

*Из решения Коллегии Счетной палаты Российской Федерации от 26 ноября 2010 года № 57К (759) «О результатах контрольного мероприятия «Аудит эффективности использования медицинского оборудования, закупленного для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в целях реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2009 годах и истекшем периоде 2010 года, совместно с контрольно-счетными органами Ленинградской области и Республики Татарстан»:*

*Утвердить отчет о результатах контрольного мероприятия.*

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

*Направить информацию об основных итогах контрольного мероприятия в Совет Федерации и Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации, полномочным представителям Президента Российской Федерации в федеральных округах, Контрольно-счетную палату Ленинградской области, Счетную палату Республики Татарстан.*

## **ОТЧЕТ**

### **о результатах контрольного мероприятия**

**«Аудит эффективности использования медицинского оборудования, закупленного для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в целях реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2009 годах и истекшем периоде 2010 года, совместно с контрольно-счетными органами Ленинградской области и Республики Татарстан»**

**Основание для проведения контрольного мероприятия:** пункты 2.18.1, 2.18.3, 2.18.4, 2.18.5, 2.18.8 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2010 год, методологическое и экономическое обоснование проведения аудита эффективности использования медицинского оборудования, закупленного для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в целях реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2009 годах и истекшем периоде 2010 года, утвержденное на Коллегии Счетной палаты Российской Федерации (протокол от 5 февраля 2010 года № 4К (706)).

### **Предмет контрольного мероприятия**

Документы, подтверждающие выделение и использование средств федерального бюджета на финансирование закупок медицинского оборудования для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в целях реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (далее - ПНП «Здоровье»), в том числе в части совершенствования оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и организации онкологической помощи населению за 2008-2009 годы и истекший период 2010 года.

Нормативные правовые акты, принятые во исполнение проводимых мероприятий, распорядительные документы, обосновывающие операции со средствами федерального бюджета, платежные и иные первичные документы, бухгалтерская отчетность, подтверждающая совершение операций со средствами федерального бюджета.

Документы, обосновывающие выделение и объем бюджетных средств на закупку медицинского оборудования, перечень и требования, предъявляемые к техническим характеристикам оборудования. Конкурсная документация на право заключения госу-

дарственных контрактов в рамках проводимых мероприятий, результаты проведения торгов, государственные контракты и документы, подтверждающие их исполнение. Отчетные данные и данные мониторинга о реализации мероприятий и достижении целевых показателей. Данные о результатах диспансеризации населения Российской Федерации, ведомственной и официальной статистической отчетности.

### **Объекты контрольного мероприятия**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации; Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития; ФГУ «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» Росздравнадзора; Федеральный фонд обязательного медицинского страхования; региональные органы управления здравоохранением (по выбору); лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) федерального, регионального и муниципального подчинения (по выбору); поставщики медицинского оборудования - победители торгов в период 2006-2010 годов (по выбору); организации сервисного обслуживания медицинского оборудования (по выбору); зарубежные и российские производители (по выбору); ассоциации производителей и дистрибуторов (по выбору); врачи и медицинские работники (социологический опрос); граждане - пациенты ЛПУ (социологический опрос).

### **Цели контрольного мероприятия**

1. Оценка эффективности использования государственных средств, выделенных на закупку отдельных видов медицинского оборудования:

- обеспечение минимального расходования бюджетных средств, принимая во внимание условия и результаты проведенных конкурсов, стоимость закупленного медицинского оборудования и его качественные характеристики, стоимость подготовки помещений, монтажа, обучения специалистов, сервисного обслуживания.

2. Оценка эффективности использования оборудования в лечебно-профилактических учреждениях, доступности и качества оказания медицинской помощи гражданам России:

- оптимальность эксплуатации закупленного медицинского оборудования в ЛПУ и его использование для медицинского обслуживания граждан с максимально возможной нагрузкой;

- достижение целевых показателей, заявленных при обосновании целесообразности закупок медицинского оборудования и в процессе его эксплуатации, использование полученного опыта при разработке новых направлений по улучшению качества медицинского обслуживания населения Российской Федерации.

**Проверяемый период деятельности:** 2006-2009 годы и истекший период 2010 года.

**Срок проведения контрольного мероприятия:** с 1 марта по 8 октября 2010 года.

### **Актуальность темы**

На заседании президиума Государственного совета, состоявшегося 11 октября 2005 года, представлен доклад «О повышении доступности и качества медицинской помощи». Задачей доклада являлся анализ ситуации в здравоохранении России, выявление его основных проблем, выработка предложений по модернизации системы здравоохранения в целях повышения доступности и качества медицинской помощи.

В докладе отмечалось, что главная цель модернизации российского здравоохранения - повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения на основе повышения эффективности использования ресурсов и возрождения профилактической направленности в здравоохранении, а основными задачами модернизации здравоохранения являются:

- изменение принципов финансирования здравоохранения на основе ежегодно утверждаемого федерального минимального подушевого норматива финансирования (с учетом территориальных коэффициентов);

- обеспечение приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи;

- обеспечение необходимой нормативно-правовой базы развития здравоохранения;

- расширение хозяйственной самостоятельности организаций здравоохранения;

- реформирование системы оплаты труда медицинских работников с учетом качества их деятельности;

- модернизация системы обязательного медицинского страхования;

- повышение эффективности функционирования государственной и муниципальной систем здравоохранения;

- создание систем управления качеством медицинской помощи;

- внедрение современных подходов к кадровому обеспечению отрасли;

- укрепление материально-технической базы медицинских организаций;

- удовлетворение потребностей населения в высокотехнологичной медицинской помощи;

- усиление профилактической направленности здравоохранения, ориентация на сохранение здоровья здорового человека и укрепление института семьи как основы философии современного общества;

- поддержка медицинской науки и ее ориентация на решение проблем доступности и качества медицинской помощи;

- создание на базе развития фармацевтики и биотехнологий принципиально новых эффективных методов профилактики, диагностики и лечения, лекарственных средств и диагностических препаратов нового поколения.

В докладе указывалось, что реализация указанных задач возможна через федеральную целевую программу «Развитие здравоохранения Российской Федерации», в которой одно из основных мест должны занять мероприятия по укреплению первичной медико-санитарной помощи и обеспечению населения высокотехнологичными видами медицинских услуг, а также развитию профилактического направления в здравоохранении. Подчеркивалась целесообразность предусмотреть в программе возможность создания национальных служб по лечению наиболее значимых заболеваний (онкологическая, сердечно-сосудистая, травматолого-ортопедическая, диабетологическая) с разработкой единых (общероссийских) подходов к диагностике, лечению и реабилитации пациентов.

На заседании расширенной коллегии Минздравсоцразвития России от 14 октября 2005 года были одобрены план реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и сетевой график мероприятий по его реализации в сфере здравоохранения, согласно которому органам управления здравоохранением всех уровней было рекомендовано разработать территориальные программы развития здравоохранения с учетом реализации ПНП «Здоровье».

Во исполнение решения расширенного заседания Коллегии Минздравсоцразвития России от 14 октября 2005 года между Минздравсоцразвития России и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации были заключены соглашения о взаимодействии и координации в реализации ПНП «Здоровье».

Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политики (протокол № 2 от 21 декабря 2005 года) утверждены основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье», который включает в себя направления: «Развитие первичной медико-санитарной помощи» и «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью».

По направлению «Развитие первичной медико-санитарной помощи» определены основные показатели (повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи), в том числе повышение уровня квалификации врачей участковой службы (увеличение количества врачей, прошедших подготовку, - на 13848 человек); снижение коэффициента совместительства в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, - до 1,1; сокращение сроков ожидания диагностических исследований в поликлиниках - до одной недели (в задачах на 2008 год - до 3 дней); обновление парка санитарного автотранспорта службы скорой медицинской помощи - на 12120 машин и другие показатели.

В целях оснащения в 2006-2007 годах не менее 11024 муниципальных учреждений здравоохранения диагностическим оборудованием в количестве свыше 43000 единиц предусмотрено выделение средств из федерального бюджета в сумме 29,7 млрд. рублей.

В целях реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2008-2010 годах предусмотрены мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, больным с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также другие мероприятия.

Постановлениями Правительства Российской Федерации на закупку медицинского оборудования для учреждений здравоохранения предусмотрены средства федерального бюджета на реализацию вышеуказанных мероприятий в объемах:

- на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями: в 2008 году - 3,6 млрд. рублей, в 2009 году - 3,2 млрд. рублей, в 2010 году - 3,1 млрд. рублей;

- на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (включая закупки санитарного транспорта): в 2008 году - 3,2 млрд. рублей, в 2009 году - 2,6 млрд. рублей, в 2010 году - 3,4 млрд. рублей;

- на совершенствование организации онкологической помощи населению: в 2009 году - 6,3 млрд. рублей, в 2010 году - 5,8 млрд. рублей.

Программой модернизации системы здравоохранения в 2011-2012 годах предусматривается финансирование из федерального бюджета в объеме 460 млрд. рублей следующих направлений: обеспечение стандартов оказания медицинской помощи (136 млрд. рублей), информатизация здравоохранения (24 млрд. рублей) и модернизация материально-технической базы (300 млрд. рублей).

По результатам исследования эффективности расходования государственных средств, выделенных в 2006-2010 годах на закупку медицинского оборудования и его использования в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, а также оценке достигнутого уровня доступности и качества оказания медицинской помощи населению Счетной палатой Российской Федерации подготовлены выводы и соответствующие рекомендации, которые могут способствовать повышению эффективности расходования бюджетных средств, выделяемых на модернизацию системы здравоохранения в 2011-2012 годах.

**По результатам контрольного мероприятия установлено следующее**

### **Часть 1. Показатели здоровья граждан Российской Федерации и кадровое обеспечение системы здравоохранения медицинским персоналом**

В докладе Минздравсоцразвития России на заседании Совета при Президенте Российской Федерации по приоритетным национальным проектам и демографической политике в феврале 2008 года подведены краткие итоги реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2007 годах и обозначены задачи на 2008-2010 годы.

В докладе отмечается, что в 2006-2007 годах в качестве первоочередных проблем российского здравоохранения были выделены: профилактика, кадровая политика, состояние материально-технической базы, развитие первичной и высокотехнологичной медицинской помощи. На решение этих проблем было направлено государственное внимание и существенные финансовые вложения. Расходы федерального бюджета на реализацию проекта составили за 2 года около 182,1 млрд. рублей, при этом софинансирование из региональных бюджетов составило около 45 млрд. рублей.

Врачи, работающие на наиболее проблемных участках: первичное звено, родовспоможение, скорая помощь - получили ощутимые дополнительные выплаты. Заработная плата участковых врачей-терапевтов и врачей-педиатров к 2008 году в 1,5 раза превысила уровень средней заработной платы по стране (22,6 тыс. рублей в месяц).

Почти треть врачей первичного звена (более 26 тыс. человек) прошли переподготовку и повысили свою квалификацию. На участки пришло работать 7700 врачей. Более 40 % из них - молодые специалисты.

Практически все амбулаторно-поликлинические учреждения страны переоснащены современным рентгенологическим, ультразвуковым, лабораторным, эндоскопическим оборудованием. Впервые у граждан России появилась возможность получить полный спектр диагностических исследований. Время ожидания обследований в большинстве амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось с 10 до 3-5 дней.

В ходе дополнительной диспансеризации и углубленных медицинских осмотров определены индивидуальные программы лечения, реабилитации и профилактики заболеваемости для 13 млн. работников бюджетной сферы и работников, занятых на производствах с вредными и опасными факторами.

Мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье» оказали серьезное воздействие на демографическую ситуацию в стране. Смертность уменьшилась на 10 %. Младенческая смертность сократилась почти на 15 %. За прошедшие 2 года рождаемость увеличилась почти на 10 процентов.

В 2008-2010 годах основные мероприятия направлены на снижение смертности от управляемых причин, в том числе:

- улучшение организации медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями и снижение смертности от этих заболеваний не менее чем на 15 % (до 780 на 100 тыс. населения в 2008 году);

- снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий за 3 последующие года не менее чем в 1,5 раза;

- снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных, до 201 случая в 2009 году и до 200 - в 2010 году на 100 тыс. населения.

Эффективность мероприятий, проводимых органами управления и учреждениями здравоохранения, отражают, наряду с показателями структуры смертности, показатели заболеваемости.

### **1.1. Общая заболеваемость населения Российской Федерации**

По итогам 2009 года общая заболеваемость в Российской Федерации по предварительным данным ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее - ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России) составила 160724,6 на 100 тыс. населения, что на 2,9 % выше, чем в 2008 году (156150,1 на 100 тыс. населения) и на 5,9 % выше, чем в 2006 году (151735,1 на 100 тыс. населения).

Структура общей заболеваемости не изменилась. Первое место занимают болезни органов дыхания, удельный вес которых составил 25,1 % (2006 год - 23,3 %), второе место - болезни системы кровообращения - 13,9 % (2006 год - 14,7 %), третье - болезни

костно-мышечной системы - 7,8 % (2006 год - 7,7 %), четвертое - болезни органов пищеварения - 7,0 % (2006 год - 6,8 %), пятое - болезни глаза и его придаточного аппарата - 6,9 % (2006 год - 6,7 %). По данным субъектов Российской Федерации, в структуре общей заболеваемости также лидируют болезни органов дыхания: от 17,8 % в Ставропольском крае до 48,8 % в Ивановской области. Однако в 2 из 18 анализируемых регионов первое место занимают болезни системы кровообращения: Мурманская область - 17,7 % и Ставропольский край - 17,8 процента.

Аналогично структуре общей заболеваемости, сложившейся в целом по Российской Федерации, в большинстве исследуемых регионов, на втором месте находятся болезни системы кровообращения: их доля составляет от 11,4 % в Хабаровском крае до 21,3 % в Тюменской области. В Ивановской и Рязанской областях второе место занимают внешние причины (соответственно, 5,3 % и 12,1 %), а в Ставропольском крае - болезни костно-мышечной системы (7,95 процента).

Третье место в большинстве своем занимают болезни костно-мышечной системы от 7,2 % в Краснодарском крае до 17,7 % в Тюменской области. В 4 из 18 анализируемых субъектах Российской Федерации на третьем месте находятся болезни мочеполовой системы: 4,8 % - в Ивановской области, 9,1 % - в Мурманской области. В Волгоградской области третье место занимают внешние причины - 5,9 процента.

Четвертое место примерно в равных долях занимают болезни пищеварения, мочеполовой системы и внешние причины.

По предварительным данным ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России, увеличение показателей в 2009 году по сравнению с 2008 годом отмечается в 11 из 18 классов болезней, формирующих структуру общей заболеваемости.

Наибольший рост регистрируется в группе заболеваний:

«Болезни органов дыхания» - на 10 %;

«Осложнения беременности, родов и послеродового периода» - на 6,3 %;

«Новообразования» - на 4,8 %;

«Болезни уха и сосцевидного отростка» - на 4,5 процента.

Общая заболеваемость «Болезнями системы кровообращения» увеличилась в 2009 году по сравнению с 2008 годом на 1,9 процента.

По сравнению с 2006 годом увеличение общей заболеваемости отмечается по 12 классам болезней, в том числе:

«Осложнения беременности, родов и послеродового периода» - на 9,2 %;

«Болезни органов дыхания» - на 12,7 %;

«Новообразования» - на 12,2 %;

«Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» - на 9,95 %;

«Болезни нервной системы» - на 8,0 %;

«Болезни системы кровообращения» - на 7,4 %, в том числе «Болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением» - на 13,8 %;

«Болезни костно-мышечной системы» - на 7,0 %;

«Болезни уха и сосцевидного отростка» - на 5,9 %;

«Болезни мочеполовой системы» - на 5,0 процента.

Информация об общей заболеваемости на 100 тыс. человек населения за 2006, 2008 и 2009 годы приведена в таблице:

Наименование болезней	Данные Минздравсоцразвития России (расчет Росстата)		
	2006 г.	2008 г.	2009 г.
Болезни органов дыхания	35791,7	36660,1	40323,0
Болезни системы кровообращения	20923,3	22050,2	22477,2
Болезни костно-мышечной системы	11857,7	12500,1	12687,7

Наименование болезней	Данные Минздравсоцразвития России (расчет Росстата)		
	2006 г.	2008 г.	2009 г.
Болезни мочеполовой системы	10463,8	10904,4	10991,9
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	7417,6	8458,1	8098,3
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5312,4	5761,7	5841,1
Болезни нервной системы	5292,0	5652,7	5720,6
Новообразования	3594,2	3851,3	4034,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	3746,6	3795,9	3966,9

На уровне 2006 года сохраняется заболеваемость «Болезнями глаза и его придаточного аппарата» (11044,3 на 100 тыс. населения в 2006 году; 11050,3 на 100 тыс. населения в 2009 году).

Значительное снижение (на 24,5 %) произошло в 2009 году по сравнению с 2006 годом в группе заболеваний «Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания».

Результаты проведенного анализа общей заболеваемости населения в разрезе исследуемых субъектов Российской Федерации свидетельствуют об отсутствии однонаправленной динамики в изменении показателей общей заболеваемости болезнями системы кровообращения. Так, в 9 из 18 анализируемых регионов за последние 4 года наблюдалось снижение общей заболеваемости болезнями системы кровообращения. В двух регионах общая заболеваемость болезнями системы кровообращения за указанный период времени сохранялась примерно на одинаковом уровне, в семи - выросла (на 0,3 % в Краснодарском крае и на 5,3 % в Кемеровской области).

Общая заболеваемость болезнями органов дыхания характеризуется устойчивым ростом во всех анализируемых субъектах Российской Федерации.

## 1.2. Первичная заболеваемость населения Российской Федерации

Информация о первичной заболеваемости (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни на 1000 человек населения) по основным классам болезней в 2006, 2008 и 2009 годах представлена в таблице:

Наименование болезней	Данные Минздравсоцразвития России (расчет Росстата)			Изменения в 2009 г. в процентах	
	2006 г.	2008 г.	2009 г.	к 2006 г.*	к 2008 г.**
1	2	3	4	5	6
Все болезни из них	763,9	772,0	802,5	5,1	4,0
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	37,4	36,5	34,6	-7,5	-5,2
новообразования	9,9	10,1	10,7	8,1	5,9
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	5,4	5,3	5,1	-5,6	-3,8
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	11,7	11,5	10,4	-11,1	-9,6
болезни нервной системы	16,3	17,0	16,7	2,5	-1,8
болезни глаза и его придаточного аппарата	35,8	34,2	33,7	-5,9	-1,5
болезни уха и сосцевидного отростка	24,6	24,8	26,3	6,9	6,0
болезни системы кровообращения	26,6	26,6	26,5	-0,4	-0,4
болезни органов дыхания	297,1	304,5	339,3	14,2	11,4
болезни органов пищеварения	35,3	34,6	34,5	-2,3	-0,3
болезни кожи и подкожной клетчатки	50,8	49,7	49,3	-3,0	-0,8
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	35,4	35,3	34,9	-1,4	-1,1
болезни мочеполовой системы	48,9	48,7	48,2	-1,4	-1,0
осложнения беременности, родов и послеродового периода	64,1	71,3	76,1	18,7	6,7
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	1,8	2,1	2,1	16,7	0,0
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	89,5	91,7	90,6	1,2	-1,2

\* (гр.4 : гр.2 x 100) - 100 %.

\*\* (гр.4 : гр.3 x 100) - 100 %.

Как следует из анализа представленных в таблице данных, в 2009 году отмечается увеличение заболеваемости болезнями, выявленными впервые в жизни, на 4,0 % по отношению к 2008 году и на 5,1 % - к 2006 году.

В период с 2006 года по 2009 год наблюдается рост количества зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни: с 108842 тыс. человек в 2006 году до 109590 тыс. человек - в 2008 году и до 113877 тыс. человек - в 2009 году.

Из 16 заболеваний, формирующих структуру первичной заболеваемости населения России, в 2009 году увеличились по сравнению с 2008 годом показатели по 4 классам: болезни органов дыхания (на 11,4 %), осложнения беременности, родов и послеродового периода (на 6,7 %), болезни уха и сосцевидного отростка (на 6 %), новообразования (на 5,9 %). Взято на учет с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественные новообразования на 0,7 % больных больше, чем в 2008 году, и на 2,6 % больше, чем в 2006 году.

По отношению к показателям 2006 года дополнительно к указанным группам болезней в 2009 году регистрируется увеличение врожденных аномалий (пороки развития), деформаций и хромосомных нарушений (на 16,7 %), травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (на 1,2 процента).

Осложнения беременности, родов и послеродового периода возросли в 2009 году по сравнению с 2006 годом на 18,7 процента.

В группе социально значимых болезней, по данным Росстата, в 2009 году на 2,2 % повысилась заболеваемость активным туберкулезом по сравнению с 2008 годом и на 3,0 % по сравнению с 2006 годом.

Снижение первичной заболеваемости в 2009 году по сравнению с показателями 2008 года отмечалось в следующих классах: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ - на 9,6 %, некоторые инфекционные и паразитарные болезни - на 5,2 %, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, - на 3,8 процента.

Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения составила в 2009 году 26,5 на 1000 населения и практически не изменилась по сравнению с 2008 годом и 2006 годом (26,6 на 1000 населения).

Следует отметить, что если заболеваемость населения с диагнозом, установленным впервые в жизни, в расчете на 1000 человек населения по классу болезни нервной системы снизилась на 1,8 %, то абсолютное число больных в этой группе болезней увеличилось с 2419 тыс. человек в 2008 году до 3761 тыс. человек в 2009 году, или на 55,5 процента.

С 2000 года структура первичной заболеваемости не претерпела существенных изменений: основную группу составляют болезни органов дыхания, в том числе в 2009 году - 42,3 %, на втором месте находятся травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (11,3 %), на третьем месте - осложнения беременности, родов и послеродового периода (9,5 %), на четвертом месте - болезни кожи и подкожной клетчатки (6,1 %) и болезни мочеполовой системы (6,0 %), на пятом месте - болезни органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Указанная структура первичной заболеваемости и тенденции изменения значений показателей заболеваемости населения по основным классам болезней с диагнозом, установленным впервые в жизни, наблюдается, в той или иной степени, во всех исследуемых в рамках аудита эффективности субъектах Российской Федерации.

### **1.3. Итоги диспансеризации**

Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений в части оснащения их современным медицинским оборудованием направлено также на обеспечение и



расширение возможностей проведения дополнительной диспансеризации работающего населения в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

Дополнительная диспансеризация осуществляется учреждениями здравоохранения муниципальной и государственной систем здравоохранения.

Основными задачами дополнительной диспансеризации являются раннее выявление и профилактика заболеваний, в том числе социально значимых.

В соответствии с нормативными правовыми документами, регламентирующими вопросы проведения дополнительной диспансеризации, после обследования гражданина в соответствии с установленным объемом врач-терапевт с учетом заключений всех врачей-специалистов, принимающих участие в проведении дополнительной диспансеризации, и результатов проведенных лабораторных и функциональных исследований с целью планирования дальнейших мероприятий определяет гражданину соответствующую группу состояния здоровья:

I группа - практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении;

II группа - граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий;

III группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания;

IV группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара заболеваний;

V группа - граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Гражданам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуется посещение центров здоровья для дальнейших рекомендаций врачей-специалистов по здоровому образу жизни.

Гражданам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, выдается направление на плановую госпитализацию или оказание высокотехнологичной медицинской помощи, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

После прохождения гражданином установленного объема функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров, на основании которых гражданину устанавливается группа состояния здоровья, а также даются рекомендации по профилактике и, при необходимости, по дальнейшему наблюдению, случай дополнительной диспансеризации считается законченным.

Приказами Минздравсоцразвития России были определены нормативы затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина: в 2006 году - 500 рублей, в 2007 году - 540 рублей, в 2008 году - 974 рубля, в 2009 году - 1042 рубля.

За период с 2006 года по 2009 год фактически Федеральным фондом обязательного медицинского страхования направлено в субъекты Российской Федерации на проведение дополнительной диспансеризации 13609967,4 тыс. рублей, в том числе: в 2006 году - 1606600,0 тыс. рублей, в 2007 году - 2529421,2 тыс. рублей, в 2008 году - 5685056,0 тыс. рублей, в 2009 году - 3788890,2 тыс. рублей.

Как следует из представленных данных, расходы Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2009 году составили 93,5 % к плановым назначениям, что связано с невыполнением плановых показателей следующими регионами: более

10 % - Камчатский, Пермский края, Республика Адыгея, Чукотский, Ненецкий автономные округа, Амурская, Орловская, Челябинская, Тульская области; более 1 % - Ленинградская, Кировская, Московская, Новгородская области.

Самый низкий охват дополнительной диспансеризацией отмечается в 3 субъектах Российской Федерации, где он не достиг 70 %: Республика Адыгея (68 %), Чукотский автономный округ (68,9 %) и Камчатский край (69,5 %). В Ненецком автономном округе охват дополнительной диспансеризацией составил 85,3 %, в Приморском крае - 89,5 процента.

В 2006-2009 годах дополнительную диспансеризацию прошло 17,4 млн. человек (82 %) из 21,2 млн. человек, подлежащих дополнительной диспансеризации.

По сведениям Федеральной службы охраны Российской Федерации, проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в январе-сентябре 2010 года составило 57,7 % от плановых значений на 2010 год.

Из представленных Федеральной службой охраны Российской Федерации данных следует, что в 2010 году, как и в предыдущие годы, основная нагрузка по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан приходится на последний квартал года, когда регистрируется сезонный подъем простудных заболеваний, что в конечном итоге приводит к возрастанию нагрузки на медицинский персонал и может негативно отразиться на качестве проводимой дополнительной диспансеризации.

Отставание в выполнении планового задания по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан связано с поздним принятием Минздравсоцразвития России нормативных правовых документов, регламентирующих вопросы проведения и финансового обеспечения дополнительной диспансеризации работающих граждан.

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования<sup>1</sup>, подавляющее большинство осмотренных работающих граждан при проведении дополнительной диспансеризации относится к III группе здоровья (нуждающиеся в амбулаторно-поликлиническом лечении) - 57,5 % по итогам 2009 года. I группа - практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, составляют по итогам 2009 года только 25 % от общего количества осмотренных работающих граждан.

Итоги проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан подтверждают результаты анализа показателей заболеваемости и свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья работающего населения в целом по стране.

Распределение граждан по группам здоровья по результатам проведения диспансеризации в 2006-2009 годах приведено в таблице:

	(в процентах)			
	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
I группа	18,6	19,7	23,1	25,0
II группа	19,2	16,1	16,2	16,0
III группа	57,4	61,2	59,0	57,5
IV группа	4,6	2,9	1,7	1,5
V группа	0,2	0,1	0,04	0,02

Анализ данных дополнительной диспансеризации работающего населения в исследуемых субъектах Российской Федерации за 2007-2009 годы свидетельствует о том, что распределение граждан по группам здоровья в указанных регионах соответствует распределению в целом по Российской Федерации: большинство осмотренных работающих граждан при проведении дополнительной диспансеризации относится к III группе здоровья (нуждающиеся в амбулаторно-поликлиническом лечении). При этом доля указанной категории граждан в 14 из 22 регионов выше среднего значения по Российской Федерации (57,5 процента).

<sup>1</sup> Информационно-аналитические материалы «Итоги проведения мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и мер по улучшению демографической ситуации в 2009 году» (Москва, 2010 год).

В региональном аспекте доля практически здоровых граждан, не нуждающихся в диспансерном наблюдении, ниже среднестатистического значения по Российской Федерации (25 %) в 17 из 22 регионов, представивших информацию на запрос Счетной палаты Российской Федерации. Наиболее низкий уровень регистрируется по данным 2009 года в Республике Карелия (11 %), Ивановской области (11,8 %), Омской области (14 процентов).

В связи с тем, что на протяжении всего периода проведения дополнительной диспансеризации распределение граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, по группам здоровья не имело существенных различий, в следующей таблице представлены среднестатистические значения указанного распределения за период с 2007 по 2009 год по некоторым субъектам Российской Федерации:

(в процентах)			
Субъект Российской Федерации	I группа	II группа	III группа
Республика Карелия	11,0	6,6	82,4
Ставропольский край	29,2	20,7	51,0
Красноярский край	24,6	20,9	47,0
Омская область	14,0	10,3	72,4
Хабаровский край	18,2	7,8	71,9
Тюменская область	18,4	21,9	58,4
Воронежская область	17,1	17,6	61,6
Ивановская область	11,8	14,0	72,1
Ярославская область	18,3	1,9	78,3
Краснодарский край	36,8	26,1	36,1
Мурманская область	19,0	18,1	60,3
Ленинградская область	17,2	20,9	59,3
Республика Татарстан	25,0	31,7	59,7
Среднее значение по Российской Федерации	25,0	16,0	57,5

На первом месте в структуре заболеваемости работающего населения по итогам дополнительной диспансеризации на протяжении 4 лет находятся болезни системы органов кровообращения, на втором и третьем местах - болезни эндокринной и костно-мышечной систем. Также наиболее часто по результатам диспансеризации среди осммотренных работающих граждан встречаются болезни мочеполовой, нервной и пищеварительной систем, которые в структуре заболеваемости занимают, соответственно, четвертое, пятое и шестое места. Структура заболеваемости по результатам проведения диспансеризации (количество больных на 1000 осммотренных) приведена в таблице:

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Система органов кровообращения	248	274	292	286
Эндокринная система	17	199	234	163
Костно-мышечная система	170	220	188	184
Мочеполовая система	127	163	180	156
Нервная система	86	76	80	82
Пищеварительная система	79	74	80	85

В региональном аспекте в 2007 году в структуре выявленных по итогам диспансеризации заболеваний так же, как и по Российской Федерации, в большинстве случаев первое место занимают заболевания органов кровообращения: от 26,2 % - в Воронежской области до 17,6 % - в Республике Башкортостан. Исключение составляют Вологодская, Ярославская, Пензенская и Сахалинская области, где лидирующие позиции занимают заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

В 2009 году в структуре заболеваемости, сформированной по итогам проведенной дополнительной диспансеризации работающего населения, по-прежнему первое место занимают болезни органов кровообращения: от 26,6 % в Липецкой области и 26,5 % в Волгоградской области до 18,3 % - в Республике Татарстан. Исключение составляют Сахалинская, Ульяновская, Челябинская области, где лидирующие позиции занимают заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения

обмена веществ, а также Воронежская и Ярославская области - где на первом месте находятся болезни мочеполовой системы.

На втором месте по итогам диспансеризации 2007 года находятся в большинстве регионов, исследуемых в рамках настоящего аудита, заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ: от 29,4 % - в Ярославской области до 17,0 % - в Красноярском крае. Исключение составляют Ивановская и Липецкая области, Республика Татарстан, где на второе место выступают болезни глаза и его придаточного аппарата, а также Воронежская и Волгоградская области, где после заболеваний органов кровообращения следуют болезни мочеполовой системы.

На втором месте по итогам диспансеризации 2009 года в регионах, исследуемых в рамках настоящего аудита, находятся:

заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ - в Челябинской области (20,8 %), Сахалинской области (19,4 %), Ленинградской области (14,7 %), в Республике Башкортостан (13,2 %);

болезни глаза и его придаточного аппарата - в Ивановской области (19,6 %), Пензенской области (18,4 %), Республике Татарстан (17,4 %), Красноярском крае (16,8 %), Хабаровском крае (14,3 %), Воронежской области (14,1 %), Липецкой области (14,0 %);

болезни мочеполовой системы - в Волгоградской области (24,5 %), Челябинской области (13,3 %);

болезни органов кровообращения - в Ульяновской области (20,5 %), Ярославской области (17,8 %), Челябинской области (13,3 %), Сахалинской области (11,8 процента).

Данные в вышеприведенной таблице свидетельствуют о сокращении доли выявленной эндокринной патологии в 2009 году. Указанное сокращение не является объективным отражением состояния здоровья эндокринной системы населения, а связано с исключением врача-эндокринолога из списка врачей-специалистов, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации.

На третьем месте наиболее часто по результатам диспансеризации среди осматриваемых работающих граждан в 2007 году встречаются болезни мочеполовой системы: от 7,2 % - в Вологодской области до 17,3 % - в Ульяновской области.

Третье и четвертое места в исследуемых субъектах Российской Федерации по итогам диспансеризации 2009 года приходятся на болезни глаза и его придаточного аппарата (от 20,7 % - в Липецкой области до 13,7 % - в Сахалинской области) и болезни мочеполовой системы (от 16,3 % - в Воронежской области до 8,3 % - в Ивановской области), затем следуют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (от 15,6 % - в Пензенской области до 7,0 % - в Воронежской области), нервной и пищеварительной систем.

В группе социально значимых заболеваний у осматриваемых работающих граждан наиболее часто выявляется заболеваемость сахарным диабетом с диагнозом, установленным впервые в жизни. На втором месте находится впервые выявленное заболевание туберкулезом. Наибольшее число случаев туберкулеза по итогам 2009 года выявлено в Южном федеральном округе: 156 случаев туберкулеза, или 31,5 % от всех случаев туберкулеза, выявленных по Российской Федерации в целом при проведении дополнительной диспансеризации.

Из 2269 злокачественных новообразований, впервые выявленных при проведении дополнительной диспансеризации в 2009 году, 253 случая приходятся на злокачественные новообразования органов пищеварения (11,2 %), 180 случаев - на злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легкого (7,9 %), 110 случаев - на злокачественные новообразования кожи (4,8 %), 761 случай - на злокачественные новообразования молочной железы (33,5 %), 530 случаев - на злокачественные новообразования женских половых органов (23,4 %), 251 случай - на злокачественные новообразования предста-

тельной железы (11 %) и 184 случая - на злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной ткани (8,1 процента).

Больше всего злокачественных новообразований выявлено в Южном федеральном округе - 599 случаев, или 26,4 % от всех злокачественных новообразований, выявленных по Российской Федерации в целом при проведении дополнительной диспансеризации.

Количество и структура выявленных в рамках проведения дополнительной диспансеризации социально значимых заболеваний также свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья населения.

#### **1.4. Смертность населения Российской Федерации и структура причин смертности**

Программой реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на 2009-2012 годы, утвержденной Советом при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике, предусмотрены следующие целевые показатели до 2012 года по снижению смертности:

- от всех причин - до 11,9 на 1000 населения;
- от болезней системы кровообращения - до 750 на 100 тыс. человек населения;
- от внешних причин - до 120 на 100 тыс. человек населения, в том числе от транспортных травм - до 17,5 на 100 тыс. человек населения;
- снижение младенческой смертности - до 8,3 на 1000 родившихся живыми;
- снижение материнской смертности - до 19,5 на 100 тыс. родившихся живыми;
- увеличение рождаемости - до 13,5 на 1000 человек;
- увеличение средней продолжительности жизни больных с хронической патологией после установления заболевания - до 14,7 лет;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни - до 69 лет.

Снижение уровня смертности населения - одна из целей приоритетного национального проекта «Здоровье» и «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

Содействие снижению смертности является одной из главных тактических задач Минздравсоцразвития России в целях улучшения демографической ситуации в России.

По данным Росстата, в 2009 году в Российской Федерации достигнуты положительные результаты в снижении показателя смертности населения, который составил 14,2 на 1000 человек населения. Если в 2008 году значение указанного показателя соответствовало значению 2007 года, то в 2009 году умерло на 65,4 тыс. человека, или на 3,2 %, меньше, чем в 2008 году.

Информация о смертности населения Российской Федерации за период с 2005 года по 2009 год (по данным Росстата) представлена в следующей таблице:

	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Число умерших в расчете на 1000 населения за год, промилле	16,1	15,2	14,6	14,6	14,2
Темп убыли к предыдущему году, %	-	-5,6	-3,9	0,0	-2,7

Таким образом, средний темп убыли показателя смертности населения Российской Федерации от всех причин за последние 4 года составил (-)3,1 процента.

Для достижения Минздравсоцразвития России целевого значения показателя смертности населения Российской Федерации от всех причин к 2012 году в размере 11,9 на 1000 населения необходимо добиться снижения значений указанного показателя в течение 3 лет на 5,4 % в год.

