

ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПОСТАНОВЛЕНИЕ

29.05.2013

№ 675-ПП

г. Екатеринбург

Об итогах выполнения Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2012 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», в целях контроля реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2012 год, реализуемой в целях обеспечения населения гарантированными объемами бесплатной медицинской помощи с учетом территориальных нормативов, региональных особенностей здравоохранения и его структуры, реализации принципов доступности и качества медицинской помощи, оказываемой населению, Правительство Свердловской области

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Принять к сведению доклад о реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2012 год (прилагается).
2. Направить доклад о реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2012 год в Законодательное Собрание Свердловской области не позднее 01 июня 2013 года.
3. Поручить представлять доклад о реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2012 год в Законодательном Собрании Свердловской области Министру здравоохранения Свердловской области, Члену Правительства Свердловской области А.Р. Белявскому.
4. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на Первого Заместителя Председателя Правительства Свердловской области В.А. Власова.
5. Настоящее постановление опубликовать в «Областной газете».

Председатель Правительства
Свердловской области

Д.В. Паслер.

К постановлению Правительства
Свердловской области
от 29.05.2013 № 675-ПП

ДОКЛАД о реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2012 год

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2012 год (далее — Территориальная программа) утверждена постановлением Правительства Свердловской области от 14.06.2012 № 649-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2012 год».

Финансовое обеспечение Территориальной программы осуществлялось за счет следующих источников финансирования:

- 1) бюджета Свердловской области и местного бюджета муниципального образования «город Екатеринбург» путем выполнения государственных заданий государственными бюджетными и автономными учреждениями здравоохранения Свердловской области, подведомственными Министерству здравоохранения Свердловской области;
- 2) средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области (далее — территориальная программа ОМС), являющейся составной частью Территориальной программы, путем реализации объемов медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневных стационаров, рассчитанных на одно застрахованное лицо, и утвержденных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденной распоряжением Правительства Свердловской области от 14.06.2011 № 1072-РП «Об утверждении состава комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

Основные показатели, представленные в докладе, рассчитаны на основе сводного годового отчета по форме федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению», утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 29.07.2009 № 154.

Раздел 1. Фактическое финансирование Территориальной программы

Объемы финансирования Территориальной программы представлены в таблице 1.

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

Таблица 1

№ строки	Наименование	Утверждено на 2012 год (в тысячах рублей)		Исполнено за 2012 год (в тысячах рублей)		в процентах
		3	4	5	6	
1.	Расходы областного бюджета без платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения	30659023,8	29402057,5	95,9		
2.	Расходы местных бюджетов (с учетом ЗАТО)	844638,0	1356432,0	160,6		
3.	Расходы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области (с учетом закрытых автономных территориальных образований), всего, в том числе расходы областного бюджета по платежам на обязательное медицинское страхование неработающего населения	20737220,3	20934401,3	101,0		
4.	Расходы на финансирование здравоохранения Свердловской области, всего	10817514,0	10817514,0	100,0		
	в том числе на финансирование Территориальной программы	52241382,1	51692890,8	98,9		
		44543075,2	44855372,8	100,7		

Данные о финансировании Территориальной программы за период с 2008 по 2012 годы представлены в таблице 2.

Фактическое финансирование Территориальной программы в динамике за период с 2008 по 2012 год по источникам финансирования

Таблица 2

Источники финансирования	2008 год		2009 год		2010 год		2011 год		2012 год	
	млн. руб.	процент	млн. руб.	процент	млн. руб.	процент	млн. руб.	процент	млн. руб.	процент
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Областной бюджет	7746,7	23,0	6207,1	21,3	9966,9	30,2	12638,8	32,7	22545,4	50,3
Местные бюджеты	11496,8	34,1	9270,4	31,8	9526,1	28,9	9492,4	24,6	13564,3	30,0
Средств обязательного медицинского страхования	14480,3	42,9	13692,4	46,9	13468,7	40,9	16534,0	42,8	20934,4	46,7
Итого	33723,8	100	29169,9	100	32961,7	100	38665,2	100	44855,3	100

Утвержденная стоимость Территориальной программы составила 44 543,1 млн. рублей, в том числе расходы консолидированного бюджета 23 805,3 млн. рублей (без взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения).

Исполнение Территориальной программы за 2012 год составило 44 855,4 млн. рублей, или 100,7 процента. По сравнению с 2011 годом фактическая стоимость Территориальной программы увеличилась на 16 процентов (в 2011 году — 38 665,2 млн. рублей).

Расходы областного бюджета на здравоохранение (без платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения) составили 29 402,0 млн. рублей, или 95,9 процента к плану года.

