



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

31.05.2017

№ 365-ПП

г. Екатеринбург

Об итогах выполнения Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2016 год

В соответствии с пунктом 4 статьи 13 Закона Свердловской области от 21 ноября 2012 года № 91-ОЗ «Об охране здоровья граждан в Свердловской области», подпунктом 2 пункта 2 постановления Правительства Свердловской области от 24.12.2015 № 1195-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2016 год», в целях подведения итогов выполнения Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2016 год Правительство Свердловской области

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Принять к сведению доклад о реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2016 год (прилагается).

2. Направить доклад о реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2016 год в Законодательное Собрание Свердловской области не позднее 01 июня 2017 года.

3. Поручить представлять доклад о реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2016 год в Законодательном Собрании Свердловской области Министру здравоохранения Свердловской области И.М. Трофимову.

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Заместителя Губернатора Свердловской области П.В. Крекова.

5. Настоящее постановление опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru).

Временно исполняющий обязанности
Губернатора Свердловской области



Е.В. Куйвашев

К постановлению Правительства
Свердловской области
от 31.05.2017 № 365-ПП

ДОКЛАД
о реализации Территориальной программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
в Свердловской области за 2016 год

Доклад о реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2016 год (далее – Территориальная программа) подготовлен Министерством здравоохранения Свердловской области в соответствии с пунктом 4 статьи 13 Закона Свердловской области от 21 ноября 2012 года № 91-ОЗ «Об охране здоровья граждан в Свердловской области», подпунктом 2 пункта 2 постановления Правительства Свердловской области от 24.12.2015 № 1195-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2016 год».

Формирование и выполнение Территориальной программы осуществлялись в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

Финансовое обеспечение Территориальной программы в 2016 году осуществлялось за счет средств областного бюджета, местных бюджетов (в связи с наделением органов местного самоуправления муниципального образования «город Екатеринбург» государственными полномочиями Свердловской области по организации оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством Свердловской области) и средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области (далее – территориальная программа ОМС).

Основные показатели, представленные в настоящем докладе, рассчитаны на основе сводного годового отчета по годовой форме федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» за 2016 год, утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 24.08.2016 № 445 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

Раздел 1. Фактическое финансирование Территориальной программы

Объем финансирования здравоохранения Свердловской области представлен в таблице 1.

Таблица 1

Объем финансовых средств, направленных на здравоохранение Свердловской области и реализацию Территориальной программы, в разрезе источников финансирования

Номер строки	Источник финансирования	Утверждено на 2016 год (тысяч рублей)	Исполнено за 2016 год	
			тысяч рублей	процентов
1.	Расходы областного бюджета без платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения	19 996 951,7	19 952 403,2	99,8
2.	Расходы местных бюджетов	485 250,0	486 256,9	100,2
3.	Расходы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области, всего	42 212 546,4	42 921 456,7	101,7
4.	в том числе расходы областного бюджета по платежам на обязательное медицинское страхование неработающего населения	19 123 534,8	19 123 534,8	100,0
5.	Расходы на финансирование здравоохранения Свердловской области, всего	62 691 748,1	63 360 116,8	101,1
6.	в том числе на финансирование Территориальной программы	58 082 474,0	58 443 847,4	100,6

Данные о финансировании Территориальной программы за период с 2012 по 2016 год представлены в таблице 2.

**Фактическое финансирование Территориальной программы
в динамике за период с 2012 по 2016 год по источникам финансирования**

Источник финансирования	2012 год		2013 год		2014 год		2015 год		2016 год	
	млн. рублей	про- центов								
Областной бюджет	15 303,5	34,3	14 994,1	26,6	14 216,6	24,8	13 190,8	22,7	15 036,1	25,7
Местные бюджеты	1 356,4	3,0	759,2	1,4	856,8	1,5	585,7	1,0	486,3	0,8
Средства обязательного медицинского страхования	27 955,9	62,7	40 561,1	72,0	42 137,2	73,7	44 285,2	76,3	42 921,4	73,5
Итого	44 615,8	100	56 314,4	100	57 210,6	100	58 061,7	100	58 443,8	100

Утвержденная стоимость Территориальной программы на 2016 год составила 58 082,5 млн. рублей, в том числе расходы консолидированного бюджета Свердловской области 15 869,9 млн. рублей (без взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения).

Исполнение Территориальной программы за 2016 год составило 58 443,8 млн. рублей, или 100,6 процента. По сравнению с 2015 годом фактическая стоимость Территориальной программы увеличилась на 0,7 процента (в 2015 году – 58 061,7 млн. рублей).

Расходы областного бюджета на здравоохранение в целом (без платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения) составили 19 952,4 млн. рублей, или 99,8 процента к плану 2016 года.

Расходы на здравоохранение за счет средств местных бюджетов в 2016 году исполнены в сумме 486,3 млн. рублей, что составляет 100,2 процента к плану 2016 года.

В 2016 году на финансирование территориальной программы ОМС было направлено 42 921,4 млн. рублей, или 101,7 процента к плану 2016 года.

Таким образом, ежегодно происходит рост фактической стоимости Территориальной программы.

Фактические подушевые показатели финансирования здравоохранения в 2016 году составили:

расходы на здравоохранение на одного жителя, всего – 14 606,5 рубля, что на 0,1 процента больше, чем в 2015 году (14 593,9 рубля),

в том числе:

расходы бюджетов на одного жителя – 4 711,7 рубля, что на 8,0 процента больше, чем в 2015 году (4360,4 рубля);

расходы обязательного медицинского страхования на одного застрахованного – 9565,8 рубля, что на 2,7 процента меньше, чем в 2015 году (9832,9 рубля);

расходы на Территориальную программу на одного жителя, всего – 13 473,1 рубля, что на 0,4 процента больше, чем в 2015 году (13 419,8 рубля).

Раздел 2. Характеристика медицинских организаций, участвовавших в реализации Территориальной программы в 2016 году

В реализации Территориальной программы участвовали в 2016 году 219 медицинских организаций различных типов, организационно-правовых форм и уровней подчиненности (в 2012 году – 253; в 2013 году – 240; в 2014 году – 224; в 2015 году – 218), из них 24 муниципальных, 131 областная, 16 федеральных и 48 частных медицинских организаций.

Структура медицинских организаций, участвовавших в реализации Территориальной программы в 2016 году, по виду медицинской деятельности и форме собственности (в процентах к общему количеству)

Структура медицинских организаций по виду медицинской деятельности

В структуре медицинских организаций по виду медицинской деятельности согласно номенклатуре медицинских организаций преобладали лечебно-профилактические медицинские организации (97 процентов от общего количества медицинских организаций), включающие в себя больницы, специализированные больницы, госпитали, медико-санитарные части, диспансеры, дома ребенка, специализированные центры, амбулаторно-поликлинические организации, медицинские организации скорой медицинской помощи и переливания крови, санаторно-курортные организации. Медицинские организации особого типа составили около 3 процентов от общего количества медицинских организаций (рисунок 1).