Однако средний сложившийся темп убыли показателя смертности населения Российской Федерации от всех причин и наметившаяся тенденция к замедлению темпа

убыли ставят под сомнение реалистичность прогноза Минздравсоцразвития России в снижении смертности населения Российской Федерации от всех причин к 2012 году до 11,9 на 1000 населения.

На протяжении многих лет ведущую роль среди причин смертности населения России играют сердечно-сосудистые заболевания и показатели смертности от этих заболеваний являются одними из самых высоких в мире. Так, в 2007 году было зарегистрировано 833,9 случая на 100 тыс. человек, в 2006 году - 864,7, в 2005 году - 908. Соответствующие показатели в других странах в 2005 году: в «старых» странах ЕС - 214, в «новых» странах ЕС - 493, в США - 315.

В 2008 году по сравнению с 2007 годом в Российской Федерации отмечается незначительное увеличение (на 0,2 %) смертности от болезней системы кровообращения, которая составила 835,5 случая на 100 тыс. человек.

В 2009 году достигнуто снижение числа умерших от болезней системы кровообращения до 801 случая на 100 тыс. человек, или на 4,3 %. При этом не достигнуто планового показателя - снижение смертности от болезней системы кровообращения до 780 на 100 тыс. населения, обозначенного в задачах ПНП «Здоровье» на 2008 год.

Значение данного показателя продолжает оставаться одним из самых высоких в мире. В Ленинградской, Пензенской, Волгоградской, Вологодской, Ярославской, Воронежской, Ивановской, Липецкой, Рязанской, Ульяновской областях, Республике Карелия смертность от болезней системы кровообращения превышает средние по Российской Федерации значения.

Средний темп убыли показателя смертности от болезней системы кровообращения на протяжении 2005-2009 годов составляет лишь (-)3,1 % в год.

В исследуемых в рамках аудита эффективности регионах значительное снижение смертности от болезней системы кровообращения в 2009 году наблюдалось в Воронежской области (-)11,2 %, Липецкой области (-)11,8 %, Республике Башкортостан (-)10,4 %, Кемеровской области (-)7,1 %, Республике Карелия (-)7,2 %, Ивановской области (-)6,7 %, Ярославской области (-)5,6 процента.

Незначительно по отношению к 2008 году уменьшилась смертность от болезней системы кровообращения в Волгоградской области (-)0,2 %, в Вологодской области (-)0,5 %, Хабаровском крае (-)0,5 процента.

Смертность от болезней системы кровообращения составляла в 2009 году в целом по Российской Федерации в структуре причин смертности 56,5 процента.

Структура причин смертности населения Российской Федерации в 2009 году: болезни системы кровообращения - 56,5 %, новообразования - 14,6 %, внешние причины - 11,2 %, болезни органов пищеварения - 4,4 %, болезни органов дыхания - 4,0 %, некоторые инфекционные и паразитарные заболевания - 1,7 %, прочие - 7,6 процента.

Структура причин смертности свидетельствует о том, что на втором месте среди причин смертности населения России в 2009 году находилась смертность от новообразований. Только в 3 (Республика Башкортостан, Хабаровский край, Тюменская область) из 20 исследуемых в рамках аудита эффективности субъектов Российской Федерации второе место занимает смертность от внешних причин, а смертность от новообразований находится на третьем месте.

На протяжении ряда лет значения указанного показателя остаются достаточно высокими. Так, в 2007 году смертность от онкологических заболеваний составила 203,0 на 100 тыс. человек, в 2006 году - 200,9, в 2005 году - 201,2.

Смертность населения России в возрасте от 0 до 64 лет от онкологических заболеваний на 30 % превышает этот показатель в «старых» странах ЕС и находится на одном уровне с «новыми» странами ЕС. Онкологические заболевания в России характеризу-

ются высокой долей смертей в течение первого года после установления диагноза, что свидетельствует о поздней выявляемости этих заболеваний.

В рамках решения одной из главных тактических задач, направленной на снижение смертности, Минздравсоцразвития России запланировано снижение показателей смертности населения от новообразований.

Однако в 2008 и 2009 годах смертность от новообразований сохраняла тенденцию к увеличению значений и составила: в 2008 году 203,8 случая на 100 тыс. человек, в 2009 году - 206,9 случая на 100 тыс. человек и превысила плановые значения, установленные на 2009 год в Докладе о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2009 год и на период до 2011 года (смертность от новообразований, в том числе от злокачественных: 201 (2009 год), 200 (2010 год) случаев на 100 тыс. населения).

При этом, если рост смертности от новообразований в 2007 году по отношению к 2006 году составил 1,0 %, в 2008 году - 0,3 %, то в 2009 году рост увеличился и составил 1,5 процента.

Смертность от новообразований, в том числе злокачественных, имеет стойкую тенденцию к росту и в большинстве анализируемых субъектах Российской Федерации, особенно это отмечается к уровню смертности в 2006 году.

В Ярославской, Воронежской областях и Хабаровском крае смертность от новообразований в 2009 году по сравнению с 2008 годом практически осталась на прежнем уровне. В ряде регионов (Пензенская, Вологодская, Ивановская, Рязанская, Тюменская области, Республика Карелия, Краснодарский и Красноярский края) регистрируется незначительное снижение смертности от новообразований.

В 11 из 19 регионов (Оренбургская, Волгоградская, Мурманская, Ярославская, Воронежская, Липецкая, Ульяновская, Кемеровская, Омская, Сахалинская области, Республика Татарстан) показатели смертности от новообразований повысились. Наибольший рост смертности от новообразований регистрируется в 2009 году по отношению к 2008 году в Сахалинской области (на 12 процентов).

Следует отметить, что в 14 из 19 регионов показатели смертности от новообразований превышают среднее значение по Российской Федерации (206,9 на 100 тыс. населения). Регионы, в которых отмечается наибольшее превышение среднероссийского значения смертности от новообразований: Рязанская область - 250,2, Ивановская область - 241,8, Ярославская область - 227,3, Ленинградская область - 231,9, Волгоградская область - 229,1, Кемеровская область - 227,8, Ульяновская область - 222,4 на 100 тыс. населения.

По сравнению с 2008 годом в 2009 году значения показателя смертности от болезней органов дыхания в целом по России сохранились на прежнем уровне. При этом в 11 из 20 проанализированных по указанному показателю территорий смертность от болезней органов дыхания повысилась: в Воронежской области - на 19,8 %, в Волгоградской области - на 12,2 %, в Сахалинской области - на 9,0 %, в Ульяновской области - на 8,7 %, в Республике Карелия - на 7,0 %, в Республике Башкортостан - на 5,4 %, в Ивановской области - на 4,7 %, в Краснодарском крае - на 4,1 процента.

В Омской области в 2009 году указанный показатель снизился на 16,1 %, в Красноярском крае - на 9,6 %, в Хабаровском крае - на 8,7 %, в Мурманской области - на 7,4 %, в Оренбургской области - на 6,0 процента.

Не изменился в 2009 году по сравнению с 2008 годом показатель смертности от болезней органов дыхания в Рязанской области.

Незначительно, на 1,6 %, в 2009 году по отношению к показателям 2008 года снизилась смертность от болезней органов пищеварения. Существенного снижения значений указанного показателя по итогам 2009 года добились органы управления здравоохра-

нением Кемеровской области - на 6,1 %, Мурманской области - на 10,3 %, Оренбургской области - на 10,7 %, Рязанской области - на 8,1 %, Ярославской области - на 9,7 %. В то же время в 8 из 20 исследуемых в рамках аудита эффективности субъектах Российской Федерации смертность от болезней органов пищеварения увеличилась в пределах от 1 % в Вологодской области до 14,9 % в Республике Карелия.

В Пензенской области в 2009 году значения показателя смертности от болезней органов пищеварения остались такими же, как и в 2008 году.

Изменения показателей смертности по причинам в целом по Российской Федерации в 2008 и 2009 годах представлены в следующей таблице:

(на 100 тыс. населения)

Причины смертности	2008 г.	2009 г.
Болезни системы кровообращения	835,5	801,0
Новообразования	203,8	206,9
Внешние причины	172,2	158,3
Болезни органов пищеварения	63,7	62,7
Болезни органов дыхания	56,0	56,0
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	24,3	24,0
в том числе туберкулез	17,9	-
Всего	1462,4	1416,8

### 1.5. Кадровое обеспечение системы здравоохранения

Ключевую роль в организации работы различных служб и в предоставлении медицинских услуг во всех странах мира играют работники здравоохранения. Эффективность системы здравоохранения и качества медицинской помощи зависит от эффективности деятельности медицинского персонала.

В докладе Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ) «Оценка финансирования, образования, управления и политического контекста для стратегического планирования кадровых ресурсов здравоохранения» (2009 год) производится ссылка на «Доклад о состоянии здравоохранения 2006», в котором сделана попытка установить международные минимальные стандарты по некоторым категориям медицинских работников. ВОЗ предлагает минимально необходимое соотношение - 23 работника здравоохранения на 10 тыс. человек «для достижения надлежащего охвата некоторыми важнейшими мероприятиями в области здравоохранения и основными медицинскими услугами, связанными с целями развития тысячелетия».

По данным Росстата, численность врачей (физические лица) в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения Российской Федерации в 2006 году составляла 702,2 тыс. человек, в 2009 году - 711 тыс. человек, средних медицинских работников в 2006 году - 1545,0 тыс. человек, в 2009 году - 1517,6 тыс. человек.

Соответственно, обеспеченность врачебными кадрами на 10 тыс. человек составила: в 2006 году - 49,4, в 2009 году - 50,1; средними медицинскими работниками: в 2006 году - 108,6, в 2009 году - 106,9.

Географическое распределение и профессиональная структура медицинских работников значительно варьируются по странам мира<sup>2</sup>.

	Обеспеченность медицинскими кадрами на 10 тыс. населения	
	врачами	сестринским и акушерским персоналом
Россия	50,1	106,9
Европейский регион*	33,0	68,0
Германия	35,0	80,0
Испания	38,0	74,0
Канада	19,0	100,0
Нидерланды	39,0	151,0
США	27,0	98,0

<sup>2</sup> Использованы данные ВОЗ «Мировая статистика здравоохранения», ВОЗ, 2010 год.



	Обеспеченность медицинскими кадрами на 10 тыс. населения	
	врачами	сестринским и акушерским персоналом
Куба	64,0	86,0
Швейцария	40,0	110,0
Япония	21,0	95,0
Вьетнам	4,0	4,0
Южная Африка	8,0	41,0
Центрально-Африканская Республика	1,0	4,0
Никарагуа	4,0	11,0
Индия	6,0	13,0

\* Европейский регион ВОЗ включает все страны Европы.

Обеспеченность врачами в России выше в 1,5 раза по сравнению с Европейским регионом, в 2,4 раза - с Японией, в 1,9 раза - с США. Обеспеченность средним медперсоналом в России в 1,6 раза больше, чем в Европейском регионе, в 1,1 раза - чем в Японии и США. Однако, несмотря на высокие среднестатистические показатели, обеспеченность медицинскими кадрами российского здравоохранения на протяжении многих лет характеризуется различными диспропорциями.

Так, межрегиональная дифференциация обеспеченности медицинским персоналом составляла: в 2008 году - 3,7 раза, в 2009 году - 2,8 раза по численности врачебных кадров; 2,7 (2008 год) и 2,2 (2009 год) раза - по численности средних медицинских работников.

В 2009 году по сведениям, представленным регионами, обеспеченность врачебными кадрами в 14 из 16 субъектов Российской Федерации была ниже среднероссийского уровня и составляла от 29,7 на 10 тыс. населения в Пензенской области до 47,4 на 10 тыс. населения в Ивановской области. В Воронежской и Ярославской областях обеспеченность врачами выше среднего значения по Российской Федерации и составляет по итогам 2009 года, соответственно, 54,1 и 51,9 на 10 тыс. населения.

Обеспеченность средним медицинским персоналом в 11 из 16 регионов, представивших по данному вопросу информацию, ниже среднероссийского уровня и составляет от 80,9 на 10 тыс. населения в Краснодарском крае до 103,6 на 10 тыс. населения в Республике Башкортостан. В остальных 5 субъектах Российской Федерации обеспеченность населения средним медицинским персоналом выше среднего значения по Российской Федерации и составляет от 107,0 на 10 тыс. населения в Мурманской области до 119,5 на 10 тыс. населения в Воронежской области.

Таким образом, обеспеченность медицинским персоналом регионов России в 2009 году также, как и в 2008 году, характеризуется значительной вариабельностью.

В целом по Российской Федерации в 2009 году по сравнению с 2006 годом отмечается незначительное увеличение (на 1,4 %) обеспеченности врачебными кадрами. Наибольшее увеличение отмечается в Сахалинской области (на 7,9 %) и Республике Башкортостан (на 4,0 %). В Ивановской, Омской, Ульяновской областях обеспеченность врачебными кадрами с 2006 года практически не изменилась. В Вологодской области регистрируется снижение данного показателя на 7,9 %, в Пензенской области - на 2,0 %, в Мурманской области - на 1,4 процента.

В течение последних 5 лет наблюдается тенденция оттока специалистов со средним медицинским образованием из отрасли здравоохранения, а также из государственной и муниципальной систем здравоохранения в частную. Обеспеченность средним медицинским персоналом в целом по Российской Федерации сократилось в 2009 году по сравнению с 2006 годом на 1,6 %. Наибольшее снижение зарегистрировано в Вологодской области - на 11,1 %, наименьшее - в Омской области - на 0,2 %. Увеличение обеспеченности средним медицинским персоналом отмечается в Сахалинской области (на 3,4 %), Республике Башкортостан (на 2,4 %), Оренбургской области (на 0,8 %). Однако, несмотря на увеличение значений, обеспеченность средним медперсоналом в указанных регионах остается ниже средних значений по Российской Федерации.

Одной из основных причин сокращения количества среднего медицинского персонала является низкая заработная плата медицинских сестер, которая составила в 2008 году 9072,1 рубля, в 2009 году - 9886,9 рубля.

Эффективность работы отрасли здравоохранения напрямую зависит от количества среднего медперсонала, так как сестринское обслуживание рассматривается как один из наиболее востребованных ресурсов по предоставлению услуг в здравоохранении. По мнению специалистов Европейского бюро ВОЗ, использование в большей степени сестринского обслуживания для оказания простых медицинских услуг способствует повышению экономичности системы здравоохранения.

По рекомендации ВОЗ (Мюнхенская декларация, июнь 2000 года) указанное соотношение рекомендуется в пропорции 1:4. В Нидерландах, Канаде соотношение врачей к сестринскому и акушерскому персоналу составляет 3,9, в Японии - 4,5, США - 3,6.

Соотношение численности врачей к численности средних медицинских работников составляет в Российской Федерации по итогам 2009 года 1:2,5, то есть на одного врача приходится 2,5 медицинских сестры. В некоторых регионах указанное соотношение ниже среднестатистических значений по Российской Федерации: Ярославская область - 1,7, Ставропольский край - 1,9.

Высокую значимость в укреплении здоровья населения имеет обеспечение доступности качественной бесплатной медицинской помощи сельскому населению. Обеспеченность врачами и средним медперсоналом в 2009 году сельского населения в 4,1 и 2,0 раза меньше, чем в среднем по России. Дефицит врачебных кадров в сельской местности и отдаленных районах остается одной из серьезных проблем в кадровом обеспечении отечественного здравоохранения.

В следующей таблице представлена информация по обеспеченности сельского здравоохранения медицинскими кадрами, по данным ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России, в разрезе федеральных округов Российской Федерации:

	Обеспеченность медицинскими кадрами сельского здравоохранения на 10 тыс. сельского населения			
	врачами		средним медперсоналом	
	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
Российская Федерация	12,2	12,1	55,3	54,4
Центральный федеральный округ	9,1	9,0	45,9	42,6
Северо-Западный федеральный округ	7,7	7,9	46,6	45,9
Южный федеральный округ	13,6	13,5	45,9	48,3
Приволжский федеральный округ	12,8	12,7	64,7	61,4
Уральский федеральный округ	9,6	10,2	62,0	63,2
Сибирский федеральный округ	13,8	13,5	64,7	64,8
Дальневосточный федеральный округ	17,2	16,3	67,8	64,8

Как следует из анализа представленных данных, наименьшая обеспеченность врачами сельского здравоохранения отмечалась в Северо-Западном федеральном округе - 7,7 (2007 год) и 7,9 (2008 год) на 10 тыс. сельского населения. Наименьшая обеспеченность средним медперсоналом регистрировалась в Центральном федеральном округе - 45,9 (2007 год) и 42,6 (2008 год) на 10 тыс. сельского населения.

При этом практически во всех федеральных округах, за исключением Уральского федерального округа, отмечается сокращение врачей и, за исключением Южного, а также Уральского федеральных округов, - среднего медперсонала.

По предварительной информации ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России, обеспеченность врачами сельского здравоохранения в 2009 году составила 12,1 на 10 тыс. сельского населения и практически не изменилась с 2006 года. Обеспеченность средним медицинским персоналом составила 54,4 на 10 тыс. сельского населения и сократилась по отношению к 2006 году на 5,2 процента.

По сведениям, представленным субъектами Российской Федерации, в Вологодской области обеспеченность сельского населения врачебными кадрами составила в 2009 году в среднем 15 врачей на 10 тыс. сельского населения. При этом в 12 сельских районах (46,2 % от общего количества районов) значения указанного показателя в 2009 году по сравнению с 2008 годом уменьшились. Наименьший процент снижения составляет (-)0,8 % наибольший - (-)12,6 процента.

Обеспеченность сельского населения Краснодарского края врачами в 2009 году составила 14,9 на 10 тыс. жителей и выросла за 5 лет на 10,4 % (с 13,5 в 2005 году).

В Оренбургской области обеспеченность медицинскими кадрами сельского здравоохранения в 2009 году была также выше среднероссийского показателя и составляла: врачами - 22,8, средним медперсоналом - 96,0 на 10 тыс. сельского населения. Однако в Оренбургской области имеется тенденция к незначительному уменьшению указанных показателей по отношению к 2007 году: на 1,7 % - по врачебным кадрам и на 0,2 % - по среднему медперсоналу. В Республике Татарстан, напротив, обеспеченность врачами в 2009 году регистрируется ниже среднего уровня по Российской Федерации и составляет 7,7, средним медперсоналом - 52,3 на 10 тыс. сельского населения. В динамике отмечается уменьшение обеспеченности медицинскими кадрами на селе по сравнению с 2006 годом: на 2,5 % - по врачебному персоналу, на 10,6 % - по среднему медперсоналу.

Таким образом, обеспеченность медицинскими кадрами сельского здравоохранения в региональном аспекте имеет значительные различия между субъектами Российской Федерации.

В то же время следует отметить, что практически в информации всех субъектов Российской Федерации, представивших сведения в рамках настоящего аудита, подчеркивается высокая потребность в обеспечении медицинскими кадрами сельского здравоохранения. Дефицит обеспеченности сельского населения медицинским персоналом объясняется отдаленностью учреждений от областного центра, нежеланием молодых врачей работать в территориях с недостаточно развитой инфраструктурой, низким уровнем социального благополучия, низкой материальной заинтересованностью врачей и среднего медицинского персонала, работающих в лечебных учреждениях муниципальных районов.

От наличия подготовленного квалифицированного медицинского персонала на уровне амбулаторной медицинской помощи непосредственно зависят показатели здоровья населения, удовлетворенность его медицинской помощью, так как на уровне первичной медико-санитарной помощи происходит первый ощутимый контакт пациента с системой здравоохранения, обеспечивающий непрерывную и конкретную медицинскую помощь.

По данным статистической формы отчетности № 30 «Сведения об учреждении здравоохранения», доля врачей амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения в 2009 году составила 53,3 % от числа штатных должностей в целом по учреждению, 52,9 % от числа занятых должностей в целом по учреждению, 56,6 % от числа физических лиц основных работников на занятых должностях.

Доля врачей амбулаторного звена выше среднестатистического значения по Российской Федерации (56,6 %) в Республике Башкортостан (59,7 %), Ставропольском крае (58,8 %), Тюменской области (58,4 %), Республике Чувашия (58,2 %). В Сахалинской области доля врачей амбулаторно-поликлинического звена ниже среднероссийского уровня и составляет 48,2 процента.

Соотношение врачей в поликлиниках к общему количеству врачей в целом по учреждениям здравоохранения в 2009 году в указанных регионах, по данным формы статистического наблюдения № 30 субъектов Российской Федерации, представлено в таблице:

(чел.)

Субъект Российской Федерации	Число лиц основных работников на занятых должностях (врачи)	
	в целом по учреждениям	в поликлиниках
Республика Башкортостан	12202	7287
Кемеровская область	8433	4675
Мурманская область	2898	1560
Пензенская область	3587	1832
Сахалинская область	1737	837
Ставропольский край	7395	4350
Тюменская область	3939	2302
Челябинская область	9516	5276
Ярославская область	5160	2875
Республика Чувашия	4698	2735

Доля среднего медицинского персонала в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения ниже, чем по врачебному персоналу и составила в 2009 году 46,4 % от числа штатных должностей в целом по учреждению, 46,0 % от числа занятых должностей в целом по учреждению, 46,7 % от числа физических лиц основных работников на занятых должностях, что крайне недостаточно для полноценного обеспечения граждан медицинской помощью на уровне первичного звена здравоохранения.

Доля средних медработников выше среднестатистического значения по Российской Федерации (46,7 %) в Республике Башкортостан (51,1 %), Тюменской области (50,6 %), Челябинской области (48,3 %), Ставропольском крае (48,4 %). Наиболее низкие значения из представленных регионов регистрируются в Мурманской области - 42,9 процента.

(чел.)

Субъект Российской Федерации	Число лиц основных работников на занятых должностях (средний медперсонал)	
	в целом по учреждениям	в поликлиниках
Республика Башкортостан	34470	17613
Кемеровская область	21755	10055
Мурманская область	7606	3262
Пензенская область	11630	5179
Сахалинская область	5072	2208
Ставропольский край	17023	8215
Тюменская область	10164	5140
Челябинская область	26727	12946
Ярославская область	10743	4859
Республика Чувашия	11634	5432

По данным статистической формы отчетности № 30 «Сведения об учреждении здравоохранения», укомплектованность врачебными кадрами (занято физическими лицами) амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения в целом по Российской Федерации в 2009 году составила 65,7 % по отношению к штатному расписанию, 71,6 % по отношению к занятым должностям.

В целом по учреждениям здравоохранения России в 2009 году укомплектованность штатами (занято физическими лицами) составила 62,2 % по отношению к штатному расписанию, 62,9 % по отношению к занятым должностям.

Наиболее высокая укомплектованность врачебными кадрами (занято физическими лицами) амбулаторно-поликлинического звена отмечается в Архангельской области (93,8 %), Тюменской области (86,5 %), Республике Чувашия (83,2 %). Наименьшая укомплектованность регистрируется в Челябинской области (60,2 %), в Сахалинской области (61,8 процента).

(чел.)

Субъект Российской Федерации	Укомплектованность врачами в 2009 г. амбулаторно-поликлинического звена		
	штатное расписание	занято штатных должностей	занято физическими лицами
Республика Башкортостан	11661,0	10437,5	7287,0
Ивановская область	2653,3	2486,5	1788,0
Архангельская область	721,0	668,3	627,0
Мурманская область	2532,5	2323,0	1560,0

Субъект Российской Федерации	Укомплектованность врачами в 2009 г. амбулаторно-поликлинического звена		
	штатное расписание	занято штатных должностей	занято физическими лицами
Пензенская область	2603,0	2380,8	1832,0
Сахалинская область	1395,3	1355,0	837,0
Ставропольский край	6004,0	5670,0	4350,0
Тюменская область	2688,8	2661,5	2302,0
Челябинская область	9149,0	8766,0	5276,0
Республика Чувашия	3655,8	3289,1	2735,0

Укомплектованность средними медработниками (занято физическими лицами) амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения в целом по Российской Федерации в 2009 году составила 73,0 % по отношению к штатному расписанию, 77,2 % по отношению к занятым должностям, что выше, чем по врачебному персоналу.

Повышению доли и степени укомплектованности медицинским персоналом амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения способствовала реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье».

Успешное развитие в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения новых медицинских технологий позволяет сократить сроки пребывания пациентов на койке интенсивного лечения и вывести ряд медицинских услуг в амбулаторные условия и в реабилитационные стационары. Указанные изменения в организации лечебного процесса должны быть взаимосвязаны с изменением нормативов обеспеченности коечным фондом с учетом интенсивности лечения и нормативов обеспеченности врачами и средним медперсоналом как в условиях стационара, так и в первичном звене здравоохранения.

Однако штатные нормативы не менялись более 20 лет. В материалах субъектов Российской Федерации отмечается наличие диспропорции в распределении врачебного персонала внутри системы оказания медицинской помощи: высокая концентрация в стационарных лечебных учреждениях и недостаточное количество врачей в амбулаторно-поликлиническом звене и наличие дефицита врачебных кадров в большей степени среди хирургов, реаниматологов, патологоанатомов, врачей клинической лабораторной диагностики, рентгенологов, анестезиологов-реаниматологов, онкологов, фтизиатров.

Так, в структуре обеспеченности населения врачами основных специальностей основную долю в 2009 году в Российской Федерации занимали врачи-педиатры - 32,4 на 10 тыс. населения (2006 год - 33,2), на втором месте находились врачи терапевтического профиля - 11,4 на 10 тыс. населения (2006 год - 11,6). Обеспеченность населения акушерами-гинекологами - 5,7 на 10 тыс. населения, врачами хирургического профиля - 4,9 на 10 тыс. населения, стоматологами (включая челюстно-лицевых хирургов) - 4,2 на 10 тыс. населения. В сравнении с 2006 годом структура врачебных кадров по основным специальностям не претерпела существенных изменений.

Вместе с тем из информации, представленной регионами на запросы Счетной палаты Российской Федерации, следует, что сохраняется потребность в участковых врачах-терапевтах. В Кемеровской области число должностей врачей-терапевтов участковых сократилось с 977 в 2008 году до 965,25 в 2009 году, снизилась укомплектованность терапевтических участков физическими лицами врачей-терапевтов с 69,1 % в 2008 году до 66,4 % в 2009 году.

Несмотря на увеличение в 2,8 раза численности врачей общей практики и на 24 % участковых терапевтов, обеспеченность врачами терапевтического профиля в Краснодарском крае остается ниже среднестатистического значения по Российской Федерации (11,4 %) и составляет по итогам 2009 года - 7,4 на 10 тыс. населения.

В Мурманской области обеспеченность врачами терапевтического профиля (физическими лицами) в 2009 году составила 6,6 на 10 тыс. населения, что на 42 % ниже среднероссийского значения указанного показателя.

В материалах Рязанской области отмечается, что, несмотря на увеличение численности медицинских работников участковой службы и общеврачебной (семейной) практики, сохраняется потребность в терапевтах.

Проведенный анализ укомплектованности диагностических служб врачебными кадрами показал крайне низкий уровень их обеспечения физическими лицами.

По данным формы статистического наблюдения № 30 «Сведения об учреждении здравоохранения», в целом по Российской Федерации укомплектованность врачебными кадрами диагностических служб в 2009 году составила:

(в процентах)

	Занято штатных должностей	Занято физическими лицами от занятых должностей	Занято физическими лицами от штатного расписания
Служба ультразвуковой диагностики	92,5	51,7	48,3
Служба функциональной диагностики	91,8	50,8	46,6
Лабораторная служба	93,0	39,2	36,4
Рентгенологическая служба	92,3	59,3	54,7

Соответственно, регистрируются высокие коэффициенты совместительства в диагностических службах: 1,8 - в рентгенологической службе, 2,7 - в лабораторной службе, 2,1 - в службе функциональной и ультразвуковой диагностики.

По предварительным данным ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России, коэффициент совместительства в среднем по Российской Федерации в 2009 году составил 1,5.

Так, наиболее высокая укомплектованность врачами (физическими лицами) службы ультразвуковой диагностики из числа регионов, представивших информацию в рамках настоящего аудита, составляет 73,1 % и регистрируется по итогам 2009 года в Тюменской области, 61,2 % - в Оренбургской области, 58,7 % - в Воронежской области, 54,7 % - в Ярославской области по отношению к штатному расписанию.

Наиболее слабо укомплектована врачами (физическими лицами) служба ультразвуковой диагностики в Ульяновской области - 31,3 %, Липецкой области - 34,0 %, Челябинской области - 35,8 %, Вологодской области - 36,6 % по отношению к штатному расписанию. Соответственно, в указанных регионах высокий коэффициент совместительства, который составил в 2009 году: 3,2 - в Ульяновской области, 2,9 - в Липецкой области, 2,8 - в Челябинской области, 2,7 - в Вологодской области. В Тюменской области, имеющей высокий уровень укомплектованности кадров, коэффициент совместительства составил в 2009 году 1,3.

(единиц)

Субъект Российской Федерации	Укомплектованность службы ультразвуковой диагностики врачами в 2009 г.		
	по штатному расписанию	занято штатных должностей	занято физическими лицами
Вологодская область	156,3	145,0	53,0
Воронежская область	301,5	293,3	176,0
Краснодарский край	729,0	676,0	397,0
Липецкая область	145,0	141,0	48,0
Оренбургская область	343,0	318,0	210,0
Тюменская область	138,3	135,3	101,0
Ульяновская область	269,8	252,5	79,0
Челябинская область	482,0	477,0	171,0
Ярославская область	173,8	159,0	95,0

В службе функциональной диагностики наиболее высокая укомплектованность врачами (физическими лицами) в 2009 году регистрируется также в Тюменской области - 70,2 %, в Ярославской области - 63,1 %, в Оренбургской области - 59,1 % от штатных должностей в целом по учреждениям здравоохранения.

Низкая укомплектованность врачами наблюдается по итогам 2009 года в Вологодской области - 31,5 %, в Ульяновской области - 36,5 % и Ивановской области - 39,5 % от штатных должностей в целом по учреждениям здравоохранения. Соответственно, в указанных

регионах высокий коэффициент совместительства, который составил в 2009 году: 2,8 - в Вологодской области, 2,5 - в Ульяновской области, 2,4 - в Ивановской области.

(единиц)

Субъект Российской Федерации	Укомплектованность службы функциональной диагностики врачами в 2009 г.		
	по штатному расписанию	занято штатных должностей	занято физическими лицами
Вологодская область	146,0	130,0	46,0
Воронежская область	162,0	156,0	64,0
Краснодарский край	273,8	260,0	119,0
Липецкая область	325,0	296,0	192,0
Оренбургская область	120,0	113,3	47,0
Тюменская область	99,8	96,8	70,0
Ульяновская область	156,0	140,5	57,0
Челябинская область	495,0	493,0	216,0
Ярославская область	191,8	180,0	121,0

Служба лабораторной диагностики также как и службы ультразвуковой и функциональной диагностики недостаточно обеспечены врачебным персоналом (36,4 % - Российская Федерация). Крайне низкая укомплектованность врачами (физическими лицами) отмечается по итогам 2009 года: в Ульяновской области - 18,6 %, в Вологодской области - 21,6 %, в Республике Башкортостан - 23,1 %, в Мурманской области - 29,9 % от штатного расписания.

Высокая укомплектованность лабораторной службы врачебными кадрами по-прежнему отмечается в Тюменской области - 90,8 %, а также в Воронежской области - 67,1 %, в Сахалинской области - 65,6 %, в Омской области - 58,6 процента.

Соответственно, коэффициент совместительства максимальный в Ульяновской области - 5,1, Республике Башкортостан и Вологодской области - 3,9, в Мурманской области - 3,1. Минимальный коэффициент совместительства в лабораторной службе отмечается в Тюменской области - 1,1.

(единиц)

Субъект Российской Федерации	Укомплектованность лабораторной службы врачами в 2009 г.		
	по штатному расписанию	занято штатных должностей	занято физическими лицами
Вологодская область	1022,0	912,0	236,0
Воронежская область	328,5	312,3	71,0
Краснодарский край	682,3	674,3	458,0
Липецкая область	230,0	205,8	102,0
Оренбургская область	1204,0	1087,0	664,0
Тюменская область	374,0	362,0	211,0
Ульяновская область	227,5	209,3	68,0
Челябинская область	679,5	672,3	398,0
Ярославская область	309,0	287,8	163,0

Наименьшая укомплектованность рентгенологической службы врачебными кадрами в 2009 году отмечалась в Вологодской, Воронежской и Сахалинской областях и составляла 48,7 % от штатного расписания. Высокая укомплектованность врачами-рентгенологами регистрируется в Тюменской области - 83,8 %, Архангельской области - 67,1 %, Омской области - 60,5 %, Ярославской области - 60,1 процента.

Соответственно, коэффициент совместительства в рентгенологической службе наиболее высокий в Вологодской, Воронежской и Сахалинской областях и составляет 1,9. Наименьший коэффициент совместительства в рентгенологической службе в Тюменской области - 1,2.

(единиц)

Субъект Российской Федерации	Укомплектованность рентгенологической службы врачами в 2009 г.		
	по штатному расписанию	занято штатных должностей	занято физическими лицами
Вологодская область	-	215,0	197,0
Воронежская область	390,3	398,8	399,8
Краснодарский край	197,0	186,8	96,0
Липецкая область	178,8	165,0	120,0

Субъект Российской Федерации	Укомплектованность рентгенологической службы врачами в 2009 г.		
	по штатному расписанию	занято штатных должностей	занято физическими лицами
Оренбургская область	770,0	701,0	377,0
Тюменская область	522,0	506,5	278,0
Ульяновская область	162,0	155,8	93,0
Челябинская область	337,3	334,3	204,0
Ярославская область	213,5	202,0	105,0

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» по развитию новых высоких медицинских технологий требует успешного решения вопроса формирования нового поколения профессионально пригодных кадров для здравоохранения.

По данным Росстата, в 2008 году высшую квалификационную категорию имели 28 % врачей, в том числе в сельской местности - 15 %, первую квалификационную категорию - 20 %, в том числе в сельской местности - 23 %, вторую - 6 %, в том числе в сельской местности - 5 % врачей. Таким образом, 54 % врачей имеют квалификационную категорию, из них 43 % - в сельской местности. Сертификат специалиста в 2008 году имело 87 % врачей, из них в сельской местности - 86 %. Значения указанных показателей практически не изменились по сравнению с 2007 годом.

Согласно информации регионов и результатам мониторинга реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2009 году уровень профессиональной квалификации врачей находится в пределах среднестатистических значений по Российской Федерации:

- в Вологодской области квалификационную категорию имеют 66,9 % врачей (2008 год - 66,3 %), сертификат специалиста - 94,1 процента;
- в Оренбургской области 53,7 % врачей имеют квалификационную категорию, 89,4 % - сертификат специалиста;
- в Пензенской области более половины врачебного состава (58 %) аттестованы по специальности, 96,1 % врачей имеют сертификаты;
- в Рязанской области квалификационные категории имеют 78 % врачей;
- в Кемеровской области сертифицировано 99,3 % врачей.

Согласно материалам, направленным субъектами Российской Федерации в Счетную палату в рамках настоящего аудита эффективности, в регионах большое внимание уделяется вопросам последиplomного образования врачей.

По сведениям ФСО России, по итогам 9 месяцев 2010 года только 55,8 % врачей к запланированному количеству прошло профессиональную переподготовку в рамках реализации мероприятия приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Создание необходимых условий реализации профилактических программ на этапе первичной медицинской помощи (подготовка и переподготовка врачей)».

Проведенный в рамках аудита эффективности анализ возрастной структуры медицинских кадров показал, что по данным Росстата в 2008 году средний возраст занятых в здравоохранении работников составлял 41,9 года. Категория лиц в возрасте от 50 до 72 лет занимала 27,7 % от общей численности сотрудников отрасли.

По сведениям, представленным субъектами Российской Федерации в рамках настоящего аудита эффективности, в 2009 году доля врачей в возрастной группе до 30 лет составляла: в Республике Башкортостан - 15,7 %, Ивановской области - 8,6 %, Воронежской области - 11,7 % (2006 год - 10,7 %), Омской области - 12,2 %, Краснодарском крае - 9,8 процента.