Расходы на здравоохранение за счет средств местных бюджетов в 2012 году исполнены в сумме 1 356,4 млн. рублей, что составляет 160,6 процента к плану года.

В 2012 году на финансирование Территориальной программы обязательного медицинского страхования направлено 20 934,4 млн. рублей, или 101 процент к плану года.

Таким образом, ежегодно происходит рост фактической стоимости Территориальной программы, в 2012 году по сравнению с 2011 годом рост составил 16 процентов.

Фактические показатели финансовых затрат Территориальной программы в 2012 году составили:

- расходы на здравоохранение на одного жителя, всего — 10 028,6 рубля;
- расходы на Территориальную программу на одного жителя, всего — 10 437,6 рубля;
- в том числе расходы бюджетов на одного жителя — 5 566,2 рубля;

расходы обязательного медицинского страхования на одного жителя — 4 871,3 рубля;

расходы обязательного медицинского страхования на одного застрахованного — 4 723,3 рубля.

Раздел 2. Характеристика медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы в 2012 году

В реализации Территориальной программы в 2012 году приняли участие 253 медицинские организации различных типов, организационно-правовых форм и уровней подчиненности (в 2010 году — 265, в 2011 году — 251). Больничные учреждения составили чуть больше половины от общего числа медицинских организаций — 136 учреждений (53 процента), амбулаторно-поликлинические — 75 медицинских организаций (29,6 процента), диспансеры — 12 учреждений (4,7 процента), учреждения особого типа и прочие — 10 учреждений (3,95 процента), учреждения охраны материнства и детства — 3 учреждения (1,18 процента), центры — 4 учреждения (1,58 процента), учреждения скорой медицинской помощи и переливания крови — 12 учреждений (4,7 процента) и санаторно-курортные учреждения — 1 учреждение (0,39 процента) (рисунок 1).

Структура медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы в 2012 году, по типам учреждений (в процентах к итогу; по данным статистической формы № 62)

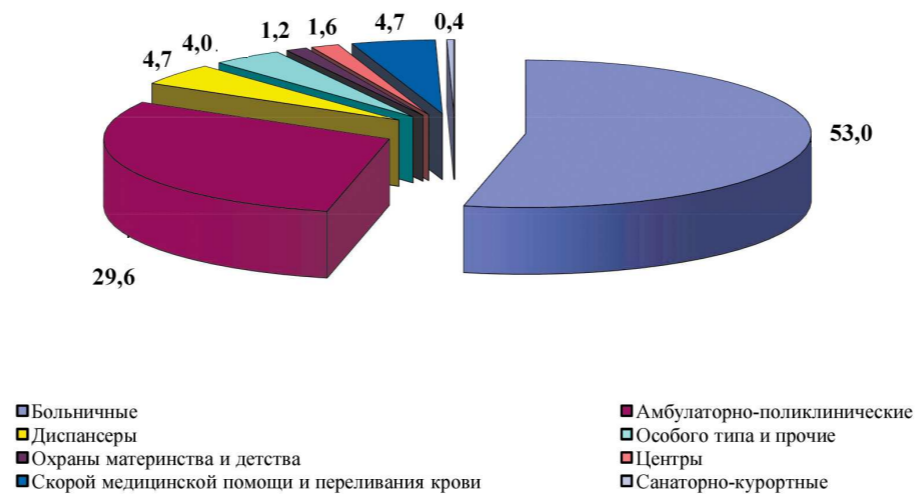


Рис. 1

В структуре медицинских организаций, принимавших участие в реализации Территориальной программы, преобладали медицинские организации Свердловской области, которые составили 69 процентов от общего числа организаций (175 организаций), муниципальные медицинские организации — 12,6 процента (32), федеральные медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству России, другим министерствам и ведомствам, — 6,3 процента (16), медицинские организации негосударственной формы собственности — 11,85 процента (30) (рисунок 2).

В 2012 году по сравнению с предыдущим годом отмечено снижение удельного веса муниципальных медицинских организаций (с 60 процентов до 12,6 процента) и увеличение удельного веса медицинских организаций Свердловской области (с 23 до 69 процентов) в связи с передачей полномочий по оказанию медицинской помощи с муниципального уровня на уровень субъекта Российской Федерации, за исключением города Екатеринбурга. Напротив, количество медицинских организаций негосударственной формы собственности выросло с 10,3 до 11,85 процента в связи с включением в реестр медицинских организаций, реализующих территориальную программу ОМС, новых медицинских организаций. Количество федеральных медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы, не изменилось.

