

**Анализ нормативного правового регулирования мероприятий,  
связанных с распределением, предоставлением и расходованием  
субвенций**

Распределение субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляется в целях реализации переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

Порядок расчета размера субвенций определен в Постановлении Правительства РФ от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования». Размер субвенции определяется согласно следующей формуле:

$$S_i = \frac{C_i \times H \times K_i \times K_{i\text{ФГУ}}}{\sum_i C_i \times H \times K_i \times K_{i\text{ФГУ}}} \times S_{\text{общ}}$$

Где:

$S_{\text{общ}}$  – общий размер субвенций, установленный в бюджете Фонда на соответствующий финансовый год;

$H$  – норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС, установленный в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи (может быть сокращен, так как одновременно присутствует и в числителе, и в знаменателе формулы);

$C_i$  – численность застрахованного по ОМС населения субъекта Российской Федерации на 1 января года, в котором рассчитывается субвенция на очередной финансовый год;

$K_{i\text{ФГУ}}$  – коэффициент корректировки по доле участия федеральных медицинских организаций в территориальной программе обязательного медицинского страхования;

$K_i$  – коэффициент дифференциации, рассчитанный в отношении данного субъекта РФ.

Цель применения коэффициента дифференциации (далее –  $K_{\text{диф}}$ ) в том, чтобы при распределении субвенций из федерального бюджета ФОМС учесть разницу в стоимости труда, а также ценах товаров и услуг между субъектами РФ (и городом Байконур). Методика расчета коэффициента дифференциации также установлена Постановлением Правительства РФ № 462 и определяется следующей формулой:

$$K_i = 0,7 \times \max(K_i^p; K_i^{\text{ЗП}}) + 0,3 \times \text{ПР}_i,$$

Где:

$K^p$  – сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях;

$K^{\text{ЗП}}$  – коэффициент уровня среднемесячной заработной платы за год, предшествующий году, в котором рассчитывается субвенция, рассчитываемый как отношение среднемесячной номинальной начисленной заработной платы в расчете на одного работника в субъекте РФ к среднемесячной номинальной начисленной заработной плате в расчете на одного работника в Российской Федерации в целом;

$\text{ПР}_i$  – коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, рассчитываемый согласно следующей формуле:

$$\text{ПР}_i = 0,22 \times K_i^{\text{ЖКУ}} + 0,78$$

Где:

$K^{\text{ЖКУ}}_i$  – коэффициент стоимости жилищно-коммунальных услуг в субъекте РФ, определяемый в соответствии с методикой распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 года № 670 «О распределении дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации», на год, в котором рассчитывается субвенция;

$K^{\text{Ц}}_i$  – коэффициент уровня цен в  $i$ -м субъекте Российской Федерации, определяемый в соответствии с методикой распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 года № 670 «О распределении дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации», на год, в котором рассчитывается субвенция.

Оба коэффициента ( $K^{ЖКУ}$  и  $K^Ц$ ) являются расчетными показателями, значения которых зависят от ряда ценовых (различия в стоимости фиксированного набора товаров и услуг) и по большей части неценовых параметров (плотности транспортных путей постоянного действия, доли сельских населенных пунктов от общего числа населенных пунктов, доли сельских населенных пунктов, не имеющих постоянной транспортной связи, доли населения, проживающего в населенных пунктах < 500 человек, доли населения, проживающего в отдаленных районах, доли населения нетрудоспособного возраста).

Проведенным анализом установлено, что согласно данным, представленным в форме статистического наблюдения № 62, в структуре затрат системы ОМС доминируют затраты на оплату труда (69-71% общих затрат в 2017-2019 годах). Существенную долю также занимают затраты на закупку медикаментов и перевязочных средств (10-13% в 2017-2019 годах). Доля затрат на коммунальные услуги и содержание имущества снизилась с 6,1% в 2017 году до 5,0% в 2019 году. Прочие затраты занимали долю в 14,2%-13,3% в общих расходах средств ОМС в 2017-2019 годах.