В возрастной структуре среднего медперсонала доля сотрудников до 30 лет составила: в Республике Башкортостан - 24,1 %, Ивановской области - 15,1 %, Воронежской области - 20,8 %, Омской области - 27,0 процента.



На долю лиц 55 лет и старше приходится: в Республике Башкортостан - 21,7 %, Ивановской области - 29,1 %, в Краснодарском крае - 26,9 % (50-60 лет), Кемеровской области - 27,6 %, Пензенской области - 26,0 % от общей численности врачей.

В Воронежской области доля врачей 60 лет и старше составила в 2009 году 14,6 %, что на 147 человек, или на 12,2 % больше, чем в 2006 году, в Омской области - 10 %, в Краснодарском крае - 16,6 процента.

В материалах субъектов Российской Федерации отмечается, что прослеживается тенденция к увеличению доли врачей предпенсионного и пенсионного возрастов и к сокращению доли молодых специалистов.

Так, в Кемеровской области ежегодно увеличивается удельный вес врачей в возрасте старше 60 лет (11,4 % - в 2006 году, 14,5 % - в 2009 году) и в возрасте 55-60 лет (11,7 % - в 2006 году, 13,1 % - в 2009 году). Удельный вес молодых специалистов в возрасте до 25 лет ежегодно сокращается (2,5 % - 2006 год, 2,3 % - 2009 год). Только в 2007-2008 годах отмечался небольшой приток молодых специалистов, в 2009 году наметился спад.

Как следует из информации, представленной регионами в рамках настоящего аудита эффективности, более 50 % молодых специалистов не возвращаются в территории, откуда они были направлены, игнорируя рабочие места в сельских медицинских учреждениях, на станциях скорой помощи, в территориальных поликлиниках.

Отсутствие эффективного механизма закрепления выпускников медицинских учебных заведений посредством государственного распределения в высших и средних медицинских учебных заведениях, территориальная отдаленность, отсутствие жилищных условий, низкий уровень заработной платы не способствуют привлечению медицинских специалистов в лечебно-профилактические учреждения сельских районов.

Таким образом, специалисты, подготовленные за счет бюджетных средств для работы в отрасли здравоохранения, находят рабочие места вне сферы здравоохранения или вне государственной или муниципальной системы здравоохранения.

С учетом того, что в ближайшие годы ожидается сокращение подготовки специалистов с высшим образованием в связи с демографическим провалом 90-х годов, в перспективе ожидается увеличение доли медицинских кадров предпенсионного и пенсионного возрастов.

Таким образом, небольшое количество врачей в возрасте до 30-35 лет и отсутствие четкой динамики в увеличении их количества угрожают воспроизводству трудовых ресурсов, освоению и внедрению новых медицинских технологий.

Невысокий процент воспроизводства медицинских кадров, слабая мотивация к качественному труду обусловлены крайне низкой заработной платой, которая не компенсирует им высокую ответственность, тяжелый и небезопасный труд.

По данным Росстата, заработная плата в здравоохранении в 2009 году составляет 15546,9 рубля и отстает от средней заработной платы в России (17832,0 рубля) на 12,8 процента.

Заработная плата в таких отраслях экономики, как финансовая деятельность, превышает заработную плату в здравоохранении в 2,6 раза, добыча полезных ископаемых - в 2,3 раза, рыболовство - в 1,5 раза, транспорт и связь, производство и распределение электроэнергии, газа и воды, операции с недвижимым имуществом, государственное управление и обеспечение военной безопасности - в 1,4 раза.

Заработная плата в здравоохранении в Германии в 3-4 раза превышает заработную плату по стране, в Венгрии и Чехии заработная плата врача общей практики в 2 раза выше, чем средняя заработная плата по стране.

Коэффициент соотношения среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работников здравоохранения (2008 год) и месячного валового внутреннего продукта в среднем в Российской Федерации (2007 год) в 5 раз ниже, чем в странах ОЭСР, что свидетельствует о существенном недофинансировании заработной платы медицинских работников.

Внедрение с 2008 года новой системы оплаты труда в здравоохранении, предусматривающей увеличение фонда оплаты труда до 30 %, не произошло на практике из-за дефицита средств в региональных и муниципальных учреждениях здравоохранения, что свело к нулю попытки дифференциации оплаты труда.

Фактически заработная плата увеличилась в 2009 году по сравнению с 2008 годом в целом по Российской Федерации на 13,1 %: с 13740,4 рубля до 15546,9 рубля.

В большинстве регионов заработная плата ниже среднестатистического значения по Российской Федерации: Воронежская область - 9692,7 рубля, Ивановская область - 10603,5 рубля, Пензенская область - 10534,6 рубля, Ульяновская область - 10939,9 рубля. На уровне со среднероссийским значением находится заработная плата в Республике Карелия - 15692,5 рубля, Красноярском крае - 15844,4 рубля. В Тюменской и Сахалинской областях заработная плата в здравоохранении значительно выше, чем в среднем по России и составляет 24520,7 рубля и 26210 рублей, соответственно.

Отсутствие нормативных правовых документов, позволяющих объективно оценить труд медицинских работников в зависимости от количества и качества произведенного труда, привело к тому, что дифференциация оплаты труда в зависимости от его интенсивности и результатов, а также квалификации работников на практике развита слабо и во многом зависит от волюнтаризма руководителей.

Зависимость 30 % объема оплаты труда от субъективной воли руководителя в условиях низкой заработной платы и отсутствия актуализированных нормативов интенсивности, объемов и качества труда медицинских работников в разрезе специальностей способствует еще большей демотивации работников.

## **Часть 2. Нормативно-правовое обеспечение разработки, производства, технического обслуживания, контроля качества и допуска к обращению в России изделий медицинского назначения**

Анализ нормативно-правовой базы Российской Федерации показывает отсутствие единого кодифицированного акта, регулирующего сферу обращения изделий медицинского назначения, в котором были бы отражены все стадии жизненного цикла изделия от его разработки, доклинических исследований и до его утилизации, а также изложены: терминология; правила регистрации; требования к участникам сферы обращения изделий медицинского назначения; требования к ввозу и вывозу изделий; правила наблюдения за рынком изделий; требования к квалификации медицинского персонала, использующего изделия; правила наблюдения за использованием изделий по назначению, их эксплуатацией и техническим обслуживанием, безопасностью, уничтожением и прочее.

В соответствии с Федеральным законом от 8 августа 2001 года № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензированию подлежат следующие виды деятельности: производство медицинской техники и техническое обслуживание медицинской техники.

Постановлениями Правительства Российской Федерации утверждены Положения о лицензировании производства и технического обслуживания медицинской техники, а осуществление лицензирования данных видов деятельности возложено на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Лицензирование прекращается со дня вступления в силу технического регламента.

Согласно постановлению Госстандарта Российской Федерации от 30 января 2004 года № 4 со дня вступления в силу Федерального закона от 27 декабря 2002 года № 184-ФЗ «О техническом регулировании» впредь до вступления в силу соответствующих технических регламентов требования, установленные действующими национальными стандартами, подлежат обязательному исполнению только в части, обеспечивающей достижение целей законодательства Российской Федерации о техническом регулировании.

Технический регламент, принимаемый федеральным законом, постановлением Правительства Российской Федерации или нормативным правовым актом федерального органа исполнительной власти по техническому регулированию, устанавливает обязательные для применения и исполнения требования к объектам технического регулирования (продукции, в том числе зданиям, строениям и сооружениям или к связанным с требованиями к продукции процессам проектирования (включая изыскания), производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации).

В настоящее время технические регламенты, касающиеся производства и технического обслуживания медицинской техники, отсутствуют.

В соответствии с Положением Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития осуществляет функции надзора за соблюдением государственных стандартов, технических условий на продукцию медицинского назначения, контроль за производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения, а также регистрирует изделия медицинского назначения (далее - ИМН).

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2006-2007 годах утверждены административные регламенты Росздравнадзора по исполнению государственных функций по осуществлению в установленном порядке проверки деятельности организаций, осуществляющих производство, оборот и использование изделий медицинского назначения и по регистрации изделий медицинского назначения.

Согласно утвержденным административным регламентам регистрация изделий медицинского назначения представляет собой государственную контрольно-надзорную функцию, исполняемую Росздравнадзором с целью допуска изделий медицинского назначения к производству, импорту, продаже и применению на территории Российской Федерации. Проведение в установленном порядке проверок деятельности организаций, осуществляющих производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, является государственной функцией Росздравнадзора, исполняемой с целью контроля выполнения юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями обязательных требований, установленных законодательством Российской Федерации к производству, обороту и порядку использования изделий медицинского назначения.

Для целей регистрации необходимо проведение следующих видов работ:

- проведение токсикологических испытаний ИМН;
- проведение технических испытаний ИМН;
- проведение медицинских испытаний ИМН;
- проведение экспертизы комплекта документов, представляемого на регистрацию.

При регистрации изделий медицинского назначения не требуется представление изготовителем информации об организации системы контроля за качеством производимых изделий.

В настоящее время для получения возможности вывести медицинское изделие на российский рынок изготовитель обязан получать несколько разрешительных документов государственного образца. Это регистрационное удостоверение медицинского изделия, регистрационное удостоверение средства измерения медицинского назначения (при необходимости), санитарно-эпидемиологическое заключение, сертификат соответствия медицинского изделия в системе ГОСТ Р, сертификат соответствия системы менеджмента качества по ГОСТ Р ИСО 13485-2004 в добровольной системе сертификации Ростехрегу-

лирования (по желанию изготовителя), лицензия на производство (при необходимости), лицензия на производство средств медицинского назначения, разрешительные документы на производство (заключение о пожарной безопасности, заключение МЧС и др.).

В результате проведенных контрольных мероприятий установлено, что процедура регистрации изделий медицинского назначения в среднем занимает от 2 до 6 месяцев с даты подачи документов на регистрацию и до момента выдачи регистрационного удостоверения.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 15 июня 2009 года № 478 «О единой системе информационно-справочной поддержки граждан и организаций по вопросам взаимодействия с органами исполнительной власти и органами местного самоуправления с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет» и распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 октября 2009 года № 1555-р в список первоочередных государственных услуг и исполнения государственных функций в электронном виде федеральными органами исполнительной власти вошла государственная услуга «Регистрация изделий медицинского назначения, а также предоставление гражданам и организациям доступа к информации об изделиях медицинского назначения, прошедших регистрацию». Отделами регистрации отечественных и зарубежных изделий Росздравнадзора в конце 2009 года (ноябрь) была внесена информация об исполнении государственной услуги «Регистрация изделий медицинского назначения» в Сводный реестр государственных и муниципальных услуг.

Анализ зарубежного законодательства показывает, что в странах ЕЭС действует Директива Совета Европейских Сообществ 93/42/ЕЭС от 14 июня 1993 года (с изменениями) о медицинских приборах (далее - Директива).

В Директиве содержатся статьи, касающиеся обеспечения гарантии качества медицинского оборудования и его безопасности для здоровья пациентов в процессе эксплуатации, обеспечения уровня производительности медицинского оборудования, заявленного производителем, соблюдения процедур сертификации и проверки оборудования, а также определена терминология медицинских изделий, сфера их применения, выпуска в продажу и введения в эксплуатацию медицинских изделий, соответствие стандартам, мерам по безопасности, классификации и прочее.

В российском законодательстве отсутствуют нормы, содержащие требования к внедрению системы качества производства оборудования, к порядку осуществления текущего контроля за качеством поставляемого оборудования, надзора за эксплуатируемым оборудованием, обеспечения технического сервиса на весь период жизнедеятельности оборудования и требования к сбору информации о происшествиях, произошедших в ходе его применения.

Учитывая вышеизложенное, отказ от обязательной сертификации изделий медицинского назначения без создания системы надлежащего контроля за соответствием деклараций производителей не будет способствовать повышению гарантии его безопасной эксплуатации.

По информации зарубежных производителей медицинского оборудования, в компаниях на корпоративном уровне действуют процедуры, в которых отражены основные положения международного законодательства (FDA, MDD), касающиеся контроля обязательных модификаций программных и аппаратных средств медицинской техники. В соответствии с процедурой представители компании обязаны незамедлительно уведомлять контролирующие органы страны (Канада, Япония и другие, где действует данное законодательство) в случае обнаружения каких-либо случаев угрозы здоровью или жизни пациентов и врачей при использовании поставляемого компанией оборудования. Впоследствии по каждому чрезвычайному происшествию компания проводит расследование причин возникновения такого случая и разрабатывает меры по предотвращению дальнейших угроз.

Наличие на российском рынке значительного количества изделий медицинского назначения зарубежного производства требует ускоренной гармонизации российского законодательства с основными международными стандартами в этой сфере, что повысит требования к организации контроля его качества и соблюдения эксплуатационных характеристик.

Действующие государственные стандарты, касающиеся изделий медицинской техники, не охватывают вопросов технического сопровождения оборудования в течение всего его жизненного цикла.

В ходе контрольных мероприятий особое внимание обращено на организацию, качество и стоимость технического обслуживания изделий медицинской техники, находящейся в лечебно-профилактических учреждениях.

По мнению российских общественных и профессиональных организаций следующие вопросы, связанные с организацией технического обслуживания медицинского оборудования, требуют особого внимания.

1. Создание налаженной системы обеспечения потребителей запасными частями и комплектующими, так как:

- не обеспечена поставка запчастей и комплектующих для оборудования, снятого с производства, но не выработавшего нормативный срок эксплуатации (в том числе в случаях ликвидации, реструктуризации, смены собственника предприятия, при модернизации оборудования и пр.), в результате чего единственным решением является списание оборудования, несмотря на не истекший срок его службы;

- отсутствует система информирования пользователей и сервисных организаций о предстоящем прекращении выпуска той или иной модели, закрытии предприятия и т. п., в результате обеспечение работоспособности оборудования и, соответственно, стабильное функционирование служб лечебного учреждения (путем заблаговременного формирования нормативного запаса комплектующих, своевременной замены оборудования) не представляются возможными.

2. Организация системы обучения специалистов, осуществляющих сервисное обслуживание медицинского оборудования.

Монополия организаций - производителей медицинской техники (или их дилеров) на техническое сопровождение выпускаемой продукции выражается как в отказах в обеспечении запасными частями и комплектующими, так и в отказах в обучении сторонних организаций или предоставлении им сервисной документации.

В концепции федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» указывается следующее. «Потребление медицинской продукции, произведенной в Российской Федерации, составляет менее 25 % объема соответствующего сегмента рынка в денежном выражении и неуклонно снижается. При этом в отдельных в первую очередь высокотехнологичных сегментах рынка медицинской техники и изделий медицинского назначения доля импортных продуктов приближается к 100 процентам.

Увеличение доли импортируемых лекарственных препаратов, медицинской техники и изделий медицинского назначения в структуре потребления лечебно-профилактическими учреждениями отечественной системы здравоохранения усиливает ее зависимость от иностранных производителей и ведет к увеличению государственных расходов. Данная ситуация является неприемлемой ни с точки зрения обеспечения национальной безопасности, ни с экономической точки зрения, поскольку российские рынки фармацевтической и медицинской продукции представляют собой одни из наиболее динамичных и быстрорастущих мировых рынков. По оценкам экспертов, объем рынка медицинской техники и изделий медицинского назначения в Российской Федерации увеличится более чем в 3 раза к 2020 году и достигнет 300 млрд. рублей в год».

Учитывая данные прогнозы, а также факт, что более 80 % медицинской техники в России приобретается за счет бюджетных средств, особое значение приобретают вопросы разработки и производства в России современных, высокотехнологичных изделий медицинского назначения, в том числе в рамках кооперации с иностранными производителями, и принятия государственных мер, стимулирующих данное направление.

В целях идентификации изделий, на которые могут распространяться меры государственного стимулирования, необходимо законодательно утвердить понятие «российская медицинская продукция» и определить критерии, согласно которым медицинская продукция, произведенная на территории Российской Федерации с использованием компонентов иностранного происхождения, приобретает статус российской медицинской продукции.

Минпромторг России предлагает для рассмотрения, среди прочих, критерии, в соответствии с которыми медицинская техника и изделия медицинского назначения, зарегистрированные на территории Российской Федерации в установленном порядке, произведенные на территории Российской Федерации лицензированным российским юридическим лицом с использованием компонентов иностранного происхождения, могут обладать статусом российской медицинской продукции:

- наличие у производителя права на результат интеллектуальной деятельности на конечный продукт и/или на технологию его производства на территории Российской Федерации, подтвержденного патентом;

- использование в производстве технологически значимых компонентов, произведенных на территории Российской Федерации, из перечня, утвержденного Правительством Российской Федерации, или в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Понятие «технологически значимые компоненты» включает в себя компоненты, производство которых критически важно для развития медицинской и фармацевтической промышленности и открывает доступ к технологии производства высокотехнологичного оборудования.

Получение статуса российской медицинской продукции должно максимально соответствовать решению задачи развития промышленного, инновационного, научного потенциала отечественной индустрии медицинской техники и изделий медицинского назначения.

В этой связи совершенствование нормативной правовой базы в этой сфере, ее гармонизации с директивами Европейского Сообщества требует разработки, в том числе, методологических инструкций процедуры сертификации и подготовки к ней предприятий для получения права маркировки знаком СЕ.

Кроме того, необходима разработка и внедрение методов и механизмов обеспечения соответствия продукции основным требованиям Директивы, а также другим международным стандартам, увеличение числа аккредитованных органов по оценке соответствия медицинской техники для получения права маркировки знаком СЕ.

Согласно проведенным в ходе аудита эффективности опросам иностранных производителей медицинского оборудования установлено, что для некоторых зарубежных фирм организация производства медицинского оборудования входит в зону их коммерческих и стратегических интересов. Однако для развития данного направления необходимо иметь четкое представление о критериях получения статуса товара отечественного (российского) производителя. В России отсутствует производство комплектующих, необходимых для производства сложной современной медицинской техники, в частности компьютерных томографов. В этих условиях локализация производства высокотехнологичного медицинского оборудования неизбежно сводится к организации современных сборочных производств.

Так, по сообщению АМИ-ТАСС (г. Москва) от 7 сентября 2010 года, на VI Байкальском международном экономическом форуме, проходящем в Иркутске, состоя-

лась презентация первого серийного российского компьютерного томографа Brightspeed. Это совместный продукт компаний General Electric /GE/, Healthcare /GE/ и ЗАО «Медицинские технологии Лтд» /МТЛ/. Представленный компьютерный томограф будет установлен в Городской больнице № 5 г. Братска Иркутской области, сообщили в GE Healthcare.

В перспективе такие предприятия должны становиться центрами новых знаний и компетенций, центрами разработки новых изделий медицинской техники с использованием современных технологий.

Немаловажным фактором, сдерживающим развитие кооперации и производства в России, является наличие таможенных пошлин и НДС для комплектующих и их отсутствие для готовых изделий высокотехнологичного медицинского оборудования.

Одним из основных факторов, сдерживающих развитие кооперационного производства, является отсутствие определенных гарантий по сбыту производимого в России оборудования, хотя основным потребителем и плательщиком выступают бюджетные медицинские организации.

Так, газета «Коммерсантъ» № 33 от 29 сентября 2010 года пишет: «Петербургская компания «Электрон», выросшая за 20 лет из кооператива в одного из крупнейших производителей медицинского оборудования России, занимает сегодня 28 % российского рынка обычного рентгенологического оборудования. Весной компания договорилась с Philips о партнерстве с целью совместной разработки, производства и продвижения на рынке высокотехнологичной медтехники. В рамках партнерства производятся 16-срезовые компьютерные томографы, ранее в России не выпускавшиеся».

С учетом мнений как российских, так и зарубежных производителей совершенствование законодательства в части создания преференций для отечественных предприятий, разрабатывающих, производящих и обеспечивающих эксплуатацию в учреждениях здравоохранения изделий медицинской техники является необходимостью, способствующей модернизации отечественного производства и системы российского здравоохранения.

### **Часть 3. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2007 годах**

#### **3.1. Организация мероприятий по закупке медицинского оборудования**

В целях совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи в рамках ПНП «Здоровье» в 2006-2007 годах на обеспечение диагностическим оборудованием муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений и стационарно-поликлинических учреждений из федерального бюджета выделены средства в сумме 29,7 млрд. рублей. Постановлениями Правительства Российской Федерации утверждены перечни закупаемого оборудования и распределены средства федерального бюджета по субъектам Российской Федерации, направляемые на закупку диагностического оборудования.

Распределение средств по федеральным округам представлено в таблице:

(тыс. руб.)

	2006 г.	2007 г.	Всего
Центральный федеральный округ	3098050	1018238	4116288
Северо-Западный федеральный округ	1186500	3291987	4478487
Южный федеральный округ	2783600	3011504	5795104
Приволжский федеральный округ	3117600	1235500	4353100
Уральский федеральный округ	987750	3493029	4480779
Сибирский федеральный округ	2204500	982504	3187004
Дальневосточный федеральный округ	922000	2367238	3289238
Российская Федерация, всего	14300000	15400000	29700000

Правительством Российской Федерации поручено Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию (далее - Росздрав) осуществить в установ-

ленным законодательством Российской Федерации порядке централизованную закупку диагностического оборудования (включая его доставку в учреждения здравоохранения, монтаж и пусконаладочные работы) в соответствии с утвержденным перечнем и согласно заявкам-спецификациям субъектов Российской Федерации в пределах предусмотренных для них средств.

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления поручено обеспечить подготовку помещений для размещения закупаемого диагностического оборудования и осуществления пусконаладочных работ.

Постановлениями Правительства Российской Федерации предусмотрены порядок и условия передачи приобретенного за счет средств федерального бюджета диагностического оборудования для организации амбулаторно-поликлинической помощи в муниципальных амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждениях в собственность муниципальных образований.

В целях совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению, оснащения необходимым для ее оказания диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинические и стационарно-поликлинические учреждения разделены на 11 уровней, и приказом Минздравсоцразвития России от 1 декабря 2005 года № 753 утвержден табель оснащения медицинских учреждений для каждого уровня.

Приказом Росздрава «О создании конкурсной комиссии для проведения конкурсов по реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения» в декабре 2005 года сформирована конкурсная комиссия в количестве 30 человек, утверждены состав конкурсной комиссии и положение о конкурсной комиссии.

В ходе контрольных мероприятий, проведенных Счетной палатой Российской Федерации в 2006-2007 годах установлено, что в состав конкурсной комиссии по закупке диагностического оборудования вошли представители различных ведомств: Минздравсоцразвития России, Минфина России, Минэкономразвития России, Росздравнадзора, Роспотребнадзора, сотрудники правоохранительных органов, а также представители всех 7 федеральных округов Российской Федерации. Конкурсная документация согласована с Минэкономразвития России.

В 2006 году открытый конкурс на поставку диагностического оборудования для амбулаторно-поликлинических учреждений проводился с предварительным (квалификационным) отбором. Критериями предварительного отбора явились: правоспособность юридического лица, своевременная уплата налогов, наличие необходимых лицензий, опыт осуществления поставок медицинского оборудования, материально-технические, кадровые и финансовые ресурсы.

При оценке и сопоставлении заявок на участие в открытом конкурсе использовались следующие критерии: ценовые параметры и неценовые критерии оценки, которые оценивались членами конкурсной комиссии путем применения балльного метода. Однако методика применения балльной системы, определяющая процедуру рассмотрения, сопоставления и оценку представленных поставщиками заявок на участие в открытом конкурсе на поставку диагностического оборудования, Росздравом не разрабатывалась.

Всего на конкурс в 2006 году подана 161 заявка от 66 участников. После предварительного отбора к участию в конкурсе было допущено 45 поставщиков.

Минздравсоцразвития России в ноябре 2005 года довело до Росздрава перечень и количество необходимого для закупки диагностического оборудования в целях обеспечения им потребности муниципальных лечебно-профилактических учреждений каждого уровня. С учетом данной потребности и технических требований для каждого вида оборудования всего сформировано и выставлено на конкурс 48 лотов. Количество допущенных к конкурсу участников в каждом из лотов составляло от 1 до 3.



Сбор и обработка уточненных заявок от органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации на диагностическое оборудование проводились в период с декабря 2005 года по апрель 2006 года. Заявки подвергались неоднократной корректировке в части объемов и видов закупаемого диагностического оборудования, в том числе после подведения итогов конкурса. Окончательные варианты заявок согласованы и утверждены в период с 21 марта по 19 апреля 2006 года после заключения государственных контрактов. При подготовке окончательных вариантов заявок для Росздрава органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации проводился анализ обоснованности заявок муниципальных районов на запрашиваемое диагностическое оборудование, исходя из существующего в ЛПУ на момент формирования заявки табеля оснащения.

Критериями обоснованности заявляемого учреждениями здравоохранения диагностического оборудования являлись: физический износ имеющегося оборудования или его количественная недостаточность, наличие в ЛПУ современных и функциональных моделей, возможность установки в ЛПУ нового диагностического оборудования. Кроме того, учитывались достаточность у учреждений здравоохранения финансовых средств на приобретение расходных материалов, наличие персонала и технических возможностей для надлежащего сервисного обслуживания оборудования.

В ходе проведения контрольных мероприятий установлено, что первоначальные заявки лечебно-профилактических учреждений на диагностическое оборудование отличаются от видов и моделей реально поставленного оборудования, которое не всегда соответствовало ожиданиям ЛПУ по ассортименту и техническим характеристикам.

По данным Контрольно-счетной палаты Кемеровской области, часть оборудования из первоначальных заявок лечебных учреждений по составу и техническим характеристикам не была включена в окончательный перечень поставляемого оборудования. Таким образом, можно констатировать, что в итоге муниципальные образования получили оборудование, которое по составу и техническим характеристикам соответствовало их потребности на 80 процентов.

По итогам конкурсных торгов Росздравом заключено 53 государственных контракта с 25 организациями на поставку 22652 единиц диагностического оборудования на общую сумму 14,3 млрд. рублей, в том числе: рентгенологического - 3247 комплектов, ультразвукового - 4115 комплектов, лабораторного - 2899 комплектов, эндоскопического - 3606 комплектов, электрокардиографического - 8785 комплектов. За счет снижения в ходе конкурсных торгов цен на диагностическое оборудование по отношению к первоначальным расчетным ценам от 3,5 % до 34,2 % в зависимости от лота удалось закупить оборудования на 2652 единицы больше, чем планировалось.

С учетом полученной по итогам проведенных конкурсов экономией средств Росздрав в нарушение условий конкурсных торгов, заключил с отдельными поставщиками - победителями конкурсов дополнения к государственным контрактам, в которых количество единиц дополнительно закупаемого оборудования на 50 и более процентов превышало количество, указанное в конкурсном предложении. Кроме того, нарушены условия государственных контрактов в части заключения дополнительных соглашений на изменение объема и стоимости закупаемого оборудования.

Удельный вес закупаемого диагностического оборудования отечественного производства (в суммовом выражении) составил около 42 %. При этом самый высокий процент - 74 % наблюдался при закупках рентгенологического оборудования, менее 1 % при закупках лабораторного оборудования, от 8 % до 17 % - при закупках ультразвукового, электрокардиологического и эндоскопического оборудования.

Установлено, что в ходе подготовки и проведения торгов имели место отдельные нарушения, связанные с признанием конкурсов состоявшимися, в то время как в открытом

конкурсе принимала участие только одна организация или с признанием в отдельных видах оборудования победителем открытого конкурса участника, который не проходил предварительный отбор по данному виду оборудования.

В 2007 году субъекты Российской Федерации использовали форму заявки на поставку диагностического оборудования, разработанную Росздравом в 2006 году. Минздравсоцразвития России обращено внимание субъектов Российской Федерации на необходимость предусмотреть в 2007 году финансовые средства на подготовку помещений для размещения и установки закупаемого диагностического оборудования и осуществления пусконаладочных работ, а также на приобретение расходных материалов (реагенты, термобумага, пленка, гель и др.) и вспомогательного оборудования (источники бесперебойного питания, оборудование для стерилизации и др.).

По итогам 17 конкурсных торгов заключено 103 государственных контракта на поставку 20313 единиц оборудования на общую сумму 15,4 млрд. рублей, в том числе: рентгенологическое - 4223 комплекта, ультразвуковое - 2336 комплектов, лабораторное - 2760 комплектов, эндоскопическое - 5651 комплект, электрокардиографическое - 3724 комплекта, фетальные мониторы - 1619 комплектов. Экономия средств по отношению к первоначально установленной стоимости оборудования составляла от 4 % до 28 % в зависимости от вида оборудования, что позволило закупить на 3343 единицы оборудования больше, чем планировалось в ходе подготовки к конкурсным торгам.

По сравнению с 2006 годом доля закупленного оборудования отечественного производства практически не изменилась, несколько возросла доля лабораторного оборудования отечественного производства.

Таким образом, в целях совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению в 2006-2007 годах Росздравом закуплено 42965 единиц диагностического оборудования. Данные о видах оборудования, закупленного в 2006-2007 годах, представлены в таблице:

Виды диагностического оборудования	2006 г.	2007 г.	Всего
Ультразвуковое	4115	2336	6451
Электрокардиографы	8785	3724	12509
Фетальные мониторы	0	1619	1619
Эндоскопическое	3606	5651	9257
Лабораторное	2899	2760	5659
Рентгенологическое	3247	4223	7470
Всего	22652	20313	42965

В целях реализации ПНП «Здоровье» разработан и утвержден регламент взаимодействия Росздрави с субъектами Российской Федерации, а также организован мониторинг поставок оборудования на основе автоматизированного учета, что позволило:

- обеспечить сбор заявок, в том числе их ввод и свод, сбор информации о готовности помещений к установке и об ответственных за это лицах в субъектах Российской Федерации и пр.;

- организовать контроль за проведением конкурсных торгов, в том числе регистрацию объявлений о размещении заказа на выполнение работ, уровнем оказания услуг участниками и победителями конкурсов, исполнением заключенных государственных контрактов;

- обеспечить учет исполнения договоров, включая ход исполнения по первичным документам, регистрацию сведений о ходе исполнения контракта на основе данных субъектов Российской Федерации, учет оплаты за выполненные этапы работ;

- организовать контроль мероприятий с учетом ведения сетевого плана-графика, формирования отчета о ходе реализации мероприятий по выполненным этапам государственных контрактов и контрольных показателей по реализации мероприятий.

Для обработки значительного объема информации разработана информационная система с использованием WEB-технологий, что позволило создать удаленные рабочие места для ввода в систему информации от ответственных представителей органов здравоохранения субъектов Российской Федерации и поставщиков, способствующие их взаимодействию.

### 3.2. Организация поставок, ввода в эксплуатацию и использование медицинского оборудования

Анализ организации поставок, ввода в эксплуатацию и использования медицинского оборудования, полученного субъектами Российской Федерации в рамках ПНП «Здоровье» в 2006-2007 годах, проводился на основе информации, полученной в ходе контрольных мероприятий, проведенных Счетной палатой Российской Федерацией в период 2006-2010 годов и контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации в 2009-2010 годах, а также материалов, полученных от органов управления здравоохранением более 20 субъектов Российской Федерации.

Сопоставление данных по организации поставок, стоимости эксплуатации и интенсивности использования диагностического оборудования осуществлялось выборочно на примере рентгенологического, ультразвукового и лабораторного оборудования.

В ходе исследования использовались данные ФГУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора, которым разработана автоматизированная информационная система мониторинга медицинских изделий (АИС ММИ), позволяющая осуществлять оперативный контроль реализации мероприятий ПНП «Здоровье» в части использования диагностического оборудования в каждом учреждении здравоохранения.

Согласно данным, представленным в таблице, по состоянию на 31 марта 2008 года информацию об использовании медицинских изделий, поставленных по ПНП «Здоровье», представили 67 субъектов Российской Федерации:

Виды диагностического оборудования	Всего поставлено	Внесено в базу	Простаивает	(единиц)
				Не введено в эксплуатацию*
Ультразвуковое, в т. ч. фетальные мониторы	8070 (1619)	6274	398	36
Электрокардиографы	12509	11611	930	57
Эндоскопическое	9257	7040	965	112
Лабораторное	5659**	21033***	1741***	135***
Рентгенологическое	7470	5736	338	50
Всего:	42965	51694	4372	390

\* Данные по состоянию на 30 июня 2010 года.

\*\* Количество комплектов.

\*\*\* Каждый прибор, входящий в комплект лабораторного оборудования, учитывается в учреждениях здравоохранения отдельно.

По состоянию на 30 июня 2010 года информация представлена 83 субъектами Российской Федерации, при этом полные и максимально полные данные представлены следующими субъектами Российской Федерации: Республика Бурятия, Краснодарский край, Пензенская, Свердловская, Тюменская, Тамбовская, Орловская, Липецкая области и некоторые другие, чьи показатели по представляемой информации близки к 99 %. Не представляют данные: Калининградская область, Ненецкий автономный округ, Республика Хакасия, Амурская область и Камчатский край.

Согласно данным, представленным субъектами Российской Федерации, объем финансирования поставок диагностического оборудования в зависимости от региона составлял от 79,0 тыс. рублей (Тюменская область) до 286,8 тыс. рублей (Ульяновская область) в расчете на 1 тыс. человек, проживающих в данном регионе по состоянию на 1 января 2007 года:

Субъект Российской Федерации	Численность населения*, тыс. чел.	Оснащение диагностическим оборудованием в 2006-2007 гг., тыс. руб.	
		стоимость оборудования	объем финансирования на 1 тыс. чел.
Российская Федерация, всего	142221,0	29700000,0	208,8
Владимирская область	1459,0	371800,0	254,8
Вологодская область	1228,0	193957,7	157,9
Воронежская область	2295,0	604635,4	263,5
Ивановская область	1088,0	278922,4	256,4
Кемеровская область	2826,0	527915,7	186,8
Красноярский край	2894,0	557736,7	192,7
Ленинградская область	1638,0	302000,0	184,4
Липецкая область	1174,0	182420,4	155,4
Мурманская область	857,0	184107,0	214,8
Омская область	2026,0	225487,2	198,1
Оренбургская область	2126,0	479071,5	225,3
Республика Татарстан	3760,0	424774,0	113,0
Пензенская область	1396,0	370752,9	265,6
Сахалинская область	521,0	123537,4	237,1
Тюменская область**	1318,0	104081,6	79,0
Ульяновская область	1322,0	379203,1	286,8
Хабаровский край	1405,0	369859,3	263,2
Ярославская область	1320,0	225487,2	170,8

\* По данным Росстата на 1 января 2007 года.

\*\* Тюменская область указана без автономных округов.

Объемы поставок для каждого субъекта Российской Федерации определены постановлениями Правительства Российской Федерации, однако обоснование, определяющее необходимость удовлетворения потребности в диагностическом оборудовании того или иного региона, исходя из которого принято решение о распределении финансирования закупок, в Минздравсоцразвития России и в Росздраве отсутствует.

В ходе проведения контрольных мероприятий установлено, что поставщиками нарушались установленные государственными контрактами сроки поставки, комплектации, установки и ввода в эксплуатацию оборудования. Имели место поставки некачественного оборудования; отдельные поставки осуществлялись не поставщиками, определенными соответствующими государственными контрактами, а третьими лицами (курьерской службой) и по почте.

Несмотря на имеющиеся недостатки в организации поставок, централизованные закупки позволили значительной части субъектов Российской Федерации заменить в учреждениях здравоохранения оборудование, имеющее износ в размере 100 % или оснастить их оборудованием, которое до этого времени в ЛПУ отсутствовало.

По данным Счетной палаты Новгородской области, в результате поставок оборудования в целом по лечебно-профилактическим учреждениям износ медицинского оборудования в 2007 году уменьшился (по рентгенологическому - со 100 % до 59 %, по УЗД - с 84 % до 55 %, по лабораторному - с 94 % до 68 %), в том числе за счет списания старого оборудования, однако за 2008-2010 годы износ увеличился (по рентгенологическому - до 73 %, по лабораторному - до 68 %, по УЗД - незначительно).

