16. В 2009-2010 годах в результате более равномерного поступления бюджетных ассигнований в регионы остатки средств на счетах медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и участвующих в выполнении Государственного задания, значительно снизились и составили: на 1 ян-

варя 2010 года - 137,5 млн. рублей, на 1 января 2011 года - 57,5 млн. рублей. Одной из причин наличия остатков явилась экономия финансовых средств по итогам проведения торгов на приобретение медикаментов, включая оплату дорогостоящих расходных материалов, предусмотренных стандартами оказания ВМП.

17. В 2009 году Минздравсоцразвития России были нарушены сроки перечисления субсидий, установленные в соглашениях о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение расходов на выполнение Государственного задания.

18. Приказами Минздравсоцразвития России ежегодно утверждается порядок направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, который регулирует вопросы, связанные с направлением граждан Российской Федерации, нуждающихся в оказании ВМП, в федеральные медицинские учреждения и/или в учреждения здравоохранения субъекта Российской Федерации, участвующие в выполнении Государственного задания за счет ассигнований федерального бюджета.

19. Граждане, проживающие в городах, в которых находятся федеральные медицинские учреждения, достаточно часто обращаются в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации за направлением на оказание ВМП, имея на руках решение медицинского учреждения о необходимости госпитализации, в отдельных случаях с указанием планируемой даты госпитализации. Процент таких обращений колеблется в зависимости от профиля ВМП и периода обращения, в среднем он может составлять около 50 % от общего количества обращений в год.

20. Декларируемый уровень информированности российских граждан о порядке и условиях оказания населению бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи, по данным ОАО «ВЦИОМ», в среднем составляет около 16 %, этот показатель варьируется в зависимости от субъекта Российской Федерации.

21. Исследования подтвердили наличие проблем и ограничений при обращении граждан за получением направления на оказание ВМП. В результате выборочной проверки установлено, что в 2010 году Талоны на оказание ВМП выдавались субъектами Российской Федерации в течение года, но при этом основная их часть оформлена в I половине года (свыше 30 % - в I квартале).

22. Показатель доли граждан, получивших обоснованный отказ в оказании ВМП, в общей численности граждан, направленных на оказание ВМП органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации в целом по Российской Федерации составил: в 2009 году - 11,6 %, в 2010 году - 6,9 %. Несмотря на снижение данного показателя, количество больных, имеющих Талон на оказание ВМП, но не получивших медицинскую помощь по разным причинам, по-прежнему остается высоким. В отдельных субъектах Российской Федерации по некоторым профилям ВМП доля неиспользованных Талонов на оказание ВМП превышает 20 %, что свидетельствует о недостаточном

качестве организации работы органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации.

23. Сроки ожидания на оказание ВМП составляли в 2009-2010 годах от нескольких дней до года в зависимости от медицинского случая и профиля ВМП. Наибольшее количество граждан ожидает оказания ВМП по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», а также «травматология и ортопедия». Меньше ожидающих по профилю «онкология», однако от сроков ожидания больных онкопатологиями может зависеть жизнь пациента.

24. Доля детей в общем объеме ВМП по числу пролеченных больных постоянно растет и в 2011 году составила 17,9 % по сравнению с 17,1 % в 2009 году. При этом количество детей, ожидающих оказания ВМП по профилю «педиатрия», по состоянию на 1 января 2011 года увеличилось до 2006 человек по сравнению с 1244 больными по состоянию на 1 января 2010 года.

25. Результаты опроса общественного мнения, проведенного ОАО «ВЦИОМ», свидетельствуют, что, несмотря на декларируемое бесплатное оказание ВМП, имеются факты оплаты гражданами дополнительных медицинских обследований в целях принятия медицинскими учреждениями окончательного решения о необходимости госпитализации пациента и оказания ему ВМП. Контрольные мероприятия подтвердили наличие в медицинских учреждениях договоров об оказании данным категориям граждан платных медицинских услуг.

26. Одним из факторов, ограничивающих для граждан доступность получения высокотехнологичной медицинской помощи, является отсутствие прямого и удобного транспортного сообщения между местом проживания и местом оказания ВМП. В отдельных случаях трудности с проездом до места оказания ВМП приводят к отказам граждан от получения высокотехнологичной медицинской помощи. Кроме того, не во всех субъектах Российской Федерации граждане получают денежную компенсацию на проезд.

27. Уровень средней заработной платы врачей и среднего медицинского персонала в медицинских учреждениях, оказывающих ВМП, отличается и зависит от ведомственной принадлежности медицинского учреждения, объемов и профиля оказания ВМП. Наиболее весомый вклад в заработную плату медицинских работников наблюдается в федеральных медицинских учреждениях, которые на выполнение Государственного задания получают дополнительное финансирование в размере свыше 50 % от общего объема финансирования из различных источников.

28. Для определения реальной стоимости услуг по оказанию ВМП в отдельных медицинских учреждениях на основании перечня оказанных медицинских услуг в соответствии с медицинской картой пациента производятся учет фактических расходов по пролеченному больному и расчет стоимости лечения пациента с учетом использованных медикаментов и расходных материалов.