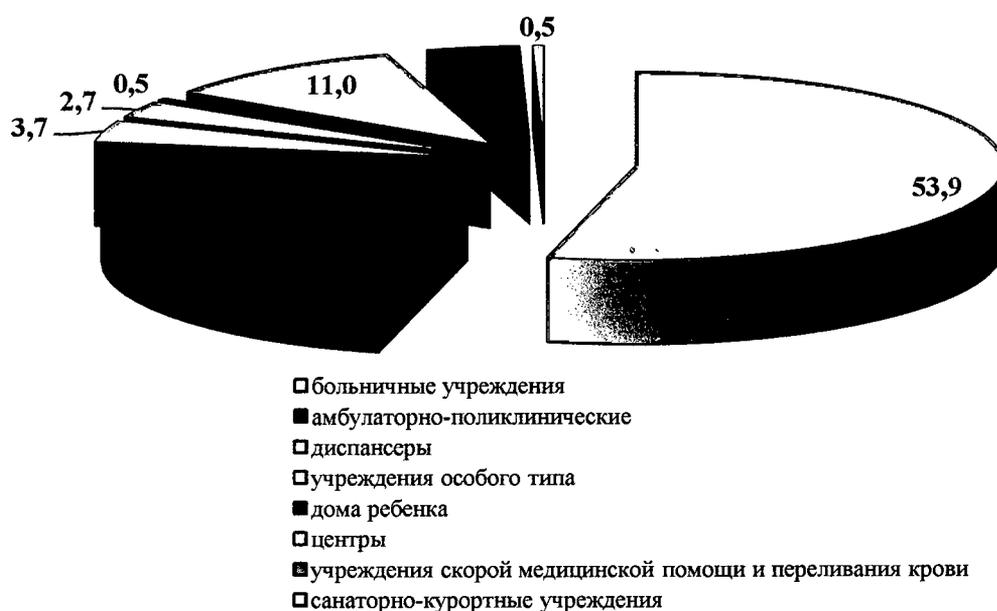


Рис. 1

**Структура медицинских организаций, участвовавших в реализации
Территориальной программы в 2015 и 2016 годах, по формам собственности
(в процентах к общему количеству)**

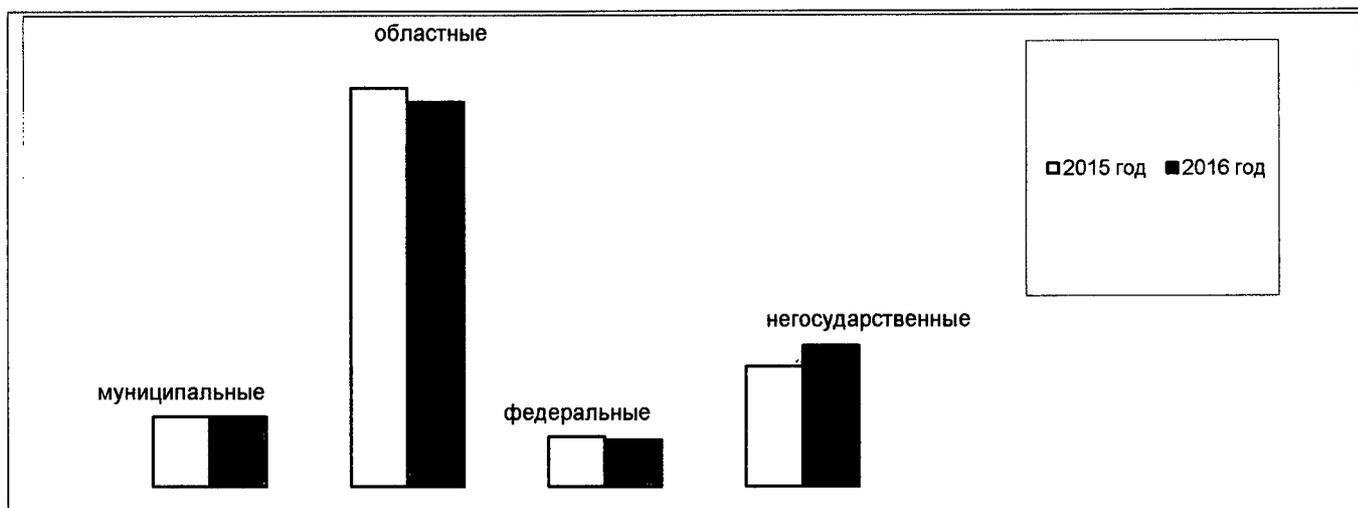


Рис. 2

В структуре медицинских организаций, принимавших участие в реализации Территориальной программы (рисунок 2), по формам собственности преобладали государственные медицинские организации Свердловской области (131 организация), которые составили 60 процентов от общего числа организаций (219 организаций), муниципальные медицинские организации – 11 процентов (24 организации), федеральные медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, другим федеральным органам исполнительной власти – 7 процентов (16 организаций), медицинские организации частной формы собственности – 22 процента (48 организаций).

В 2016 году по сравнению с 2015 годом отмечено снижение удельного веса медицинских организаций государственной формы собственности: федеральных медицинских организаций – с 8 до 7 процентов, государственных медицинских организаций Свердловской области – с 62 до 60 процентов. Снижение количества медицинских организаций, реализующих Территориальную программу, происходит в связи с оптимизацией сети медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения в соответствии с Планом мероприятий («дорожной картой») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Свердловской области», утвержденным постановлением Правительства Свердловской области от 26.02.2013 № 225-ПП «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Свердловской области» (далее – Дорожная карта), определяющим основные направления

структурных преобразований системы оказания медицинской помощи в Свердловской области на период до 2018 года.

Оптимизация сети медицинских организаций в 2016 году проводилась на территориях городов Нижний Тагил и Каменска-Уральского, где было проведено укрупнение за счет объединения небольших государственных медицинских организаций Свердловской области. За 2016 год сеть государственных медицинских организаций Свердловской области сократилась на 6 единиц, сеть муниципальных медицинских организаций не изменилась.

Оптимизация сети медицинских организаций позволяет рационально перегруппировать ресурсы и технологии внутри медицинской организации, централизовать узкопрофильные отделения и дорогостоящее оборудование, а в филиалах поддерживать и развивать амбулаторную помощь, стационарзамещающие технологии, реабилитационные методики, профилактику и диспансеризацию. Объединение больниц позволяет также улучшить взаимодействие между подразделениями, реализовать принцип единого руководства.

Количество медицинских организаций частной формы собственности продолжает расти и за 2016 год увеличилось с 19 до 22 процентов за счет включения в реализацию территориальной программы ОМС новых медицинских организаций. Количество федеральных медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы, в 2016 году изменилось, так как с 01 января 2016 года два федеральных научно-исследовательских института переданы Министерством здравоохранения Российской Федерации в ведение Свердловской области – это Уральский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина и Уральский научно-исследовательский институт дерматологии и иммунопатологии.

Раздел 3. Анализ реализации Территориальной программы по видам медицинской помощи и условиям ее предоставления

В рамках Территориальной программы бесплатно предоставлялись следующие виды медицинской помощи: скорая медицинская помощь, первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь. Медицинская помощь населению предоставлялась в амбулаторных условиях, в том числе на дому при вызове врача, в условиях дневных стационаров, круглосуточных стационаров и вне медицинских организаций при оказании скорой медицинской помощи.

Объемы медицинской помощи в рамках Территориальной программы на 2016 год были установлены в соответствии со средними нормативами объемов медицинской помощи, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

Фактические объемы медицинской помощи населению Свердловской области по условиям ее оказания в рамках Территориальной программы представлены в таблице 3.