Отдельные субъекты Российской Федерации в целях реализации ПНП «Здоровье» выделяли средства не только на подготовку помещений для приема нового оборудования, но и закупали необходимое для учреждений здравоохранения медицинское оборудование за счет средств регионального и муниципального бюджетов.

По данным Контрольно-счетной комиссии Липецкого областного Совета депутатов, в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Липецкую область было поставлено диагностическое оборудование, закупленное за счет средств федерального бюджета, в 2006 году в количестве 81 единицы общей стоимостью 92,6 млн. рублей для 37 учреждений здравоохранения и в 2007 году в количестве

136 единиц на сумму 89,9 млн. рублей для 44 учреждений здравоохранения. Из консолидированного бюджета области на цели оснащения диагностическим оборудованием было выделено в 2006 году 71,8 млн. рублей, в 2007 году - 132,0 млн. рублей.

Выборочные данные о количестве диагностического оборудования, поставленного в субъекты Российской Федерации в рамках выделенного финансирования из средств федерального бюджета, а также количество лечебно-поликлинических учреждений в 2006 и 2007 годах, получивших оборудование, представлены в таблице:

(единиц)

Субъект Российской Федерации	Получили диагностическое оборудование в 2006-2007 гг.				
	УЗ*	всего	в том числе:		
			рентгенологическое	УЗИ	лабораторное
Российская Федерация, всего	11024	42965	7470	6451+1619	5659
в том числе:					
Владимирская область	89+73	512	105	87	111
Вологодская область	42+41	260	48	25	44
Воронежская область	52+49	778	235	147	70
Ивановская область	38+40	410	44	100	66
Кемеровская область	138	840	140	121	194
Красноярский край	71+75	536	137	105	69
Ленинградская область	98	693	63	132	106
Липецкая область	37+44	217	50	33	40
Мурманская область	25+27	251	46	31	35
Омская область	116+104	488	120	121	167
Оренбургская область	58+57	452	97	76	46
Республика Татарстан	113+98	432	98	107	36
Пензенская область	36+30	487	109	67	60
Сахалинская область	25+26	199	45	27	27
Тюменская область	22+18	222	33	13	18
Ульяновская область	74+69	637	87	126	130
Хабаровский край	244+270	599	88	99+17	84
Ярославская область	53+45	328	71	36	63

\* УЗ - учреждения здравоохранения, указывается количество учреждений, получивших оборудование в 2006 и 2007 годах, при этом одни и те же УЗ могли получить оборудование и в 2006 году, и в 2007 году, а также одни и те же УЗ могли получать различные виды оборудования, поэтому учет количества УЗ, получивших оборудование, может быть двойным, тройным и т. п., и количество УЗ представлено для общей информации.

Анализ представленных данных свидетельствует о том, что наибольшее количество рентгенологического оборудования поставлено в Воронежскую и Кемеровскую области, а также в Красноярский край, что позволило этим регионам значительно обновить парк данного вида оборудования, причем за счет поставок, прежде всего, цифровых рентгенологических аппаратов.

Аппараты для УЗИ в значительном количестве поставлены в Воронежскую, Ленинградскую и Ульяновскую области, а лабораторное оборудование в Кемеровскую, Омскую, Ульяновскую и Владимирскую области.

Информация от субъектов Российской Федерации об оснащенности учреждений здравоохранения подтверждает, что поставки диагностического оборудования в 2006-2007 годах позволили уменьшить количество оборудования со сроками эксплуатации более 5 лет. В настоящее время средний процент оснащения ЛПУ оборудованием со сроками эксплуатации свыше 5 лет в исследуемых регионах составляет от 28,2 до 54,5 % (в 2005 году - от 37,9 до 62,7 %) и зависит от вида оборудования. При этом качественно улучшена структура оснащенности ЛПУ за счет поставок современных моделей оборудования (цифровые рентгенологические аппараты, аппараты для УЗИ с цветным доплером, лабораторные анализаторы и пр.).

Выборочные данные субъектов Российской Федерации представлены в таблице:

(в процентах)

Субъект Российской Федерации	2005 г.			2009 г.		
	до 3 лет	от 4 до 5 лет	6 лет и более	до 3 лет	от 4 до 5 лет	6 лет и более
Архангельская область	25,4	25,6	49,0	38,3	27,5	34,1
Воронежская область	34,0	20,7	45,3	35,6	29,4	35,1
Ивановская область	29,4	7,9	62,7	31,1	14,3	54,6
Красноярский край	46,7	15,4	37,9	44,6	27,3	28,2
Мурманская область	-			49,5	17,2	33,3
Омская область	35,7	12,5	51,7	37,2	28,5	34,4
Республика Башкортостан	24,7	27,6	47,7	41,3	18,7	40,1
Самарская область	20,0	22,4	57,6	36,8	23,9	39,3
Сахалинская область	23,0	27,2	49,8	40,5	25,9	33,6
Хабаровский край	-			45,6	14,6	39,8
Челябинская область	32,2	17,5	50,3	45,0	24,9	30,1
Чувашская Республика	23,0	30,9	46,1	25,0	34,0	41,0

### 3.2.1. Организация поставок и ввод оборудования в эксплуатацию

Условиями государственных контрактов предусмотрено разделение цены контракта на стоимость оборудования и стоимость услуг, которые включают в себя установку, ввод в эксплуатацию и инструктаж (обучение) специалистов.

Согласно государственным контрактам поставка оборудования осуществляется получателем в субъектах Российской Федерации в соответствии с отгрузочными разрядами, в которых указан срок поставки, при этом досрочная поставка допускается только с согласия получателя и с уведомлением заказчика (в данном случае - Росздрав).

Ответственность за предоставление помещения для размещения оборудования и его подготовку к установке и вводу в эксплуатацию, включая демонтаж старого оборудования и такелажные работы, лежит на получателе.

В случае неготовности помещения и несоответствия его установленным требованиям получатель должен предоставить склад для временного хранения оборудования и при этом поставщик не несет ответственности за изменение сроков пуско-наладки и ввода оборудования в эксплуатацию.

Актами проверок Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации установлено, что получатели не имели полной информации об условиях подписанных государственных контрактов и были ознакомлены только со сроками плановых поставок предназначенного для них оборудования. В отдельных случаях копии государственных контрактов передавались поставщиками лишь при передаче оборудования в учреждения здравоохранения, что не позволяло ЛПУ своевременно подготовить помещения и организовать мероприятия по обучению соответствующего количества специалистов.

Отмечается, что основная часть оборудования поступила в установленные контрактами сроки, однако имели место несогласованные досрочные поставки оборудования, что приводило к простоям оборудования и организации его хранения из-за неготовности помещений к монтажу. В связи с несоблюдением поставщиками сроков поставки возникали проблемы с выполнением работ по демонтажу старого рентгенологического оборудования, имеющегося в ЛПУ в единственном экземпляре, в результате чего возникала необходимость внесения изменений в плановый лечебный процесс и перераспределения потоков пациентов.

Кроме того, в нарушение Закона Российской Федерации от 27 апреля 1993 года № 4871-1 «Об обеспечении единства измерений» отдельные виды диагностического оборудования поступали в лечебно-профилактические учреждения без сертификата об утверждении типа средств измерений.

Во II полугодии 2006 года отмечались случаи доставки диагностического оборудования не поставщиками, определенными соответствующими государственными контрактами, а третьими лицами (курьерской службой). Данная ситуация не позволяла получателям

медицинского оборудования проверить комплектность поставленного оборудования, определить сроки ввода его в эксплуатацию, сроки обучения специалистов.

Так, поставку ультразвуковых портативных аппаратов в 14 учреждений здравоохранения Новгородской области осуществляла Международная курьерская служба без представителя поставщика - ЗАО «МедСтор» (г. Москва). После длительных переговоров с представителями поставщика лечебно-профилактическим учреждениям предлагалось самостоятельно ввести оборудование в эксплуатацию и самостоятельно обучить медицинский персонал работе на данных аппаратах.

В ходе контрольных мероприятий отмечается, что в отдельных случаях задержки ввода оборудования в эксплуатацию составляли месяц и более после его поставки.

По данным Контрольно-счетной палаты Ленинградской области, в МУЗ «Родильный дом г. Выборга» система диагностическая ультразвуковая Sonoline G 40 поступила 22 июня 2007 года. Монтаж и пусконаладка аппарата были произведены специалистами компании Simens спустя месяц со дня получения, о чем составлен акт ввода в эксплуатацию и инструктажа персонала от 26 июля 2007 года № 58023/680. Задержка ввода в эксплуатацию произошла из-за позднего прибытия специалистов компании Simens для установки аппарата.

Система диагностическая ультразвуковая Famio поступила в МУЗ «Каменногорская ГБ» 17 октября 2006 года по товарной накладной от 6 октября 2006 года № 696. Аппарат введен в эксплуатацию 8 июня 2007 года, то есть спустя 264 дня с момента поступления, не поставщиком оборудования, а представителями ЗАО «Видикон». Стоимость услуг согласно акту от 8 июня 2007 года № 00000040 составила 3,0 тыс. рублей. Оплата произведена за счет средств МУЗ «Каменногорская ГБ» платежным поручением от 6 июня 2007 года № 368 по счету от 4 июня 2007 года № 65.

Имели место поставки оборудования, не адаптированного для использования в России, так как результаты анализов, например, указывались на английском языке.

В отдельных моделях аппаратов УЗИ в наличии имеется только один порт и при необходимости использования в процессе исследований 2 датчиков приходится выключать и включать аппарат, переставлять датчики, что в ряде случаев приводит к поломке изделия.

Кроме того, полученная информация свидетельствует, что единичные модели оборудования поступали в неисправном состоянии или выходили из строя вскоре после ввода в эксплуатацию по причине заводского брака. При этом не были урегулированы с отдельными поставщиками вопросы о проведении гарантийного ремонта поставляемого оборудования.

В Краснодарском крае в МУЗ «Каневская ЦРБ» из поступивших 7 единиц нового оборудования вышло из строя 2 (28,5 %). Из-за сбоя программного обеспечения ультразвуковая диагностическая портативная система «Logic 100» вышла из строя через 2 дня после эксплуатации. В результате согласования действий по проведению гарантийного ремонта с поставщиком аппарат УЗИ отправлен на гарантийный ремонт.

Через 3 дня после ввода в эксплуатацию вышел из строя системный блок управления флюорографа на базе КАМАЗ. Однако ввиду отсутствия договорных отношений между ЗАО «Рентгенпром» (поставщик) и ООО «Альтернатива», г. Краснодар, (фирма, производящая монтаж и установку) аппарат своевременно не отправлен на гарантийный ремонт.

В Республику Марий Эл по состоянию на 20 ноября 2006 года поступило диагностическое оборудование в количестве 162 единиц на сумму 83490,0 тыс. рублей. Однако через 1,5-2 месяца после ввода оборудования в эксплуатацию 8 изделий медицинской техники вышло из строя.

В августе 2006 года поставлены трехканальные электрокардиографы MAC 500 (General Electric Medical Systems Information Technologies) в количестве 66 единиц на

сумму 3142,3 тыс. рублей. Три электрокардиографа из них в ходе эксплуатации вышли из строя и признаны непригодными к дальнейшему использованию и подлежащими гарантийному ремонту.

Некоторые виды оборудования закуплены в 2006 году в недоукомплектованном состоянии, что не позволяло его эксплуатировать и задерживало сроки ввода в эксплуатацию. В таких случаях субъекты Российской Федерации принимали решение о выделении дополнительного финансирования для закупки недостающего оборудования (принадлежностей) или ожидали его поступления в 2007 году.

По данным Контрольно-счетной палаты Воронежской области, кроме нарушения сроков, имела место поставка отдельных единиц оборудования с заводским браком, 4 вида электрокардиографов поставлены непроверенными. Ввиду недостаточной проработки направления на федеральном уровне часть оборудования поставлена в 2006 году недоукомплектованной дополнительным оборудованием, что потребовало значительных расходов, не предусмотренных в муниципальных бюджетах. В связи с этим отдельные виды оборудования ЛПУ стали использовать лишь после приобретения дополнительного оборудования: гистеропомп для гистероскопов, проявочных машин для маммографов, источников бесперебойного питания для ультразвукового оборудования, стерилизаторов для лабораторного оборудования.

В 2006 году сроки, отводимые получателям на подготовку помещений для установки отдельных видов оборудования, составляли около 3 месяцев. В результате с наибольшими проблемами сталкивались получатели рентгенологического оборудования, так как в ряде случаев необходима была полная техническая реконструкция помещений, включая энергетическое обеспечение. В 2007 году субъектами Российской Федерации учтен предыдущий опыт, кроме того, получатели имели возможность заранее ознакомиться с требованиями, предъявляемыми к помещениям, что позволило уменьшить количество случаев ввода оборудования в эксплуатацию с задержками из-за неготовности помещений.

По данным Контрольно-счетной палаты Воронежской области, помещения ряда ЛПУ области в 2006 году не были в полном объеме готовы к приему и монтажу поставляемого рентгенологического оборудования. Основная причина запаздывания - проведение электротехнических работ (установка электрощитов, устройство вентиляции, подготовка каналов для прокладки силовых кабелей). В 2007 году таких накладок уже не было.

Процесс ввода в эксплуатацию полученного рентгенологического оборудования осложнялся не только несвоевременной подготовкой помещений и кадров, но и длительными сроками лицензирования рентгеновских кабинетов (дозиметрический контроль, получение разрешения органа санэпиднадзора на работу оборудования с источниками ионизирующего излучения). По этим причинам начало фактического использования оборудования задерживалось в среднем на срок от 2 месяцев до полугода и более.

По данным Контрольно-счетной палаты Законодательного Собрания Тверской области, не введена в эксплуатацию в МУЗ «Оленинская ЦРБ» 1 рентгенологическая установка в связи с отсутствием лицензии на право оказания данного вида услуг (установка поставлена на учет 14 ноября 2006 года). По состоянию на 1 мая 2009 года лечебным учреждением лицензия не получена в связи с несоответствием помещения, в котором установлена рентгенологическая установка, санитарным правилам и нормам.

В целях обеспечения своевременной подготовки помещений для установки и ввода оборудования в эксплуатацию органы исполнительной власти предусматривали финансовые средства на проведение соответствующих работ. Прежде всего, это касалось помещений для рентгенологического оборудования, так как на их реконструкцию необходимо было выделение наибольшего объема финансовых средств. Своевременное финансирование и проведение организационных мероприятий позволяло осуществлять



своевременный ввод оборудования в эксплуатацию, а его отсутствие - к простоям поставленного оборудования. Затраты на подготовку помещений к установке лабораторного и ультразвукового оборудования были значительно ниже или не требовались.

По данным Контрольно-счетной палаты Костромской областной Думы:

МУЗ «Нерехтская ЦРБ»

- ввод в эксплуатацию рентгенографического аппарата СД-РАбт - «ТМО» стоимостью 2,24 млн. рублей (поступил 26 апреля 2007 года) произведен 20 ноября 2007 года;

- флюорограф цифровой малодозовый стационарный ФЦС - «Рентех» стоимостью 2,51 млн. рублей (поступил 28 июля 2006 года) введен в эксплуатацию 10 ноября 2006 года. Помещение для размещения оборудования подготовлено в результате реконструкции инфекционного отделения больницы.

Общая сумма затрат на подготовку помещения для установки рентгенологического диагностического комплекса составила 2,97 млн. рублей, на установку флюорографа - 0,43 млн. рублей;

МУЗ «Галичская городская больница»

- комплект лабораторного оборудования № 2 стоимостью 1,47 млн. рублей (поступил 5 сентября 2007 года) введен в эксплуатацию 25 декабря 2007 года. Сумма затрат на подготовку помещения составила 0,28 млн. рублей.

Инструктаж (обучение) специалистов в соответствии с условиями контрактов проводился в основном при монтаже и установке оборудования на рабочем месте.

Согласно данным Контрольно-счетной комиссии Липецкого областного Совета депутатов, медицинские работники к работе на закупленном оборудовании подготовлены в соответствии с условиями государственных контрактов; случаев вынужденного простоя оборудования из-за отсутствия обученных медицинских кадров за проверяемый период не установлено.

Однако имелись случаи организации обучения большими группами в одном лечебном учреждении, что предусмотрено условиями контракта по отдельным видам оборудования, а именно в случае, если в субъект Российской Федерации поставлено большое количество оборудования (для лабораторного оборудования 20 и более комплектов). Такое обучение не давало возможности каждому специалисту досконально познакомиться с аппаратурой и самостоятельно провести тесты.

Кроме того, не все получатели оборудования смогли обеспечить обучение достаточного количества специалистов, что позволило бы ЛПУ повысить интенсивность использования оборудования и снизить простои оборудования в связи с увольнением в последующие годы обученных специалистов.

По данным Счетной палаты Новгородской области, в период поставки оборудования поставщиками было обеспечено проведение инструктажа медицинских работников по работе с оборудованием. Вместе с тем в настоящее время имеются проблемы с подготовленностью медработников при эксплуатации лабораторного оборудования в ЦРП в связи с увольнением прошедших инструктаж лаборантов и отсутствием постоянного врача КДЛ. Остро стоит проблема кадрового обеспечения медицинских учреждений рентгенологами, врачами КДЛ и лаборантами, врачами УЗД в акушерстве.

Постановлениями Правительства Российской Федерации в 2006-2007 годах утверждены положения, определяющие порядок и условия передачи приобретенного за счет средств федерального бюджета диагностического оборудования в собственность муниципального образования, с последующей передачей в оперативное управление амбулаторно-поликлиническим учреждениям.

Установлено, что приказы Минздравсоцразвития России, утверждающие Перечень амбулаторно-поликлинических учреждений субъектов Российской Федерации, для

обеспечения которых осуществляется централизованная закупка диагностического оборудования в связи с отсутствием в субъектах Российской Федерации муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений, принимались с задержкой.

Нарушались сроки издания распорядительных документов о передаче в собственность субъекта имущества, приобретенного за счет средств федерального бюджета в соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации.

Расчетный срок осуществления данной процедуры согласно утвержденным документам составляет до 90 дней от даты приема-передачи оборудования в ЛПУ, однако, как показали результаты проверок, данные сроки в большинстве случаев превышались и в ряде случаев составляли до 1 года и более. Особенно это касалось оборудования, поступившего в 2006 году.

Данные о передаче диагностического медицинского оборудования в муниципальную собственность (МУЗ г. о. Тольятти «ГКП № 3», Самарская область) приведены в таблице:

Наименование оборудования	Количество	Дата получения	Дата ввода в эксплуатацию	Постановления мэра г. о. Тольятти
Аппарат ультразвуковой диагностический «SONOLINE G20»	1	20.07.06	31.07.2006	2492-1/П от 24.08.07
Система диагностическая ультразвуковая «FAMIO»	1	22.08.06	23.08.2006	2492-1/П от 24.08.07
Система рентгенографическая RADREX	1	15.09.06	08.11.2006	25-1/П от 11.01.08
Маммограф рентгеновский «Маммо-4-МТ»	1	19.10.06	03.11.2006	25-1/П от 11.01.08
Аппарат ультразвуковой «SONOLINE G40»	1	19.07.07	31.07.2007	282-1/П от 29.01.08
Электрокардиограф Schiller	2	25.07.07	26.07.2007	282-1/П от 29.01.08
Флюорограф цифровой ФЦМ Барс «Ренек»	1	10.09.07	12.10.2007	710-1/П от 07.03.08

Условиями контрактов предусмотрено, что гарантия на поставленное оборудование составляет 2 года. Гарантийный срок начинается со дня подписания соответствующего акта ввода оборудования в эксплуатацию и проведения инструктажа (обучения) специалистов. В контрактах оговорены специальные условия гарантийного обслуживания.

После окончания срока гарантийного обслуживания поставленного оборудования, который в зависимости от сроков его поставки истекал в 2008-2009 годах, учреждения здравоохранения имели право самостоятельного выбора сервисной организации, исходя из действующего законодательства (Федеральный закон от 21 июля 2005 года «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд») и наличия у ЛПУ соответствующего финансирования.

По данным Контрольно-счетной комиссии Липецкого областного Совета депутатов, отдельные лечебно-профилактические учреждения, подлежащие контрольным мероприятиям, не обеспечили ежегодным плановым техническим обслуживанием отдельные виды медицинского оборудования в послегарантийный период из-за отсутствия финансовых средств; на практике техническое обслуживание проводится по требованию с оформлением разовых договоров, чтобы исключить опасность для пациентов и медицинского персонала. МУЗ «Становлянская районная больница» не заключались договоры на техническое обслуживание портативного ультразвукового аппарата Aloka, модель SSD-500, срок гарантийного обслуживания которого истек в ноябре 2007 года, рентгеновского маммографа MP-01 «ТМО», срок гарантийного обслуживания которого истек в декабре 2007 года, автоматической проясочной машины, срок гарантийного обслуживания которой истек в октябре 2008 года.

Послегарантийное техническое обслуживание и ремонт медицинского оборудования в субъектах Российской Федерации осуществляются в основном региональными сервисными организациями, имеющими соответствующие лицензии. По информации, полученной от зарубежных производителей, которые обеспечивали гарантийное обслуживание диагностического оборудования, поставленного в 2006-2007 годах, ряд региональных сервисных организаций не имеет обученных ими специалистов. Поэтому не все региональные организации в случае ремонта с необходимостью замены частей или блоков в оборудовании могут обеспечить своевременный ремонт с использованием оригинальных запасных частей, несмотря на наличие в Российской Федерации соответствующего склада запасных частей производителя.

Лечебно-профилактические учреждения в связи с оснащением разноплановым медицинским оборудованием как российских, так и зарубежных производителей заинтересованы, прежде всего, в их комплексном сервисном обслуживании, поэтому решают данный вопрос в зависимости от своих финансовых возможностей.

Как показали проверки, наравне с практикой ежегодных контрактов ЛПУ используют возможность заключения квартальных контрактов на сервисное обслуживание, причем иногда с разрывом в сроках между вновь заключенными контрактами и контрактами с истекшим сроком действия.

Для выбора поставщика услуг используются торги (конкурс, аукцион) либо, чаще всего, запрос котировок, что зависит от имеющегося объема финансирования услуг сервисных организаций.

Отсутствие у ЛПУ достаточного объема финансовых средств на проведение необходимых профилактических и ремонтных работ медицинского оборудования, а также отсутствие надлежащей конкуренции между профессиональными сервисными организациями приводит к удорожанию стоимости ремонтных работ и к значительным простоям медицинского оборудования.

Действующая система регулирования рынка услуг по организации сервисного обслуживания и отсутствие у ЛПУ достаточного объема финансовых средств на проведение необходимых профилактических и ремонтных работ медицинского оборудования ограничивают возможность поддержания оборудования в исправном состоянии на протяжении всего периода его эксплуатации. Это приводит к повышенному риску обеспечения безопасности пациентов при использовании медицинского оборудования в послегарантийный период и его простоям.

В результате снижаются качество и доступность оказываемых населению в учреждениях здравоохранения гарантированных медицинских услуг.

По сведениям Счетной палаты Новгородской области, в постгарантийный период чаще всего выходил из строя гематологический анализатор МЕК 6400К. Вопрос с сервисным обслуживанием и постгарантийным ремонтом лабораторной техники ввиду ограниченности средств в бюджетных сметах ЛПУ и монополизмом данных услуг фирм-поставщиков остается нерешенным. Стоимость технического обслуживания рентгенологического оборудования в Валдайской ЦРБ в 6 раз меньше, чем в детской поликлинике № 3. Расходы на ремонтные работы проведены только в роддоме № 1 (аппарат УЗД HD-3) и составили 300,0 тыс. рублей, или более 40 % стоимости самого аппарата.

В рамках выбранных для исследования в ходе аудита эффективности видов диагностического оборудования наиболее затратным, с точки зрения использования расходных материалов, является лабораторное, а наименее - ультразвуковое оборудование.

Объем финансирования затрат на расходные материалы позволяет обеспечить эксплуатацию ультразвукового и рентгенологического оборудования в оптимальном режиме.

Результаты проведенного в разрезе субъектов Российской Федерации анализа достаточности и эффективности расходования финансовых средств на обеспечение полноценного использования приобретенного в рамках ПНП «Здоровье» медицинского оборудования показал наличие недофинансирования указанных видов расходов государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Следует отметить, что эффективность расходования финансовых средств, выделяемых на приобретение расходных материалов, при сравнении одних и тех же моделей диагностического оборудования отличается как между субъектами Российской Федерации, так и между ЛПУ в том же самом регионе.

По данным Контрольно-счетной палаты Ленинградской области, простои лабораторного оборудования по причине отсутствия расходных материалов были выявлены в 48 % проверенных ЛПУ области. Наибольшее количество простоев по данной причине установлено в МУЗ «Кингисеппская ЦРБ» - 1356 дней. В других ЛПУ простои составили: в МУЗ «Госненская ЦРБ» - 748 дней; в МУЗ «Волховская ЦРБ» - 732 дня; в МУЗ «Каменногорская РБ» - 306 дней; в МУЗ «Токсовская РБ» - 537 дней; в МУЗ «Районная больница № 2 пос. Вырица» - 71 день, в МУЗ «Лужская ЦРБ» - 15 дней.

Наибольшее количество простоев из-за отсутствия расходных материалов имели анализаторы мочи «Клинитек статус» - 1445 дней, или 10 % от общего количества простоев всех анализаторов. За ними следуют комплекты оборудования для иммуноферментного анализа - 1412 дней; анализаторы глюкозы и лактаты «Super GL Easy» и «Super GL Ambulans» - 628 дней.

На данную ситуацию влияет высокая стоимость расходных материалов. Стоимость одной тест-полоски для анализатора мочи «Клинитек статус» составляет от 100 рублей, а стоимость поставленного стартового комплекта тест-полосок составляет 30 % от стоимости самого анализатора.

При этом стоимость расходных материалов на одно исследование на одинаковых анализаторах ЛПУ в различных районах области существенно различается по стоимости исследований. Так, стоимость расходных материалов на одно исследование на гематологическом анализаторе ADVIA 60 в МУЗ «Выборгская городская поликлиника» в 2008 году составляла 19,4 рубля, в МУЗ «Кингисеппская ЦРБ» - 16,0 рубля, в то же время в «МУЗ Токсовская РБ» стоимость исследования на таком же аппарате составляет 4,56 рубля, в МУЗ «Кировская ЦРБ» - 2,36 рубля. Такая же ситуация сложилась и по другим анализаторам. Разница в ценах на единицу исследования сложилась из-за следующих факторов:

- ЛПУ не ведут детального учета затрат на расходные материалы по каждому анализатору, что приводит к искажению данных по затратам на расходные материалы в разрезе анализаторов;

- закупка оригинальных расходных материалов приводит к удорожанию единицы исследования.

По некоторым анализаторам (анализаторы глюкозы и лактаты «Super GL Ambulans», «Super GL Easy», комплект оборудования для иммуноферментного анализа, анализатор полуавтоматический биохимический - Clima MC-15) стоимость одного исследования зависит от количества исследований. В тех ЛПУ, где потребность на исследования выше, соответственно, ниже стоимость одного исследования.

Как показывают исследования, размер и структура тарифа ОМС не могут обеспечить не только окупаемость оборудования, но и бесплатное проведение диагностических обследований для населения в полном объеме. Недостаток средств ОМС восполняется за счет средств местных бюджетов, однако высокий дефицит местных бюджетов не позволяет выделять бюджетные средства на приобретение расходных материалов

в достаточном объеме. В связи с этим значительный объем средств на приобретение расходных материалов для оборудования направляется из средств от диспансеризации работающих граждан, а также от оказываемых в ЛПУ платных услуг.

По данным Контрольно-счетной палаты Костромской областной Думы, контракты на поставку расходных материалов заключаются регулярно 4 медицинскими учреждениями на основе конкурсных торгов, в 3 учреждениях (МУЗ г. Костромы «Городская поликлиника № 4», МУЗ «Первая городская больница г. Костромы», МУЗ «Нерехтская ЦРБ») отсутствует система планового финансирования и организации закупок расходных материалов, что не всегда позволяет обеспечить эксплуатацию оборудования в оптимальном режиме. Например, в МУЗ «Первая городская больница г. Костромы» по данным на 1 марта 2010 года кредиторская задолженность за поставленные реактивы для лабораторного оборудования образовалась в сумме 1,4 млн. рублей. В ходе исследования отмечены достаточно крупные расходы медицинских учреждений на закупку химических реактивов для лабораторного оборудования.

Потребность в обеспечении в 2006-2007 годах учреждений здравоохранения диагностическим оборудованием рассчитывалась на основании заявок субъектов Российской Федерации, которые готовились исходя из потребности лечебно-профилактических учреждений и в соответствии с утвержденным Минздравсоцразвития России табелем оснащения. В действующей форме отчетности (форма № 30), информирующей об оснащении ЛПУ медицинским оборудованием, недостаточно данных о сроках эксплуатации наиболее важных видов оборудования и характеризующих его технических параметрах. Это затрудняет оценку уровня оказания диагностических услуг и медицинской помощи населению, а также осуществление перспективного вертикального планирования по модернизации ЛПУ и замене в нем медицинского оборудования.

В отдельных лечебно-профилактических учреждениях проводится мониторинг, позволяющий оценивать техническое состояние оборудования и оснащенность ЛПУ, технические и клинические возможности учреждения. На основе полученных данных утверждаются программы по замене медицинского оборудования и его модернизации в зависимости от финансовых возможностей учреждения здравоохранения.

По сведениям Контрольно-счетной палаты Ленинградской области, на момент проверки оснащение медицинским оборудованием амбулаторно-поликлинических подразделений в Ленинградской области составляет 73,7 % от норматива, предусмотренного табелем оснащения. В настоящий момент в муниципальных учреждениях здравоохранения сохраняется 32,2 % лабораторного оборудования, 55,2 % рентгенологического и 33,5 % ультразвукового, которое эксплуатируется более 5 лет, около трети данного оборудования подлежит списанию.

В соответствии с задачами по модернизации системы здравоохранения с 2011 года руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в апреле 2010 года направлено информационное письмо Минздравсоцразвития России с просьбой о предоставлении сведений о наличии медицинской техники в учреждениях здравоохранения. В связи с тем, что ответы получены не от всех субъектов Российской Федерации и не в полном объеме, для анализа оснащения и использования медицинского оборудования в целях подготовки программы по модернизации системы здравоохранения Минздравсоцразвития России использовалась форма федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения об учреждениях здравоохранения».

Данные, полученные в ходе аудита эффективности, подтвердили, что в основном в ЛПУ произведена замена устаревшего и неработающего оборудования. Технические характеристики полученного оборудования в основном соответствовали ожиданиям медицинского персонала и способствовали повышению эффективности оказываемых

медицинских услуг. Увеличился перечень проводимых исследований (особенно по лабораторной диагностике), поставки цифровой рентгенодиагностической техники существенно улучшили качество диагностики, при этом значительно повысилась безопасность пациентов и обслуживающего персонала.

В то же время у медицинских работников имеются претензии к техническим характеристикам полученного оборудования в связи с несоответствием заявленных параметров реальным.

По данным Счетной палаты Республики Татарстан, автоматический гематологический анализатор МЕК 6400К, поставленный в МБУЗ «Чистопольская ЦРБ», должен выдавать 18 параметров. Лейкоформулу выдает только по трем параметрам, не показывает клеточные элементы крови - важнейшие при патологическом процессе у пациента, практически не выдает результаты у лейкозных больных. Врачей не устраивает выдаваемый результат исследования, так как из-за недостоверности результата врачам приходится дублировать исследование вручную. Также отмечена длительность (1 тест от 1,5 до 2 часов) подготовительной ручной работы для проведения исследования на оборудовании для иммуноферментного анализа.

Кроме того, в отдельных случаях, полученное оборудование по своим техническим характеристикам уступало уже имеющемуся в ЛПУ диагностическому оборудованию, и потому полученное по ПНП «Здоровье» диагностическое оборудование используется лишь в случае крайней необходимости.

### 3.2.2. Эффективность использования диагностического оборудования

Анализ данных о проведенных диагностических обследованиях в период с 2005 по 2009 год показывает, что их количество ежегодно увеличивается.

В таблице представлены данные о рентгенологических исследованиях в расчете на 1 тыс. человек населения в субъектах Российской Федерации:

Субъект Российской Федерации	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Российская Федерация, всего	-	-	-	-	637,2
Архангельская область	642,9	637,3	654,0	615,3	637,9
Волгоградская область	544,4	550,6	568,8	627,2	616,5
Вологодская область	616,7	633,2	631,1	645,1	595,4
Воронежская область	602,1	601,0	645,5	701,5	747,2
Ивановская область	530,7	561,8	576,6	639,8	680,6
Кемеровская область	1053,5	1117,7	1192,6	1295,5	1276,0
Краснодарский край	479,6	496,3	548,5	620,9	661,5
Красноярский край	1001,6	1012,8	990,3	1069,3	1103,9
Ленинградская область	472,0	477,1	482,5	499,6	549,5
Липецкая область	571,0	587,6	635,2	678,9	682,1
Мурманская область	687,9	686,7	694,1	712,9	732,0
Омская область	659,3	682,8	720,6	722,6	729,5
Оренбургская область	1200,8	1227,6	1245,9	1294,4	1328,4
Пензенская область	491,0	493,0	499,2	541,0	546,6
Республика Башкортостан	508,8	529,4	601,1	645,2	687,0
Республика Татарстан	474,9	487,6	526,0	554,7	577,6
Рязанская область	478,8	479,7	488,7	484,7	497,5
Самарская область	510,9	523,3	516,8	535,9	554,2
Сахалинская область	669,2	777,6	799,1	780,1	816,2
Ставропольский край	389,8	408,0	445,3	463,6	503,7
Тюменская область (без АО)	560,4	557,8	587,6	604,1	625,5
Ульяновская область	525,7	541,0	560,5	603,7	595,1
Хабаровский край	576,1	570,6	586,4	651,0	655,5
Челябинская область	475,1	485,0	501,5	531,7	557,2
Чувашская Республика	975,1	965,6	985,3	1060,8	1120,6
Ярославская область	627,8	639,4	675,5	703,5	680,2

Наибольшее количество исследований в расчете на 1 тыс. человек населения проводится в Оренбургской и Кемеровской областях, а также в Красноярском крае и Чувашской Республике. Между максимальным (Оренбургская область - 1328,4) и минимальным (Рязанская область - 497,5) значениями показателя разница составляет 2,7 раза.

Оренбургская и Кемеровская области, а также Красноярский край входят в число субъектов Российской Федерации, получивших по ПНП «Здоровье» наибольшее количество рентгенологического оборудования. Однако и до поставок нового оборудования в этих регионах проводилось самое большое количество исследований населения.

Следует отметить, что темпы роста количества исследований в различных субъектах Российской Федерации отличаются, при этом в отдельные годы в некоторых регионах наблюдается отрицательная динамика данного показателя.

Изучение форм статистической отчетности (форма № 30) показывает, что растет количество цифровых рентгенограмм и снижается количество рентгенограмм на пленке.

Поставки аппаратов УЗИ способствовали увеличению диагностических ультразвуковых исследований. При этом максимальный рост произошел в 2006-2007 годах и составил в некоторых регионах более 10 %: в Архангельской, Кемеровской и Пензенской областях, а также в Чувашской Республике. В отдельных субъектах Российской Федерации рост был не столь значительным или практически отсутствовал.

