

(Продолжение. Начало на 5—6-й стр.)

врачебных кадров. Имеет место неравномерность распределения врачебных кадров между учреждениями здравоохранения муниципальных образований, замещение врачебных должностей средним медицинским персоналом. Показатели специализации выражены особенно сильно (укомплектованы штатными должностями физическими лицами 55 процентов и менее): хирурги, нейрохирурги, патологоанатомы, травматологи, рентгенологи, анестезиологи-реаниматологи, врачи функциональной диагностики, эндокринологи, онкологи, психиатры-наркологи. Налицо старение врачебного корпуса: лица 14,4 процента составляют врачи молодого возраста (до 30 лет), лица старше 56 лет составляют 21,8 процента.

В области проводится ряд мероприятий по улучшению кадровой ситуации. С целью снижения дефицита врачебных кадров в Свердловской области принято постановление Правительства Свердловской области от 24.11.2008 г. № 1252-ПП «О подготовке кадров первичного звена здравоохранения Свердловской области в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» (Собрание законодательства Свердловской области, 2008, № 11-3, ст. 1920).

Целевая подготовка специалистов с высшим медицинским образованием осуществляется в ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия». На условиях совместного финансирования за счет средств областного бюджета и бюджетов муниципальных образований в Свердловской области в ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» было принято:

в 2006 году — 80 человек (в настоящее время обучаются 53 человека, из них на лечебно-профилактическом факультете — 41 человек, на педиатрическом факультете — 12 человек);

в 2007 году — 80 человек (в настоящее время обучаются 67 человек, из них на лечебно-профилактическом факультете — 46 человек, на педиатрическом факультете — 21 человек);

с 2008 года по 2010 год за счет средств областного бюджета в ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» было принято по 100 человек; из них ежегодно на лечебно-профилактический факультет — 70 человек, на педиатрический факультет — 30 человек.

Действует система заключения трехсторонних договоров на обучение между студентом, высшим учебным заведением и Министерством здравоохранения Свердловской области, в которых предусмотрены обязательства по отработке не менее 3 лет после окончания обучения (для студента) и обязательства по оплате обучения (для Министерства здравоохранения Свердловской области).

Целевая подготовка специалистов со средним медицинским образованием осуществляется в государственных образовательных учреждениях среднего профессионального образования медицинского профиля, подведомственных Министерству здравоохранения Свердловской области. Целевой прием организуется в пределах бюджетных мест, выделяемых Министерством здравоохранения Свердловской области по каждой специальности, по согласованию с органами управления здравоохранением муниципальных образований в Свердловской области. На эти места организуется отдельный конкурс в пределах до 30 процентов от общего количества бюджетных мест по каждой специальности. Студенты, обучающиеся по целевому договору, проходят производственную практику по месту заключения целевого договора. Додипломная специализация проводится с учетом потребности учреждения-заказчика. В 2009 году по целевым договорам с учреждениями здравоохранения города и области обучалось 1515 человек.

Кроме того, для привлечения в отрасль молодых специалистов, особенно в сельскую местность, на территории Свердловской области с 1 января 2007 года установлена мера социальной поддержки — единовременное пособие на обзаведение хозяйством медицинскому и фармацевтическому работнику. Единовременное пособие на обзаведение хозяйством выплачивается молодым специалистам, поступившим в год окончания профессионального медицинского образовательного учреждения на работу в государственное или муниципальное учреждение здравоохранения Свердловской области, в размере 30 000 рублей — для поступивших на работу в государственное или муниципальное учреждение, расположенное в сельской местности, и 20 000 рублей — для поступивших на работу в государственное или муниципальное учреждение, расположенное в городском округе.

1 декабря 2010 года подведомственные учреждения здравоохранения Свердловской области переведены на новую систему оплаты труда.

В настоящее время Министерством здравоохранения Свердловской области подготовлен проект постановления Правительства Свердловской области «О Концепции кадровой политики здравоохранения Свердловской области», который проходит согласование в министерствах и ведомствах согласно Регламенту Правительства Свердловской области.

Целью данной Концепции является укомплектование учреждений здравоохранения медицинскими кадрами на основе научно обоснованной кадровой потребности в соответствии с уровнем развития современного здравоохранения. В рамках программы реализации Концепции кадровой политики здравоохранения Свердловской области предусмотрено в первую очередь укомплектование медицинскими кадрами вновь созданных межмуниципальных центров, расположенных на всей территории области.