Таблица 3

Объемы и виды медицинской помощи, оказанные населению Свердловской области по источникам финансирования

Номер строки	Виды медицинской помощи	Единица измерения	План	Факт	Процент исполнения к плану года
			2016 год	2016 год	
1	2	3	4	5	6
1.	Медицинская помощь, предоставляемая населению за счет средств областного бюджета				
2.	Скорая медицинская помощь, всего в том числе	тыс. вызовов	91,58	64,070	70
3.	скорая специализированная медицинская помощь	тыс. вызовов	9,85	7,9	80
4.	скорая медицинская помощь не идентифицированным и не застрахованным в системе обязательного медицинского страхования лицам	тыс. вызовов	81,73	56,170	69
5.	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказываемая:	тыс. посещений	4092,51	3054,536	75
6.	с профилактической и иными целями	тыс. посещений	2508,311	2379,139	95
7.	в том числе населению муниципального образования «город Екатеринбург» в муниципальных медицинских организациях	тыс. посещений	84,803	72,805	86
8.	в неотложной форме	тыс. посещений	0	28,1980	
9.	в связи с заболеваниями	тыс. обращений	792,1	257,582	33
10.	в том числе населению муниципального образования «город Екатеринбург» в муниципальных медицинских организациях	тыс. обращений	11,967	10,842	91
11.	Специализированная медицинская помощь	тыс. койко-дней	2767,004	2538,82	92

1	2	3	4	5	6
	в стационарных условиях	тыс. госпитализаций	85,772	77,034	90
		средняя длительность лечения	32,3	33,0	
12.	в том числе населению муниципального образования «город Екатеринбург» в муниципальных медицинских организациях	тыс. госпитализаций	7,239	6,198	86
13.	Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. пациенто- дней	599,616	390,71	65
		тыс. случаев лечения	17,28	10,69	62
		средняя длительность лечения	34,7	36,6	
14.	Паллиативная медицинская помощь	тыс. койко- дней	372,86	41,615	11
		тыс. госпитализаций	12,428	2,498	20
		средняя длительность лечения	30,0	16,7	
15.	Медицинская помощь, предоставляемая в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Свердловской области				
16.	По видам и заболеваниям в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:				
17.	Скорая медицинская помощь	тыс. вызовов	1346,089	1104,615	82
18.	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказываемая:	тыс. посещений	37 044,375	37 199,546	100
19.	с профилактической и иными целями	тыс. посещений	10 544,365	23 036,649	218
20.	в неотложной форме	тыс. посещений	2512,7	1429,588	57
21.	в связи с заболеваниями	тыс. обращений	8884,189	4896,095	55
22.	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	тыс. койко- дней	7105,951	6923,883	97
		тыс. госпитализаций	772,386	785,651	102
		средняя длительность лечения	9,2	8,8	

1	2	3	4	5	6
23.	в том числе медицинская реабилитация	тыс. койко-дней	174,992	123,551	71
24.	Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. пациенто-дней	2557,569	2496,063	98
		тыс. случаев лечения	269,218	271,767	101
		средняя длительность лечения	9,5	9,2	
25.	в том числе по поводу вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)	тыс. случаев	8,4	7,8	93
26.	По видам заболеваний сверх базовой программы обязательного медицинского страхования:				
27.	Скорая медицинская помощь	тыс. вызовов	3,27	38,653	1182
28.	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказываемая				
29.	с профилактической и иными целями	тыс. посещений	1,1	1,108	100,7
30.	диагностические исследования по проведению неонатального скрининга на пять наследственных и врожденных заболеваний	тыс. исследований	61,7	59,919	97
31.	Всего по Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области				
32.	Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	тыс. вызовов	1440,939	1207,338	84
33.	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказываемая:	тыс. посещений	41 136,886	40 255,190	98
34.	с профилактической и иными целями	тыс. посещений	13 053,776	25416,896	195
35.	в неотложной форме	тыс. посещений	2512,700	1457,786	58
36.	в связи с заболеваниями	тыс. обращений	9676,289	5153,677	53
37.	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	тыс. койко-дней	9872,955	9462,703	96
		тыс. госпитализаций	858,158	862,685	101
		средняя длительность лечения	11,5	11,0	

1	2	3	4	5	6
38.	Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. пациенто-дней	3157,185	2886,773	98
		тыс. случаев лечения	286,498	282,457	99
		средняя длительность лечения	11,0	10,2	
39.	Паллиативная медицинская помощь	тыс. койко-дней	372,860	41,615	11
		тыс. госпитализаций	12,4	2,498	20
		средняя длительность лечения	30,0	16,7	

В результате реализации Территориальной программы за 2016 год выполнение показателей, характеризующих объемы медицинской помощи по основным ее видам, составило: скорая медицинская помощь – 84 процента к плану года, первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях – 98 процентов, специализированная медицинская помощь в стационарных условиях – 101 процент, медицинская помощь в дневных стационарах – 99 процентов, паллиативная медицинская помощь – 11 процентов к плану года.

Выполнение объемов медицинской помощи за 2016 год (таблица 3) в целом удовлетворительное.

Недовыполнены объемы по скорой медицинской помощи (84 процента к плану). Скорая медицинская помощь работает в режиме ожидания и оказывает экстренную медицинскую помощь по мере возникновения ситуации, угрожающей жизни пациента, а планирование объема скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с федеральным нормативом вне зависимости от уровня потребности населения и развития здравоохранения. Ежегодно происходит отток части вызовов по неотложным показаниям в кабинеты неотложной помощи, созданные при поликлиниках. Снижение числа вызовов скорой медицинской помощи является позитивным фактором, так как снижение нагрузки на скорую медицинскую помощь делает ее более доступной для населения.

Выполнение объемов паллиативной медицинской помощи низкое в сравнении с планом, но на 28 процентов выше; чем за аналогичный период 2015 года. Развитие паллиативной помощи в Свердловской области продолжается в соответствии с ростом потребности населения. Ежегодно объемы оказываемой паллиативной помощи увеличиваются, открываются новые отделения и кабинеты паллиативной помощи. С III квартала 2016 года работает отделение паллиативной помощи в муниципальном бюджетном учреждении «Центральная городская больница № 2 имени А.А. Миславского» города Екатеринбурга на 30 коек, с 2017 года планируется увеличить мощность этого отделения до 50 коек, что

соответственно увеличит оказываемые объемы паллиативной медицинской помощи.

Начиная с 2014 года отмечается рост объемов амбулаторной помощи – на 0,8 процента по сравнению с 2015 годом, что связано с ростом объема профилактических посещений, а также с увеличением стоимости посещений в территориальной программе ОМС. В структуре амбулаторной помощи, как и в предыдущие периоды, отмечается превышение запланированных объемов в части профилактических и иных посещений за счет большого объема разовых посещений по заболеваниям, но в 2016 году отмечаются снижение объема по этой группе посещений на 2,5 процента и рост объема обращений (законченных случаев лечения в амбулаторных условиях) на 1,5 процента к уровню 2015 года, хотя объем по обращениям еще не достигает уровня федерального норматива.