Структура расходов средств ОМС по субъектам РФ в силу региональных различий отличается от средней наблюдаемой по системе ОМС в целом. Например, минимальная доля затрат на оплату труда наблюдается в Чеченской республике и составляет 59,5%, максимальная – 90,9% (Чукотский АО). Средняя доля затрат средств ОМС субъектов РФ и города Байконур на оплату труда составляет – 69,1%, медиана – 68,8%. Также отличаются данные в распределении регионов по доле затрат на медикаменты и перевязочные средства в структуре расходов средств ОМС за 2019 год. Минимальная доля затрат на медикаменты и перевязочные средства наблюдается в Чукотском АО и составляет 2,8%, максимальная – 28,4% (Чеченская республика). Средняя доля затрат средств ОМС субъектов РФ и города Байконур на закупку медикаментов и перевязочных средств составляет – 13,1% и медиана – 12,8%.

Также наблюдаются отличия по доле затрат на коммунальные услуги и содержание имущества в структуре расходов средств ОМС в различных регионах за 2019 год. Минимальная доля затрат на коммунальные услуги и содержание имущества наблюдается в Чукотском АО и составляет 1,8%, максимальная – 16,8% (Байконур). Средняя доля затрат средств ОМС субъектов РФ и города Байконур на коммунальные услуги и содержание имущества – 5,1%, а медиана – 5,1%.

Кроме того, в последние годы наблюдается рост межтерриториальных расчетов, предоставляющих собой платежи территориальных фондов ОМС

по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования в пользу территориальных фондов ОМС по месту оказания медицинской помощи. В частности, отношение величины затрат по межтерриториальным расчетам к величине расходов системы ОМС выросло с 3,9% в 2017 году до 4,6% в 2019 году. Отношение затрат по межтерриториальным расчетам к величине расходов средств ОМС для отдельных регионов может достигать 10% и более. Минимальное значение показателя наблюдается в Сахалинской области и составляет 1,2%, максимальное – 19,9% (Республика Калмыкия). Среднее значение – 5,1%, а медиана – 4,2%.

Поскольку стоимость медицинской помощи в медицинских организациях различных субъектов РФ может существенно отличаться, отток пациентов из регионов с низкой стоимостью медицинской помощи в регионы с высокой стоимостью медицинской помощи приводит к существенной разбалансировке финансового обеспечения территориальной программы ОМС. Ярким примером подобной ситуации является Тверская область, в которой по данным 2019 года наблюдается рост стоимости медицинской помощи, оказанной за пределами территории страхования на уровне 146% по сравнению с данными 2018 года (причем основными направлениями оттока пациентов являются Московская область, город Санкт-Петербург и город Москва, характеризующиеся более высокими коэффициентами дифференциации – 1,13, 1,27, 1,68 соответственно по данным на 2020 год) по сравнению со значением для Тверской области (1,0 по данным на 2020 год), что никак не учитывается при расчете размера субвенций территориальному фонду ОМС Тверской области. Количество регионов, у которых наблюдается отрицательное сальдо между поступлениями и расходованием средств в рамках межтерриториальных расходов достигает 72 (по данным формы статистического наблюдения №2 за 2019 год). У отдельных регионов отрицательное сальдо может составлять 6% и более по сравнению с общими расходами средств ОМС в субъекте Российской Федерации.

Максимальное значение показателя (превышение доходов над расходами) наблюдается в Санкт-Петербурге и Москве (5,5% и 4,9% соответственно), а минимальное (превышение расходов над доходами) – 18,6% в Республике Калмыкия. Среднее значение показателя – 2,1%, а медиана – 1,8%.

Таким образом, существует ряд проблем, искажающих результаты расчета коэффициента дифференциации:

1. Расчеты искажаются применением неценовых коэффициентов, таких как плотность транспортных путей постоянного действия, доля сельских населенных пунктов, не имеющих постоянной

транспортной связи, доля населения, проживающего в населенных пунктах < 500 человек, доля населения, проживающего в отдаленных районах, доля населения нетрудоспособного возраста и др., которые, хотя и отражают различия в характеристиках регионов, напрямую не влияют на различия в стоимости медицинских услуг по субъектам РФ.