29. По данным социологического опроса, проведенного ОАО «ВЦИОМ», среди пациентов, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, 64 % опрошенных сообщили, что им было рекомендовано прохождение реабили-

литации после оказания ВМП. При этом 43 % респондентов на момент проведения опроса уже прошли какие-либо реабилитационные мероприятия. Некоторым респондентам пришлось столкнуться с необходимостью оплаты реабилитационных мероприятий.

30. Минздравсоцразвития России не разработаны и не учитываются критерии оценки качества оказания ВМП, которыми, по мнению экспертов, могут являться непосредственные результаты ее оказания (минимальное количество послеоперационных осложнений, длительность пребывания в стационаре), выживаемость больных в ближайшие годы после оказанного лечения, отдаленные функциональные результаты, качество жизни пациента и другие.

31. Приказами Минздравсоцразвития России утверждены отчетные формы, позволяющие осуществлять контроль оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации, целевого и эффективного использования средств федерального бюджета, однако, имеются случаи недостоверности отчетных данных и расхождения сведений, представленных в отчетных формах с показателями планового объема Государственного задания, утвержденными приказами Минздравсоцразвития России, а также финансовыми показателями, утвержденными уточненной росписью расходов федерального бюджета.

32. Мониторинг выполнения Государственного задания по оказанию гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи и использованию средств федерального бюджета осуществляется Минздравсоцразвития России в информационно-аналитической системе Минздравсоцразвития России «Подсистема мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета» в режиме on-line.

Предложения (рекомендации)

В целях эффективного использования ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, и обеспечения ее доступности в медицинских учреждениях предлагается следующее.

1. Правительству Российской Федерации:

- принять меры по своевременной подготовке нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы финансового обеспечения оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи;
- рассмотреть возможность увеличения объема расходов федерального бюджета на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в целях максимального удовлетворения потребности граждан Российской Федерации.

2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

- повысить эффективность расходования средств федерального бюджета на оказание гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи;

- разработать и внедрить систему оценки эффективности и результативности оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- разработать и утвердить в установленном порядке единые критерии и методики определения объективной потребности граждан в оказании высокотехнологичной медицинской помощи;
- обеспечить методическое сопровождение организации процесса формирования субъектами Российской Федерации заявок на оказание ВМП и их согласования в соответствии с потребностями граждан;
- принять меры, способствующие повышению информированности граждан о порядке и условиях получения высокотехнологичной медицинской помощи;
- выработать единые требования к осуществлению медицинской деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета;
- утвердить административный регламент Росздравнадзора по исполнению государственной функции по осуществлению лицензирования медицинской деятельности, включая оказание учреждениями здравоохранения высокотехнологичной медицинской помощи;
- разработать, утвердить в установленном порядке и обеспечить внедрение стандартов высокотехнологичной медицинской помощи и сформированных на их основе нормативов финансовых затрат по видам высокотехнологичной медицинской помощи;
- обеспечить заключение соглашений о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими учреждениями, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации, до начала очередного финансового года;
- принять меры по обеспечению контроля за подведомственными учреждениями здравоохранения, оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь, в части реализации прав граждан на получение бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи на всех этапах ее оказания;
- принять меры по обеспечению преемственности между федеральными медицинскими учреждениями, оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь, и медицинскими учреждениями субъекта Российской Федерации в ведении пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, с последующей их реабилитацией при наличии показаний;
- обеспечить улучшение межформенного, межтабличного и внутритабличного контроля при формировании отчетов по федеральным и отраслевым формам статистического наблюдения в части оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи.

3. Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития:

- обеспечить контроль за учреждениями здравоохранения, оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь, в части реализации прав граждан на получение бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи на всех этапах ее оказания.

4. Высшим исполнительным органам власти субъектов Российской Федерации:

- обеспечить формирование заявок на оказание высокотехнологичной медицинской помощи с учетом объективной потребности граждан и транспортной доступности медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств федерального бюджета;

- принять меры по повышению информированности граждан о порядке и условиях получения высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных медицинских учреждениях и медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации;

- обеспечить контроль получения гражданами, имеющими Талон на оказание ВМП, высокотехнологичной медицинской помощи на всех этапах ее оказания;

- повысить качество медицинского обследования пациентов, направляемых на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, с целью минимизации отказов гражданам в ее получении и исключения случаев дополнительных обследований пациентов за счет личных средств граждан;

- повысить эффективность расходования средств федерального бюджета, выделенных на софинансирование оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими учреждениями, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации;

- обеспечить своевременность подготовки и утверждения нормативных правовых актов, необходимых для подписания соглашений о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование оказания гражданам высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими учреждениями, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации;

- обеспечить преемственность в ведении пациентов между федеральными медицинскими учреждениями, оказавшими высокотехнологичную медицинскую помощь и медицинскими учреждениями субъекта Российской Федерации по месту проживания пациента;

- принять меры по организации гражданам реабилитационных мероприятий в соответствии с рекомендациями медицинских учреждений, оказавших ВМП, при наличии соответствующих показаний.

**Аудитор Счетной палаты
Российской Федерации**

В.С. КАТРЕНКО