В таблице представлены данные об ультразвуковых исследованиях в расчете на 1 тыс. человек населения в субъектах Российской Федерации:

Субъект Российской Федерации	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Российская Федерация, всего	-	-	-	-	695,1
Архангельская область	495,1	546,1	610,4	606,6	634,5
Волгоградская область	467,8	469,8	568,2	592,5	641,8
Вологодская область	405,1	422,3	426,4	435,3	429,8
Воронежская область	429,3	478,5	519,3	568,9	601,0
Ивановская область	508,6	569,6	603,3	653,2	685,4
Кемеровская область	464,1	539,5	580,6	658,7	703,5
Краснодарский край	390,2	431,2	480,1	539,5	591,0
Красноярский край	399,2	436,2	466,0	495,7	514,7
Ленинградская область	407,7	425,1	452,7	489,3	500,0
Липецкая область	468,1	489,9	535,6	570,7	541,0
Мурманская область	636,4	699,2	686,6	729,2	725,9
Омская область	544,5	616,0	650,1	686,9	726,9
Оренбургская область	714,5	774,0	807,3	849,3	879,4
Пензенская область	470,8	524,7	552,2	514,3	542,4
Республика Башкортостан	715,8	775,1	879,8	934,4	956,5
Республика Татарстан	614,6	668,6	708,2	721,2	737,5
Рязанская область	360,5	365,0	390,0	418,1	442,9
Самарская область	578,1	646,0	636,2	690,5	724,8
Сахалинская область	558,8	609,0	632,6	627,1	694,2
Ставропольский край	378,0	427,7	468,6	483,2	504,0
Тюменская область (без АО)	473,5	493,4	541,2	596,5	624,9
Ульяновская область	641,4	687,7	747,0	805,5	759,7
Хабаровский край	595,4	628,5	659,3	683,9	709,6
Челябинская область	433,2	480,4	497,0	536,3	585,9
Чувашская Республика	466,3	538,3	604,7	631,9	693,5
Ярославская область	558,1	587,7	617,8	650,3	668,2

Следует отметить, что если в 2005 году количество ультразвуковых исследований на 1 тыс. человек населения составляло в зависимости от региона от 360,5 (Рязанская область) до 715,8 (Республика Башкортостан), то в 2009 году этот показатель находился в пределах от 442,9 (Рязанская область) до 956,5 (Республика Башкортостан). Разница в количестве исследований составляет около 2,2 раза.

Сопоставление информации о количестве аппаратов УЗИ, полученных регионами в 2006-2007 годах, показывает, что наибольшее количество диагностического оборудования данного вида получено учреждениями здравоохранения в Воронежской, Ульяновской, Кемеровской областях и в Красноярском крае, наименьшее - в Тюменской, Сахалинской, Мурманской и Липецкой областях. Как показывает таблица, в субъектах Российской Федерации, получивших наибольшее количество оборудования, наблюдаются более высокие темпы роста количества исследований по сравнению с 2005 годом.

Темпы роста количества проводимых исследований зависят не только от количества полученного нового оборудования, но и от наличия других факторов, таких как обеспеченность медицинскими кадрами, востребованность данных исследований по мнению врачей и другое.

В ходе контрольных мероприятий особое внимание уделялось наличию платных услуг, оказываемых населению при проведении диагностических исследований. Отмечено, что в ситуациях, когда время ожидания на бесплатное УЗИ-исследование превышает 2-3 недели, граждане обращаются в учреждения здравоохранения для проведения исследований на платной основе и таким образом оплачивают услуги, предусмотренные по медицинским показаниям бесплатно.

По данным Счетной палаты Республики Татарстан, при обеспокоенности населения о необходимости оплачивать или доплачивать за потребляемые медицинские услуги в части прохождения рентгенографии и лабораторных исследований лишь 4,9 % и 9,8 % респондентов, соответственно, отметили, что им приходилось оплачивать указанные услуги. По сравнению с указанными услугами обследования на УЗИ аппаратах являются более коммерциализированными. Так, 24,4 % потребителей указанной услуги отметили, что им приходилось ее оплачивать.

Данные о количестве лабораторных исследований также указывают на рост числа проводимых анализов на 1 тыс. человек населения в каждом из субъектов Российской Федерации. Однако в связи с различиями в финансовом обеспечении ЛПУ и возможностями регионов в выделении средств на расходные материалы, при оценке доступности населения к данному виду исследований необходимо принимать во внимание фактор зависимости количества проводимых исследований от финансирования затрат на расходные материалы в учреждениях здравоохранения.

Субъект Российской Федерации	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Российская Федерация, всего	-	-	-	-	24462
Архангельская область	18689	20005	22115	22180	23027
Волгоградская область	16753	17332	19405	20313	21705
Вологодская область	20034	21009	23852	23602	22367
Воронежская область	18463	19861	20607	22777	23846
Ивановская область	14182	15044	16144	17201	17287
Кемеровская область	17276	19167	21706	23985	24473
Краснодарский край	17554	18337	19809	22976	27482
Красноярский край	15878	16486	17894	23193	25003
Ленинградская область	15510	15902	16172	17251	17600
Липецкая область	20958	22509	25831	27422	28677
Мурманская область	19178	20451	21348	23461	23029
Омская область	22005	24374	25970	27703	29619
Оренбургская область	19036	20537	21372	22641	24175
Пензенская область	18751	19696	19713	19813	19437
Республика Башкортостан	20639	23032	26160	27552	28639
Республика Татарстан	20854	22035	23157	24162	24654
Рязанская область	17005	18133	18836	19375	20671
Самарская область	16448	18056	17701	19201	19612
Сахалинская область	21463	22213	23257	25721	27597



Субъект Российской Федерации	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Ставропольский край	17280	18089	18804	20682	23047
Тюменская область (без АО)	16888	18323	19805	21351	22392
Ульяновская область	20900	21812	22285	22761	23055
Хабаровский край	17614	18072	18020	18972	19944
Челябинская область	18801	20838	20843	22311	23539
Чувашская Республика	20599	21766	21944	23755	25959
Ярославская область	17566	19123	21220	23685	24671

Сопоставления данных, представленных в таблице, показывает, что наибольшее количество лабораторных анализов на 1000 человек населения проводится в Омской области - 29619, Липецкой области - 28677 и в Республике Башкортостан - 28639. Наименьшее - в Ивановской области - 17287 и Ленинградской области - 17600. Разница между максимальным и минимальным показателями составляет около 1,7 раза, что значительно меньше аналогичного показателя при рентгенологических и ультразвуковых исследованиях.

Темпы роста количества анализов в расчете на 1 тыс. человек населения в субъектах Российской Федерации значительно отличаются. При этом по отношению к предыдущему году темпы роста дифференцированы и не имеют четкой тенденции ежегодного равномерного роста, что, как указывалось ранее, в значительной степени связано с затратами ЛПУ на расходные материалы, стоимость которых влияет на возможности учреждений осуществлять данные мероприятия.

Проведение дополнительной диспансеризации граждан способствовало росту количества лабораторных исследований, так как это мероприятие являлось для ЛПУ дополнительным источником финансирования затрат на расходные материалы. Доля этих исследований колебалась в зависимости от субъекта Российской Федерации и составляла до 5 % от общего объема.

Основными параметрами, позволяющими эффективно использовать оборудования, являются: обеспеченность ЛПУ медицинским персоналом и его квалификация, технические параметры, качество и организация сервисного обслуживания медицинского оборудования, своевременное финансирование затрат на расходные материалы и прочие показатели, влияющие на снижение количества случаев простоя, имеющегося в учреждении здравоохранения диагностического оборудования.

Интенсивность использования оборудования свидетельствует о потребности населения в медицинской помощи и об ее доступности в зависимости от организации деятельности учреждения здравоохранения.

Сопоставление данных различных субъектов Российской Федерации об интенсивности использования рентгенологического оборудования в расчете количества исследований на единицу имеющегося оборудования показывает, что данный показатель между регионами отличается в разы и требует внимательного изучения органами управления здравоохранения в целях повышения эффективности использования оборудования. Следует отметить, что за период с 2006 года интенсивность использования каждой единицы оборудования выросла, за редким исключением, что подтверждается данными, представленными в таблице:

Субъект Российской Федерации	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Российская Федерация, всего	-	-	-	-	2544
Архангельская область	2386	2399	2701	2998	2838
Волгоградская область	2177	2244	2293	2531	2588
Вологодская область	1984	2051	2069	2141	1953
Воронежская область	2791	2642	2696	2854	3034
Ивановская область	1707	1756	1794	2019	2213

Субъект Российской Федерации	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Кемеровская область	4694	5128	5449	5964	5939
Краснодарский край	2675	2676	2905	3422	3624
Красноярский край	4811	4719	4708	5264	5351
Ленинградская область	1849	1971	2226	2471	2731
Липецкая область	2309	2239	2335	2531	2492
Мурманская область	2288	2246	2513	2794	2734
Омская область	2489	2614	2713	2783	2801
Оренбургская область	4030	3996	4265	4533	4535
Пензенская область	3582	3128	2974	3035	3249
Республика Башкортостан	2418	2410	2740	2968	3149
Республика Татарстан	2243	2242	2484	2694	2886
Рязанская область	1546	1689	1956	2086	2212
Самарская область	2144	2077	2116	2242	2309
Сахалинская область	1726	1958	2031	2037	1930
Ставропольский край	2510	2714	2531	2572	2816
Тюменская область (без АО)	5581	5329	5604	5381	4314
Ульяновская область	1747	1694	1785	2124	2171
Хабаровский край	2273	2222	2237	2340	2448
Челябинская область	1993	1899	2096	2167	2361
Чувашская Республика	3971	4332	4855	4887	5088
Ярославская область	2182	2198	2325	2401	2314

Анализ результатов исследования, проведенного на основе информации, полученной от различных ЛПУ, находящихся в субъектах Российской Федерации, показал, что интенсивность использования одних и тех же моделей оборудования различается как среди учреждений здравоохранения в пределах одного региона, так и при сопоставлении данных ЛПУ, находящихся в различных субъектах Российской Федерации.

По данным Счетной палаты Новгородской области, при пропускной способности маммографа 12 человек в день в среднем проводится исследование не более 7 человек, основная причина простоев - отсутствие пациентов.

Расчетные нормы нагрузки на врача УЗД на основе лучевой нагрузки 1991 года устарели и подлежат пересмотру. Все проверенные УЗИ-кабинеты работали не на полную мощность (от 63 до 84 %). Оснащение УЗД оборудованием не является единственным фактором увеличения доступности медицинской помощи. Один из факторов повышения доступности УЗД медицинских услуг - увеличение количества ставок врачей УЗД, однако количество ставок врачей УЗД по УЗИ-кабинетам в поликлиниках практически не изменилось.

Планирование интенсивности работы УЗИ-кабинетов в ЛПУ осуществляется на основе расчетной нормы нагрузки на врача УЗД, предусмотренной приказом Минздрава РСФСР от 2 августа 1991 года № 132 «О совершенствовании службы лучевой диагностики» (40 условных единиц на 1 ставку при пятидневной рабочей неделе) Вместе с тем, данные нормы лучевой нагрузки, разработанные 19 лет назад, устарели, поскольку с 1991 года медицинское УЗД оборудование усовершенствовано, в том числе в части лучевой нагрузки. В целях повышения доступности УЗД медицинских услуг необходимо пересмотреть данные нормы лучевой нагрузки и расчетные нормы нагрузки на врача УЗД.

Информация, представленная в таблице, позволяет сопоставить интенсивность проводимых исследований на одной и той же модели рентгенографического аппарата (маммограф рентгеновский компьютеризированный высокочастотный «Маммо-4-МТ»), установленного в различных лечебно-профилактических учреждениях одного и того же субъекта Российской Федерации и/или в разных регионах:

Год использования медицинского изделия	Стоимость, руб.	Количество дней эксплуатации в году	Количество применений, чел.	Количество исследований	Средняя интенсивность примене- ний/ исследований в день	
					в расчете на одного человека	в расчете на одно исследование
МУ «Каневская Центральная районная больница», Краснодарский край						
2006	25462,0	220	1956	1956	8,89	8,89
2007	114863,0	241	4185	4185	17,37	17,37
2008	147075,0	219	8987	8987	41,04	41,04
2009	143668,2	249	8965	8965	36,00	36,00
2010	80020,6	124	3128	3128	25,23	25,23
МУЗ «Городская поликлиника № 3» г. Краснодар, Краснодарский край						
2007	19724,0	86	716	2867	8,50	33,00
2008	63360,0	250	5000	20002	20,00	80,00
2009	63360,0	248	4835	19341	20,00	78,00
2010	36960,0	141	2885	11540	21,00	84,00
поликлиника № 2 г. Туймазы, Республика Башкортостан						
2007	54986,43	121	2346	1552	19,40	12,80
2008	190214,0	246	11736	9624	47,70	39,10
2009	242752,42	244	17367	11588	71,20	47,50
2010	85843,8	140	5919	3946	42,30	28,20
Кумертауская ЦГБ, Республика Башкортостан						
2006	15570,55	29	292	589	10,00	20,30
2007	49696,1	113	517	1069	4,60	9,50
2008	65611,0	242	2721	5438	11,20	22,50
2009	134411,0	228	2372	4744	10,40	20,80
2010	21360,0	111	390	1493	3,50	13,50
МУЗ «Городская клиническая больница № 1 им. С. З. Фишера», Волгоградская область						
2006	1365,72	43	228	915	5,30	21,20
2007	1365,72	124	716	2866	5,70	23,10
2008	1365,72	249	2673	10695	10,70	42,90
2009	1365,72	241	2506	10027	10,30	41,60
2010	1365,72	139	1997	7988	14,30	57,40
МУЗ «Клиническая поликлиника № 3», Волгоградская область						
2006	195160,0	52	521	1042	10,00	20,00
2007	125829,36	249	1797	3594	7,20	14,40
2008	220426,24	250	2137	6433	25,70	8,50
2009	137838,40	239	2085	4022	8,70	16,80
2010	84704,1	118	962	1939	16,40	8,20
МУЗ «Павловская ЦРБ», Воронежская область						
2006	94178,0	122	1033	1594	8,50	13,10
2007	188146,0	182	853	1839	4,70	10,10
2008	53196,0	175	644	1289	3,70	7,40
2009	156030,0	306	1850	3686	6,00	12,00
2010	123516,0	132	1192	2544	9,00	19,30
МУЗ «Росошанская ЦРБ», Воронежская область						
2007	9889,0	21	214	214	10,20	10,20
2008	8773,0	219	500	500	2,30	2,30
2009	37864,0	250	1482	1495	5,90	6,00
2010	21474,0	143	1397	1397	9,80	9,80
МУЗ «Петровская ЦРБ», Ставропольский край						
2007	8864,0	165	915	1830	55,00	111,00
2008	10184,0	180	980	1960	54,00	108,00
2009	37026,0	250	362	4224	126,00	169,00
2010	54450,0	103	1715	1930	166,00	187,00
Тутаевская ЦРБ, Ярославская область						
2008	1575,45	272	3057	12407	11,00	46,00
2009	1756,41	271	3491	13964	13,00	52,00
2010	968,69	157	2261	9005	14,00	57,00
МУЗ «Городская поликлиника № 1», г. Рыбинск, Ярославская область						
2007	102816,0	234	721	2884	3,00	12,00
2008	214322,0	241	3333	13332	14,00	55,00
2009	253288,0	248	3056	12224	12,00	49,00
2010	129719,0	118	1656	6626	140,00	56,00

Обращает на себя внимание также факт различий в стоимости использованных расходных материалов различными ЛПУ при проведении схожих количеств исследований.

Например, в МУЗ «Городская поликлиника № 1», г. Рыбинск, Ярославская область, на 13332 исследования, проведенных в 2008 году, израсходовано 214322,0 рубля, в МУЗ «Городская поликлиника № 3», г. Краснодар, Краснодарский край, на 20002 исследования - 63360,0 рубля, а в Тутаевской ЦРБ, Ярославская область, в 2009 году на 13964 исследования - 1756,4 рубля.

Данные различия свидетельствуют не только о несовершенстве и наличии недостатков в учете затрат на расходные материалы в ЛПУ, но и о неэффективности организации этих закупок и контроля за расходами, осуществляемыми в субъектах Российской Федерации.

Причинами низкой интенсивности использования оборудования (простоя оборудования) в отдельных регионах являлись, в том числе наличие технических проблем и длительных ремонтов оборудования, избыточность оборудования для ЛПУ или его ненадлежащий технический уровень, а также отсутствие пациентов, испытывающих необходимость в проведении исследований, что подтверждают и результаты социологического опроса.

По сведениям Контрольно-счетной палаты Воронежской области, анализ простоев оборудования показал, что кроме причин, влиявших на ввод оборудования в эксплуатацию (подготовка кабинетов, доукомплектование оборудования и подготовка специалистов для работы на полученном оборудовании), работа оборудования прерывалась в связи с техническими неисправностями и длительным ремонтом, временным отсутствием персонала и расходных материалов. При этом в структуре простоев в зависимости от вида оборудования преобладали разные причины.

Общий анализ причин простоя показывает, что в зависимости от вида оборудования структура причин различна и неоднородна для различных субъектов Российской Федерации.

По данным Контрольно-счетной палаты Костромской областной Думы, по состоянию на 1 января 2008 года простаивало 55 единиц диагностического оборудования в 18 ЛПУ Костромской области, в том числе: лабораторное оборудование - 17 анализаторов (31 % в общем количестве простаивающего оборудования); рентгенологическое оборудование - 7 аппаратов (13 %); УЗИ - 1 аппарат (2 %); ЭКГ оборудование - 7 аппаратов (13 %); эндоскопическое оборудование - 20 аппаратов (36 %); эхографическое оборудование - 3 аппарата (5 %). Основными причинами простоя диагностического оборудования являлись: временное отсутствие специалиста (прохождение курсов, отпуск) - 11 %; неисправность оборудования - 13 %; проведение ремонта помещений (МУЗ «Костромская ЦРБ», МУЗ г. Костромы «Первая городская больница», МУЗ г. Костромы «Вторая городская больница») - 20 %; отсутствие расходных материалов - 13 %; оформление лицензии на данный вид деятельности - 9 %; отсутствие пациентов и показаний к применению - 34 процента.

По информации на 1 марта 2010 года в простое находились 15 единиц медицинского оборудования, в том числе: лабораторное оборудование - 7 анализаторов, из них по причине технической неисправности 5 анализаторов (до 2 месяцев в МУЗ «Островская ЦРБ»); по причине отсутствия расходных материалов - 2 анализатора (от 26 дней до 3 месяцев в МУЗ г. Костромы «Вторая городская больница»); рентгенологическое оборудование - 2 аппарата по причине отсутствия специалиста (болезнь, продолжительность простоя 1 месяц в МУЗ «Первая городская больница»); ультразвуковое оборудование - 1 аппарат по причине отсутствия специалиста (болезнь, продолжительность простоя с 1 января 2010 года в МУЗ «Межевская ЦРБ»); эндоскопическое оборудование - 5 аппаратов: по причине технической неисправности - 1 аппарат (срок простоя с

5 января 2010 года в МУЗ «Костромская ЦРБ»), по причине отсутствия специалиста - 4 аппарата (прохождение обучения с 15 февраля 2010 года).

Учреждения здравоохранения имеют возможность проводить учет эксплуатации оборудования с применением программы АИС ММИ, разработанной ФГУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора в 2006 году в целях организации контроля поставок и использования диагностического оборудования в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2007 годах.

Отдельные субъекты Российской Федерации осуществляли внедрение программы АИС ММИ, которая постоянно корректируется и совершенствуется только с 2009 года, поэтому при проведении контрольных мероприятий проверяющие организации сталкивались с проблемами отсутствия необходимых данных об эксплуатации оборудования либо их некорректного представления.

Ввиду отсутствия обязательного осуществления данного мониторинга и соответствующего контроля со стороны органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в ходе проверок выявлены факты наличия расхождений между данными ЛПУ, представленными в систему АИС ММИ, и реальными данными по учету эксплуатации диагностического оборудования, полученными в ходе контрольных мероприятий.

Выяснено также, что отдельные учреждения здравоохранения, заинтересованные в осуществлении контроля с помощью программы АИС ММИ, обращают внимание на несовершенство форм учета (журналов) по использованию оборудования, так как в зависимости от вида оборудования по разному ведется учет. Кроме того, отмечается необходимость ведения учета по количеству осмотренных пациентов. Рекомендуются доработать данную программу для повышения эффективности анализа данных.

По сведениям Контрольно-счетной палаты Ивановской области, установлены факты некорректного заполнения формуляров, а именно: по некоторому оборудованию количество применений указано общей суммой за месяц, по лабораторному оборудованию в некоторых формулярах одним применением считается полный цикл работы аппарата, в основном предоставленные формуляры не прошиты, не на все оборудование заполняются журналы работ, содержащие сведения о проводимых на нем работах, связанных с поддержанием или восстановлением работоспособного состояния оборудования. В ходе встречных проверок ЛПУ установлен ряд несовпадений данных базы Автоматизированной информационной системы мониторинга медицинских изделий (далее - АИС ММИ) с данными ЛПУ, что свидетельствует о низком уровне контроля за заполнением базы.

Несмотря на имеющиеся недостатки, программа АИС ММИ ФГУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора позволяет мониторить и анализировать ситуацию, складывающуюся в каждом субъекте Российской Федерации и учреждении здравоохранения о готовности диагностического оборудования к работе. Органы управления здравоохранением и ЛПУ имеют возможность своевременно принимать решения, касающиеся повышения качества и доступности граждан к медицинской помощи, учитывать влияние финансирования на расходные материалы и техническое обслуживание оборудования, сопоставлять эффективность деятельности различных учреждений здравоохранения, как в самом регионе, так и в целом по всей Российской Федерации.

Основные причины простоев аппаратов для ультразвуковых исследований в 71 субъекте Российской Федерации в IV квартале 2008 года: временное отсутствие персонала (болезнь, отпуск, обучение и т. д.) - 44 %; отсутствие пациентов или показаний к применению - 21 %; не работает ЛПУ, отделение или кабинет - 7 %; отсутствие специалиста в штате (вакантная должность) - 7 %; прочие - 21 процент.

Одной из причин простоя аппаратов УЗИ является отсутствие пациентов или показаний к применению, что относится, прежде всего, к тем аппаратам, которые, по мнению врачей, являются недостаточно эффективными для проведения исследований. Таким

образом, закупка данных видов оборудования может быть признана неэффективной. Отсутствие специалистов в штате или их временное отсутствие в ЛПУ по различным причинам составляют более 51 % от общего количества простоев.

Контроль за использованием оборудования и анализ данных о причинах простоев позволяют органам управления здравоохранением и ЛПУ своевременно принимать решения, касающиеся повышения качества и доступности граждан к медицинской помощи, учитывать влияние финансирования на расходные материалы и техническое обслуживание оборудования, сопоставлять эффективность деятельности различных учреждений здравоохранения, как в самом регионе, так и в целом по всей Российской Федерации.

На примере лабораторного оборудования можно оценить структуру простоев, а сопоставлением причин простоев во временном режиме - оценить эффективность принимаемых мер по устранению выявленных недостатков.

Причины простоя лабораторного оборудования в I квартале 2009 года: отсутствие расходных материалов - 26 %; отсутствие пациентов или показаний к применению - 14 %; техническая неисправность - 11 %; ремонт изделия - 11 %; временное отсутствие персонала (болезнь, отпуск, обучение и т. д.) - 10 %; прочие - 22 процента.

Данные за I квартал 2009 года указывают на значительный процент простоев (26 %) по причине отсутствия в учреждениях здравоохранения расходных материалов. Кроме того, как показали результаты контрольных мероприятий, причиной простоя лабораторного оборудования являлись поломки и ремонт, что в сумме дает 22 процента.

Наличие простоев в связи с отсутствием пациентов относится, прежде всего, к оборудованию, установленному в ЛПУ, в которых поток больных значительно меньше, чем производительность лабораторного оборудования. В результате приходится накапливать достаточное количество проб для «рентабельного» проведения анализов и снижения их себестоимости за счет рационального применения расходных материалов.

Данные за IV квартал 2009 года показывают, что структура простоев значительно не изменилась, однако появилась новая причина - отсутствие расходных материалов и реактивов у поставщиков.

Причины простоя лабораторного оборудования в IV квартале 2009 года: отсутствие расходных материалов - 9 %; отсутствие расходных материалов у поставщиков - 7 %; отсутствие пациентов или показаний к применению - 16 %; техническая неисправность - 11 %; ремонт изделия - 13 %; временное отсутствие персонала (болезнь, отпуск, обучение и т. д.) - 8 %; прочие - 36 процента.

Задача, определенная в мероприятиях по развитию первичной медико-санитарной помощи ПНП «Здоровье» на 2008 год, - сокращение сроков ожидания на диагностические исследования до 3 дней, решена частично, не во всех регионах и не для всех видов оборудования.

Наиболее успешно решены вопросы с рентгенологическими исследованиями, где сроки ожидания в среднем составляют до 3 дней, однако в отдельных субъектах Российской Федерации данный срок превышен. Наиболее длительный срок ожидания зафиксирован для ультразвуковых исследований, который в основном превышает неделю и может составлять месяц и более в зависимости от вида исследования и требуемой для этого модели оборудования.

#### **Часть 4. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2008-2010 годах**

##### **4.1. Организация мероприятий по реализации мероприятий ПНП «Здоровье»**

В период 2008-2010 годов в Российской Федерации продолжается реализация направлений ПНП «Здоровье», в частности, проводятся мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происше-

ствиях, больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями. В рамках данных мероприятий предусмотрены закупки высокотехнологичного медицинского оборудования. В отличие от 2006-2007 годов (централизованные закупки медицинского оборудования), постановлениями Правительства Российской Федерации утверждены Правила финансового обеспечения расходов федерального бюджета на приобретение оборудования (далее - Правила), которыми предусмотрено предоставление субсидий субъектам Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с закупкой медицинского оборудования для учреждений здравоохранения.

Кроме того, Правилами предусмотрены ассигнования для Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в целях их передачи подведомственным федеральным государственным учреждениям, а также медицинским учреждениям подведомственным Федеральному агентству по высокотехнологичной медицинской помощи (упразднено в 2008 году), Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук.

Направления ПНП «Здоровье» - мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи	Количество получателей ассигнований на закупку медицинского оборудования (федеральные учреждения здравоохранения + субъекты Российской Федерации)			
	2008 г.	2009 г.	2010 г.	Всего
Пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях	5 + 14	0 + 14	0 + 22	55
Больным с сосудистыми заболеваниями	4 + 12	2 + 12	0 + 14	44
Больным с онкологическими заболеваниями	0	2 + 11	3 + 10	26
Всего	35	41	49	125

Общая сумма средств, выделенных из федерального бюджета на закупку медицинского оборудования по трем вышеуказанным направлениям ПНП «Здоровье» за период 2008-2010 годов, составляет 31,2 млрд. рублей.

Направления ПНП «Здоровье» - мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи	(млн. руб.)			
	2008 г.	2009 г.	2010 г.	Всего
Пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях	3246,7	2550,6	3382,9	9180,2
Больным с сосудистыми заболеваниями	3629,0	3174,6	3134,2	9937,8
Больным с онкологическими заболеваниями	-	6305,9	5760,6	12066,5
Всего	6875,7	12031,1	12277,7	31184,5

Приказами Минздравсоцразвития России определены перечни медицинского оборудования, приобретаемого для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в целях реализации мероприятий, а также формы соглашений между Минздравсоцразвития России и высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации о реализации мероприятий.

Постановлениями Правительства Российской Федерации поручено Минздравсоцразвития России (до упразднения в 2008 году - Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию) осуществить в установленном законодательством Российской Федерации порядке централизованную закупку оборудования и санитарного автотранспорта, включая обеспечение их доставки, монтажа и пусконаладочных работ, для федеральных учреждений здравоохранения, подведомственных Минздравсоцразвития России (после упразднения Росздрава), Федеральному агентству по высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Росмедтехнологии), Федеральному медико-биологическому агентству (далее - ФМБА России) и Российской академии медицинских наук в соответствии с утвержденными Правилами.

Средства на закупку медицинского оборудования в рамках реализации мероприятий по организации онкологической помощи населению выделяются из федерального бюджета с 2009 года.

В 2009-2010 годах закупка медицинского оборудования осуществляется федеральными государственными учреждениями самостоятельно за счет доведенных до них Минздравсоцразвития России лимитов и передачи бюджетных ассигнований (за исключением санитарного транспорта).

Субъекты Российской Федерации с 2008 года осуществляют закупку медицинского оборудования за счет субсидий из федерального бюджета и собственных бюджетных средств. Минимальный размер софинансирования мероприятий по ПНП «Здоровье» со стороны регионов определен в соглашениях, подписанных с Минздравсоцразвития России.

Правилами, утвержденными постановлениями Правительства Российской Федерации, предусматривается выделение субсидий органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации при условии выполнения мероприятий по выделению и подготовке помещений для оборудования, обеспечению подготовки медицинских кадров для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, оказывающих медицинскую помощь, а также других мероприятий, прописанных в соглашениях.

Контроль за расходами бюджетов субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются субсидии, возложен на Минздравсоцразвития России и Росфиннадзор.

Утвержденной Минздравсоцразвития России формой отчета предусмотрено отражение сведений о запланированном, фактически поставленном и введенном в эксплуатацию оборудовании; суммах поступивших субсидий; суммах выставленных поставщиками счетов за поставленное оборудование; перечисленных средствах из бюджета субъекта Российской Федерации поставщикам оборудования; об остатках неиспользованных субсидий.

Контроль за использованием оборудования, закупаемого для реализации мероприятий, предусмотренных направлениями ПНП «Здоровье», возложен на Росздравнадзор.

## **4.2. Подготовка и проведение торгов на поставку медицинского оборудования**

### **4.2.1. Закупка оборудования для учреждений здравоохранения, подведомственных Минздравсоцразвития России, включая ФМБА России и РАМН**

Правилами финансового обеспечения в 2008 году расходов федерального бюджета на реализацию мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, предусмотрено предоставление в Росздрав до 20 февраля 2008 года заявок от Росмедтехнологий, ФМБА России и РАМН для оснащения оборудованием подведомственных учреждений здравоохранения в соответствии с перечнями, утвержденными Минздравсоцразвития России.

Представленные заявки включали в себя техническое задание и ориентировочную стоимость по каждому виду оборудования, предназначенного для закупки, исходя из объема выделенных средств.

В результате в период с мая по октябрь 2008 года Росздравом и Минздравсоцразвития России проведено 2 открытых конкурса (24 лота) и 4 открытых аукциона (8 лотов) на поставку медицинского оборудования.

Решениями конкурсных комиссий в 12 лотах из 24 конкурсы признаны несостоявшимися, их участники признаны единственными участниками торгов и с ними заключены государственные контракты.

Из 8 лотов открытых аукционов по 4 лотам комиссия приняла решение об отказе в допуске к участию в аукционе всем участникам. Представленные участниками заявки не со-



ответствовали требованиям документации об аукционе, включая техническое задание. По одному лоту аукцион признан несостоявшимся в связи с отсутствием заявок, а по 3 лотам заключены государственные контракты с единственными участниками аукционов.

Из общего объема финансирования, предусмотренного на закупку медицинского оборудования (без учета санитарного транспорта), в 2008 году на реализацию мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в сумме 1332,2 млн. рублей, Минздравсоцразвития России и Росздравом заключены государственные контракты на сумму 1194,9 млн. рублей, в том числе на поставку рентгеновских компьютерных томографов, ангиографических систем, ультразвуковых комплексов и другого оборудования в соответствии с утвержденным перечнем.

В ходе контрольных мероприятий Счетной палаты Российской Федерации проведены выборочные проверки эффективности организации закупок медицинского оборудования на примере рентгеновских компьютерных томографов и ультразвуковых комплексов. Полученные данные сопоставлены с результатами закупок аналогичного оборудования, осуществляемых в рамках других мероприятий за счет средств федерального и региональных бюджетов.

Анализ централизованных закупок ультразвуковых комплексов в 2008 году показал, что в ходе подготовки и после проведения торгов в документацию вносились изменения. По просьбе получателей медицинского оборудования (ГУ «НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН» и ФГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс», г. Москва) заказчиком вносились изменения в техническое задание аукциона, так как, по мнению получателей, в опубликованном варианте документации об аукционе, к которому не были допущены участники, и который был признан несостоявшимся, содержится не согласованная с ними информация о технических требованиях к оборудованию.

В результате, в декабре 2008 года Федеральная антимонопольная служба (далее - ФАС России) согласовала с Минздравсоцразвития России возможность заключения государственных контрактов на поставку медицинского оборудования (ультразвуковых комплексов) с единственным поставщиком, который подавал заявку на участие в аукционе. В согласовании ФАС России указано, что государственный контракт должен быть заключен с единственным поставщиком на условиях, предусмотренных документацией об аукционе, цена заключенного контракта не должна превышать начальную (максимальную) цену контракта, указанную в извещении о проведении аукциона и документации об аукционе.

В результате Минздравсоцразвития России заключены государственные контракты на поставку оборудования по начальной (максимальной) цене с поставщиком, который ранее не был допущен для участия в аукционе.

В ходе изучения технических заданий и документации на проведение торгов на поставку рентгеновских компьютерных томографов установлено, что в большинстве случаев технические параметры медицинского оборудования, включенные в документацию, имели тенденцию на указание конкретной модели компьютерного томографа, которая впоследствии и закупалась заказчиком по государственному контракту.

В отдельных случаях указываемые в информационных картах сроки поставки оборудования составляли менее 30 дней. С учетом мнения производителей о том, что сроки производства оборудования в определенной комплектации и его доставка в Россию составляют свыше 30 дней, предлагаемые в торгах условия свидетельствовали о готовности оборудования к поставке еще до объявления торгов.

При включении в документацию торгов условий об укороченном сроке поставки оборудования заказчиком не принималось во внимание время, необходимое учрежде-

ниям здравоохранения для подготовки помещения к монтажу и вводу оборудования в эксплуатацию после подписания государственного контракта. Как показали результаты проверок, ЛПУ на проведение соответствующих мероприятий требуется от 2 до 6 месяцев от даты получения от поставщика требований, предъявляемых к помещениям. Таким образом, условия поставки оборудования с короткими сроками включали в себя неоправданные риски возможного повреждения оборудования в процессе длительного хранения на складе в холодное время года, так как поставки в основном осуществлялись в октябре-декабре.

На основании сопоставления данных о технических характеристиках рентгеновских компьютерных томографов (64 среза) различных производителей, проведенного Агентством по покупке и продажам Национальной службы здравоохранения (NHS) Великобритании в марте 2009 года (СЕР08027), в таблице представлена выборочная информация о технических сходствах и отличиях между различными моделями КТ, поставляемыми в Российскую Федерацию:

	GE LightSpeed VCT	GE LightSpeed VCT XT	Philips Brilliance CT 64	Siemens SOMATOM Sensation 64	Siemens SOMATOM Definition AS 64	Siemens SOMATOM Definition Dual Source	Toshiba Aquilion 64
Апертура гентри, см	70	70	70	70	78	78	72
Расстояние от фокуса рентгеновской трубки до детектора, мм	949	949	1040	1040	1085	1085	1072
Максимальная мощность генератора, кВт	85 (опция - 100)	100	60	80	80	2 × 80	60 (опция - 72)
Генератор, mA range	10-700	10-800	20-500	28-665	20-666	20-666	10-500
Тип детектора	твердотельный	твердотельный	твердотельный	твердотельный	твердотельный	твердотельный	твердотельный
Общее количество элементов детектора	64 × 888 = 56832	64 × 888 = 56832	64 × 672 = 43008	64 × 672 = 43008	64 × 736 = 47104	64 × 672 = 43008	64 × 896 = 57344
Ширина детектора по оси Z, мм	40	40	40	28,8	19,2	28,8	32
Минимальное значение толщины среза, мм	64 × 0,625	64 × 0,625	64 × 0,625	32 × 0,6 8 × 1,2	32 × 0,6	32 × 0,6 8 × 1,2	64 × 0,5
Частота сбора данных, сбор/0,5 сек, Гц	2460	2460	9280 (до 4640 элем/оборот)	4640	4608	4608	1800

По мнению российских экспертов, в число наиболее важных параметров при определении технического совершенства и качества компьютерного томографа (далее - КТ) входят: количество одновременно получаемых изображений за один оборот гентри, скорость вращения гентри, временное разрешение, качество получаемых изображений, которое определяется высококонтрастным и низкоконтрастным разрешением, минимальная толщина получаемых срезов, лучевая (дозовая) нагрузка на пациента при прохождении КТ исследования.