2. Текущая методика расчета коэффициента дифференциации не учитывает балансы субъектов РФ по межтерриториальным расчетам.
3. Текущая методика расчета коэффициента дифференциации напрямую не учитывает разницу в стоимости некоторых товаров и услуг, занимающих существенную долю в затратах средств ОМС. В частности, не учитывается напрямую разница в стоимости лекарственного обеспечения.
4. Ценовой коэффициент, применяемый в текущей методике расчета  $K_{\text{диф}}$  для сравнения регионов по уровню заработной платы, рассчитывается как максимальное значение из двух показателей:  $K_p$  – суммы средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях (принимает значение от 1,0 до 3,0) и  $K^{\text{ЗП}}$  – коэффициента уровня среднемесячной заработной платы (отношение среднемесячной подушевой номинальной начисленной заработной платы в субъекте РФ к показателю рассчитанному для РФ в целом). Таким образом, поскольку коэффициент не может принимать значение ниже 1,0, а существуют регионы, в которых среднемесячный уровень номинальной заработной платы ниже, чем по РФ в среднем, связь искажается. На рис. № 1.2.1. изображена зависимость средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование по данным на 2018 год от значений коэффициента, применяемого в текущей методике расчета  $K_{\text{диф}}$  для сравнения регионов по уровню заработной платы и только коэффициента уровня среднемесячной заработной платы (без корректировки на максимальное значение  $K_p$ ). Из анализа рис. № 1.2.1. видно, что взаимосвязь между двумя показателями в текущей методике является искаженной (А), по сравнению со случаем использовать исключительно коэффициента уровня среднемесячной заработной платы (Б).

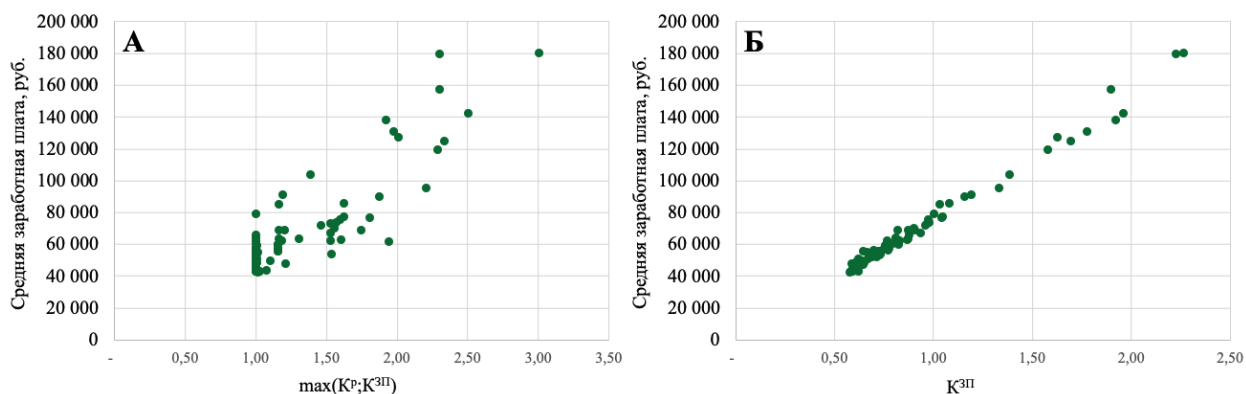


Рисунок 1.2.1. – Взаимосвязь между средней заработной платой врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование по данным на 2018 год и (А) коэффициентом, применяемым в текущей методике расчета  $K_{\text{диф}}$  для сравнения регионов по уровню заработной платы, а также (Б) коэффициента уровня среднемесячной заработной платы (без корректировки на максимальное значение  $K_p$ ) для 2020 года.

5. В текущей методике расчета  $K_{\text{диф}}$  полученные значения коэффициентов не сбалансированы вокруг 1,0 – средневзвешенное значение коэффициента дифференциации составляет 1,2. Таким образом нарушается экономический смысл показателя как корректирующей расчетную величину субвенций на ценовые факторы.

Исходя из целей расчета коэффициента дифференциации, он должен характеризоваться соответствием весовых коэффициентов реальной структуре затрат в системе ОМС, а также применением ценовых коэффициентов, отражающих различия в стоимости труда, товаров и услуг между субъектами РФ (то есть должна присутствовать взаимосвязь между используемыми ценовыми коэффициентами и подушевыми значениями затрат по соответствующим статьям).

Таким образом, действующая методика в целом обеспечивает соответствие расчета и распределения объемов субвенций требованиям законодательства об ОМС, однако применяемые коэффициенты дифференциации не позволяют объективно учесть все особенности субъектов Российской Федерации. Одним из возможных путей совершенствования механизма расчета субвенций является изменения состава показателей коэффициента дифференциации, которое бы позволило обеспечить полноту учета измеримых факторов, влияющих на стоимость медицинской помощи.