Объем неотложной помощи, оказываемой в кабинетах и отделениях неотложной помощи при поликлиниках, в 2016 году увеличился на 0,4 процента по отношению к 2015 году, но не достиг уровня федерального норматива. Основная причина, сдерживающая развитие службы неотложной помощи до уровня федерального норматива, – это отсутствие целесообразности организации кабинетов неотложной помощи в большей части сельских населенных пунктов, где для обеспечения и экстренной, и неотложной помощи населению достаточно одной круглосуточной бригады скорой медицинской помощи.

Недовыполнение объемов амбулаторной помощи за счет средств областного бюджета связано с недовыполнением объемов профилактических и иных посещений. Объемы по профилактическим и иным посещениям планируются в соответствии с федеральным нормативом, но по факту при оказании медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, таких как туберкулез, психиатрия, наркология, венерология, объем профилактической работы в этих специализированных службах очень ограничен и представлен только диспансерным наблюдением, в основном медицинский персонал проводит диагностику и лечение выявленных заболеваний, что учитывается в посещениях в связи с заболеванием и обращениях. Профилактикой заболеваний, в том числе социально значимых, занимается первичное звено здравоохранения с оплатой за счет средств ОМС. В связи с этим объемы медицинской помощи, установленные в соответствии с федеральным нормативом, выполнить в полном объеме не представляется возможным.

Объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в 2016 году по случаям госпитализации выполнен на 101 процент к плану и практически не изменился относительно объема 2015 года. Уровень госпитализации не изменился и сохранился на уровне федерального норматива – 0,193 случая на одного человека в год. Продолжилось снижение средней длительности пребывания пациентов на койке по территориальной программе ОМС с 9,1 дня в 2015 году до 8,8 дня в 2016 году. В целом с учетом профилей медицинской помощи, финансируемых из областного бюджета, средняя длительность пребывания на койке снизилась с 11,4 дня в 2015 году до 11,0 дня в 2016 году. Достигнутый показатель средней длительности пребывания на койке

ниже целевого показателя, предусмотренного Дорожной картой. Сокращению средней длительности пребывания пациентов на больничной койке способствует изменившаяся система оплаты стационарной помощи в системе ОМС, которая с 2014 года осуществляется по клинико-статистическим группам заболеваний и состояний

и не зависит от количества проведенных пациентами койко-дней, что стимулирует больницы интенсифицировать лечебно-диагностический процесс и внедрять в практику современные эффективные технологии лечения.

Недовыполнение объемов стационарной помощи за счет средств областного бюджета связано с низким исполнением объемов экстренной помощи не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС гражданам, так как государственные медицинские организации Свердловской области, подведомственные Министерству здравоохранения Свердловской области, проводят активную работу по идентификации таких граждан в системе ОМС.

Объемы высокотехнологичной медицинской помощи за счет всех источников финансирования в 2016 году выполнены на 100 процентов к плану года, проведено 27 тысяч высокотехнологичных операций и манипуляций, что на 5 тысяч операций больше, чем в 2015 году.

При стабилизации в 2016 году объемов госпитальной помощи несколько выросли объемы лечения в дневных стационарах. С 2016 года объемы медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, нормируются и планируются не в пациенто-днях как раньше, а в случаях лечения. Количество случаев лечения в дневных стационарах в среднем по Свердловской области составило 0,063 случая на одного жителя в год, что несколько ниже федерального норматива, но выше чем в 2015 году. Продолжилось сокращение средней длительности пребывания в дневных стационарах с 10,4 дня в 2015 году до 10,2 дня в 2016 году, что происходит за счет перевода в условия дневных стационаров медицинских технологий с короткими сроками лечения – это проведение химиотерапии больным с онкологическими заболеваниями, хирургические и гинекологические манипуляции по принципу однодневных дневных стационаров, с 2014 года в условиях дневных стационаров проводится диализная терапия при хронической почечной недостаточности, лучевая терапия при новообразованиях, лечение генно-инженерными фармпрепаратами, лечение муковисцидоза и иммунодефицитов у детей. Внедренные в условия дневных стационаров технологии имеют относительно короткую длительность пребывания.

Основные показатели обеспеченности населения медицинской помощью по видам и условиям предоставления в динамике за 2012–2016 годы в сравнении с федеральными нормативами (на одного жителя в год)

Виды медицинской помощи	Единица измерения	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год факт	Норматив Российской Федерации на 2016 год	Территориальный норматив на 2016 год	2016 год факт
Скорая медицинская помощь	вызовов	0,320	0,297	0,271	0,270	0,300 – по ОМС, по бюджету – по данным субъекта Российской Федерации	0,322	0,270
Амбулаторная помощь	посещений	8,8	9,38	8,707	8,892			8,942
в том числе с профилактической и иными целями			2,357	5,242	5,579	2,95	2,95	5,682
в том числе в неотложной форме			0,08	0,29	0,323	0,56	0,56	0,325
обращения в связи с заболеваниями			3,28	1,509	1,200	2,18	2,18	1,151
Стационарная помощь	койко-дней	2,575	2,45	2,329	2,213			2,128
	случаев госпитализации			0,195	0,193	0,193	0,193	0,193
Медицинская помощь в дневных стационарах	пациенто-дней	0,586	0,637	0,627	0,652			
	случаев лечения				0,062	0,064	0,064	0,063
Паллиативная помощь	койко-дней		0,016	0,005	0,007	0,092	0,092	0,010

Доступность медицинской помощи обеспечивается достижением нормативных показателей по видам и условиям предоставления медицинской помощи на 1 жителя и 1 застрахованное лицо (таблица 4). При анализе показателей объемов медицинской помощи на 1 жителя в динамике отмечается, что снижаются ресурсоемкие виды медицинской помощи – скорая медицинская

помощь и стационарная медицинская помощь. Но при этом растут объемы амбулаторной и в том числе неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях, медицинской помощи в дневных стационарах и паллиативной медицинской помощи, что обеспечивает необходимый уровень доступности услуг здравоохранения и снижает нагрузку на ресурсоемкие виды, которые предназначены в основном для оказания экстренной и высокотехнологичной медицинской помощи и не должны быть загружены оказанием массовых и простых услуг.

По стационарной медицинской помощи отмечается позитивная тенденция дальнейшего сокращения числа койко-дней, проведенных больными в стационарных медицинских организациях, но при этом не изменился уровень госпитализации пациентов, то есть доступность стационарной помощи не изменилась и находится на уровне федерального норматива (193 случая госпитализации на тысячу населения). Ежегодно растут объемы паллиативной стационарной помощи, открываются новые отделения и увеличивается коечный фонд.

Доступность медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, выше, чем в 2016 году – 63 случая лечения в дневном стационаре на тысячу населения.

Увеличился объем амбулаторной медицинской помощи в целом (на 0,5 процента к уровню 2015 года) и составил 8,94 посещения на одного жителя в год. При этом в структуре амбулаторной помощи по-прежнему преобладают разовые посещения по заболеваниям, профилактические посещения и посещения с иными целями и снижается количество обращений (законченных случаев) лечения заболеваний в поликлинике.

В рамках Территориальной программы предоставлялась высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП). Финансовое обеспечение оказания ВМП осуществлялось за счет трех источников финансирования: средств федерального бюджета в федеральных медицинских организациях на основе квот, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации, средств областного бюджета, в том числе на условиях софинансирования из средств федерального бюджета, и средств ОМС в медицинских организациях всех форм собственности и уровней подчиненности (рисунок 3).