Реализация Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи

В реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи (далее — Территориальная программа государственных гарантий) в 2009 году принимали участие 283 медицинских организации, в том числе 171 муниципальное медицинское учреждение (60,5 процента), 73 областных государственных медицинских организаций (25,7 процента), 18 — федеральных (6,7 процента), 21 — медицинская организация иной формы собственности (7 процентов). В системе обязательного медицинского страхования работало 154 лечебно-профилактических учреждений, или 77 процентов организаций.

Всего в реализации Территориальной программы государственных гарантий принимали участие 39 медицинских организаций федеральной и частной форм собственности, которые предоставляли населению первичную медико-санитарную, специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь. Из них: 18 медицинских организаций федеральной формы собственности, в том числе 5 федеральных НИИ, расположенных на территории Свердловской области, ФГУ «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаз» им. академика С.Н. Фёдорова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 4 медико-санитарных части в закрытых административно-территориальных образованиях, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству, 2 медико-санитарных части, 2 госпитала и 4 поликлиники подчинения федеральных министерств и ведомств, 21 медицинская организация частной формы собственности (медицинские учреждения открытого акционерного общества «Российские железные дороги», медико-санитарные части промышленных предприятий, автономные некоммерческие организации).

В результате реализации Территориальной программы государственных гарантий в 2009 году выполнение объемных показателей по основным видам медицинской помощи составило: скорая медицинская помощь — 103 процента к плану, амбулаторная помощь — 98 процентов, стационарная помощь — 101 процент, стационарзамещающие технологии — 106 процентов.

Анализ реализации Территориальной программы государственных гарантий в 2009 году в динамике показывает повышение сбалансированности объемов медицинской помощи, её структурной эффективности (сокращение объемов ресурсоемкой стационарной и скорой медицинской помощи и рост объемов амбулаторной и стационарзамещающей помощи). Данные показатели представлены в таблице 6.

Таблица 6

Выполнение объемов медицинской помощи по условиям её предоставления в сравнении с федеральными нормативами

| Условия оказания медицинской помощи | Единица измерения | Норматив объема на 2009 год | Фактическое выполнение по годам | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| | | | 2005 год | 2006 год | 2007 год | 2008 год | 2009 год |
| Скорая медицинская помощь | вызовов на 1 жителя в год | 0,318 | 0,318 | 0,32 | 0,322 | 0,328 | 0,316 |
| Амбулаторная помощь | посещений на 1 жителя | 9,2 | 9,0 | 9,2 | 8,97 | 8,5 | 8,7 |
| Стационарная помощь | койко-дней на 1 жителя в год | 2,812 | 3,294 | 3,133 | 3,105 | 2,928 | 2,809 |
| Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах всех типов | койко-дней на 1 жителя в год | 0,577 | 0,597 | 0,547 | 0,584 | 0,607 | 0,605 |

Отмечается тенденция дальнейшего увеличения числа посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в расчете на одного жителя (с 8,5 в 2008 году до 8,7 в 2009 году), а также сокращение числа койко-дней, проведенных больными в стационарных медицинских учреждениях, в расчете на одного жителя (с 2,928 в 2008 году до 2,809 в 2009 году). Выше федерального норматива объем медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах (0,607 койко-дней на 1 жителя в 2008 году и 0,605 койко-дней на 1 жителя в 2009 году). Объем скорой медицинской помощи сократился в 2009 году по сравнению с 2008 годом на 4 процента.

По результатам комплексной экспертной оценки уровня реализации и эффективности территориальных программ в 2009 году, проведенной Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Свердловская область имеет высокий (оптимальный) уровень реализации Территориальной программы государственных гарантий.

Тем не менее сравнение фактических объемов амбулаторной помощи с нормативной потребностью выявило существенный дефицит объемов в первичном звене (терапии и педиатрии (участковая служба) и избыток посещений к профильным специалистам (эндокринологам, гастроэнтерологам, нефрологам, аллергологам), что свидетельствует о замещении части общепрактической и общепедиатрической помощи и рассиванию её, а силу дефицита, между профильными приемами специалистов. При этом имеется дефицит посещений по специальностям «кардиология» и «ревматология».