Структура медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы в 2011 и 2012 годах, по формам собственности (в процентах к общему количеству; по данным статистической формы № 62)

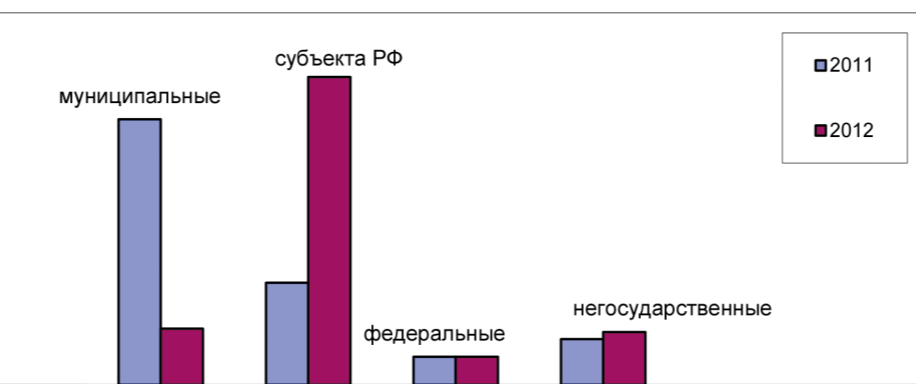


Рис. 2

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, условиях дневных стационаров, условиях круглосуточных стационаров и вне медицинских организаций при оказании скорой медицинской помощи.

Объемы медицинской помощи в рамках Территориальной программы на 2012 год установлены в соответствии с территориальными нормативами, полученными путем коррекции федеральных нормативов согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 21.10.2011 № 856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости, климатогеографических условий и транспортной доступности медицинских организаций.

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

Виды и объемы медицинской помощи в рамках Территориальной программы

Таблица 3

№ строки	Виды медицинской помощи	Единица измерения	План		Процент исполнения к плану года
			2012 года	2012 год	
1.	Медицинская помощь за счет средств бюджета		4	5	6
2.	Скорая медицинская помощь	тыс. вызовов	1361,749	1376,71	101
3.	Амбулаторно-поликлиническая помощь	тыс. посещений	3161,793	3230,84	105
4.	Стационарная помощь	тыс. койко-дней	2979,429	2890,77	97
		тыс. госпитализаций	97,781	97,453	100
		средняя длительность, дней	30,5	29,7	
5.	Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. пациенто-дней	393,262	400,803	102
		тыс. пациентов	11,67	11,75	101
		средняя длительность, дней	33,7	34,5	
6.	Территориальная программа обязательного медицинского страхования				
7.	Амбулаторно-поликлиническая помощь	тыс. посещений	37621,8	34585,5	92
8.	Стационарная помощь	тыс. койко-дней	8375,121	8176,86	98
		тыс. госпитализаций	785,922	791,215	101
		средняя длительность, дней	10,7	10,3	
9.	Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. пациенто-дней	2131,978	2117,22	99
		тыс. пациентов	191,463	185,94	97
		средняя длительность, дней	11,1	11,4	
10.	Всего по Территориальной программе государственных гарантий				
11.	Амбулаторно-поликлиническая помощь	тыс. посещений	40783,6	37916,3	93
12.	Стационарная помощь	тыс. койко-дней	11354,55	11067,62	97
		тыс. госпитализаций	885,705	888,668	101
		средняя длительность, дней	12,8	12,5	
13.	Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. пациенто-дней	2525,24	2518,02	100
		тыс. пациентов	203,133	197,69	97
		средняя длительность, дней	12,4	12,7	

Расчет проведен на население Свердловской области 4297,5 тыс. человек. Территориальная программа ОМС рассчитана на застрахованное население — 4 432,119 тыс. человек.

В результате реализации Территориальной программы в 2012 году выполнение объемных показателей по основным видам медицинской помощи составило: скорая медицинская помощь — 101 процент к плану, амбулаторно-поликлиническая помощь — 93 процента к плану, стационарная помощь — 97 процентов к плану, стационарозамещающие технологии — 100 процентов к плану (таблица 4).

За 2012 год объем потребления услуг скорой медицинской помощи вырос на 6,6 процента и составил 0,320 вызова на 1 жителя в год. Норматив, рекомендуемый Российской Федерацией, составляет 0,318 вызова. Рост объемов скорой медицинской помощи произошел в связи с организацией работы межмуниципальных центров по принципу направленной маршрутизации пациентов, в связи с чем возросли объемы вызовов, связанные с проведением медицинской эвакуации пациентов в межмуниципальные центры. Кроме того, с целью повышения доступности скорой медицинской помощи и сокращения времени доезда бригады до пациента в областном центре увеличено количество бригад станций скорой помощи города Екатеринбурга

на 15 единиц. Для сравнения, объемы скорой медицинской помощи в среднем по Российской Федерации за 2011 год составили 0,333 вызова на 1 жителя.