По состоянию на 01 января 2017 года лицензии на оказание ВМП в Свердловской области имели 36 медицинских организаций различных форм собственности (государственные медицинские организации Свердловской области – 16, муниципальные медицинские организации муниципального образования «город Екатеринбург» – 9, частные медицинские организации – 9, федеральные медицинские организации – 2).

С 2014 года объемы ВМП возросли в 1,17 раза.

По состоянию на 31 декабря 2016 года в «листе ожидания» на оказание ВМП в федеральных медицинских организациях состояло 2007 пациентов.

Число случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению Свердловской области

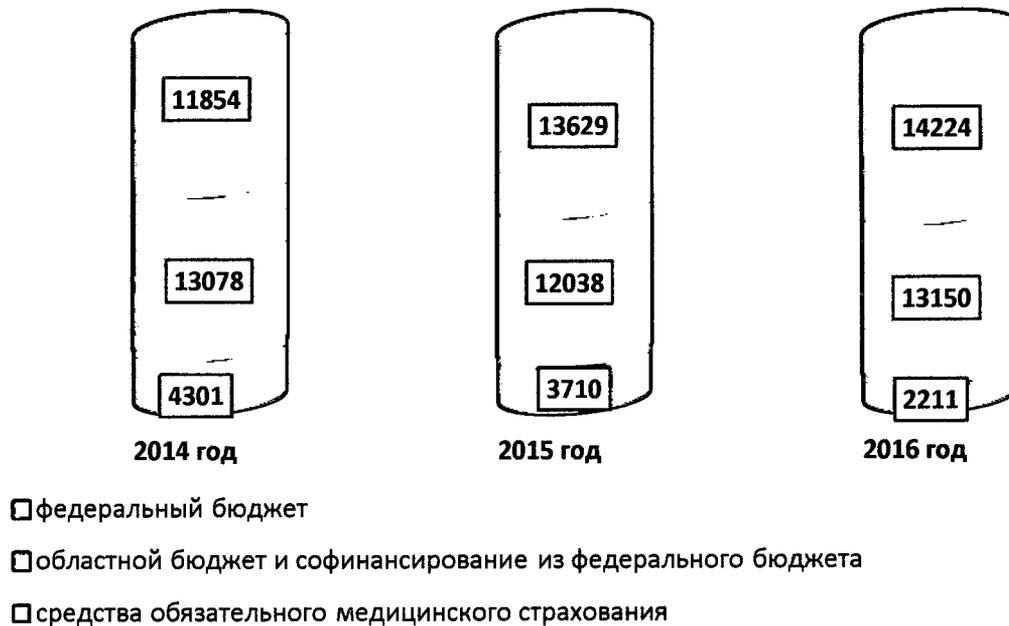


Рис. 3

Министерством здравоохранения Свердловской области принимаются меры по увеличению доступности оказания ВМП, приближению оказания ВМП к месту проживания пациентов.

В целях сокращения очередности на проведение эндопротезирования суставов получены лицензии и проводятся операции в 15 медицинских организациях государственной, муниципальной и частной форм собственности, расположенных на территории Свердловской области.

Освоена технология кохлеарной имплантации в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Свердловской области (далее – ГБУЗ СО) детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум», полностью удовлетворяется потребность в оказании данного вида ВМП детям. Ежегодно выполняются порядка 30 операций по кохлеарной имплантации. Очередности на оказание данного вида ВМП в Свердловской области нет.

Увеличивается количество операций по трансплантации органов и тканей (в 2015 году в ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» и ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1» выполнены 82 операции по трансплантации органов и тканей, в 2016 году – 88 операций), создана материально-техническая и юридическая база для трансплантологии.

Центр сердца и сосудов ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» по объемам всех видов кардиохирургической помощи входит в первую пятерку лучших кардиохирургических центров России. В нем выполняются и совершенствуются самые современные кардиохирургические технологии. Выполняются операции по трансплантации сердца, освоены эндоваскулярные операции протезирования аорты и гибридные операции у детей, сложные реконструктивные операции на сердце и сосудах, ресинхронизирующие операции с имплантацией электрокардиостимуляторов (далее – ЭКС) у больных

с тяжелой сердечной недостаточностью, имплантацией ЭКС с удаленным мониторингом, интракатетерная трансплантация аортального клапана, денервация почечных сосудов у больных с рефрактерной медикаментозной гипертонией, имплантация стентграфтов у больных с аневризмами аорты, операции аортокоронарного шунтирования на работающем сердце и в условиях вспомогательного кровообращения у больных с низкой сократительной функцией миокарда, клапаносохраняющие операции на аортальном клапане.

Технологии ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (стентирование и установка ЭКС) внедрены в крупных межмуниципальных медицинских центрах Южного, Северного и Восточного управленческих округов Свердловской области. В 2017 году операции стентирования проводятся в 9 медицинских организациях, расположенных во всех управленческих округах Свердловской области (города Ирбит, Каменск-Уральский, Краснотурьинск, Нижний Тагил, Екатеринбург).

ВМП по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», «челюстно-лицевая хирургия», «онкология», «педиатрия», «акушерство и гинекология» оказывается не только жителям Свердловской области, но и жителям иных субъектов Российской Федерации за счет средств федерального бюджета.

В 2016 году в медицинских организациях Свердловской области были пролечены 427 жителей иных субъектов Российской Федерации, на 2017 год плановые объемы составляют 510 человек.

Удовлетворение потребности населения Свердловской области в ВМП по итогам 2016 года составило 93,5 процента (плановый показатель на 2016 год – 90,0 процента).

Раздел 4. Финансирование Территориальной программы по условиям оказания медицинской помощи (в расчете на единицу объема медицинской помощи)

Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи за счет средств консолидированного бюджета Свердловской области рассчитаны в соответствии с информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» с применением районного коэффициента, а также с учетом результатов оптимизации бюджетных ресурсов по отношению к областным нормативам стоимости единицы объема медицинской помощи и составили:

за счет средств областного и местного бюджетов:

по скорой медицинской помощи (специализированной, в том числе санитарной авиации) – утверждено 5450,0 рубля на один вызов, фактически исполнено 7572,0 рубля. Перевыполнение планового показателя по стоимости на 38,9 процента связано с невыполнением плана по вызовам на 30 процентов, вместе с тем сокращение основного фактора, влияющего на стоимость вызова, а именно оплаты труда невозможно в связи с работой службы скорой

медицинской помощи в режиме ожидания, что не дает возможности сокращения круглосуточных постов персонала. По сравнению с 2015 годом (35 470,0 рубля) стоимость вызова снизилась в 4,7 раза в связи с возвратом вызовов к незастрахованным и неидентифицированным пациентам на финансирование из системы обязательного медицинского страхования в областной бюджет;

по амбулаторно-поликлинической помощи:

стоимость одного посещения с профилактической целью утверждена в размере 430,7 рубля, фактически исполнено 658,5 рубля. Превышение плановой стоимости на 52,9 процента связано с осуществлением дорогостоящих паллиативных выездов, оказанием неотложной амбулаторной помощи незастрахованным пациентам. По сравнению с 2015 годом стоимость посещения увеличилась на 2,3 процента;