Отмечается дефицит объемов посещений в психиатрической, наркологической и дерматовенерологической службах.

Также учитыва повышение норматива посещений по Территориальной программе государственных гарантий до 9,5 на 1 жителя, а на 2011 год до 9,7 посещения на 1 жителя дефицит объемов амбулаторной помощи увеличится ещё больше.

Объемы медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях, несколько превышают федеральные нормативы за счет избытка койко-мест по терапии и офтальмологии (при существенном дефиците койко-мест по педиатрии). Недостаточны объемы помощи в дневных стационарах по профилям «психиатрия» и «дерматовенерология», но имеется избыток объемов по фтизиатрии, что частично нивелирует дефицит объемов медицинской помощи и койк в противотуберкулезных стационарах.

Число мест в дневных стационарах в государственных и муниципальных медицинских учреждениях с 2005 года выросло на 14 процентов и составило 7456. В течение 2010 года при планировании объемов медицинской помощи на 2011 год предусмотрено сокращение объемов дневных стационаров до нормативного уровня за счет снижения объемов по медицинским учреждениям, где превышен норматив на население и есть замещение амбулаторной помощи и увеличение объемов стационарзамещающих технологий там, где они развиты недостаточно.

Несмотря на повышение сбалансированности объемов по видам и условиям оказания медицинской помощи, имеется дефицит объемов амбулаторной помощи, структурная несбалансированность объемов стационарной помощи.

С целью обеспечения сбалансированности объемов медицинской помощи по видам и условиям оказания разработана система мероприятий, которая включает:

1. Повышение доступности и качества медицинской помощи на амбулаторном этапе и обеспечение сбалансированности объемов первичной медико-санитарной помощи. Этого планируется достичь путем разукрупнения врачебных участков и приведения количества участков и численности населения на участках в соответствие с нормативами укомплектования участков врачебными кадрами, открытия новых общих врачебных практик, стандартизации деятельности фельдшерско-акушерских пунктов и улучшения их материально-технической базы. Все перечисленные мероприятия позволят повысить

число посещений к терапевтам и врачам ОВП до нормативной потребности, снизить нагрузку на профильных специалистов — гастроэнтерологов, эндокринологов, нефрологов — и сбалансировать с потребностью объемами профильной амбулаторной помощи. Сбалансированность объемов специализированной амбулаторной помощи планируется обеспечить за счет открытия в ММЦ консультативных приемов для населения прикрепленных муниципальных образований по специальностям «кардиология», «ревматология», «неврология», «травматология-ортопедия». Рост объемов по психиатрии и наркологии планируется обеспечить за счет укомплектования психиатрической и наркологической служб врачами, создания на базе областных психиатрических учреждений консультативных отделов, которые будут оказывать амбулаторную консультативную помощь населению территорий, не имеющих участков психиатров. В связи с включением в объемы Территориальной программы государственных гарантий с 2010 года объемов доврачебной помощи, оказываемой в ФАПах, значимо возросло число посещений по строке «прочие» и одновременно возросло число посещений в учреждениях здравоохранения 5 уровня. В 2009 году и ранее объемы посещений, оказываемые в ФАПах, в объемы амбулаторной помощи не включались.

2. Объемы помощи в дневных стационарах планируется сбалансировать путем сокращения объемов по терапии и увенчания — по педиатрии, проведения мероприятий по развитию в области дневных стационаров педиатрического профиля.

3. Оптимизация объемов стационарной помощи по профилям планируется проводить соответственно изменению структуры коечного фонда. В 2011—2012 годах планируется снижение объемов стационарной помощи по терапии и педиатрии в медицинских учреждениях 3-4 уровня за счет сокращения средней длительности лечения в стационаре и неработающего коечного фонда. Напротив, в медицинских учреждениях 3 уровня городов Екатеринбург, Нижний Тагил и Каменская-Уральская планируется увеличение объемов общепрактической и педиатрической помощи за счет сокращения избыточных объемов «узких» профилей, перепрофилирования этих койк в общепрактические и педиатрические. Ожидаемая динамика этих показателей изложена в таблице 7.