Объем амбулаторной медицинской помощи в 2012 году планировался на уровне 9,5 посещения на 1 жителя в год. Выполнение составило 8,82 посещения, в том числе по территориальной программе ОМС — 7,8 посещения.

Объемы амбулаторной помощи выполнены на уровне факта 2011 года и не достигли уровня планируемого показателя (ниже плана на 7 процентов). Сохраняется существенный дефицит посещений по территориальной программе ОМС за счет стоматологии, которая до 2013 года входила в территориальную программу ОМС лишь частично. С 2013 года территориальная программа ОМС приведена в полное соответствие с базовой программой обязательного медицинского страхования: оказание стоматологической помощи населению в полном объеме переведено на финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования, в связи с чем возможен рост числа посещений стоматологов.

Сохраняется дефицит врачебных кадров в первичном звене здравоохранения, который усугубляется в связи с отвлечением узких специалистов для работы в призывных комиссиях и для проведения дополнительной диспансеризации, что оказывает существенное влияние на невыполнение врачами функций врачебной должности.

В 2012 году впервые финансирование деятельности фельдшерско-акушерских пунктов (далее — ФАП) осуществлялось за счет средств обязательного медицинского страхования, в связи с чем упорядочен учет посещений ФАП, исключены дублирующие посещения и посещения по поводу процедур, что повлияло на объем амбулаторной помощи в целом по Свердловской области.

Продолжается работа по развитию профилактического направления в оказании медицинской помощи, в области работают 24 центра здоровья, в том числе 18 центров для взрослых и 6 центров для детей; 238 общих врачебных практик, большая часть которых расположена в сельской местности. Осуществляется диспансеризация работающих граждан в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», диспансеризация детей-сирот, а также реализация федеральной программы дополнительного лекарственного обеспечения льготников. Все эти мероприятия способствуют повышению обеспеченности населения амбулаторной помощью.

Количество пациенто-дней по медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах, в расчете на 1 человека в год составило 0,58 дня при нормативе 0,59 дня и в сравнении с 2011 годом выросло на 6 процентов. По территориальной программе ОМС объем медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах, на 1 жителя составил 0,478 пациенто-дней и максимально приблизился к федеральному нормативу. Некоторое несоответствие показателей объема медицинской помощи в дневных стационарах рекомендуемому нормативу связано с недостаточным развитием стационарозамещающих технологий в муниципальных учреждениях города Екатеринбурга. Объемы стационарозамещающей помощи в городе Екатеринбурге не достигают нормативных значений, выполнение установленных показателей за 2012 год составило 97 процентов к плану. При формировании Территориальной программы на 2013 год объем медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах города Екатеринбурга, спланирован на уровне федерального норматива, администрации муниципального образования «город Екатеринбург» указано на недостаточное развитие стационарозамещающих технологий и предложено провести оптимизацию стационарной медицинской помощи.

В 2012 году выполнение объемов стационарной помощи соответствует уровню 2011 года. План по койко-дням реализован на 97 процентов, количество проведенных больными койко-дней соответствует 2011 году, по количеству госпитализаций выполнение составило 101 процент к плану, что выше объемов предыдущего года на 1,9 процента. Некоторый рост числа госпитализаций произошел по территориальной программе ОМС за счет снижения средней длительности пребывания пациентов на койке с 10,6 дня в 2011 году до 10,3 дня в 2012 году за счет использования высокоэффективных и малоинвазивных технологий лечения, позволяющих проводить необходимое лечение за более короткий срок пребывания пациента на койке с достижением установленных критериев качества. В целом объемы стационарной помощи по области ниже федерального норматива на 6,8 процента. Средняя длительность пребывания больного на койке в среднем составила 12,7 дня, что меньше, чем в 2011 году.

Основные показатели обеспеченности медицинской помощью по видам и условиям предоставления в динамике за 2008–2012 годы в сравнении с федеральными нормативами (на одного жителя в год)

Таблица 4

Виды медицинской помощи	Единица измерения	Норматив Российской Федерации на 2012 год	Территориальный норматив на 2012 год	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год
Скорая медицинская помощь	вызовов	0,318	0,317	0,328	0,316	0,308	0,300	0,320
Амбулаторная помощь	посещений	9,7	9,49	8,5	8,7	9,0	8,8	8,8
Стационарная помощь	койко-дней	2,78	2,588	2,928	2,809	2,684	2,575	2,575
Медицинская помощь в дневных стационарах	пациенто-дней	0,59	0,573	0,607	0,605	0,55	0,552	0,586

При анализе показателей объемов медицинской помощи в динамике отмечается снижение ресурсоемких видов медицинской помощи — скорой медицинской помощи и стационарной медицинской помощи.