стоимость одного обращения по поводу заболевания утверждена в размере 1310,2 рубля, фактически исполнено 1750,8 рубля. Превышение плановой стоимости связано со значительным ростом цен и тарифов на медикаменты, услуги, в том числе коммунальные. Кроме того, имеет место недовыполнение плановых показателей по обращениям. По сравнению с 2015 годом показатель стоимости 1 обращения снизился на 29,5 процента;

по стационарной помощи утверждено 94 548,6 рубля на 1 госпитализацию, фактически исполнено 100 248,9 рубля, что составляет 106,0 процента к плану; по сравнению с 2015 годом стоимость госпитализации увеличилась на 2,4 процента;

по дневным стационарам утверждено 14 558,2 рубля на 1 госпитализацию, фактически исполнено 21 447,9 рубля. Перевыполнение планового показателя произошло в результате снижения средней длительности лечения за счет применения дорогостоящих препаратов и методов, например, лечения генно-инженерными фармпрепаратами. Сокращение средней длительности пребывания обусловило недостижение плана по пациенто-дням, однако стоимость пациенто-дня в результате интенсификации лечения увеличилась. По сравнению с 2015 годом показатель стоимости 1 госпитализации снизился на 27,3 процента в связи с оптимизацией расходов;

по паллиативной медицинской помощи утверждено 1965,4 рубля на 1 койко-день, исполнено 2539,3 рубля, или 129,2 процента. По сравнению с уровнем 2015 года фактическая стоимость 1 койко-дня увеличилась на 13,2 процента.

По Территориальной программе ОМС:

по скорой медицинской помощи фактическая стоимость вызова составила 2671,8 рубля, что на 20,2 процента выше, чем утвержденная стоимость, и фактически равна стоимости одного вызова в 2015 году. Сложившаяся фактическая стоимость одного вызова отражает оптимальный уровень расходов на оказание скорой медицинской помощи;

по амбулаторно-поликлинической помощи:

стоимость одного посещения с профилактической целью утверждена в размере 419,1 рубля, фактически исполнено 425,1 рубля. Увеличение

от плановой стоимости составляет 1,4 процента. По сравнению с 2015 годом стоимость посещения снизилась (446,7 рубля);

стоимость одного обращения по поводу заболевания утверждена в размере 1130,6 рубля, фактически исполнено 932,0 рубля. К неисполнению норматива на 17,6 процента приводит меньшая, чем по плану кратность посещений в обращении. Вместе с тем по сравнению с 2015 годом стоимость 1 обращения выросла на 13,2 процента;

по стационарной помощи утверждено 25 119,6 рубля на 1 госпитализацию, фактически исполнено 26 655,7 рубля, что составляет 106,1 процента к плану; по сравнению с 2015 годом стоимость госпитализации снизилась на 2,5 процента в результате проводимой оптимизации расходов, в том числе штатного расписания младшего медицинского персонала;

по дневным стационарам утверждено 13 626,9 рубля на случай лечения, фактически исполнено 12 341,6 рубля. По сравнению с 2015 годом показатель стоимости 1 случая лечения вырос на 0,9 процента.

Структура расходов на медицинскую помощь в рамках Территориальной программы за период с 2014 по 2016 год приведена в таблицах 5, 6 и на рисунке 4.

Таблица 5

Структура расходов на медицинскую помощь в рамках Территориальной программы за период с 2014 по 2016 год (в процентах к итогу)

Условия оказания медицинской помощи	2014 год	2015 год	2016 год
Скорая медицинская помощь	6,0	6,2	6,2
Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь	32,1	30,8	29,8
Стационарная медицинская помощь	51,9	51,4	50,2
Медицинская помощь в дневных стационарах	5,2	6,3	6,3
Прочие виды	4,8	5,3	7,5
Итого	100,0	100,0	100,0

**Структура кассовых расходов по всем источникам финансирования,
включая предпринимательскую и иную не запрещенную деятельность**

Наименование статьи расходов	2015 год		2016 год	
	млн. рублей	процентов	млн. рублей	процентов
Всего расходов	66 527,2	100,0	69 085,8	100,0
Оплата труда	41 778,6	62,8	43 044,6	62,3
Приобретение оборудования	1458,0	2,2	1064,9	1,5
Приобретение медикаментов и расходных материалов	12 130,4	18,2	13 092,5	19,0
Питание	1013,1	1,5	865,0	1,3
Коммунальные расходы	2535,6	3,8	2203,3	3,2



Рис. 4

**Раздел 5. Анализ исполнения территориальной программы обязательного
медицинского страхования**

В 2016 году Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области осуществлял свою деятельность в соответствии с Законом Свердловской области от 03 декабря 2015 года

№ 139-ОЗ «О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на 2016 год».

Нормативы объемов медицинской помощи на застрахованного жителя Свердловской области в соответствии с территориальной программой ОМС составляют:

- 1) по амбулаторно-поликлинической помощи:
 - с профилактической и иными целями – 2,364 посещения на одного застрахованного в год;
 - по неотложной медицинской помощи – 0,560 посещения на одного застрахованного в год;
 - обращений в связи с заболеванием – 1,980 на одного застрахованного в год;
- 2) по стационарной помощи – 0,17214 госпитализации на одного застрахованного в год (в соответствии с решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС – 0,17560);
- 3) по медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах, – 0,06 случая лечения на одного застрахованного в год (в соответствии с решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС – 0,061);
- 4) по скорой медицинской помощи – 0,301 вызова на одного застрахованного в год.

Утвержденная стоимость территориальной программы ОМС составила 42 212,5 млн. рублей, исполнение составило 42 921,4 млн. рублей, или 101,7 процента.

В результате реализации территориальной программы ОМС выполнение объемных показателей по видам медицинской помощи составило:

- 1) по амбулаторно-поликлинической помощи – 37 199,5 тыс. посещений, или 100,4 процента к запланированным объемам (101,1 процента к 2015 году), в том числе:
 - с профилактической и иными целями – 23 036,6 тыс. посещений, или 218,5 процента к запланированным объемам (100,6 процента к 2015 году);
 - по неотложной медицинской помощи – 1429,6 тыс. посещений, или 56,9 процента к запланированным объемам (101,4 процента к 2015 году);
 - обращений в связи с заболеванием – 4896,1 тыс. обращений, или 55,1 процента к запланированным объемам (97,3 процента к 2015 году).

Исполнение амбулаторной помощи в части обращений по заболеванию по объемным показателям составило 55,1 процента к плану, что объясняется спецификой учета разовых посещений по заболеванию (учитываются в посещениях с профилактической и иными целями в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»).

Перевыполнение объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической целью, закономерно привело к снижению количества обращений по заболеванию, поскольку после посещения

с профилактической целью у пациента в дальнейшем не было необходимости обращаться в поликлинику по поводу заболевания;

2) по круглосуточному стационару – 785,7 тыс. госпитализаций, или 99,7 процента к запланированным объемам (99,6 процента к 2015 году);

3) по дневному стационару – 271,8 тыс. случаев лечения, или 99,5 процента к запланированным объемам (101,1 процента к 2015 году);

4) по скорой медицинской помощи – 1143,3 тыс. вызовов, или 84,7 процента от плана (95,1 процента к 2015 году).