Кроме перечисленных параметров, существуют другие важные технические показатели, определяющие простоту управления и комфорт для пациента, а также экономические характеристики, указывающие на возможные затраты при эксплуатации КТ.

Немаловажным элементом при определении функциональных характеристик компьютерных томографов является наличие программных продуктов, соответствующих техническим возможностям КТ, так как при определенных условиях их наличие может быть избыточно в связи с ограничениями по техническим параметрам КТ.

В результате проведения в июле 2008 года двух открытых конкурсов на поставку медицинского оборудования для учреждений здравоохранения в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях Росздрав закупил три аналогичных по комплектации и программному обеспечению

компьютерных томографа Toshiba Aquilion 64 по цене 88991,1 тыс. рублей. При этом в одном случае открытый конкурс признан не состоявшимся в связи с допуском к участию в конкурсе и признании участником конкурса только одного участника размещения заказа.

Выборочный сравнительный анализ технических требований, предъявляемых Росздравом и Минздравсоцразвития России к закупаемым компьютерным томографам в 2008 году (технические задания конкурсной документации), показывает, что:

- по параметру «Апертура гентри» - не менее 72 см, в конкурсе могут участвовать только КТ: Toshiba Aquilion 64, Siemens SOMATOM Definition AS 64 и Siemens SOMATOM Definition Dual Source;

- по параметру «Общее количество детекторов» - не менее 55000, могут участвовать только: Toshiba Aquilion 64, GE LightSpeed VCT и GE LightSpeed VCT XT;

- по параметру «Ширина детектора по оси Z» - не менее 32 мм, могут участвовать только: Toshiba Aquilion 64, GE LightSpeed VCT, GE LightSpeed VCT XT и Philips Brilliance CT 64, а по параметру «...толщина среза...» - не хуже 0,5 мм × 64 - только Toshiba Aquilion 64.

Таким образом, все модели КТ, за исключением модели Toshiba Aquilion 64, по тем или иным параметрам не соответствуют всем требованиям технического задания конкурсной документации и могли быть не допущены к участию в конкурсе.

В ноябре 2008 года Минздравсоцразвития России для нужд ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» закупило компьютерный томограф Toshiba Aquilion 64 по цене 94990,5 тыс. рублей в идентичной комплектации, включая программное обеспечение для кардиологического анализа и виртуальной эндоскопии. В отличие от КТ, закупленных Росздравом, в комплектацию оборудования дополнительно включен программный пакет для анализа в стоматологии.

Согласно документации об аукционе, объявленном извещением от 26 сентября 2008 года, участникам аукциона предлагалось осуществить поставку КТ по начальной (максимальной) цене 99990,0 тыс. рублей до 15 ноября 2008 года, то есть в течение менее одного месяца с даты подписания государственного контракта.

На участие в аукционе поступила только одна заявка, в результате аукцион признан несостоявшимся и государственный контракт подписан с единственным участником.

В целях анализа обоснования стоимости компьютерных томографов, закупаемых за счет средств федерального бюджета, проведено сопоставление цен на КТ, указанных в государственных контрактах и данных о таможенной стоимости оборудования, ввозимого на территорию России. Исследуемое оборудование не облагается таможенной пошлиной и НДС, так как включено в перечень важнейшей и жизненно необходимой медицинской техники, утвержденный Правительством Российской Федерации.

Данные о ввозе в Россию КТ Toshiba Aquilion 64 представлены в таблице:

Таможенная стоимость товара	Июль-декабрь 2007 г.	Январь-июнь 2008 г.	Июль-декабрь 2008 г.
Тыс. рублей	51131,0-53532,3	34800,0-54173,2	38400,0-85568,0
Тыс. долл. США (статистическая)	1986,6-2165,2	1480,0-2268,2	1395,2-3180,0

Следует отметить, что до середины 2008 года цены на КТ Toshiba Aquilion 64 не превышали 54,1 млн. рублей. Во второй половине 2008 года ввезено более 80 % компьютерных томографов от общего годового объема ввоза и менее 15 % из них по ценам ниже 70000,0 тыс. рублей.

Согласно открытым информационным источникам в 2008 году «Ашфорд и С-Петерс госпиталь» в Великобритании закупил в соответствии с инвестиционным планом Треста новый компьютерный томограф Toshiba Aquilion 64 по цене 420 тыс. фунтов стерлингов, что составляет около 19080,0 тыс. рублей (средний курс валюты в 2008 году - 45,4 рубля за 1 фунт стерлингов). В данную цену не вошли расходы клиники на подготовку помещений, монтаж, ввод в эксплуатацию и обучение специалистов. Согласно опубликованной

информации на КТ можно проводить исследования в области пульмонологии, виртуальной эндоскопии, церебральной перфузии мозга и в других областях.

В 2009-2010 годах закупка медицинского оборудования в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, по организации онкологической помощи населению и пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, производилась 7 федеральными учреждениями здравоохранения за счет доведенных до них лимитов и передачи бюджетных ассигнований Минздравсоцразвития России на общую сумму 2730,3 млн. рублей. Кроме того, компьютерные томографы закупались федеральными учреждениями здравоохранения за счет средств федерального бюджета, выделенных Минздравсоцразвития России на реализацию других мероприятий в сфере здравоохранения.

В ходе исследования эффективности организации Минздравсоцразвития России и федеральных учреждений здравоохранения торгов на закупку компьютерных томографов проведен выборочный анализ технических заданий на поставку оборудования, включенных в документацию об аукционе (открытый конкурс) в 2008-2009 годах.

В результате установлено, что в трех случаях из трех при покупке КТ Toshiba Aquilion 64 в техническом задании содержались параметры, соответствующие только данной модели. При этом после рассмотрения ФАС России обращения одного из потенциальных участников аукциона на предвзятость технического задания заказчик внес изменения в техническое задание, например, уменьшил с 72 см до 70 см размер апертуры гентри, однако одновременно изменил параметр «Общее количество детекторов» с 55000 до 57000, который соответствует только одной модели компьютерного томографа, а именно - Toshiba Aquilion 64.

Кроме того, в 2 из 3 торгов сроки поставки оборудования составляли менее 30 дней от даты заключения государственного контракта.

В результате государственные контракты заключены с единственными участниками торгов в 2 случаях по начальным (максимальным) ценам лота 95000,0 тыс. рублей, в одном случае с экономией около 0,5 % по цене 94525,0 тыс. рублей.

В двух случаях из двух при покупке КТ GE LightSpeed VCT XT в техническом задании содержались параметры, соответствующие только данной модели. Например, максимальная мощность генератора - не менее 100 кВт, расстояние от фокуса рентгеновской трубки до детектора - не более 950 мм и некоторые другие параметры.

Экономия государственных средств от начальной (максимальной) цены лота - 95000,0 тыс. рублей в одном из аукционов составила около 3 %, при этом поставщик в соответствии с требованиями документации об аукционе подтвердил в предложении трехлетний срок гарантии на оборудование. Во втором случае экономия составила менее 0,5 % при сроках гарантии 14 месяцев.

В двух случаях из двух при покупке КТ Philips Brilliance CT 64 в техническом задании содержались параметры, соответствующие только данной модели. Например, параметр «Частота сбора данных (частота дискретизации при сборе данных, проекций на оборот, на элемент)» не менее 4600 Гц, или «Эффективное количество элементов детектора», не менее 85000, в сочетании с другими параметрами оставляют единственным участником аукциона только данную модель компьютерного томографа.

Экономия государственных средств от начальной (максимальной) цены лота - 95000,0 тыс. рублей в одном из аукционов составила более 5 %. В аукционе участвовало два поставщика и победителем подтвержден трехлетний срок гарантии на оборудование. Во втором случае КТ закуплен по начальной (максимальной) цене лота со сроками гарантии 12 месяцев.

Технические спецификации медицинского оборудования, в том числе компьютерных томографов, закупаемого учреждениями здравоохранения самостоятельно, согласовы-

вались с Минздравсоцразвития России при выделении им бюджетных ассигнований. Письмами Минздравсоцразвития России рекомендовалось проведение аукционов в соответствии с действующим законодательством и представление сведений о заключенных государственных контрактах, а также графика установки и ввода в эксплуатацию медицинского оборудования. Данные о таможенной стоимости компьютерных томографов (64 среза), ввезенных в Россию в 2008-2009 годах, представлены в таблице:

Наименование модели КТ	Год поставки	Таможенная стоимость	
		тыс. руб.	тыс. долл. США (статистическая)
Toshiba Aquilion 64	2008	34800,0-85568,0	1395,2-3180,0
	2009	52042,2-91930,0	1786,4-2960,8
Philips Brilliance CT 64	2008	48855,5-91843,4	1756,9-3287,1
	2009	53617,3-87663,1	1754,9-2811,6
GE LightSpeed VCT XT	2008	38017,3-69488,4	1486,4-2695,0
	2009	23129,8-63645,3	795,7-2086,7
Siemens SOMATOM Sensation 64	2008	70223,7-102744,4	2940,9-3704,5
	2009	54888,3-95930,9	1760,3-2651,7

Согласно данным Федеральной таможенной службы, практически все из исследуемых в ходе контрольного мероприятия поставок компьютерных томографов осуществлялись торговыми фирмами, не связанными с производителями оборудования. Однако, несмотря на отсутствие прямых контрактов, зарубежные производители во всех случаях информировали свои представительства в России об отгружаемом оборудовании с указанием конечного получателя в целях своевременной организации сервисными службами производителя ввода оборудования в эксплуатацию и обеспечения гарантийного обслуживания компьютерных томографов, которое по условиям государственных контрактов является зоной ответственности поставщика оборудования.

Как следует из представленной таблицы, нижняя граница цен ввоза аналогичных моделей компьютерных томографов (64 среза), сопоставимых по своим техническим характеристикам, составляла в 2008-2009 годах от 23 до 55 млн. рублей, за исключением модели Siemens SOMATOM Sensation 64 в 2008 году. Однако цены государственных контрактов на поставку данного оборудования в учреждения здравоохранения в основном составляли от 60 до 95 млн. рублей.

В ходе контрольных мероприятий выборочно изучены материалы, представленные российскими поставщиками медицинского оборудования, в результате чего установлено, что разница между ценами ввоза компьютерных томографов (аппаратов УЗИ) и ценой поставки оборудования в ЛПУ составляет до 70 %. В отдельных случаях наценка на поставляемое оборудование не превышает 5 %, однако цены ввоза тех же самых моделей оборудования у поставщиков, применяющих низкую наценку, превышают уровень цен ввоза поставщиков, использующих высокую наценку. Практически во всех исследуемых случаях в перечне зарубежных отправителей оборудования производители компьютерных томографов и аппаратов ультразвукового сканирования не значатся.

Данная информация относится как к поставкам оборудования в федеральные учреждения здравоохранения, так и в учреждения здравоохранения в субъектах Российской Федерации.

#### **4.2.2. Организация мероприятий по закупке медицинского оборудования в субъектах Российской Федерации**

Минздравсоцразвития России утвержден перечень медицинского оборудования для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, которое может быть закуплено субъектами Российской Федерации за счет субсидий из федерального бюджета, выделение которых предусмотрено постановлениями Правительства Российской Федерации в 2008-2010 годах в целях реализации мероприятий ПНП «Здоровье».

Размер субсидий для субъектов Российской Федерации определялся в зависимости от мероприятия ПНП «Здоровье» и представлен в таблице:

(млн. руб.)

Направления ПНП «Здоровье» - мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях	100,0-263,8	44,4-216,2	25,2-273,1
Больным с сосудистыми заболеваниями	241,5	252,9	131,1-236,4
Больным с онкологическими заболеваниями	-	448,5-871,9	400,7-437,4

В соответствии с соглашениями, подписанными между Минздравсоцразвития России и органами исполнительной власти Российской Федерации, объем софинансирования мероприятий на закупку дополнительного оборудования, выделения и подготовки помещений для установки оборудования, обеспечения подготовки медицинских кадров и прочее со стороны субъекта Российской Федерации составляет не менее 30 % от общего размера расходного обязательства.

По данным Счетной палаты Оренбургской области, в рамках софинансирования за счет средств областного бюджета были проведены следующие расходы: на приобретение медицинского оборудования для муниципальных учреждений здравоохранения - 41905,8 тыс. рублей; на реконструкцию существующих помещений под размещение отделения ОФЭКТ/КТ диагностики и аппаратов лучевой диагностики в ГУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер» - 87408,5 тыс. рублей; на обучение - 399,5 тыс. рублей; на капитальный ремонт в Онкодиспансере - 4948,4 тыс. рублей. Кроме того, из бюджетов муниципальных образований было дополнительно выделено 487,6 тыс. рублей (для подготовки помещений).

Из вышеизложенного следует, что субъект свои обязательства по софинансированию (в части финансового обеспечения расходного обязательства субъекта Российской Федерации не менее 30 % размера расходного обязательства) выполнил.

В ходе контрольных мероприятий Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации исследовались вопросы организации и результаты закупок медицинского оборудования, подготовка учреждениями здравоохранения помещений для установки оборудования, а также его использование.

В период с 2008 по 2010 год субъектами Российской Федерации согласно перечню, утвержденному Минздравсоцразвития России, закуплено более 120 компьютерных томографов (16, 32 и 64 среза) и более 120 ультразвуковых сканирующих комплексов (различного класса), ангиографические системы и другое оборудование в соответствии с перечнем оборудования, утвержденным Минздравсоцразвития России.

Реализация мероприятий по каждому из направлений ПНП «Здоровье» (совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями) предусматривает закупку медицинского оборудования с определенными техническими характеристиками, которое обеспечивает гарантированный уровень оказания медицинской помощи в каждом из субъектов Российской Федерации, участвующем в мероприятиях.

Минздравсоцразвития России подготовило перечни медицинского оборудования без указания базовых технических параметров для основных видов закупаемого оборудования. Однако методические рекомендации специалистов, на основании которых могли бы формироваться технические задания при проведении торгов в субъектах Российской Федерации, не приняты. В результате при подготовке конкурсной документации (документации об аукционе) заказчики в регионах самостоятельно принимали решения, касающиеся технических и экономических параметров закупаемого оборудования, и указывали их в техническом задании.

В Минздравсоцразвития России отсутствует обоснованный расчет необходимого и достаточного объема финансовых средств (субсидий), выделяемых субъектам Российской Федерации для закупки оборудования в целях реализации мероприятий ПНП «Здоровье».

Информация о закупках компьютерных томографов в различных субъектах Российской Федерации свидетельствует о значительном разбросе закупочных цен на оборудование, поставленное в рамках реализации одного и того же направления ПНП «Здоровье» и обладающее схожими функциональными и техническими характеристиками, хотя приобреталось для выполнения одинаковых программных целей. Различия в ценах отмечаются не только на КТ различных производителей, но и в случае поставок тех же самых моделей компьютерных томографов одного производителя с аналогичной комплектацией.

(тыс. руб.)

Модели КТ	Сосудистые заболевания		Дорожно-транспортные происшествия		Онкологические заболевания
	2008 г.	2009 г.	2008 г.	2009 г.	2009 г.
Тошиба					
Aquilion 16	21064,0-31800,0	23810,0-29700,0	29994,2	22465,7-30950,0	-
Aquilion 64	75120,2	58000,0-76500,0	88521,1	67000,0-73708,0	-
Activion 16	-	-	-	-	84400,0
Сименс					
SOMATOM Emotion 16	38539,5	28000,0	-	-	-
SOMATOM Sensation (64)	-	72538,0	-	-	90000,0
Филипс					
Brilliance16 slice	-	-	29750,0-48800,0	-	85500,0 (Big Bore)
Brilliance CT 64 slice	-	-	71825,0-74200,0	-	-
Дженерал Электрик					
Bright Speed 16	27000,0-31000,0	-	-	28563,0-34480,0	-
LightSpeed VCT XT	58066,7-61210,0	-	-	-	89545,0-93630,0
Хитачи					
ECLOS 16	-	-	46770,8-49500,0	43943,5-44788,6	-

В ходе контрольных мероприятий и изучения конкурсной документации (документации об аукционе) установлено, что в ряде случаев заказчики формировали лоты, значительные по объему и по количеству наименований в них медицинского оборудования, предназначенного к закупке.

В отдельных субъектах Российской Федерации в аукционах (конкурсах) на поставку оборудования в целях реализации мероприятий по организации медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями начальная (максимальная) цена лота составляла до 220 млн. рублей. В технических заданиях одного лота одновременно указывались компьютерные томографы (16/32 и 64 среза), ультразвуковые диагностические комплексы (различного класса), ангиографическая система.

Формирование подобного рода лотов ограничивало количество возможных участников в торгах, и, прежде всего, участие самих производителей оборудования.

Исследования показали, что в значительной части проведенных торгов государственные контракты подписывались с единственным участником конкурса (аукциона).

В ходе контрольных мероприятий выявлено, что во многих случаях конкурсные (аукционные) комиссии не допускали к конкурсам (аукционам) участников, которые не имели лицензий на техническое обслуживание медицинской техники (в случае КТ, например, необходимо иметь право работы с ионизирующими источниками излучения), однако из представляемых участниками на торги документов следовало, что проведение сервисного обслуживания оборудования в гарантийный период будет обеспечено производителем. По информации, полученной из московских представительств производителей компьютерных томографов, во всех случаях поставки нового оборудования в Россию монтаж, ввод в эксплуатацию и гарантийное обслуживание оборудования производятся их специалистами или обученными ими специалистами партнеров по обеспечению сервисного обслуживания в России.

Следует отметить, что в отличие от аукциона, в случае проведения конкурса участник сразу предлагал свои цены с разбивкой на виды и модели оборудования, включенные в лот, при этом цены чаще всего были ниже начальной (максимальной) цены лота.

По данным Контрольно-счетной палаты Ивановской области, согласно протоколу рассмотрения заявок на участие в конкурсе от 21 июля 2008 года Департаментом здравоохранения заключен государственный контракт на поставку и установку медицинского оборудования для государственных нужд Ивановской области, согласно которому поставщик обязуется поставить и установить в ЛПУ томографы в срок до 17 октября 2008 года. Общая цена государственного контракта составила 142000,0 тыс. рублей, при начальной (максимальной) цене контракта (лота) 158000,0 тыс. рублей.

При проведении аукциона, в случае признания его несостоявшимся по причине участия в нем только одного участника, государственный контракт подписывался с единственным участником по начальной (максимальной) цене лота. Разбивку по ценам на каждый вид оборудования, включенного в лот, представлял поставщик, в зависимости от своих интересов.

Согласно акту Счетной палаты Российской Федерации в Самарской области аукцион по лотам № 1 (220859,7 тыс. рублей) и № 2 (32000,0 тыс. рублей) признан несостоявшимся в связи с признанием участником аукциона одного участника размещения заказа - ООО «Медицинская компания Юникс». В лотах № 1 и № 2 отсутствовала разбивка по ценам на конкретные позиции медицинского оборудования, включенного в лоты.

В ходе проверки не установлен факт согласования с участником аукциона более низкой цены за медицинское оборудование, чем начальная (максимальная) цена контракта. Отсутствуют расчетные документы, обосновывающие назначение цен по каждой позиции медицинского оборудования, включенного в каждый из лотов.

Кроме того, заказчики при проведении аукционов редко использовали требование к поставщикам установить сроки гарантийного обслуживания свыше 1 года.

По информации представительств зарубежных производителей в России, стоимость такого обслуживания в год составляет несколько процентов от общей стоимости оборудования и может снизить финансовую нагрузку на получателей - учреждения здравоохранения в первые годы эксплуатации оборудования, особенно в случаях использования дорогостоящих расходных материалов, и обеспечить его качественное сервисное обслуживание.

В ряде субъектов Российской Федерации при осуществлении закупки оборудования в пределах предоставленных субсидий по итогам проведения конкурсных процедур образовалась экономия. Общая сумма экономии, включая возврат неиспользованных средств, за 2008-2009 годы по трем направлениям реализации ПНП «Здоровье» (совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях) составила свыше 220 млн. рублей, или менее 2 % от общей суммы средств, выделенных на реализацию данных мероприятий.

В пределах образовавшихся сумм экономии Минздравсоцразвития России заключены соглашения с уполномоченными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации: Архангельской, Курской, Рязанской, Свердловской, Ульяновской, Ярославской и некоторых других областей, предметом которых является возможность дополнительной закупки оборудования для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований в целях реализации мероприятий, предусмотренных в данных регионах.

Следует отметить, что в ряде субъектов Российской Федерации во второй половине 2009 года - первой половине 2010 года утверждены методики по формированию объективных, обоснованных начальных (максимальных) цен на товары, закупаемые для государственных нужд, что способствовало более детальной конъюнктурной и маркетинговой проработке условий закупаемого оборудования, а также реальной потребности в финансовых средствах при организации торгов.



Субъекты Российской Федерации, в которых проводилась объективная маркетинговая оценка стоимости предусмотренного к закупке оборудования, обеспечили значительную экономию бюджетных средств.

По данным Счетной палаты Оренбургской области, в результате проведенной Министерством работы по изучению среднерыночной стоимости закупаемого оборудования и установлению начальной (максимальной) цены на оборудование при подготовке конкурсной документации была достигнута экономия в размере 66,1 млн. рублей. Согласно дополнительному соглашению субъект обязуется обеспечить направление экономии средств субсидии в размере 66090,33 тыс. рублей на дополнительную закупку оборудования для учреждений здравоохранения Оренбургской области и муниципальных образований.

По информации представителей заводов - производителей компьютерных томографов, цены формируются в зависимости от комплектации и программного обеспечения запрашиваемого заказчиком оборудования. Прейскурант цен известен российским фирмам - поставщикам оборудования, который они получают непосредственно от производителя, и с которым они согласовывают условия сделки, а предложение формируется на основе спецификации и технического задания заказчика. Представители производителей направили свои ответы на вопросы Счетной палаты Российской Федерации, связанные с регистрацией в России медицинского оборудования, организацией его технического обслуживания, сотрудничества с врачами и прочее, однако базовые прейскуранты производителя на поставляемое в Россию медицинское оборудование не представлены, на интернет-сайтах производителя соответствующая информация не размещается.

В ходе контрольных мероприятий получена информация от поставщиков, которая позволяет выборочно сопоставить цены ввоза медицинского оборудования и цены его продажи в лечебно-профилактические учреждения.

При анализе данных, представленных в таблице, необходимо учитывать факт импорта оборудования российскими поставщиками в основном через зарубежных посредников, а не напрямую от заводов производителей, что может отражаться на размере наценки и не дает возможность установить реальную цену оборудования, по которой оно было отгружено заводом-производителем:

(тыс. руб.)

Наименование моделей оборудования	Год поставки	Цена ввоза	Цена продажи в УЗ	Размер наценки, %
Компьютерные томографы				
Toshiba Aquilion 16	2008	-	-	-
	2009	30950,0	31150,0	0,6
Toshiba Aquilion 64	2008	88500,0	90000,0	1,7
	2009	45166,0	76500,0	69,4
Philips Brilliance 16 slice	2008	72712,5	82170,0	13,0
	2009	-	-	-
GE BrightSpeed	2008	20139,6	30000,0	49,0
	2009	19073,6	28563,0	49,8
GE LightSpeed RT 16	2008	-	-	-
	2009	67276,8	89545,0	33,1
GE LightSpeed VCT	2008	33307,8	52000,0	56,1
	2009	40970,4	92150,0	124,9
Siemens SOMATOM Sensation 64	2008	89523,7	91893,8	2,6
	2009	-	-	-
Ультразвуковые сканнеры				
GE Vingmed «VIVID 7»	2008	-	-	-
	2009	8783,1	11359,5	29,3
Philips Ultrasound «iU 22»	2008	-	-	-
	2009	13397,7	16950,0	26,5
Philips Ultrasound «HD 11XE»	2008	5584,2	8118,0	45,4
	2009	-	-	-
Toshiba Medical «NEMIO»	2008	-	-	-
	2009	1509,4	2190,2	45,1

В целях расчета ориентировочной суммы неэффективного использования бюджетных средств при закупке компьютерных томографов проведены сравнения минимальных цен ввоза и минимальных цен продажи этого оборудования в учреждения здравоохранения, которые представлены в таблице:

(тыс. руб.)

Наименование модели КТ	Год поставки	Минимальная цена ввоза	Минимальная цена продажи КТ в УЗ	Разница между минимальными ценами
Toshiba Aquilion 64	2008	34800,0	75120,2-88521,1	40320,0
	2009	52042,2	58000,0-67000,0	6000,0
Philips Brilliance CT 64	2008	48855,5	71825,0	22970,0
	2009	53617,3	-	-
GE LightSpeed VCT XT	2008	38017,3	58066,7	20000,0
	2009	23129,8	-	-
Siemens SOMATOM Sensation 64	2008	70223,7	-	-
	2009	54888,3	72538,0	17650,0

Анализ информации производителей и поставщиков, данных ФТС России и результатов торгов свидетельствует о необходимости совершенствования системы ценообразования на медицинское оборудование, повышения прозрачности совершаемых сделок, открытости ценовой политики зарубежных производителей в России.

Отсутствие прозрачности процедуры определения стоимости медицинского оборудования, закупаемого за бюджетные средства, унификации технических требований к оборудованию, закупаемому в рамках одного и того же направления ПНП «Здоровье», недостатки в организации и проведении торгов порождают риск неэффективного использования государственных средств, выделяемых на закупку оборудования.

Принимая во внимание количество закупленных в 2008-2009 годах рентгеновских компьютерных томографов (более 120 единиц), расчетный объем неэффективного использования средств федерального бюджета на эти цели составил более 1 млрд. рублей.

#### **4.3. Мероприятия по подготовке помещений, вводу медицинского оборудования в эксплуатацию и подготовке специалистов**

Согласно условиям государственных контрактов на поставку медицинского оборудования, требующего специальных помещений для его установки и ввода в эксплуатацию, на заказчика возложены обязательства по подготовке таких помещений.

Процедура подготовки помещений (например, для установки компьютерных томографов) включает в себя этапы предоставления плана помещений поставщику, разработку технического задания на проектирование с привязкой к каждому помещению, выбор (в соответствии с законодательством Российской Федерации) исполнителя проектной документации и строительно-монтажных работ, выполнение работ, приемку поставщиком помещений для установки и монтажа оборудования.

В связи с тем, что данная процедура формально может быть начата лишь после подписания государственного контракта, когда известно какое именно оборудование будет поставляться, и занимает она от 2 до 6 месяцев, поставка оборудования в более ранние сроки нецелесообразна. В случае поставки дорогостоящего оборудования до подписания акта о готовности помещения получатель обязан обеспечить его хранение в соответствующих условиях, включая температурный режим.

Субсидии из федерального бюджета перечисляются в бюджеты субъектов Российской Федерации после представления уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в Минздравсоцразвития России информации о выполнении условий, предусмотренных соглашением.

Минздравсоцразвития России регулярно проводило проверки готовности субъектов Российской Федерации к реализации мероприятий, после чего принималось решение о перечислении бюджетных средств в регионы.

С учетом сроков поступления финансовых средств заказчики проводили конкурсы (аукционы) в период с июля по сентябрь, а поставка оборудования в основном осуществлялась в ноябре-декабре. В результате в случае отсутствия готовности помещений к установке дорогостоящего оборудования оно подвергалось риску длительного хранения в холодное время года, что могло отразиться на его работоспособности при вводе в эксплуатацию.

Как показывает анализ данных о ввозе медицинского оборудования в Россию (компьютерные томографы и ультразвуковые сканеры), основной объем поставок приходится на вторую половину года, при этом объем поставок в IV квартале составлял по отдельным производителям до 90 % в 2008 году и до 58 % в 2009 году:

	Компьютерные томографы		Ультразвуковые сканеры	
	IV кв. 2008 г.	IV кв. 2009 г.	IV кв. 2008 г.	IV кв. 2009 г.
Сименс	39	25	31	23
Тошиба	90	57	73	67
Филипс	67	50	56	45
Дженерал электрик	82	58	57	51
Хитачи	50	30	-	-

Как показывают результаты контрольных мероприятий в учреждениях здравоохранения, нарушения сроков ввода компьютерных томографов в эксплуатацию отмечаются в лечебно-профилактических учреждениях и федерального, и регионального уровней. Основными причинами являются задержки сроков передачи технических требований от поставщика, длительность сроков подготовки проектной документации на реконструкцию помещений и проведение соответствующих работ, так как с учетом действующего законодательства необходимо организовывать торги для выбора исполнителя данных работ.

Согласно акту Счетной палаты Российской Федерации государственный контракт от 1 декабря 2008 года № 686-ПД с ГП ВО «Союзпромэкспорт» на поставку 128-срезового мультиспирального компьютерного томографа был выполнен с нарушением сроков ввода оборудования в эксплуатацию. Требования к помещениям для установки, пуско-наладки и ввода в эксплуатацию оборудования представлены фирмой Siemens 19 января 2009 года и согласованы НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН 21 января 2009 года. Фактически 128-срезовый мультиспиральный компьютерный томограф «SOMATOM Definition AS+» был введен в эксплуатацию после 26 февраля 2009 года, что подтверждается уведомлением о сроке гарантийного обслуживания.

Задержки в сроках ввода оборудования в эксплуатацию обуславливались также техническими трудностями, возникающими при проведении строительных работ.

В соответствии с актом Счетной палаты Российской Федерации, по акту приема-передачи оборудования от 4 декабря 2009 года № 0004ОР поставщик - Общество с ограниченной ответственностью «Хайнеманн Медиктехник» - поставил и передал Центру (ФГУ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России) медицинское оборудование - комбинированную систему однофотонной эмиссионной компьютерной томографии/компьютерной томографии Precedence (ОФЭКТ/КТ) с принадлежностями производства «Филипс Медикал Системс (Кливленд), Инк.», США - 1 комплект.

По состоянию на 26 апреля 2010 года указанное медицинское оборудование не сдано в эксплуатацию. При производстве строительно-монтажных работ по капитальному ремонту радиоизотопной лаборатории Центра (корпус № 8) произошла задержка сроков сдачи объекта под монтаж оборудования по техническим и технологическим причинам (при вскрытии существующих старых покрытий пола обнаружались дефекты в плитах перекрытия).

Центр письмом от 15 апреля 2010 года № 28-02/552к направил сообщение поставщику оборудования о готовности помещений, предназначенных под монтаж по-

ставленной комбинированной системы однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФФЭКТ/КТ) с принадлежностями.

В отдельных случаях после ввода оборудования в эксплуатацию имеются факты выхода оборудования из строя в гарантийный период, что не позволяло своевременно и в полном объеме оказывать медицинскую помощь населению.

Согласно акту Счетной палаты Российской Федерации в Свердловской области в целях подготовки помещения к монтажу компьютерного томографа в соответствии с требованиями производителя ЗАО «Тошиба Медикал Системз» подготовило и передало в ММУ «Демидовская ЦГБ», г. Нижний Тагил, техническую документацию (дата получения 17 ноября 2008 года - государственный контракт от 17 сентября 2008 года), в соответствии с которой медицинское учреждение обязано обеспечить проведение необходимых строительных работ, подготовить систему кондиционирования воздуха и выполнить требования, касающиеся электрообеспечения оборудования.

Актом о выполненной работе от 26 декабря 2008 года подтверждаются монтаж оборудования, его настройка и выявление неисправности системы передачи данных. Актом от 16 января 2009 года подтверждается проведение диагностики и выявление плат, подлежащих замене. Актом от 15 февраля 2009 года подтверждаются замена плат. Актом от 4 марта 2009 года подтверждается настройка и подключение принтера. Актом от 8 апреля 2009 года подтверждаются проведение работ в связи с выявленной ошибкой в процессе работы КТ.

Письмом от 20 апреля 2009 года № 151 руководитель сервисной службы ЗАО «Тошиба Медикал Системз» подтверждает проведение диагностики КТ в период с 13 по 17 апреля 2009 года и осуществление заказа необходимых для ремонта запасных частей, включая рентгеновскую трубку и генератор. Ожидаемый срок устранения неисправности - с 11 по 15 мая 2009 года.

Актом от 18 мая 2009 года подтверждается проведение диагностики выявленных неисправностей, замена генератора, рентгентрубки и прочее. Подтверждается работоспособность системы. Актом от 18 июня 2009 года подтверждается проведение диагностики и необходимость замены контроллера. Актом от 30 июля 2009 года подтверждена замена контроллера, проверка работоспособности системы. Актом от 5 августа 2009 года подтверждено проведение диагностики передачи данных, в результате которой установить причину хаотичных ошибок не удалось. Актом от 11 сентября 2009 года подтверждается проведение диагностики ошибок на платах.

Постановлениями Правительства Российской Федерации, Минздравсоцразвития России, а также ФМБА России и РАМН по согласованию с Минздравсоцразвития России поручено организовать подготовку и обучение медицинского и технического персонала учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, участвующих в мероприятиях, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на базе федеральных учреждений здравоохранения.

В ходе контрольных мероприятий установлено, что в 2008-2009 годах документы о критериях и порядке отбора Минздравсоцразвития России учреждений и учебных программ для подготовки и обучения медицинского и технического персонала учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, участвующих в мероприятиях, отсутствуют.

Информация о планируемом количестве подлежащих обучению специалистов Минздравсоцразвития России не запрашивалась и до учреждений, осуществляющих подготовку и обучение медицинского персонала, не доводилась.

Ведомственный акт, определяющий форму и порядок представления отчетной информации о подготовке специалистов, Минздравсоцразвития России не издан.

Минздравсоцразвития России осуществлялась координация работы по подготовке и обучению медицинского персонала в рабочем порядке в ходе рабочих совещаний или направления писем руководителям научных организаций и органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, в которых предлагались образовательные циклы с указанием их продолжительности, а также выездные циклы в выбранных учреждениях здравоохранения.

Только в марте 2010 года координационным советом по медицинскому и фармацевтическому образованию утверждена учебная программа дополнительного профессионального образования по направлению «Организация медицинской помощи, профилактика, диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения и острого коронарного синдрома» и «Совершенствование организации онкологической помощи населению», представленная совместно учреждениями здравоохранения, ответственными за проведение учебных циклов.

Обучение проводится на платной основе за счет средств субъектов Российской Федерации.

Согласно акту Счетной палаты Российской Федерации в Республике Карелия с учетом поставок нового и современного оборудования, внедрением новых технологий требовалось обучение специалистов на центральных учебных базах, что значительно дороже по сравнению с обучением на местных учебных базах или с организацией выездных циклов. Так, только за 2008 и 2009 годы обучение на центральных базах (г. Москва, г. Санкт-Петербург) прошли 474 специалиста, в г. Петрозаводске - 280 человек. Реализация национального проекта «Здоровье» в части подготовки и переподготовки специалистов улучшила кадровую ситуацию в Республике. Вместе с тем для подготовки специалистов на центральных базах требуются дополнительные объемы финансовых средств на оплату командировочных расходов.

#### **4.4. Использование медицинского оборудования и организация сервисного обслуживания медицинского оборудования**

Реализация ПНП «Здоровье» в части совершенствования оказания медицинской помощи больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях позволила оснастить учреждения здравоохранения современным медицинским оборудованием и повысить качество и доступность оказания специализированной медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях в непосредственной близости к месту их проживания.

Учитывая multifunctionality закупаемого медицинского оборудования, вопросы его эффективного использования являются основой при оценке эффективности расходования бюджетных средств.

Например, основные критерии выбора лечебно-профилактических учреждений под сосудистые центры были определены Минздравсоцразвития России в Методических рекомендациях НИИ инсульта Российского государственного медицинского университета.

В письме Минздравсоцразвития России в августе 2008 года руководителям органов управления здравоохранением поручено создавать региональный сосудистый центр на базе лечебно-профилактического учреждения субъекта Российской Федерации, в то время как первичные сосудистые отделения целесообразно разворачивать на базе многопрофильного стационара муниципального подчинения, что обусловлено различными финансовыми затратами, связанными с деятельностью данных подразделений.