Таблица 7

Ожидаемые итоги проведенных мероприятий по обеспечению сбалансированности объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий

| Виды медицинской помощи | Потребность (норматив) | 2009 год (факт) | 2012 год (прогноз) |
|---|------------------------|-----------------|--------------------|
| Скорая медицинская помощь (вызовов на 1 жителя) | 0,318 | 0,316 | 0,316 |
| Амбулаторная помощь (посещений на 1 жителя) | 9,7 | 8,69 | 9,7 |
| Терапия участковая | 1,83 | 1,584 | 1,713 |
| ОВП | 0,363 | 0,298 | 0,362 |
| Педиатрия | 1,176 | 1,572 | 1,377 |
| Кардиология | 0,14 | 0,08 | 0,122 |
| Ревматология | 0,08 | 0,0026 | 0,07 |
| Акушерство-гинекология | 0,699 | 0,610 | 0,699 |
| Эндокринология | 0,09 | 0,15 | 0,015 |
| Пульмонология | 0,01 | 0,03 | 0,01 |
| Стационарная помощь (койко-дней на 1 жителя) | 2,780 | 2,809 | 2,672 |
| Число койк | 37 700 | 41 165 | 36 979 |
| Терапия | 4 071 | 4 862 | 3 980 |
| Педиатрия | 1 555 | 2 230 | 1 625 |
| Патология новорожденных | 550 | 517 | 545 |
| Акушерство | 1 138 | 1 316 | 1 197 |
| Работа койки (всего) | 326 | 300 | 318 |
| Медицинская помощь в дневных стационарах (нашекто-дней на 1 жителя) | 0,59 | 0,605 | 0,59 |
| Терапия | 0,140 | 0,255 | 0,152 |
| Педиатрия | 0,175 | 0,081 | 0,163 |

Таким образом, к 2013 году проведенные мероприятия позволят сбалансировать до уровня федерального норматива объемы амбулаторной помощи в целом, сбалансировать и повысить объемы посещений в первичном звене амбулаторной помощи, снизить необоснованную загруженность профильных специалистов. Объемы стационарной помощи в целом сбалансированы несколько ниже уровня федерального норматива за счет сокращения средней длительности пребывания пациентов на койке. Оптимизирован коечный фонд путем сокращения неэффективно работающих койк, повышена работа койки с 300 дней до 318 дней в году.

Информационное обеспечение здравоохранения
Информационные технологии и телекоммуникационные сети внедрены в организацию деятельности учреждений здравоохранения недостаточно, что является препятствием для эффективного использования ресурсов. Оснащенность учреждений здравоохранения вычислительной техникой с 2005 года постепенно увеличивается, хотя одновременно растет износ и технологическое устаревание этой техники.

В настоящее время 95,3 процента учреждений здравоохранения имеют доступ в Интернет, из них 32,2 процента учреждений здравоохранения имеют высокоскоростной широкополосный доступ в Интернет по выделенной линии.

Информация об этом изложена в таблице 8.

Таблица 8

Оснащенность учреждений здравоохранения вычислительной техникой

| Наименование показателя | 2010 год (факт) |
|--|-----------------|
| Персональные ЭВМ/рабочие станции, штук | 13996 |
| Мобильные компьютеры | 464 |
| Серверы | 395 |

Количество телемедицинских комплексов в Свердловской области составляет 32 телемедицинских пункта и 4 телемедицинских центра. Внедрен тариф телемедицинского посещения.

На 77,9 процента вычислительной техники установлена операционная система MS Windows XP, на 8,8 процента MS Windows 95/98/Me, на 5,1 процента Linux, на 1,8 процента MS DOS.

Прикладное программное обеспечение состоит в основном из пакета офисного программного обеспечения MS Office (23 процента от всего прикладного программного обеспечения в учреждениях здравоохранения), программного обеспечения для бухгалтерского учета 1С-Бухгалтерия, Парус (22 процента), правовых систем Консультант, Гарант (20,2 процента), антивирусного программного обеспечения Антивирус Касперского, Dr.Web (18,3 процента), систем кадрового учета 1С, Парус, Контур-Персонал (10,8 процента).