Раздел 6. Информация о достижении целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи

Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи и их фактические значения за 2016 год приведены в таблице 7.

Таблица 7

Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи

Номер строки	Критерии доступности и качества медицинской помощи	Единица измерения	Целевое значение на 2016 год	Фактическое значение за 2016 год	Оценка уровня достижения*
1	2	3	4	5	6
1.	Раздел 1. Критерии качества медицинской помощи				
2.	Удовлетворенность населения медицинской помощью в том числе	процентов от числа опрошенных	не менее 80	91	+13
3.	городского населения		не менее 80	94	+ 17,5
4.	сельского населения		не менее 80	91	+ 13,8
5.	Смертность населения от болезней системы кровообращения, всего в том числе	число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения	702,0	676,0	+3,8
6.	городского населения		701,5	666,3	+5,3
7.	сельского населения		859,0	727,0	+18
8.	Смертность населения от новообразований, всего в том числе	число умерших от новообразований (в том числе от злокачественных) на 100 тыс. человек населения	208,0	221,9	- 6,3
9.	городского населения		206,0	222,5	- 7,4
10.	сельского населения		221,0	214,6	+ 3,2
11.	Смертность населения от туберкулеза, всего в том числе	случаев на 100 тыс. человек населения	13,8	13,0	+ 6,2
12.	городского населения		11,4	11,9	- 4,2

1	2	3	4	5	6
13.	сельского населения		16,2	16,9	- 4,1
14.	Смертность населения в трудоспособном возрасте	число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения	600,0	627,3	- 4,4
15.	Смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения	число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения	не более 160	159	+ 0,6
16.	Доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте	процентов	41,6	31,8	+ 31
17.	Материнская смертность	на 100 тыс. родившихся живыми	9,0	9,7	- 7
18.	Младенческая смертность, всего в том числе	на 1000 родившихся живыми	6,2	5,8	+ 7
19.	в городской местности		6,1	5,3	+ 15
20.	в сельской местности		6,3	8,4	- 25
21.	Доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года	процентов	21,0	19,2	+ 9,3
22.	Смертность детей в возрасте от 0 до 4 лет, всего	на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста	193	141,8	+ 36
23.	Доля умерших в возрасте от 0 до 4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте от 0 до 4 лет	процентов	25,0	21,8	+ 15
24.	Смертность детей в возрасте от 0 до 17 лет, всего	на 100 тыс. человек соответствующего возраста	74	70,8	+ 4,5
25.	Доля умерших в возрасте от 0 до 17 лет на дому к общему количеству умерших в возрасте от 0 до 17 лет	процентов	28,0	24,0	+ 17
26.	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с	процентов	56,4	56,9	+ 0,8

1	2	3	4	5	6
	момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете				
27.	Доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (1 и 2 стадии) от общего количества выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года	процентов	55,8	55,8	+ 0
28.	Доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве случаев выявленного туберкулеза в течение года	процентов	8,5	8,7	- 2
29.	Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда	процентов	не менее 35	66	+ 89
30.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда	процентов	не менее 20	40,5	+ 102,5
31.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда	процентов	не менее 30	23,01	- 23,3

1	2	3	4	5	6
32.	Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи	процентов	5	4,1	- 18
33.	Доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями	процентов	не менее 31,0	32,3	+ 4,2
34.	Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом	процентов	не менее 3	3,28	+ 9
35.	Количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках Территориальной программы	абсолютное количество	всего – не более 350, на отказ – 0	всего – 292, на отказ – 0	+ 20
36.	Раздел 2. Критерии доступности медицинской помощи				
37.	Обеспеченность населения врачами, всего	на 10 тыс. человек населения	30,1	29,0	- 3,6
38.	городского населения		40,2	37,0	- 8

1	2	3	4	5	6	
39.	сельского населения		9,4	7,8	- 17	
40.	оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, всего		17,0	17,0	0	
41.	городского населения		22,7	18,3	- 19	
42.	сельского населения		5,3	5,4	+ 1,9	
43.	оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях, всего		13,1	13,0	- 0,8	
44.	городского населения		17,5	14,6	- 16,6	
45.	сельского населения		4,1	2,3	- 44	
46.	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом, всего		на 10 тыс. человек населения	89,3	84,8	- 5
47.	городского населения		102,2	93,9	- 8	
48.	сельского населения		50,5	47,5	- 6	
49.	оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, всего	50,0	42,8	- 14,4		
50.	городского населения	57,2	42,2	- 14,4		
51.	сельского населения	28,3	35,1	+ 24		
52.	оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях, всего	39,3	37,9	- 3,5		
53.	городского населения	55,0	41,3	- 25		
54.	сельского населения	22,2	9,8	- 56		
55.	Средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в среднем по Свердловской области)	дней	11,6	11,0	+ 5,5	
56.	Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на Территориальную программу	процентов	7,4	6,8	- 8	
57.	Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной	процентов	2,4	1,5	- 38	

1	2	3	4	5	6
	форме в общих расходах на Территориальную программу				
58.	Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, всего в том числе	процентов	не менее 90,0	96,3	+ 7
59.	проживающих в городской местности		не менее 90,0	96,3	+ 7
60.	проживающих в сельской местности		не менее 90,0	96,3	+ 7
61.	Доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем количестве пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы ОМС	процентов	4,2	5,6	+ 33
62.	Число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь	на 1000 человек сельского населения	254	259,7	+ 2,2
63.	Доля фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов	процентов	18,1	15,3	+ 18

* (-) целевой показатель не достигнут, (+) целевой показатель достигнут.

Анализ уровня достижения целевых показателей следующий: из 34 показателей, характеризующих качество оказания медицинской помощи, достигнуто 24 целевых показателя, что составило 70,5 процента.

Не достигнуты следующие целевые показатели.

Фактический показатель смертности от злокачественных новообразований на 6,3 процента превысил целевой уровень. В Свердловской области сохраняется стабильно высокий показатель смертности от злокачественных новообразований: в 2010 году – 224,7 случая на 100 тыс. населения, в 2011 году – 228,1, в 2012 году – 222,1, в 2013 году – 223,0, в 2014 году – 227, в 2015 году – 220,9. По итогам 2016 года показатель смертности от новообразований составляет 221,9 случая на 100 тыс. населения.

При росте показателя смертности растет и показатель заболеваемости злокачественными заболеваниями. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями в 2016 году составил 419,3 случая на 100 тыс. населения (2015 году – 392,8 на 100 тыс. населения), рост заболеваемости составил 6 процентов, что свидетельствует о повышении доступности медицинской помощи и росте выявляемости злокачественных заболеваний. На уровень показателей, характеризующих онкологическую ситуацию, влияет и увеличение количества выявляемых пациентов, в том числе пациентов, продолжительность жизни которых при наличии данного диагноза выросла, что указывает на правильно выбранные приоритеты в организации лечебно-диагностической работы.

При этом существенными факторами, влияющими на смертность населения от злокачественных новообразований и не зависящими от здравоохранения, являются:

- 1) увеличение доли пожилых людей в популяции;
- 2) рост продолжительности жизни;
- 3) экологическая ситуация на территории (Свердловская область относится к промышленным регионам страны, где уровень техногенного загрязнения окружающей среды выше среднероссийского);
- 4) условия труда;
- 5) наследственная предрасположенность.