Выбор лечебно-профилактических учреждений, на базе которых создавались региональный сосудистый центр и первичные сосудистые отделения в субъектах Российской Федерации

Федерации, осуществлялся в целях создания единой системы оказания медицинской помощи больным с инсультом и инфарктом миокарда, включающей в себя сеть специализированных отделений для лечения острых нарушений мозгового кровообращения. Причем лечебно-профилактические учреждения, расположенные в муниципальных образованиях, выполняют функции межрайонных центров, оказывающих неотложную и высокоспециализированную медицинскую помощь населению городов, расположенных в 50-70-километровой зоне, в первый час с момента развития заболевания.

Вторым немаловажным критерием выбора первичного отделения являлась численность населения в зоне обслуживания данного медицинского учреждения.

В соответствии с актом Счетной палаты Российской Федерации в Самарской области к первичному сосудистому отделению г. о. Сызрань (МУЗ «Центральная городская больница») прикреплены территории с численностью взрослого населения (от 18 лет и старше): г. о. Сызрань, г. Октябрьск, с. Шигоны, Сызранский район - численность населения 204906 тыс. человек (в т. ч. г. о. Сызрань - 146069 тыс. человек, г. Октябрьск - 19581 тыс. человек, с. Шигоны - 17856 тыс. человек, Сызранский район - 21400 тыс. человек). Среднее время доставки больного в стационар от 56 мин. до 1 часа 1 мин.

В ходе контрольных мероприятий исследовалась эффективность работы поставленного медицинского оборудования (рентгеновские компьютерные томографы и аппараты УЗИ) с позиции частоты его применения.

Анализ эффективности работы поставленного медицинского оборудования (рентгеновские компьютерные томографы и аппараты УЗИ) с позиции частоты его применения свидетельствует о недоиспользовании технических возможностей медицинского оборудования для оказания медицинской помощи населению, нуждающемуся в соответствующих исследованиях.

Показатель интенсивности эксплуатации оборудования (соотношение количества исследований к количеству рабочих дней) для КТ 64 среза, которые установлены в региональных сосудистых центрах, составил от 2,4 до 21,3 исследования в день (от 72 до 639 в месяц). В расчете учитывается возможность проведения для одного пациента одновременно более чем одного исследования.

Для КТ 16, которые установлены в первичных сосудистых отделениях, онкологических диспансерах или в ЛПУ, оказывающих помощь потерпевшим при дорожно-транспортных происшествиях, показатель интенсивности составил от 2,8 до 10,7 исследования в день (от 84 до 321 в месяц).

Аналогичная ситуация наблюдается и при использовании ультразвуковых аппаратов. Выборочные данные об использовании оборудования представлены в таблице:

Наименование медицинского оборудования	Количество рабочих смен с начала использования по день отчета	Количество выполненных исследований	Показатель интенсивности эксплуатации оборудования
МУЗ «Ирбитская ЦГБ им. Л. Г. Шестовских», Свердловская область			
Система диагностическая ультразвуковая HD3	106	122	1,15
КТ «Aquilion 16»	168	395	2,4
Региональный сосудистый центр ГУЗ «РБ им. В. А. Баранова», Республика Карелия			
КТ 64-срезовый «LightSpeed»	462	9623	21,0
Система диагностическая ультразвуковая Vivid 7	518	1285	2,5
Сортавальский филиал ГУЗ «РБ им. В. А. Баранова», Республика Карелия			
КТ (16-срезовый) BrighntSpeed Elite	480	2206	4,6
Ультразвуковой диагностический аппарат Vivid I	493	987	2,0
Травмоцентр II уровня при МУЗ «Сокольская ЦРБ», Вологодская область			
КТ (16-срезовый) BrighntSpeed Elite	78	483	6,0

Наименование медицинского оборудования	Количество рабочих смен с начала использования по день отчета	Количество выполненных исследований	Показатель интенсивности эксплуатации оборудования
МУЗ «Кушевская ЦРБ», Краснодарский край			
КТ Brilliance 16 slice, 2009/2010 гг.	203/133	1206/1243	5,9/9,3
Комплекс диагностический для УЗИ HD 7, 2009/2010 гг.	248/153	3955/2440	15,8/15,9
Клинический онкологический диспансер, Омская область			
КТ Brilliance CT Big Bore	145	1213	8,3
ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России			
КТ «Aquilion 64»	243	3067	12,6

С 2010 года изменены формы отчетности учреждений здравоохранения о применении медицинского оборудования, поставленного в рамках оказания помощи больным с сосудистыми заболеваниями. Новая форма отчетности позволяет выделить из общего количества исследований информацию о количестве применений оборудования для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (далее - ОНМК).

Как показала выборочная проверка, в отдельных учреждениях здравоохранения процент исследованных больных, у которых в процессе использования компьютерных томографов выявлены ОНМК, составляет от 55 % до 70 процентов.

Для сопоставления данных об интенсивности применения КТ (количество проведенных сканирований на одной единице оборудования) в российских учреждениях здравоохранения с показателями в зарубежных клиниках использованы материалы исследовательского агентства «Такспэрс Аллианс» (The TaxPayers Alliance), Лондон.

Согласно данным за 2008 год в клиниках Великобритании на одном компьютерном томографе проводится в среднем 633 исследования в месяц. По результатам изучения данного вопроса английские эксперты сделали вывод, что увеличение интенсивности исследований в «худших» клиниках до среднего уровня равнозначно экономии бюджетных средств при покупке 88 компьютерных томографов.

В таблице представлены выборочные данные об использовании компьютерных томографов в клиниках Великобритании:

Наименование клиники (Траста)	Количество единиц оборудования	Количество исследований, всего в год	В среднем на одну единицу в год	В среднем на одну единицу в месяц
Barking, Havering and Redbridge University Hospitals NHS Trust	4	35500	8875	740
Barnet and Chase Farm Hospitals NHS Trust	2	19393	9967	808
Blackpool, Fylde and Wyre Hospitals NHS Foundation Trust	2	11444	5722	477
Dartford and Gravesham NHS Trust	1	15796	15796	1316
Hinchingbrooke Health Care NHS Trust	1	4000	4000	333
NHS Lothian	6	44425	7404	617
Oxford Radcliffe Hospital NHS Trust	6	36596	6099	508
Royal Brompton and Harefield NHS Trust	3	8563	2854	238

Особое значение для эффективного функционирования медицинского оборудования имеет своевременное и необходимое финансовое обеспечение затрат на расходные материалы и проведение сервисного обслуживания.

Как показал анализ затрат на использование расходных материалов в различных учреждениях здравоохранения, в зависимости от интенсивности использования компьютерных томографов они составляют несколько сот тысяч рублей в год, или от 300 до 800 рублей за одно исследование.

Стоимость сервисного обслуживания в послегарантийный период, по мнению московских представителей производителя, может составлять до 5 % от заводской стоимости оборудования и зависит от пакета услуг, которые могут быть включены в сервисный контракт.

Сервисные организации производителей освоили в России процедуры удаленного сервисного обслуживания высокотехнологичного медицинского оборудования, которое позволяет производить диагностику технического состояния оборудования без выезда специалистов на место. По мнению представительств, данные методы сервисного обслуживания могут позволить обеспечить долговременную работоспособность поставленного в ЛПУ оборудования и повысить эффективность его использования.

Дополнительным способом обеспечить работоспособность оборудования на длительный период является увеличение гарантийных сроков для данного оборудования, что может быть учтено в конкурсной (аукционной) документации при организации торгов.

Данный элемент сопоставления предложений поставщиков успешно используется в зарубежных странах при закупках оборудования. Кроме того, используется возможность предоставления поставщиком (производителем) бонуса на послегарантийное обслуживание оборудования в случае обращения к нему с предложением подписания соответствующего контракта.

В условиях увеличения бюджетных расходов на закупку медицинского оборудования вопросы организации и стоимости его сервисного обслуживания отражаются на пользователях, а именно лечебно-профилактических учреждениях, которые должны учитывать данные расходы при формировании смет и бюджетов своей деятельности, что, в свою очередь, отражается на бюджетах здравоохранения в субъектах Российской Федерации.

#### **Часть 5. Удовлетворенность населения организацией, доступностью и качеством оказания медицинской помощи**

В ходе проведения аудита эффективности исследовались вопросы, связанные с оценкой удовлетворенности населения организацией, доступностью и качеством медицинской помощи.

Основой анализа являются данные социологических опросов, проведенных в 2010 году в субъектах Российской Федерации, в которых осуществлялись контрольные мероприятия. Сопоставление результатов опросов врачей и пациентов с данными, полученными в ходе контрольных мероприятий, позволяет максимально объективно оценить реальную ситуацию с оказанием в учреждениях здравоохранения качественной и доступной медицинской помощи населению.

Данные социологических опросов являются усредненными и зависят от качества организации медицинской помощи как в конкретном субъекте Российской Федерации, так и в самом лечебно-поликлиническом учреждении одного и того же региона.

Отдельные ЛПУ субъектов Российской Федерации проводят анкетирование пациентов с целью оценки доступности и качества оказываемой ими медицинской помощи, однако результаты этих опросов отличаются более позитивной оценкой, чем данные, полученные в результате независимых социологических опросов, в том числе Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службой охраны Российской Федерации.

В целом положение дел в сфере здравоохранения в 2010 году сложно охарактеризовать однозначно. Более половины опрошенных пациентов считают, что в настоящее время сфера здравоохранения в целом развивается в той или иной степени хорошо (58 %), немногим более трети представителей этой целевой аудитории полагают, что плохо или скорее плохо (37 %). Опрос среди медицинских работников, занятых непосредственно в рассматриваемой сфере, показывает, что разрыв между положительными



и отрицательными оценками минимален, причем несколько преобладают отрицательные суждения (хорошо/скорее хорошо - 46 %, плохо/скорее плохо - 50 процентов).

Более трети опрошенных пациентов отмечают улучшение положения дел в сфере здравоохранения за последний год (37 %), немногим менее половины считают, что изменений в этой сфере не произошло (45 %), и 12 % полагают, что ситуация ухудшилась.

Важным аспектом в результатах социологического опроса является выявление наиболее болезненных точек системы здравоохранения.

По мнению населения, основной проблемой в сфере здравоохранения в настоящий момент является высокая стоимость лекарств, этот вариант ответа указали 58 % опрошенных. Немаловажными проблемами являются очереди на прием к врачам (40 %), часто возникающие вследствие еще одной указанной проблемы - высокой загруженности медицинских работников (29 %). На проблемы платности медицинских услуг (пусть и частично) указали 23 % опрошенного населения. Менее пятой части опрошенных в качестве основных проблем называют безразличие врачей (19 %), нехватку специалистов (17 %) и низкое качество предоставляемых медицинских услуг (16 процентов).

Что касается отношения к ПНП «Здоровье», то в данном случае медицинские работники в целом более оптимистично оценивают его реализацию, нежели население. Невысокие оценки пациентов можно объяснить низким уровнем информированности населения о ПНП «Здоровье» - ничего не знают о реализации этого проекта более трети респондентов (39 процентов).

Относительное большинство опрошенных медицинских работников (67 %) подчеркивает, что предусмотренные нацпроектом «Здоровье» меры решают наиболее острые проблемы сферы здравоохранения.

Однако четверть (25 %) участников опроса из этой целевой аудитории полагают, что ПНП «Здоровье» не решает или скорее не решает проблемы, существующие в рассматриваемой сфере.

По мнению медицинских работников, реализация ПНП «Здоровье» способствовала в первую очередь улучшению диагностики заболеваний (80 %) и повышению качества обслуживания населения (79 %). Что может косвенно служить положительной оценкой направления национального проекта в части поставок диагностического оборудования.

Более половины врачей указали, что реализация ПНП «Здоровье» положительно сказалась и на них лично - привела к повышению уровня удовлетворенности от работы и способствовала профессиональному росту (64 % и 59 %, соответственно).

Единственное, на что не повлияла реализация нацпроекта - это на рост заработной платы медицинских работников, что и показывает представленная таблица:

(в процентах)

На что повлияла реализация ПНП «Здоровье»	Мнение медицинских работников		
	скорее способствовала	скорее не способствовала	затрудняюсь ответить
Улучшение диагностики заболеваний	80	11	9
Повышение качества медицинского обслуживания населения	79	13	8
Повышение удовлетворенности от работы	64	26	10
Ваш профессиональный рост	59	29	12
Рост заработной платы медицинских работников	27	58	15

По мнению опрошенных медицинских работников, в нацпроект «Здоровье» следует внести следующие основные дополнения: повысить заработную плату медработников (22 %), увеличить объемы поставок современного медицинского оборудования (15 %), а также расширить спектр бесплатных медицинских услуг для населения (11 процентов).

Почти две трети врачей в целом довольны качеством поставленного медицинского оборудования: диагностическими параметрами, дизайном, удобством работы, производителями. Если и возникают у медицинских работников претензии, то относятся они чаще всего к надежности нового оборудования - этот вариант отметили 27 % опрошенных.

Треть опрошенных врачей указывают, что в их медицинских учреждениях случаются простои оборудования (32 %). Чаще всего они связаны с возникающими поломками, неисправностями оборудования (69 %), в том числе по причине его «перегруженности», большого потока пациентов (2 %). Также простои случаются по причине нехватки расходных материалов, реагентов (20 %), которые в открытой продаже стоят довольно дорого, а у медицинских учреждений не всегда имеется возможность своевременно приобрести необходимые материалы. В таблице представлено мнение врачей:

Причины простоя, по мнению опрошенных врачей	%
Оборудование неисправно/поломки оборудования	69
Нехватка/высокая стоимость расходных материалов/ реагентов	20
Отсутствие персонала для работы с оборудованием	3
Большое количество пациентов, оборудование «перегружено» и случаются поломки	2
Другое	6

Как отмечают почти две трети врачей (62 %), появление нового оборудования также способствовало увеличению потока пациентов, то есть позволило охватить большее число людей, нуждающихся в обследованиях. Однако четверть (25 %) опрошенных показали, что количество направлений не изменилось. Результаты контрольных мероприятий подтвердили, что в некоторых ЛПУ произведена замена устаревшего и неработающего оборудования, а это не повлияло на увеличение количества обследований населения.

От 15 % до 34 % медицинских работников отметили, что обследования проводятся не в день приема, а существует очередь.

(в процентах)

	Мнение медицинских работников			
	есть очередь	нет очереди	не проводим этот вид обследования	затрудняюсь ответить
УЗИ	34	19	2	45
Эндоскопическое обследование	23	19	3	55
Рентгенологическое обследование	20	38	3	39
Лабораторное обследование	20	44	-	36
ЭКГ	15	38	2	45

Более половины опрошенных пациентов подтвердили, что практически все обследования проходили в день выдачи направления врачом. Исключением является УЗИ, которое 45 % пациентам делали в тот же день и еще 48 % - приходилось ждать.

По данным Счетной палаты Республики Татарстан, относительно предоставляемых услуг, рассматриваемых в ходе проведения аудита эффективности, большинство респондентов, получавших их в течение последнего года отметили, что проходили обследования в день обращения. Так, в день обращения рентгенографию проходили 67,1 % респондентов, УЗИ - 54,9 %, лабораторные исследования - 64,7 %. Для сравнения, респондентами, потреблявшими указанные услуги более года с момента проведения опроса, отмечается, что рентгенографию проходило в день обращения 35 %, УЗИ - 31,2 %, лабораторные исследования - 49,2 %. О сокращении сроков ожидания также утверждают и работники медицинских учреждений. Например, 61 % работников поликлиник заявили, что по сравнению с 2006 годом сократилось время ожидания прохождения указанных обследований, остальные сотрудники утверждают, что сроки ожидания не изменились.

Время ожидания проведения обследования зависит от его вида. Так, лабораторные исследования и рентгенографию чаще всего проводят в течение 1-2 дней, ЭКГ - в течение

ние недели, а срок ожидания эндоскопического обследования или УЗИ может достигать месяца и даже дольше (в случае УЗИ).

(в процентах)

	Приходилось ждать	Не приходилось ждать	Затрудняюсь ответить
Эндоскопическое обследование	19	76	5
ЭКГ	26	68	6
Рентгенологическое обследование	35	63	2
Лабораторное обследование	37	60	3
УЗИ	45	48	7

В таблице представлены данные о сроках ожидания назначенных обследований пациентам, которым пришлось ждать:

(в процентах)

Длительность ожидания	Лабораторные исследования	Рентгенография	ЭКГ	Эндоскопическое обследование	УЗИ
1 день	51	46	33	12	19
2 дня	23	20	23	9	15
3-5 дней	13	12	17	23	15
6-7 дней	6	10	14	28	16
8-10 дней	3	1	3	5	3
11-30 дней	4	9	9	19	17
Более 31 дня	-	2	1	4	15

Результаты данных исследований подтвердились в ходе контрольных мероприятий, при этом уточнено, что в некоторых ЛПУ направления выдаются также в порядке очереди, и их выдача производится раз в неделю или в месяц.

По мнению относительного большинства врачей (более 62 %), ожидание пациентами обследований за последние 2 года по сравнению с периодом до 2006 года сократилось.

По данным Контрольно-счетной палаты Ленинградской области, в целом по Ленинградской области ни в 2008 году, ни в 2009 году не удалось достичь запланированных на федеральном уровне сроков ожидания диагностических исследований. Так, при плане 3 дня фактический срок ожидания составил 7 дней в 2008 году и 6 дней в 2009 году. В разрезе районов значение этого показателя колеблется в пределах от 4 до 10 дней. По результатам социологического опроса населения и по результатам встречных проверок установлено, что срок ожидания только ультразвуковых исследований составляет от 7 до 30 дней.

В исследуемых регионах система бесплатного получения пациентами медицинских обследований действует на практике. Вышеуказанный тезис подтверждает и не широко распространенная практика неофициальных выплат медицинским работникам за оказываемые услуги: обследования или лечение. Так, лишь 13-14 % пациентов указали, что им с той или иной периодичностью приходилось доплачивать врачам.

Большинство респондентов (от 70 % до 91 %) указали, что им не приходилось оплачивать проведение обследований. Тем не менее, четверть пациентов платили деньги за УЗИ и еще пятая часть опрошенных - за эндоскопические обследования (27 % и 22 %, соответственно).

(в процентах)

	Приходилось платить	Не приходилось платить	Затрудняюсь ответить
Эндоскопическое обследование	22	76	2
ЭКГ	8	89	3
Рентгенологическое обследование	7	91	2
Лабораторное обследование	10	88	2
УЗИ	27	70	3

Опрос пациентов показывает очень большое разнообразие ответов в зависимости от ЛПУ и от вида обследования. Например, в некоторых ЛПУ доля платных рентгенологических обследований составляла до 38 %, УЗИ - до 54 %, ЭКГ - до 31 %, лабораторных - до 32 % и эндоскопических - до 47 процентов.

Следует отметить, что имеются учреждения здравоохранения, в которых платные обследования составляют не более 3 %, однако при этом более 80 % пациентов указывают на необходимость ожидания услуги, и, наоборот, в ЛПУ, в которых пациенты реже отмечают необходимость ожидания обследования, чаще указывается на пользование платными услугами, что может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами.

В основном обследования на оборудовании, поставленном по ПНП «Здоровье», являются бесплатными, об этом говорят от 33 % до 49 % опрошенных врачей.

По оценкам врачей, на поставленном оборудовании проводятся и платные обследования (частично или полностью): УЗИ (27 %), лабораторные (22 %), ЭКГ (20 %), рентгенологические и эндоскопические (по 19 процентов).

При этом число бесплатных обследований превышает примерно в 2 раза число частично или полностью платных, за исключением УЗИ (перевес бесплатного обслуживания по этому обследованию минимальный).

(в процентах)

	Всегда бесплатно	Как бесплатно, так и на платной основе	Всегда на платной основе	Затрудняюсь ответить
УЗИ-аппараты	35	26	1	38
Эндоскопическое оборудование	33	18	1	48
Рентгенологические аппараты	45	18	1	36
Лабораторное оборудование	49	20	2	29
ЭКГ-аппараты	40	19	1	40

Анализ данных о реализации прав пациентов на медицинское обслуживание показывает, что большинству опрошенных пациентов (80 %) не отказывали в получении бесплатной медицинской помощи по полису ОМС. Если и случались отказы, то основной причиной являлось отсутствие показаний для проведения лечения/обследования (7 %). Данные врачей несколько противоречат мнениям пациентов. Причем, мнения потребителей медицинских услуг показывают в данном случае несколько более выгодную картину, чем мнения врачей.

Так, чуть более половины медицинских работников (58 %) никогда не отказывали пациентам. Основными причинами отказа являются: отсутствие показаний (13 %), отсутствие необходимого оборудования (12 %), отсутствие у пациента полиса ОМС (11 %) и отсутствие специалистов необходимого профиля (10 процентов).

В основном пациентов не направляли в другие лечебно-профилактические учреждения для проведения обследований. Ответы пользователей медицинских услуг могут свидетельствовать о том, что поликлиники обладают необходимым для проведения обследований оборудованием.

Распределение ответов врачей в целом совпадает с мнением пациентов. В основном врачи из поликлиник, попавших в выборку опроса, не направляют пациентов в другие лечебно-профилактические учреждения, а если и отправляют, то в основном по причинам того, что нет оборудования для проведения «сложных» обследований, и пациентов приходится направлять в медицинские центры, специализирующиеся на соответствующих обследованиях. Также в качестве причин направления в другие медицинские учреждения врачами назывались поломки оборудования.

Две трети опрошенных медицинских работников (66 %) в той или иной степени удовлетворены условиями своей работы. Треть врачей (33 %) говорят, что условия работы их не устраивают.

В основном медицинские работники не довольны низким размером заработной платы (46 %). Треть не устраивает то, что они вынуждены работать на устаревшем оборудовании (32 %), почти такая же часть врачей жалуется на условия труда, в частности, на отсутствие ремонта и кондиционеров на рабочем месте (31 %), а 16 % не устраивает высокая загруженность на работе.

Как показывают исследования, до 10 пациентов в день принимают 12 % опрошенных медицинских работников, 28 % врачей принимают от 11 до 20 пациентов, 22 % - от 21 до 30. Более 30 пациентов принимает четверть медицинских работников, принявших участие в опросе. В таблице представлены результаты опроса врачей:

Число пациентов	%
До 10	12
от 11 до 20	28
от 21 до 30	22
от 31 до 40	9
от 41 до 50	4
Более 51	12
Другое	3
Затрудняюсь ответить	5
Отказ от ответа	5

Удовлетворенность населения качеством медицинского обслуживания находится на уровне выше среднего. Практически по всем аспектам поликлинического обслуживания доля пациентов, удовлетворенных качеством, превышает долю, не удовлетворенных качеством обслуживания. В среднем по всем аспектам поликлинического обслуживания доля в той или иной степени удовлетворенных качеством медицинского обслуживания составляет 64 процента.

В наибольшей степени население устраивают такие аспекты, как санитарно-гигиеническое состояние помещений поликлиники (76 %), отношение к пациентам со стороны медицинского персонала (74 %), возможность проведения необходимых медицинских процедур и результаты лечения (по 71 проценту).

Мнения опрошенных пациентов о возможности записи на прием к врачу в удобное время разделились практически пополам: половину устраивает этот аспект (51 %) и почти половину (47 %) - не устраивает. Что касается оперативности оказания услуг, отсутствия очередей, то по этому аспекту доля неудовлетворенных превышает долю удовлетворенных пациентов (52 % и 45 %, соответственно).

	(в процентах)		
	Полностью удовлетворен/ скорее удовлетворен	Полностью не удовлетворен/ скорее не удовлетворен	Затрудняюсь ответить
Санитарно-гигиеническое состояние помещений поликлиники	76	22	2
Отношение к пациентам со стороны мед-персонала	74	23	3
Возможность проведения необходимых анализов, лабораторных обследований	71	22	7
Результаты лечения	71	21	8
Общее состояние здания, помещения, в котором располагается поликлиника	70	27	3
Квалификация специалистов	69	24	7
Укомплектованность поликлиники специалистами	64	29	7
Оснащение кабинетов и лабораторий медицинской техникой и оборудованием	61	30	9
Возможность быстро и без особых проблем пройти диспансеризацию	55	29	16
Возможность записаться на прием к врачу быстро и в удобное время	51	47	2
Оперативность оказания услуг, отсутствие очередей	45	52	3

О довольно высоком уровне удовлетворенности населения медицинским обслуживанием свидетельствует и распределение ответов на прямой вопрос о том, довольны ли пациенты качеством получаемого медицинского обслуживания.

Так, относительное большинство - почти две трети пациентов медучреждений (72 %) в той или иной степени довольны качеством того медицинского обслуживания, которое они получают в поликлиниках, в то время как лишь четверть опрошенных (25 %) - в той или иной степени им не довольны.

Среди опрошенных работников медицинских учреждений также преобладает мнение, что их пациенты скорее довольны полученным медицинским обслуживанием. Так, среди этой целевой аудитории доля считающих, что их посетители скорее удовлетворены рассматриваемыми аспектами обслуживания, составляет в среднем 60 процентов.

При этом наивысшую оценку получил такой параметр как отношение медперсонала (76 %), этот параметр указало и относительное большинство населения (74 %). В наименьшей степени, по мнению врачей, пациенты удовлетворены объемом получаемой медицинской помощи (47 процентов).

(в процентах)

	Скорее удовлетворен	Скорее не удовлетворен	Затрудняюсь ответить
Отношение медицинского персонала	76	10	14
Качество бесплатной медицинской помощи	59	27	14
Доступность бесплатной медицинской помощи	56	34	10
Объем бесплатной медицинской помощи	47	40	13

Можно сказать, что, по мнению медицинских работников, программа поставки нового оборудования положительно повлияла на уровень удовлетворенности населения предоставляемыми медицинскими услугами.

Что касается «обратной связи» с населением, то 14 % врачей признают, что такой связи в их учреждении не существует.

Согласно ответам медицинских работников основными видами получения оценок качества их работы со стороны населения являются: книга (журнал/ящик) для сбора отзывов, жалоб и предложений (24 %) и приемные часы населения главным врачом, его заместителем и т. п. (21 процент).

Результаты социологического опроса, проведенного по поручению Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов в отдельных субъектах Российской Федерации, корреспондируются с результатами проведенного Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в 2008 году Всероссийского социологического исследования.

По итогам опроса в 2008 году обозначены «болевы точки» в организации медицинской помощи на территории Российской Федерации.

Высокая стоимость лекарственных средств, недостаточная оснащенность медицинских организаций и увеличение объема платной медицинской помощи являются основными негативными явлениями в медицинском обслуживании населения, что определяет приоритетность решения проблем, связанных с финансовым обеспечением территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в регионах. При этом восприятие увеличения объема платной помощи как негативной тенденции со стороны респондентов обусловлено, прежде всего, их предпочтением лечиться бесплатно, то есть в рамках гарантированных государством объемов медицинской помощи.

Результаты Всероссийского социологического исследования в 2008 году подтверждают, что основная часть населения Российской Федерации считает наиболее оптимальной формой оказания медицинской помощи - оказание бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения страны.

По данным ФСО России, в последние годы наблюдается рост показателя удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи (разность позитивных и негативных оценок населением состояния здравоохранения), который вырос с (-)14,9 процентного пункта в феврале 2006 года до 3,5 процентного пункта в феврале 2010 года.

## **Часть 6. Заключение**

Основная цель проведения аудита состоит в оценке эффективности использования государственных средств, выделенных из федерального бюджета в 2006-2010 годах на закупку отдельных видов медицинского оборудования и его применения в лечебно-профилактических учреждениях, а также достигнутого к 2010 году уровня доступности и качества оказания медицинской помощи гражданам России.

В ходе исследования проведен анализ достижения целевых показателей, определенных в качестве основных в приоритетном национальном проекте «Здоровье», осуществления контроля и мониторинга реализации мероприятий, на которые выделяются бюджетные средства.

Сопоставление результатов контрольных мероприятий, проведенных Счетной палатой Российской Федерации в период с 2006 по 2010 год в Минздравсоцразвития России, Росздраве, Росздравнадзоре, органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, лечебно-профилактических учреждениях муниципального, регионального и федерального подчинения, а также в других организациях, свидетельствует о том, что в целях реализации ПНП «Здоровье» проведена определенная работа и израсходованы значительные финансовые средства, однако, несмотря на это, не удалось достичь всех предусмотренных показателей и обеспечить улучшение состояния здоровья российских граждан.

Данные выводы подтверждают отчеты о результатах проведенных контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации контрольных мероприятий, анализ материалов, полученных Счетной палатой Российской Федерации от региональных органов организации управления здравоохранением, результаты социологических опросов граждан и медицинского персонала, использующего медицинское оборудование, полученное учреждениями здравоохранения в рамках реализации мероприятий ПНП «Здоровье», а также другие документы.

В период с 2006 по 2009 год отмечалась устойчивая тенденция к росту большинства показателей первичной и общей заболеваемости.

Болезни системы кровообращения составляют 3,3 % в структуре первичной заболеваемости и остались на прежнем уровне по сравнению с 2006 и 2008 годами. В структуре общей заболеваемости они находятся на втором месте и повысились на 7,4 % по сравнению с 2006 годом и на 1,9 % по сравнению с 2008 годом.

Устойчивую тенденцию к росту как первичной, так и общей заболеваемости, сохраняют новообразования.

В группе социально значимых болезней, по данным Росстата, в 2009 году повысилась заболеваемость активным туберкулезом - на 2,2 % по сравнению с 2008 годом и на 3,0 % по сравнению с 2006 годом.

Высокие значения показателей как первичной, так и общей заболеваемости и их рост в динамике свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья населения и о недостаточной организации планируемых в сфере здравоохранения мероприятий, отсутствии четкой, последовательной, единой политики, направленной на реализацию поставленных задач.

Повышение уровня оснащенности учреждений здравоохранения медицинским оборудованием в 2006-2007 годах существенно расширило возможности диагностиче-

ских исследований при проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан, и ее итоги подтверждают результаты анализа показателей заболеваемости, которые свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья работающего населения в целом по стране.

По сведениям Федеральной службы охраны Российской Федерации проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в январе-сентябре 2010 года составило 57,7 % от плановых значений на 2010 год.

Из представленных по России данных следует, что в 2010 году, как и в предыдущие годы, основная нагрузка по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан приходится на последний квартал года, когда регистрируется сезонный подъем простудных заболеваний, что в конечном итоге приводит к возрастанию нагрузки на медицинский персонал и может негативно отразиться на качестве проводимой дополнительной диспансеризации.

Отставание в выполнении планового задания по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан связано с поздним принятием Минздравсоцразвития России нормативных правовых документов, регламентирующих вопросы проведения и финансового обеспечения дополнительной диспансеризации работающих граждан.

Несмотря на незначительное снижение показателя общей смертности в 2009 году, в структуре смертности по-прежнему лидирующие позиции занимает смертность от болезней системы кровообращения, показатели которой остаются одними из самых высоких в мире. Средний темп убыли показателя смертности от болезней системы кровообращения на протяжении 2005-2009 годов составляет (-)3,1 % в год, не достигнут плановый показатель - снижение смертности от болезней системы кровообращения до 780 на 100 тыс. населения, обозначенный в задачах ПНП «Здоровье» на 2008 год.

Второе место среди причин смертности населения России занимает смертность от новообразований. В 2008 и 2009 годах смертность от новообразований сохраняла тенденцию к увеличению значений и превысила плановые значения, установленные на 2009 год Минздравсоцразвития России. Онкологические заболевания в России характеризуются высокой долей смертей в течение первого года после установления диагноза, что свидетельствует о поздней выявляемости этих заболеваний. Минздравсоцразвития России в 2009 году не выполнена задача по снижению уровня смертности от новообразований.

В 2009 году в целом по России на прежнем уровне сохранились значения показателя смертности от болезней органов дыхания, незначительно снизилась смертность от болезней органов пищеварения. Уровень смертности по субъектам Российской Федерации характеризуется значительной дифференциацией значений указанных показателей.

Средний темп убыли показателя смертности населения Российской Федерации от всех причин за последние 4 года составил (-)3,1 процента.

Для достижения Минздравсоцразвития России к 2012 году целевого значения показателя смертности населения Российской Федерации от всех причин в размере 11,9 на 1000 человек населения необходимо добиваться в ближайшие годы снижения значений указанного показателя по отношению к 2009 году на 5,4 % в год. Однако наметившиеся тенденции к замедлению темпа убыли показателя смертности (менее 3,1 %) ставят под сомнение реалистичность данного прогноза.

На протяжении многих лет обеспеченность медицинскими кадрами российского здравоохранения, несмотря на высокие среднестатистические показатели, характеризуется значительными диспропорциями:

- межрегиональная дифференциация обеспеченности медицинским персоналом составила: в 2008 году - 3,7 раза, в 2009 году - 2,8 раза по численности врачебных кадров; 2,7 (2008 год) и 2,2 (2009 год) раза по численности средних медицинских работников;

- соотношение численности врачей к численности средних медицинских работников составляет в России по итогам 2009 года 1:2,5 (при рекомендациях ВОЗ 1:4);



- обеспеченность врачами и средним медперсоналом в 2009 году сельского населения, соответственно, в 4,1 и 2 раза меньше, чем в среднем по России;
- в целом по учреждениям здравоохранения России в 2009 году укомплектованность штатами (занято физическими лицами) составила 62,2 % по отношению к штатному расписанию, 62,9 % - по отношению к занятым должностям;
- отмечается высокая концентрация врачей в стационарных лечебных учреждениях и недостаточное количество врачей в амбулаторно-поликлиническом звене;
- наибольший дефицит врачебных кадров прослеживается среди хирургов, реаниматологов, патологоанатомов, врачей клинической лабораторной диагностики, рентгенологов, анестезиологов-реаниматологов, онкологов, фтизиатров;
- наблюдается крайне низкий уровень укомплектованности штатного расписания диагностических служб физическими лицами и, соответственно, высокие коэффициенты совместительства: 1,8 - в рентгенологической службе, 2,7 - в лабораторной службе, 2,1 - в службе функциональной и ультразвуковой диагностики.

Наличие указанных диспропорций кадрового обеспечения здравоохранения, недостаточная численность врачей в возрасте до 35 лет и отсутствие заметной динамики в увеличении их количества, низкий уровень заработной платы медицинских работников по сравнению с другими отраслями значительно снижают эффективность использования медицинского оборудования, закупленного в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

Анализ нормативно-правовой базы Российской Федерации показывает отсутствие единого кодифицированного акта, регулирующего сферу обращения изделий медицинского назначения, в котором были бы отражены все стадии жизненного цикла изделия от его разработки, доклинических исследований и до его утилизации, в том числе изложены: терминология; правила регистрации; требования к участникам сферы обращения изделий медицинского назначения; требования к ввозу и вывозу изделий; правила наблюдения за рынком изделий; требования к квалификации медицинского персонала, использующего изделия; правила наблюдения за использованием изделий по назначению, их эксплуатацией и техническим обслуживанием, безопасностью, уничтожением и прочее.

Потребление медицинской продукции, произведенной в Российской Федерации, составляет менее 25 % объема соответствующего сегмента рынка в денежном выражении и неуклонно снижается. При этом в отдельных в первую очередь высокотехнологичных сегментах рынка медицинской техники и изделий медицинского назначения доля импортных продуктов приближается к 100 процентам.

По оценкам экспертов, объем рынка медицинской техники и изделий медицинского назначения в Российской Федерации увеличится более чем в 3 раза к 2020 году и достигнет 300 млрд. рублей в год.

Учитывая данные прогнозы, а также факт, что более 80 % медицинской техники в России приобретается за счет бюджетных средств, особое значение имеют вопросы разработки и производства в России современных, высокотехнологичных изделий медицинского назначения, в том числе в рамках кооперации с иностранными производителями, и принятия государственных мер, стимулирующих данное направление.

В целях совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи в рамках ПНП «Здоровье» в 2006-2007 годах на обеспечение диагностическим оборудованием муниципальных амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений из федерального бюджета выделены средства в сумме 29,7 млрд. рублей.