Отмечена позитивная тенденция дальнейшего сокращения числа койко-дней, проведенных больными в стационарных медицинских организациях, в расчете на одного человека, а также увеличения объема амбулаторной медицинской помощи (с 8,5 посещения на 1 человека в 2008 году до 8,8 посещения на 1 человека в 2012 году). С 2010 года наметилась тенденция роста объемов медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров (с 0,550 пациенто-дней на 1 человека в 2010 году до 0,586 пациенто-дней на 1 человека в 2012 году).

В целом можно отметить повышение сбалансированности объемов медицинской помощи за счет отсутствия превышения объемов стационарной и скорой медицинской помощи, поступательного развития дневных стационаров.

В рамках Территориальной программы предоставлялась высокотехнологичная медицинская помощь. Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной помощи осуществлялось за счет средств федерального бюджета на основе квот, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также за счет средств областного бюджета, в том числе на условиях софинансирования (рисунок 3).

В медицинских учреждениях Свердловской области за счет всех источников финансирования в 2012 году проведено порядка 23 300 высокотехнологичных операций и манипуляций, что на 13 процентов выше, чем в 2011 году. Наибольший объем высокотехнологичных вмешательств осуществляется по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», с 2013 года такие операции начали проводиться в межмуниципальных медицинских центрах городов Краснотуринска и Каменска-Уральского.

В Свердловской области, в одном из немногих субъектов Российской Федерации, проводится кохлеарная имплантация (проведена 41 операция). Развиваются вспомогательные репродуктивные технологии. С 2013 года планируется ввод в эксплуатацию отделения государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области (далее — ГБУЗ СО) «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка», что позволит внедрить процедуру экстракорпорального оплодотворения не только за счет федеральных квот, но и за счет средств областного бюджета. Растет число операций по трансплантации органов — в 2012 году проведено 89 таких вмешательств, из них 39 трансплантации за счет средств областного бюджета и средств обязательного медицинского страхования. Тем не менее есть и «проблемные» профили. Одним из них является эндопротезирование крупных суставов: 80 процентов больных, стоящих в очереди на высокотехнологичную медицинскую помощь, нуждаются именно в этой операции. Для сокращения листа ожидания увеличено число оперативных вмешательств в ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войны» и ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», кроме того, лицензии получили 3 больницы города Екатеринбурга; увеличен поток пациентов в лечебные учреждения других регионов. Подобным образом регулируется очередь по аритмологии — в частности, пациенты направляются в центры сердечно-сосудистой хирургии, расположенные в городах Перми и Челябинске.

Терапию диализом в течение 2012 года получил 1871 больной с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, за 2012 год им проведено свыше 150 тыс. сеансов гемодиализа, что на 7 процентов выше, чем в предыдущем году. В рамках реализации частного государственного партнерства продолжает расширяться сеть диализных отделений в муниципальных образованиях в Свердловской области. Функционируют центры амбулаторного диализа в городах Асбесте, Екатеринбурге, Нижний Тагил. В 2012 году открыты отделения в городах Краснотуринске и Первоуральске.

Число случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи

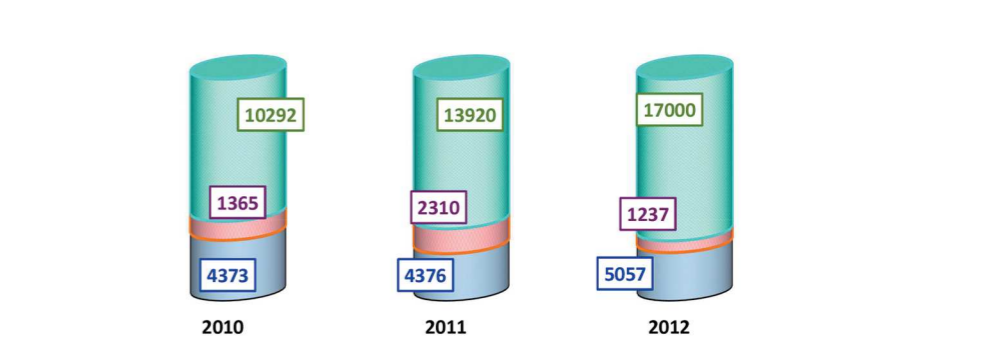


Рис. 3

■ Областной и муниципальный бюджет
■ Софинансирование из областного бюджета
■ Федеральный бюджет

(Окончание на 6-й стр.)