В учреждениях здравоохранения Свердловской области функционирует ряд информационных систем — «Автоматизированная система - Поликлиника» (сбор базы данных посещений, формирование талона амбулаторного пациента, выписка лекарственных средств, формирование регистра прикрепленного населения (полисов ОМС), формирование реестров и счетов на оплату для представления страховым медицинским организациям и Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Свердловской области), «Реестр-Стационар» (ведение базы данных протеченных больных круглосуточных стационаров, в дневных стационарах, стационарзамещающих технологий на основании медико-технологических листов в соответствии с медико-экономическими стандартами, формирование реестров и счетов на оплату для страховых медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области), «Автоматизированное рабочее место врача общей практики» (ведение базы данных посещений и манипуляций, формирование сегмента данных для загрузки в «Автоматизированную систему — Поликлиника», формирование реестра и счета на оплату для страховых медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области), «Персонифицированный учет выдачи лекарственных средств амбулаторным больным социально значимыми заболеваниями (эндокринология, психиатрия, физиопульмонология)» (ведение базы данных больных, регистрация выдачи лекарственных средств, расчет и ведение остатков, наличия лекарственных средств в лечебно-профилактических учреждениях и службе), а также иные узкоспециализированные системы.

В муниципальном образовании «город Екатеринбург» в настоящий момент активно идет внедрение автоматизированной информационной системы «Медицинская интегрированная регистрация» (МИР) с централизованной архитектурой.

Решаются вопросы защиты информации в информационных системах учреждений здравоохранения, однако в 95 процентах случаев данная деятельность ограничивается организационно-распорядительной документацией.

Осуществляется ввод и корректировка первоочередных государственных и муниципальных услуг в сфере здравоохранения в реестр государственных услуг Свердловской области.

Для создания регионального сегмента информационной системы, содержащей данные об оказании медицинской помощи и ресурсном обеспечении здравоохранения, наполнение которого осуществляется учреждениями здравоохранения на основании первичных данных, требуется:

- 1) обеспечение доступа в сеть Интернет в учреждениях здравоохранения, расположенных на территориях муниципальных образований в Свердловской области, со скоростью не менее 512 Кбит/сек;
- 2) средний показатель ведения электронных медицинских карт пациентов — 39,3 процента от всех пациентов;
- 3) достижение показателя «количество учреждений здравоохранения, использующих электронный документооборот при обмене медицинской информацией, от общего количества учреждений здравоохранения» — не менее 100 процентов;
- 4) организация на базе учреждений здравоохранения 43 телемедицинских пунктов;
- 5) достижение значения показателя «количество работающих врачей и среднего медицинского персонала на одном персональном компьютере» — не более 4 к 1;
- 6) создание центров диспетчеризации станций и отделений скорой медицинской помощи в муниципальных образованиях в Свердловской области;
- 7) создание единого центра контроля и наблюдения за работой диспетчеризации скорой медицинской помощи на базе Территориального центра медицины катастроф Свердловской области;
- 8) обеспечение возможности получения электронных сведений пациента из любой точки областной медицинской сети по защищенным каналам связи.

Состояние материально-технической базы здравоохранения

Условием предоставления медицинских услуг и гарантом качества медицинской помощи является поддержание состояния основных фондов учреждений здравоохранения в соответствии с гигиеническими требованиями к устройству, оборудованию и эксплуатации больниц. Участие Свердловской области в отдельных направлениях приоритетного национального проекта «Здоровье» и реализация долгосрочных целевых программ способствовали росту фондоснащенности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, обособленных структурных подразделений ЦРБ.

Лечебно-профилактические учреждения Свердловской области занимают 3 058 зданий. Общая площадь зданий составляет 3264903 кв. м. Значительное количество зданий построено в первой половине XX века, а некоторые — до 1917 года. Данные паспортизации 2009 года свидетельствуют о том, что 66 процентов лечебно-профилактических учреждений размещены в зданиях, построенных по проекту, 34 процента — в приспособленных зданиях. Полностью благоустроены 67 процентов зданий. Из общего числа зданий медицинского назначения около 20 процентов имеют износ более 50 процентов. Общее количество зданий, требующих капитального ремонта, составляет 1134 единицы, 241 — требует реконструкции, преимущественно это здания фельдшерско-акушерских пунктов и комплексы зданий, размещенных в зданиях — памятниках истории.