По итогам конкурсных торгов в 2006 году заключено 53 государственных контракта на поставку 22652 единиц диагностического оборудования на общую сумму 14,3 млрд. рублей, при этом удалось закупить оборудования на 2652 единицы больше, чем планиро-

валось. В 2007 году заключено 103 государственных контракта на поставку 20313 единиц оборудования на общую сумму 15,4 млрд. рублей, что на 3343 единицы оборудования больше, чем планировалось в ходе подготовки к конкурсным торгам.

Удельный вес закупаемого диагностического оборудования отечественного производства (в суммовом выражении) составил около 42 процентов.

В ходе проведения контрольных мероприятий установлено, что первоначальные заявки лечебно-профилактических учреждений на диагностическое оборудование отличаются от видов и моделей реально поставленного оборудования, которое не всегда соответствовало ожиданиям ЛПУ по ассортименту и техническим характеристикам.

Выявлено, что поставщиками нарушались условия государственных контрактов, касающиеся сроков поставки, комплектации, установки и ввода оборудования в эксплуатацию. Имели место поставки некачественного оборудования; отдельные поставки осуществлялись не поставщиками, определенными соответствующими государственными контрактами, а третьими лицами (курьерской службой) и по почте.

Несмотря на имеющиеся недостатки в организации поставок, централизованные закупки позволили значительной части субъектов Российской Федерации заменить в учреждениях здравоохранения оборудование, имеющее износ в размере 100 %, или оснастить их оборудованием, которое до этого времени в ЛПУ отсутствовало.

Процесс ввода в эксплуатацию полученного рентгенологического оборудования осложнялся не только несвоевременной подготовкой помещений и кадров, но и длительными сроками лицензирования рентгеновских кабинетов (дозиметрический контроль, получение разрешения органа санэпиднадзора на работу оборудования с источниками ионизирующего излучения). По этим причинам начало фактического использования оборудования задерживалось в среднем на срок от 2 месяцев до полугода и более.

Лечебно-профилактические учреждения в связи с оснащением разноплановым медицинским оборудованием, как российских, так и зарубежных производителей, заинтересованы, прежде всего, в их комплексном сервисном обслуживании, поэтому решают данный вопрос в зависимости от своих финансовых возможностей.

Как показали проверки, наравне с практикой ежегодных контрактов ЛПУ используют возможность заключения квартальных контрактов на сервисное обслуживание, причем иногда с разрывом в сроках между вновь заключенными контрактами и контрактами с истекшим сроком действия.

Для выбора поставщика услуг используются торги (конкурс, аукцион) либо, чаще всего, запрос котировок, что зависит от имеющегося объема финансирования услуг сервисных организаций.

Действующая система регулирования рынка услуг по организации сервисного обслуживания и отсутствие у ЛПУ достаточного объема финансовых средств на проведение необходимых профилактических и ремонтных работ медицинского оборудования ограничивают возможность поддержания оборудования в исправном состоянии на протяжении всего периода его эксплуатации. Это приводит к повышенному риску обеспечения безопасности пациентов при использовании медицинского оборудования в послегарантийный период и его простоям.

Кроме того, отсутствие надлежащей конкуренции между профессиональными сервисными организациями приводит к удорожанию стоимости ремонтных работ и к значительным простоям медицинского оборудования. В результате снижаются качество и доступность оказываемых населению в учреждениях здравоохранения гарантированных медицинских услуг.

Эффективность использования медицинского оборудования непосредственно связана с финансовым обеспечением его необходимыми расходными материалами, проведением сервисного обслуживания и метрологических проверок медицинской техники.

В рамках выбранных для исследования в ходе аудита эффективности видов диагностического оборудования наиболее затратным, с точки зрения использования расходных материалов, является лабораторное, а наименее - ультразвуковое оборудование.

Результаты проведенного в разрезе субъектов Российской Федерации анализа достаточности и эффективности расходования финансовых средств на обеспечение полноценного использования приобретенного в рамках ПНП «Здоровье» медицинского оборудования показали наличие недофинансирования указанных видов расходов государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Низкая укомплектованность диагностических служб медицинскими кадрами, недофинансирование учреждений здравоохранения в части обеспечения медицинского оборудования необходимыми расходными материалами, сервисным обслуживанием и проведением метрологических проверок свидетельствуют об отсутствии комплексного программного подхода по обеспечению медицинским оборудованием учреждений здравоохранения как на стадии проектных разработок, так и на стадии управления реализацией мероприятий ПНП «Здоровье» на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Анализ данных о проведенных диагностических обследованиях в период с 2005 по 2009 год показывает, что их количество ежегодно увеличивается. В некоторых субъектах Российской Федерации рост превысил 20 процентов.

Межрегиональная дифференциация показателя количества исследований в расчете на 1000 человек населения составляет: для рентгенологических исследований - 2,7 раза, для ультразвуковых исследований - 2,2 раза, для лабораторных исследований - 1,7 раза.

Согласно данным социологического опроса почти две трети опрошенных врачей (62 %) считают, что появление нового оборудования способствовало увеличению потока пациентов, то есть позволило охватить большее число людей, нуждающихся в обследованиях. Однако четверть (25 %) опрошенных показали, что количество направлений не изменилось. Результаты контрольных мероприятий подтвердили, что в некоторых ЛПУ произведена замена устаревшего и неработающего оборудования, но это не повлияло на увеличение количества обследований населения.

Анализ результатов исследования, проведенного на основе информации, полученной от различных ЛПУ, находящихся в субъектах Российской Федерации, показал, что интенсивность использования одних и тех же моделей оборудования различается как среди учреждений здравоохранения в пределах одного региона, так и при сопоставлении данных ЛПУ, находящихся в различных субъектах Российской Федерации.

Причинами низкой интенсивности использования оборудования (простая оборудования) в отдельных регионах являлись, в том числе наличие технических проблем и длительных ремонтов оборудования, избыточность оборудования для ЛПУ или его ненадлежащий технический уровень, а также отсутствие пациентов, испытывающих необходимость в проведении исследований, что подтверждают и результаты социологического опроса.

Кроме того, причиной простоя оборудования в отдельных учреждениях является неуккомплектованность и недостаточность квалифицированных кадров. Не все получатели оборудования смогли обеспечить обучения достаточного количества специалистов, что позволило бы ЛПУ повысить интенсивность использования оборудования и снизить простои оборудования в связи с увольнением в последующие годы обученных специалистов. Это свидетельствует об отсутствии программ по обеспечению квалифицированными специалистами и их финансировании при решении вопросов о приобретении оборудования.

Отмечаются факты значительных различий в стоимости расходных материалов, необходимых для проведения аналогичных диагностических исследований в учреждениях здравоохранения.

Данные различия свидетельствуют не только о несовершенстве и наличии недостатков в учете затрат на расходные материалы в ЛПУ, но и о неэффективности организации этих закупок и контроля за расходами, осуществляемыми в субъектах Российской Федерации.

В ходе социологического опроса от 15 % до 34 % медицинских работников отметили, что обследования проводятся не в день приема пациента, а существует очередь ожидания диагностических процедур.

Задача, определенная в мероприятиях по развитию первичной медико-санитарной помощи ПНП «Здоровье» на 2008 год, - сокращение сроков ожидания на диагностические исследования до 3 дней - решена частично, не во всех регионах и не для всех видов оборудования.

Наиболее успешно решены вопросы с рентгенологическими исследованиями, где сроки ожидания в среднем составляют до 3 дней, однако в отдельных субъектах Российской Федерации данный срок превышен. Наиболее длительный срок ожидания зафиксирован для ультразвуковых исследований, который в основном превышает неделю и может составлять месяц и более в зависимости от вида исследования и требуемой для этого модели оборудования.

ФГУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора в 2006 году разработана автоматизированная информационная система (АИС ММИ), позволяющая осуществлять оперативный контроль реализации мероприятий ПНП «Здоровье» в части использования диагностического оборудования в каждом учреждении здравоохранения.

Однако Минздравсоцразвития России и органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации не уделяют должного внимания анализу текущей ситуации в учреждениях здравоохранения, использующих диагностическое оборудование, поставленное по ПНП «Здоровье», что сказывается на подготовке нормативных правовых документов и отсутствии оптимизации при финансировании расходов в сфере здравоохранения.

Отдельные субъекты Российской Федерации осуществляли внедрение программы АИС ММИ, которая постоянно корректируется и совершенствуется только с 2009 года, поэтому при проведении контрольных мероприятий проверяющие организации сталкивались с проблемами отсутствия необходимых данных об эксплуатации оборудования либо их некорректного представления.

Несмотря на имеющиеся недостатки, программа АИС ММИ ФГУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора позволяет мониторить и анализировать ситуацию, складывающуюся в каждом субъекте Российской Федерации и учреждении здравоохранения о готовности диагностического оборудования к работе. Органы управления здравоохранением и ЛПУ имеют возможность своевременно принимать решения, касающиеся повышения качества и доступности граждан к медицинской помощи, учитывать влияние финансирования на расходные материалы и техническое обслуживание оборудования, сопоставлять эффективность деятельности различных учреждений здравоохранения как в самом регионе, так и в целом по всей Российской Федерации.

В 2008-2010 годах в Российской Федерации продолжается реализация направлений ПНП «Здоровье», в частности, проводятся мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Общая сумма средств, выделенных из федерального бюджета на закупку медицинского оборудования по 3 вышеуказанным направлениям ПНП «Здоровье» за период 2008-2010 годов, составляет 31,2 млрд. рублей.

В перечень медицинского оборудования, приобретаемого для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, утвержденный приказами Минздравсоцразвития России, вошло высокотехнологичное оборудование зарубежного произ-

водства, в том числе компьютерные томографы, ультразвуковые системы, ангиографические установки и т. д.

Анализ технических заданий и документации на проведение торгов на поставку рентгеновских компьютерных томографов в федеральные учреждения здравоохранения показал, что в большинстве случаев технические требования к медицинскому оборудованию, включенные в техническое задание конкурсной документации (документации об аукционе), имели тенденцию на указание конкретной модели компьютерного томографа, которая впоследствии и закупалась заказчиком по государственному контракту.

В отдельных случаях указываемые в информационных картах сроки поставки оборудования составляли менее 30 дней. С учетом мнения производителей о том, что сроки производства оборудования в определенной комплектации и его доставка в Россию составляют свыше 30 дней, предлагаемые в торгах условия свидетельствовали о готовности оборудования к поставке еще до объявления торгов.

Технические спецификации медицинского оборудования, в том числе компьютерных томографов, закупаемого федеральными учреждениями здравоохранения самостоятельно, согласовывались с Минздравсоцразвития России при выделении им бюджетных ассигнований.

Согласно данным Федеральной таможенной службы, практически все из исследуемых в ходе контрольного мероприятия поставок компьютерных томографов осуществлялись торговыми фирмами, не связанными с производителями оборудования. Однако, несмотря на отсутствие прямых контрактов, зарубежные производители во всех случаях информировали свои представительства в России об отгружаемом оборудовании с указанием конечного получателя в целях своевременной организации сервисными службами производителя ввода оборудования в эксплуатацию и обеспечения гарантийного обслуживания компьютерных томографов, которое по условиям государственных контрактов является зоной ответственности поставщика оборудования.

Полученные данные свидетельствуют о том, что нижняя граница цен ввоза аналогичных моделей компьютерных томографов (64 среза), сопоставимых по своим техническим характеристикам, составляла в 2008-2009 годах от 23 до 55 млн. рублей, однако цены государственных контрактов на поставку данного оборудования в учреждения здравоохранения в основном составляли от 60 до 95 млн. рублей.

В ходе контрольных мероприятий выборочно изучены материалы, представленные российскими поставщиками медицинского оборудования, в результате чего установлено, что разница между ценами ввоза компьютерных томографов (аппаратов УЗИ) и ценой поставки оборудования в ЛПУ составляет до 70 %. В отдельных случаях наценка на поставляемое оборудование не превышает 5 %, однако при этом цены ввоза тех же самых моделей оборудования у поставщиков, применяющих низкую наценку, превышают уровень цен ввоза поставщиков, использующих высокую наценку. Практически во всех исследуемых случаях в перечне зарубежных отправителей оборудования производители компьютерных томографов и аппаратов ультразвукового сканирования не значатся.

Реализация мероприятий по каждому из направлений ПНП «Здоровье» (совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями) предусматривает закупку медицинского оборудования с определенными техническими характеристиками, которое обеспечивает гарантированный уровень медицинской помощи в каждом из субъектов Российской Федерации, участвующих в мероприятиях.

Минздравсоцразвития России подготовило перечни медицинского оборудования без указания базовых технических параметров для основных видов закупаемого оборудования. Однако методические рекомендации специалистов, на основании которых могли бы формироваться технические задания при проведении торгов в субъектах Российской Федерации, не приняты. В результате при подготовке конкурсной документации

(документации об аукционе) заказчики в регионах самостоятельно принимали решения, касающиеся технических и экономических параметров закупаемого оборудования, и указывали их в техническом задании.

В Минздравсоцразвития России отсутствует обоснованный расчет необходимого и достаточного объема финансовых средств (субсидий), выделяемых субъектам Российской Федерации для закупки оборудования в целях реализации мероприятий ПНП «Здоровье».

Информация о закупках компьютерных томографов в различных субъектах Российской Федерации свидетельствует о значительном разбросе закупочных цен на оборудование, поставленное в рамках реализации одного и того же направления ПНП «Здоровье» и обладающее схожими функциональными и техническими характеристиками, хотя приобреталось для выполнения одинаковых программных целей. Различия в ценах отмечаются не только на КТ различных производителей, но и в случае поставок тех же самых моделей компьютерных томографов одного производителя с аналогичной комплектацией.

В ходе контрольных мероприятий и изучения конкурсной документации (документации об аукционе) установлено, что в ряде случаев заказчики формировали лоты, значительные по объему и по количеству наименований в них медицинского оборудования, предназначенного к закупке.

В отдельных субъектах Российской Федерации в аукционах (конкурсах) на поставку оборудования в целях реализации мероприятий по организации медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями начальная (максимальная) цена лота составляла до 220 млн. рублей. В технических заданиях одного лота одновременно указывались компьютерные томографы (16/32 и 64 среза), ультразвуковые диагностические комплексы (различного класса), ангиографическая система.

Формирование подобного рода лотов ограничивало количество возможных участников в торгах, и, прежде всего, участие самих производителей оборудования.

Исследования показали, что в значительной части проведенных торгов государственные контракты подписывались с единственным участником конкурса (аукциона).

В ряде субъектов Российской Федерации при осуществлении закупки оборудования в пределах предоставленных субсидий по итогам проведения конкурсных процедур образовалась экономия. Общая сумма экономии, включая возврат неиспользованных средств, за 2008-2009 годы по трем направлениям реализации ПНП «Здоровье» (совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях) составила свыше 220 млн. рублей, или менее 2 % об общей суммы средств, выделенных на реализацию данных мероприятий.

По информации представителей заводов - производителей компьютерных томографов, цены формируются в зависимости от комплектации и программного обеспечения запрашиваемого заказчиком оборудования. Прейскурант цен известен российским фирмам - поставщикам оборудования, который они получают непосредственно от производителя и с которым они согласовывают условия сделки, а предложение формируется на основе спецификации и технического задания заказчика. Представители производителей направили свои ответы на вопросы Счетной палаты Российской Федерации, связанные с регистрацией в России медицинского оборудования, организацией его технического обслуживания, сотрудничества с врачами и прочее, однако базовые прейскуранты производителя на поставляемое в Россию медицинское оборудование не представлены, на Интернет-сайтах производителя соответствующая информация не размещается.

Анализ информации производителей и поставщиков, данных ФТС России и результатов торгов свидетельствует о необходимости совершенствования системы ценообразования на медицинское оборудование, повышения прозрачности совершаемых сделок, открытости ценовой политики зарубежных производителей в России.

Отсутствие прозрачности процедуры определения стоимости медицинского оборудования, закупаемого за бюджетные средства, унификации технических требований к оборудованию, закупаемому в рамках одного и того же направления ПНП «Здоровье», недостатки в организации и проведении торгов порождают риск неэффективного использования государственных средств, выделяемых на закупку оборудования.

Принимая во внимание количество закупленных в 2008-2009 годах рентгеновских компьютерных томографов (более 120 единиц), расчетный объем неэффективного использования средств федерального бюджета на эти цели составил более 1 млрд. рублей.

Как показывают результаты контрольных мероприятий в учреждениях здравоохранения, нарушения сроков ввода компьютерных томографов в эксплуатацию отмечаются в лечебно-профилактических учреждениях и федерального, и регионального уровней. Основными причинами являются задержки сроков передачи технических требований от поставщика, длительность сроков подготовки проектной документации на реконструкцию помещений и проведение соответствующих работ, так как с учетом действующего законодательства необходимо организовывать торги для выбора исполнителя данных работ.

Анализ эффективности работы поставленного медицинского оборудования (рентгеновские компьютерные томографы и аппараты УЗИ) с позиции частоты его применения свидетельствует о недоиспользовании технических возможностей медицинского оборудования для оказания медицинской помощи населению, нуждающемуся в соответствующих исследованиях.

Показатель интенсивности эксплуатации оборудования (соотношение количества исследований к количеству рабочих дней) для КТ 64 среза, которые установлены в региональных сосудистых центрах, составил от 2,4 до 21,3 исследования в день (от 72 до 639 в месяц). В расчете учитывается возможность проведения для одного пациента одновременно более чем одного исследования.

Для КТ 16, которые установлены в первичных сосудистых отделениях, онкологических диспансерах или в ЛПУ, оказывающих помощь потерпевшим при дорожно-транспортных происшествиях, показатель интенсивности составил от 2,8 до 10,7 исследования в день (от 84 до 321 в месяц).

Для сравнения в клиниках Великобритании в 2008 году на одном компьютерном томографе проводится в среднем 633 исследования в месяц.

Аналогичная ситуация наблюдается и при использовании ультразвуковых аппаратов.

Согласно данным социологического опроса, проведенного ВЦИОМ в 2010 году, исходя из интересующих Счетную палату Российской Федерации аспектов в сфере здравоохранения, установлено.

В целом положение дел в сфере здравоохранения в 2010 году сложно охарактеризовать однозначно. Более половины опрошенных пациентов считают, что в настоящее время сфера здравоохранения в целом развивается в той или иной степени хорошо (58 %), немногим более трети представителей этой целевой аудитории полагают, что плохо или скорее плохо (37 %). Опрос среди медицинских работников, занятых непосредственно в рассматриваемой сфере, показывает, что разрыв между положительными и отрицательными оценками минимален, причем несколько преобладают отрицательные суждения (хорошо/скорее хорошо - 46 %, плохо/скорее плохо - 50 процентов).

Более трети опрошенных пациентов отмечают улучшение положения дел в сфере здравоохранения за последний год (37 %), немногим менее половины считают, что изменений в этой сфере не произошло (45 %), и 12 % полагают, что ситуация ухудшилась.

По мнению населения, основной проблемой в сфере здравоохранения в настоящий момент является высокая стоимость лекарств, этот вариант ответа указали 58 % опрошенных. Немаловажными проблемами являются очереди на прием к врачам (40 %),

часто возникающие вследствие еще одной указанной проблемы - высокой загруженности медицинских работников (29 %). На проблемы платности медицинских услуг (пусть и частично) указали 23 % опрошенного населения. Менее пятой части опрошенных в качестве основных проблем называют безразличие врачей (19 %), нехватку специалистов (17 %) и низкое качество предоставляемых медицинских услуг (16 процентов).

По мнению медицинских работников, реализация ПНП «Здоровье» способствовала в первую очередь улучшению диагностики заболеваний (80 %) и повышению качества обслуживания населения (79 %). Что может косвенно служить положительной оценкой направления национального проекта в части поставок диагностического оборудования.

Большинство респондентов указали, что им не приходилось оплачивать проведение обследований. Тем не менее четверть пациентов платила деньги за УЗИ и еще пятая часть опрошенных - за эндоскопические обследования (27 % и 22 %, соответственно).

Опрос пациентов показывает очень большое разнообразие ответов в зависимости от ЛПУ и от вида обследования. Например, в отдельных ЛПУ доля платных рентгенологических обследований составляла до 38 %, УЗИ - до 54 %, ЭКГ - до 31 %, лабораторных - до 32 % и эндоскопических - до 47 процентов.

Следует отметить, что имеются учреждения здравоохранения, в которых платные обследования составляют не более 3 %, однако при этом более 80 % пациентов указывают на необходимость ожидания услуги, и, наоборот, в ЛПУ, в которых пациенты реже отмечают необходимость ожидания обследования, чаще указывается на пользование платными услугами, что может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами.

Результаты Всероссийского социологического исследования в 2008 году подтверждают, что основная часть населения Российской Федерации считает наиболее оптимальной формой оказания медицинской помощи - оказание бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения страны.

### **Выводы**

Реализация в 2006-2010 годах приоритетного национального проекта «Здоровье» в части обеспечения учреждений здравоохранения медицинским оборудованием позволила улучшить их оснащенность современными изделиями медицинского назначения, повысить качество и доступность медицинской помощи для населения Российской Федерации.

В период с 2006 по 2009 год отмечалась устойчивая тенденция к росту большинства показателей первичной и общей заболеваемости, что подтверждают и результаты проведения дополнительной диспансеризации граждан. Высокие значения указанных показателей и их рост в динамике свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья населения и о недостаточной организации планируемых в сфере здравоохранения мероприятий, отсутствии четкой, последовательной, единой политики, направленной на реализацию поставленных задач.

Несмотря на незначительное снижение показателя общей смертности в 2009 году, в структуре смертности, по-прежнему, лидирующие позиции занимают болезни системы кровообращения, показатели которых остаются одними из самых высоких в мире. На втором месте находится смертность от новообразований. Для достижения Минздравсоцразвития России к 2012 году целевого значения показателя смертности населения Российской Федерации от всех причин в размере 11,9 на 1000 человек населения необходимо добиваться в ближайшие годы снижения значений указанного показателя по отношению к 2009 году на 5,4 % в год. Однако наметившиеся тенденции к замедлению темпа убывли показателя смертности (менее 3,1 %) ставят под сомнение реалистичность данного прогноза. Минздравсоцразвития России в 2008-2009 годах не выполнена задача по снижению уровня смертности от болезней системы кровообращения и от новообразований.



На протяжении многих лет обеспеченность медицинскими кадрами российского здравоохранения, несмотря на высокие среднестатистические показатели, характеризуется значительными диспропорциями:

- межрегиональная дифференциация обеспеченности медицинским персоналом составила: в 2008 году - 3,7 раза, в 2009 году - 2,8 раза по численности врачебных кадров; 2,7 (2008 год) и 2,2 (2009 год) раза по численности средних медицинских работников;

- обеспеченность врачами и средним медперсоналом в 2009 году сельского населения была, соответственно, в 4,1 и 2 раза меньше, чем в среднем по России;

- в целом по учреждениям здравоохранения России в 2009 году укомплектованность кадрами (физическими лицами) составила 62,2 % по отношению к штатному расписанию и 62,9 % - по отношению к занятым должностям;

- наблюдается крайне низкий уровень укомплектованности штатного расписания диагностических служб физическими лицами и, соответственно, высокие коэффициенты совместительства: 1,8 - в рентгенологической службе, 2,7 - в лабораторной службе, 2,1 - в службе функциональной и ультразвуковой диагностики.

Наличие указанных диспропорций кадрового обеспечения здравоохранения, недостаточная численность врачей в возрасте до 35 лет и отсутствие заметной динамики в увеличении их количества, низкий уровень заработной платы медицинских работников по сравнению с другими отраслями значительно снижают эффективность использования медицинского оборудования, закупленного в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

Анализ нормативной правовой базы Российской Федерации показывает отсутствие единого кодифицированного акта, регулирующего сферу обращения изделий медицинского назначения, в котором были бы отражены все стадии жизненного цикла изделия от его разработки, доклинических исследований и до его утилизации.

Потребление учреждениями здравоохранения медицинской техники, произведенной в Российской Федерации, составляет менее 25 % объема соответствующего сегмента рынка медицинского оборудования в денежном выражении и неуклонно снижается. В отдельных высокотехнологичных сегментах рынка доля импортных продуктов приближается к 100 %. В условиях, когда более 80 % медицинской техники закупается за счет бюджетных средств, особое значение приобретают вопросы разработки и производства в России современных высокотехнологичных изделий медицинского назначения, в том числе в рамках кооперации с иностранными производителями, и принятия государственных мер, стимулирующих данное направление.

Поставки диагностического оборудования в рамках реализации ПНП «Здоровье» в 2006-2007 годах на сумму 29,7 млрд. рублей позволили значительной части субъектов Российской Федерации заменить в учреждениях здравоохранения оборудование, имеющее износ в размере 100 %, или оснастить их оборудованием, которое до этого времени в ЛПУ отсутствовало. Однако заявки лечебно-профилактических учреждений на диагностическое оборудование отличаются от видов и моделей реально поставленного оборудования, которое по ассортименту и техническим характеристикам не всегда соответствовало ожиданиям учреждений здравоохранения.

Действующая система регулирования рынка услуг по организации сервисного обслуживания и отсутствие у ЛПУ достаточного объема финансовых средств на проведение необходимых профилактических и ремонтных работ медицинского оборудования ограничивают возможность поддержания оборудования в исправном состоянии на протяжении всего периода его эксплуатации. Это приводит к повышенному риску обеспечения безопасности пациентов при использовании медицинского оборудования в послегарантийный период и его простоям.

Низкая укомплектованность диагностических служб медицинскими кадрами, недофинансирование учреждений здравоохранения в части обеспечения медицинского оборудования необходимыми расходными материалами, сервисным обслуживанием и проведением метрологических проверок свидетельствуют об отсутствии комплексного программного подхода по обеспечению медицинским оборудованием учреждений здравоохранения как на стадии проектных разработок, так и на стадии управления реализацией мероприятий ПНП «Здоровье» на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Анализ данных о проведенных диагностических обследованиях населения в период с 2005 по 2009 год показывает, что их количество ежегодно увеличивается. В некоторых субъектах Российской Федерации рост превысил 20 %. Межрегиональная дифференциация показателя количества исследований в расчете на 1 тыс. человек населения составляет: для рентгенологических исследований - 2,7 раза, для ультразвуковых исследований - 2,2 раза, для лабораторных исследований - 1,7 раза.

Задача, определенная в мероприятиях по развитию первичной медико-санитарной помощи ПНП «Здоровье» на 2008 год, - сокращение сроков ожидания диагностического исследования до 3 дней, решена частично, не во всех регионах и не для всех видов оборудования. Наиболее успешно решены вопросы с рентгенологическими исследованиями, где сроки ожидания в среднем составляют до 3 дней, однако в отдельных субъектах Российской Федерации данный срок превышен. Наиболее длительный срок ожидания зафиксирован для ультразвуковых исследований, который в основном превышает неделю и может составлять месяц и более в зависимости от вида исследования и требующейся для этого модели оборудования.

Анализ технических заданий и документации на проведение торгов на поставку рентгеновских компьютерных томографов в федеральные учреждения здравоохранения в рамках реализации мероприятий ПНП «Здоровье» в 2008-2010 годы показал, что в большинстве случаев технические требования к медицинскому оборудованию, включенные в техническое задание конкурсной документации (документации об аукционе), имели тенденцию на указание конкретной модели компьютерного томографа, которая впоследствии и закупалась заказчиком по государственному контракту.

Согласно данным Федеральной таможенной службы, практически все из исследуемых в ходе контрольного мероприятия поставок компьютерных томографов осуществлялись торговыми фирмами, не связанными с производителями оборудования. Однако, несмотря на отсутствие прямых контрактов, зарубежные производители во всех случаях информировали свои представительства в России об отгружаемом оборудовании с указанием конечного получателя в целях своевременной организации сервисными службами производителя ввода оборудования в эксплуатацию и обеспечения гарантийного обслуживания компьютерных томографов, которое по условиям государственных контрактов является зоной ответственности поставщика оборудования. Полученные данные свидетельствуют о том, что нижняя граница цен ввоза аналогичных моделей компьютерных томографов (64 среза), сопоставимых по своим техническим характеристикам, составляла в 2008-2009 годах от 23 до 55 млн. рублей, однако цены государственных контрактов на поставку данного оборудования в учреждения здравоохранения в основном составляли от 60 до 95 млн. рублей.

Минздравсоцразвития России подготовило перечни медицинского оборудования без указания базовых технических параметров для основных видов закупаемого оборудования. Однако методические рекомендации специалистов, на основании которых могли бы формироваться технические задания при проведении торгов в субъектах Российской Федерации, не приняты. В результате при подготовке конкурсной документации (документации об аукционе) заказчики в регионах самостоятельно принимали решения,

касающиеся технических и экономических параметров закупаемого оборудования, и указывали их в техническом задании. В Минздравсоцразвития России отсутствует обоснованный расчет необходимого и достаточного объема финансовых средств (субсидий), выделяемых субъектам Российской Федерации для закупки оборудования в целях реализации мероприятий ПНП «Здоровье».

В ходе контрольных мероприятий и изучения конкурсной документации (документации об аукционе) установлено, что в ряде случаев заказчики формировали лоты, значительные по объему и количеству наименований в них медицинского оборудования, предназначенного к закупке. Формирование подобного рода лотов ограничивало количество возможных участников в торгах и, прежде всего, участие самих производителей оборудования. В значительной части проведенных торгов государственные контракты подписывались с единственным участником конкурса (аукциона).

Анализ информации производителей и поставщиков, данных ФТС России и результатов торгов свидетельствует о необходимости совершенствования системы ценообразования на медицинское оборудование, повышения прозрачности совершаемых сделок, открытости ценовой политики зарубежных производителей в России. Отсутствие прозрачности процедуры определения стоимости медицинского оборудования, закупаемого за бюджетные средства, унификации технических требований к оборудованию, закупаемому в рамках одного и того же направления ПНП «Здоровье», недостатки в организации и проведении торгов порождают риск неэффективного использования государственных средств, выделяемых на закупку оборудования. Принимая во внимание количество закупленных в 2008-2009 годах рентгеновских компьютерных томографов (более 120 единиц), расчетный объем неэффективного использования средств федерального бюджета на эти цели составил более 1 млрд. рублей.

Анализ эффективности работы поставленного медицинского оборудования (рентгеновские компьютерные томографы и аппараты УЗИ) с точки зрения частоты его применения свидетельствует о недоиспользовании технических возможностей оборудования для оказания медицинской помощи населению, нуждающемуся в соответствующих исследованиях.

Согласно данным социологического опроса населения, основной проблемой в сфере здравоохранения в настоящий момент является высокая стоимость лекарств - этот вариант ответа указали 58 % опрошенных. Немаловажной проблемой являются очереди на прием к врачам (40 %), часто возникающие вследствие еще одной указанной проблемы - высокой загруженности медицинских работников (29 %). На платность медицинских услуг (пусть и частично) указали 23 % опрошенного населения. Менее пятой части опрошенных в качестве основных проблем называют безразличие врачей (19 %), нехватку специалистов (17 %) и низкое качество предоставляемых медицинских услуг (16 процентов).

Большинство опрошенных респондентов указали, что им не приходилось оплачивать проведение обследований. Тем не менее, четверть пациентов платила деньги за УЗИ и еще пятая часть опрошенных - за эндоскопические обследования (27 % и 22 %, соответственно). Опрос пациентов показывает очень большое разнообразие ответов в зависимости от ЛПУ и вида обследования. Например, в отдельных ЛПУ доля платных рентгенологических обследований составляла до 38 %, УЗИ - до 54 %, ЭКГ - до 31 %, лабораторных - до 32 % и эндоскопических - до 47 %. Следует отметить, что имеются учреждения здравоохранения, в которых платные обследования составляют не более 3 %, однако при этом более 80 % пациентов указывают на необходимость ожидания услуги, и, наоборот, в ЛПУ, в которых пациенты реже отмечают необходимость ожидания обследования, чаще указывается на пользование платными услугами, что может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами.

Результаты Всероссийского социологического исследования в 2008 году подтверждают, что основная часть населения Российской Федерации считает наиболее оптимальной формой оказания медицинской помощи - оказание бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения страны.

### **Рекомендации**

В целях эффективного использования государственных средств, выделяемых бюджетами всех уровней на закупку медицинского оборудования и его эффективного использования в учреждениях здравоохранения, обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи населению, предлагается следующее.

#### **Правительству Российской Федерации:**

- завершить разработку и принять Концепцию развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года;
- подготовить и принять единый кодифицированный акт, регулирующий сферу обращения изделий медицинского назначения от их разработки, доклинических исследований и до утилизации;
- принять меры по совершенствованию системы ценообразования накупаемое за бюджетные средства медицинское оборудование, повышению прозрачности совершаемых сделок, организации и проведения торгов, открытости ценовой политики зарубежных производителей в России, с использованием элементов государственного регулирования рынка изделий медицинского назначения;
- в рамках мероприятий по стимулированию развития отечественной медицинской промышленности особое внимание уделить вопросам разработки и производства в России современных высокотехнологичных изделий медицинского назначения, в том числе в рамках кооперации с иностранными производителями.

#### **Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:**

- повысить эффективность мер, направленных на снижение смертности и заболеваемости населения с целью достижения целевых показателей, определенных в качестве основных индикаторов реализации ПНП «Здоровье»;
- разработать комплексную программу по подготовке и обеспечению учреждений здравоохранения медицинскими кадрами;
- принять меры по совершенствованию действующих нормативных правовых актов, касающихся требований к организации технического обслуживания медицинского оборудования;
- провести анализ и внести изменения в нормативные правовые документы, определяющие порядок использования оборудования и совершенствования служб лучевой диагностики;
- при подготовке документации об аукционах предусматривать требования к поставщикам по обеспечению оптимальных сроков гарантийного обслуживания оборудования закупаемого за счет средств федерального бюджета, и разработать унифицированные базовые требования к техническим характеристикам оборудования для обеспечения на торгах реальной конкуренции между производителями;
- в целях достижения эффективного снижения цен накупаемое оборудование при подписании государственных контрактов с победителем - единственным участником аукциона, использовать положение части 4 статьи 38 Федерального закона от 21 июля 2005 года № 94-ФЗ, предусматривающее возможность согласования с участником аукциона цену контракта, не превышающую начальную (максимальную) цену лота;
- в рамках реализации мероприятий ПНП «Здоровье» обеспечить проведение мониторинга эффективности организации торгов на закупку оборудования и его использования в учреждениях здравоохранения;

- повысить оперативность передачи субсидий по ПНП «Здоровье» в субъекты Российской Федерации в целях своевременного обеспечения мероприятий по организации торгов, подготовке помещений и ввода оборудования в эксплуатацию;

- продолжить реализацию мероприятий, способствующих повышению удовлетворенности граждан доступностью и качеством оказания бесплатной медицинской помощи.

**Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:**

- принять меры по обеспечению доступности населения к медицинской помощи и достижению целевых показателей ПНП «Здоровье», касающихся сроков ожидания диагностических исследований;

- обеспечить контроль за эксплуатацией оборудования с использованием АИС ММИ и подготовить предложения по совершенствованию данного программного продукта с целью повышения эффективности его использования в учреждениях здравоохранения;

- повысить эффективность использования медицинского оборудования за счет своевременного финансирования учреждений здравоохранения на закупку расходных материалов, организации технического обслуживания оборудования в послегарантийный период, а также обеспечения медицинскими кадрами и подготовки квалифицированных специалистов;

- принять меры по обеспечению доступности бесплатных диагностических исследований при использовании оборудования, закупаемого за бюджетные средства;

- исключить при подготовке документации об аукционе возможность внесения в технические требования к оборудованию показателей, свидетельствующих о принадлежности данных технических характеристик конкретной модели оборудования;

- обеспечить формирование лотов на закупку медицинского оборудования, позволяющих обеспечить конкуренцию среди производителей и/или поставщиков с целью минимизирования возможностей подписания государственных контрактов с единственным участником торгов;

- принять меры по обеспечению доступности к полной информации о заключенных государственных контрактах на поставку медицинского оборудования как одному из элементов формирования объективной, обоснованной начальной (максимальной) цены лота на товар, закупаемый для государственных нужд.

**Аудитор Счетной палаты  
Российской Федерации**

**В. С. КАТРЕНКО**