Показатель смертности трудоспособного населения на 4,4 процента превысил целевой уровень, но при этом относительно 2015 года снизился на 1 процент. В структуре смертности трудоспособного населения от основных причин отмечается положительная динамика по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, туберкулеза, болезней органов дыхания, от внешних причин, но при этом растет смертность от инфекционных заболеваний (в 2,3 раза к уровню 2015 года) за счет смертности больных СПИД. Кроме того, в структуре смертности трудоспособного населения по итогам 2016 года отмечен рост смертности от болезней системы органов пищеварения в части смертности от болезней печени, связанной с увеличением доли смертей пациентов, страдающих гепатитами В и С, наркозависимых граждан либо граждан, ранее употреблявших наркотики. Высокий показатель смертности больных СПИД, а также больных, страдающих

гепатитами В и С, является сдерживающим фактором в снижении смертности трудоспособного населения и от деятельности системы здравоохранения мало зависит.

Показатель материнской смертности в 2016 году на 7 процентов превысил целевой уровень. Согласно методике Всемирной организации здравоохранения показатель рассчитывается на количество детей, рожденных живыми. В 2016 году в абсолютных случаях количество материнских смертей не увеличилось и остается неизменным с 2014 года (6 случаев), но поскольку имеет место снижение численности рожденных детей, значение показателя выросло.

Невыполнение целевого показателя по доле впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза обусловлено эпидемиологической ситуацией по туберкулезу в Свердловской области, которая осложняется развивающейся быстрыми темпами эпидемией ВИЧ-инфекции. Так, в 2016 году показатель заболеваемости туберкулезом населения Свердловской области с ВИЧ-инфекцией составил 83,7 на 100 тыс. населения (в 2015 году – 93,2 на 100 тыс. населения), а населения без ВИЧ-инфекции – 55,6 на 100 тыс. населения (в 2015 году – 63,4 на 100 тыс. населения), что на 12,3 процента ниже, чем в 2015 году. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией существенно осложняет течение туберкулеза и приводит к возникновению тяжелых форм заболевания, в том числе фиброзно-кавернозного туберкулеза.

В 2016 году отмечено снижение доли пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, и острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис (на 18 процентов от целевого значения).

Уменьшение доли пациентов, которым проведено стентирование коронарных артерий, обусловлено климато-географическими особенностями Свердловской области, в связи с чем возможность своевременной транспортировки пациентов в центры, где проводятся экстренные рентгенэндоваскулярные вмешательства, часто отсутствует. Кроме того, имеется фактор поздней обращаемости пациентов за медицинской помощью, что обуславливает нарастание тяжести их состояния, развитие осложнений и противопоказаний для проведения экстренных рентгенэндоваскулярных вмешательств.

Уменьшение доли лиц, которым проведена тромболитическая терапия на догоспитальном этапе, среди всех пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда произошло в связи с увеличением доли случаев с возможностью быстрой транспортировки пациентов в первичные сосудистые центры и проведения тромболизиса в условиях стационара. Также на уровень достижения показателя повлияла низкая обеспеченность бригад скорой медицинской помощи врачебными кадрами и укомплектование бригад фельдшерами, что требует проведения их обучения проведению методики тромболизиса. За 2016 год обучены 603 фельдшера скорой медицинской помощи.

Показатели, характеризующие доступность медицинской помощи, достигнуты на 38 процентов (из 26 достигнуты 10 показателей). Не достигнуты

целевые показатели по обеспеченности медицинскими кадрами, которые ниже целевых значений как по врачам, так и по средним медицинским работникам. В 2016 году количество врачей сократилось на 172 человека. Сокращение числа врачей в 2016 году произошло как в амбулаторном звене (на 2,7 процента), так и в стационарном (на 2 процента). При этом целевой показатель Дорожной карты (соотношение врачей поликлиники и стационара в пользу поликлиники) Свердловская область выдерживает. В рейтинге субъектов Российской Федерации по показателю «обеспеченность врачами на 10 тысяч населения» Свердловская область на 56 месте.

Невыполнение целевого показателя по доле расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров связано в первую очередь со снижением средней стоимости одной госпитализации в системе ОМС на 11 процентов по сравнению с планом, во вторую очередь – с невыполнением плановых объемов по госпитализациям по бюджетным технологиям на 38 процентов. Эти факторы привели к неисполнению плановых ассигнований в целом на медицинскую помощь, оказываемую в дневных стационарах. По плану, утвержденному Территориальной программой на 2016 год, сумма финансирования составляла 4 033 481,6 тыс. рублей, фактически израсходовано медицинскими организациями 3 583 258,9 тыс. рублей, что составляет 88,8 процента от плана.

Невыполнение целевого показателя по доле расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на Территориальную программу связано с невыполнением плановых объемов по посещениям в системе ОМС на 43 процента. Соответственно не исполнены плановые ассигнования в целом на неотложную амбулаторную медицинскую помощь: по плану, утвержденному Территориальной программой на 2016 год, сумма финансирования составляла 1 288 174,2 тыс. рублей, фактически израсходовано 796 320,2 тыс. рублей, что составляет 61,8 процента от плана.

Реализация Территориальной программы в комплексе с реализацией государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года», утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года», и указов Президента Российской Федерации в сфере здравоохранения оказывает влияние на медико-демографическую ситуацию в Свердловской области.

По итогам 2016 года средняя продолжительность жизни достигла 70 лет, что на 5 лет ниже, чем в среднем по Российской Федерации. В рейтинге субъектов Российской Федерации Свердловская область занимает 55 место из 85, так как темпы роста продолжительности жизни в Свердловской области ниже, чем в других (сравнимых со Свердловской областью) регионах.

Динамика рождаемости по Свердловской области совпадает со среднероссийской, но уровень рождаемости в Свердловской области выше на 7 процентов. Влияние здравоохранения на рождаемость невелико, но оно есть:

это применение ЭКО и профилактика абортв. По этим направлениям показатели в Свердловской области удовлетворительные (на 98 процентов удовлетворяется потребность населения в экстракорпоральных методах). Уровень абортв снизился за 2016 год на 7,2 процента, а за 5 лет (с 2012 по 2016 год) – на 26 процентов. Тем не менее определяющим фактором стабильной рождаемости является численность женщин репродуктивного возраста, которая очень низка.

Обратная сторона продолжительности жизни – смертность населения. В 2016 году уровень смертности снизился на 1,5 процента. В структуре общей смертности порядок трех первых мест остался прежним: болезни кровообращения, новообразования и внешние причины. Но их удельный вес постепенно сокращается. В структуре общей смертности наблюдается стабильное сокращение доли умерших на дому: в 2016 году она опустилась ниже отметки в 50 процентов. Данная тенденция указывает на правильно организованную работу по внедрению на территории Свердловской области порядков оказания медицинской помощи.

За 2016 год медико-демографические показатели по Свердловской области в целом повторяют динамику по Российской Федерации.

Таким образом, Территориальная программа выполнена. Население Свердловской области обеспечено социально гарантированными объемами бесплатной медицинской помощи с учетом территориальных нормативов, этапов оказания медицинской помощи, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, региональных особенностей здравоохранения и его структуры.