Правительством Свердловской области направляются значительные объемы инвестиций для строительства объектов здравоохранения. В 2008 году велось строительство 19 объектов здравоохранения, освоены капитальные вложения в размере 2588992 тыс. рублей, в том числе из областного и местных бюджетов 2174057 тыс. рублей. В 2009 году осуществлялось строительство 6 объектов здравоохранения, объем капитальных вложений составил 1459582 тыс. рублей, из них средств областного бюджета 524745 тыс. рублей. В 2010 году продолжается строительство 9 объектов. Объем освоенных средств составляет 767383,5 тыс. рублей, в том числе из бюджета области 211303 тыс. рублей.

Приоритетными объектами для завершения строительства за счет средств областного бюджета являются:

- 1) Свердловской областной противотуберкулезный диспансер (расположен в приспособленных зданиях, являющихся историко-архитектурными памятниками XVIII-XIX веков, не удовлетворяющих требованиям санитарно-эпидемиологической и противопожарной безопасности. С 2007 года за счет средств областного бюджета ведется строительство нового комплекса зданий областного противотуберкулезного диспансера). В 2012 году запланирован ввод 1 очереди комплекса — поликлиники на 250 посещений с дневным стационаром на 40 койк и лечебно-диагностическим блоком;
- 2) станции переливания крови в городе Нижний Тагил (здание построено в 1952 году, занимает площадь 1700 кв. м вместо требуемых по нормативам 3000 кв. м. Строительство ведется с 2007 года, готовность объекта — около 70 процентов). Завершение строительства и ввод здания в эксплуатацию запланированы в 2013 году;
- 3) стационарное судебно-психиатрическое экспертное отделение для следственно-арестованных лиц Свердловской областной клинической психиатрической больницы № 1 (размещено в обособленном здании общей площадью 217 кв. м, построенном в 1916 году. Износ здания 70 процентов. Ограниченные площади здания обуславливают низкую пропускную способность отделения — 240 экспертиз в год при потребности 320-340). Областной целевой программой по совершенствованию оказания медицинской помощи населению, предупреждению и борьбе с социально значимыми заболеваниями на территории Свердловской области на 2011—2015 годы предусмотрено строительство в 2011—2012 годах нового корпуса отделения;
- 4) поликлиника ГБУЗ СО «Артемовская центральная районная больница» (строительство прекращено в 2000 году, в 2010 году Правительством Свердловской области принято решение о возобновлении строительства корпуса с размещением в нем поликлиники и отделений стационара). С вводом в эксплуатацию здания центральной районной больницы в городе Артемовском из старых корпусов будут переведены хирургическое, травматологическое, реанимационное отделения, операционный блок. Появятся дополнительные площади для работы специалистов амбулаторно-поликлинической службы;
- 5) МУЗ «Центральная городская больница Североуральского городского округа» (завершение строительства в 2011 году первого пускового комплекса — лечебного корпуса на 154 койки);
- 6) МУЗ «Верхнесалдинская центральная городская больница» — родильный дом (завершение строительства в 2011 году).

В то же время выделяемых Правительством Свердловской области средств недостаточно для приобретения медицинского оборудования и проведения капитального ремонта подразделений муниципальных учреждений здравоохранения Свердловской области, являющихся межмуниципальными центрами, а также других учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Приведение объектов в соответствие с действующим санитарным законодательством будет способствовать интенсификации лечебно-диагностического процесса, сокращению средних сроков пребывания больного в стационаре, то есть положительно влиять на рост медико-экономической эффективности учреждений.

В учреждениях здравоохранения Свердловской области на балансе находится порядка 250 000 единиц медицинского оборудования, из которых 24 процента имеют срок эксплуатации более 10 лет. Лишь 4 процента оборудования эксплуатируется менее 3 лет.

В Свердловской области работают 22 компьютерных томографа и 6 ангиографов. 4 томографа поступили в 2009 году рамках федеральной программы по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и находятся в крупных областных городах Нижний Тагил, Каменская-Уральском, Краснотуринске, Ирбите. Треть от общего количества томографов устарели морально и физически.

Финансирование здравоохранения
Объем консолидированных государственных финансовых средств на здравоохранение в 2009 году был утвержден в сумме 36918,5 млн. рублей. Исполнение составило 33388,3 млн. рублей, или 90,4 процента к утвержденному плану, что по сравнению с 2008 годом меньше на 5048,4 млн. рублей, или на 13,1 процента. Сокращение расходов на здравоохранение в 2009 году произведено по всем источникам финансирования, за исключением средств федерального бюджета, выделенных в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». На 2010 год расходы на финансовое обеспечение системы здравоохранения Свердловской области утверждены в объеме 33 923 млн. рублей. В сравнении с исполнением 2009 года расходы на 2010 год увеличены на 535 млн. рублей.

Финансовые средства для реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи (далее — Территориальная программа государственных гарантий) в 2009 году составили 29169,9 млн. рублей, или 85 процентов к утвержденному плану. Расходы на одного жителя области по Территориальной программе государственных гарантий составили в 2009 году 6 636 рублей. В соответствии с федеральными нормативами финансовая емкость Территориальной программы государственных гарантий в 2009 году должна составлять не менее 40459,9 млн. рублей. Соответственно дефицит финансирования Территориальной программы государственных гарантий в 2009 году составил 11290,0 млн. рублей, или 28 процентов.

На 2010 год согласно Федеральной программе государственных гарантий расходы на реализацию Территориальной программы государственных гарантий в Свердловской области должны составлять не менее 40475 млн. рублей. Утвержденный объем расходов Территориальной программы государственных гарантий на 2010 год составляет 32304 млн. рублей, или 7350,8 рубля на одного жителя области. В 2010 году Территориальная программа государственных гарантий по расходам была менее рекомендуемых федеральных нормативов на 8171 млн. рублей, или на 20 процентов. В сравнении с уровнем финансирования Территориальной программы государственных гарантий в 2009 году утвержденные расходы на реализацию Территориальной программы государственных гарантий в 2010 году увеличены на 3134 млн. рублей.

На 2010 год по Территориальной программе государственных гарантий были утверждены следующие нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:

- 1) норматив затрат на одно посещение в амбулаторно-поликлиническую организацию — в среднем 193,26 рубля, в том числе 149,0 рубля за счет средств обязательного медицинского страхования;
- 2) норматив затрат на одного пациента-день в дневном стационаре — в среднем 371,46 рубля, в том числе 325,4 рубля за счет средств обязательного медицинского страхования;
- 3) норматив затрат на один койко-день в стационаре — в среднем 1401,51 рубля, в том числе 728,8 рубля за счет средств обязательного медицинского страхования;
- 4) норматив затрат на один вызов скорой медицинской помощи — в среднем 2286,59 рубля.

Подушевые нормативы финансирования Территориальной программы государственных гарантий в 2010 году составили в среднем 7350,8 рубля, в том числе 2871 рубль за счет средств обязательного медицинского страхования и 4479,8 рубля за счет средств соответствующих бюджетов.

Таким образом, в течение 2 последних лет отмечается дефицит финансирования Территориальной программы государственных гарантий.

Ожидание оказания медицинской помощи, сведения о жалобах и удовлетворенности населения медицинской помощью

Средний срок ожидания оказания плановой стационарной медицинской помощи в Свердловской области в 2008 году составил 12 дней, в 2009 году — 13 дней. Максимальный срок ожидания — 30 дней.

В амбулаторной службе прием педиатра, терапевта или врача общей врачебной практики осуществляется в день обращения. Средний срок ожидания приема у «узких» специалистов составляет в среднем по области 6 дней, максимальный срок ожидания — 14 дней.

Данные об уровне удовлетворенности населения медицинской помощью (процент от числа опрошенных по данным Федеральной службы охраны), сведения о жалобах и реагировании на обращения граждан в 2005—2009 годах представлены в таблице 9. Тематическая структура обращений в целом остается стабильной, наибольшую долю составляют обращения по вопросам организации лечения, жалобы на работу учреждений здравоохранения, письма по вопросам лекарственного обеспечения.

Таблица 9

Уровень удовлетворенности населения медицинской помощью (процент от числа опрошенных по данным Федеральной службы охраны), сведения о жалобах и реагировании на обращения граждан

| Наименование показателя | 2005 год | 2006 год | 2007 год | 2008 год | 2009 год |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Удовлетворенность медицинской помощью (по данным ТФОМС) | 56,4 | 50 | | | |