



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ

31.05.2018

№ 332-ПП

г. Екатеринбург

Об итогах реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2017 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 29.12.2016 № 955-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», в целях подведения итогов реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2017 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 2017 год (приложение).

2. Направить доклад о реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2017 год в Законодательное Собрание Свердловской области не позднее 1 июня 2018 года.

3. Поручить представлять доклад о реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2017 год в Законодательном Собрании Свердловской области Министру здравоохранения Свердловской области А.И. Цветкову.

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).

Губернатор
Свердловской области



Е.В. Куйвашев

Приложение
к постановлению Правительства
Свердловской области
от 31.05.2018 № 332-ПП

ДОКЛАД
о реализации Территориальной программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
в Свердловской области за 2017 год

Доклад о реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области (далее – Территориальная программа) за 2017 год 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 29.12.2016 № 955-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

Формирование и выполнение Территориальной программы осуществлялись в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее – Программа государственных гарантий).

Финансовое обеспечение Территориальной программы в 2017 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 (далее также – ОМС) 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 2017 год, утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 29.09.2017 № 646 «Об утверждении статистического инструментария для организации

Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

Раздел 1. Фактическое финансирование Территориальной программы

Финансовое обеспечение Территориальной программы в 2017 году осуществлялось за счет средств областного и местного бюджетов и средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы ОМС.

Объемы финансирования здравоохранения Свердловской области представлены в таблице 1.

Таблица 1

Номер строки	Наименование	Утверждено на 2017 год (тыс. рублей)	Исполнено за 2017 год	
			тыс. рублей	%
1.	Расходы областного бюджета без платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения	19 986 749,0	19 854 913,3	99,3
2.	Расходы местных бюджетов	562 278,0	561 953,0	99,9
3.	Расходы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области, всего	44 128 043,3	44 122 178,0	100,0
4.	в том числе расходы областного бюджета по платежам на обязательное медицинское страхование неработающего населения	19 265 422,7	19 265 422,7	100,0
5.	Расходы на финансирование здравоохранения Свердловской области, всего	64 677 070,3	64 539 044,3	99,8
6.	в том числе на финансирование Территориальной программы	61 800 513,2	61 694 026,3	99,8

Утвержденная стоимость Территориальной программы на 2017 год составила 61 800,5 млн. рублей, в том числе расходы консолидированного бюджета Свердловской области 17 672,5 млн. рублей (без взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения).

Исполнение Территориальной программы за 2017 год составило 61 694,0 млн. рублей, или 99,8%. По сравнению с 2016 годом фактическая стоимость Территориальной программы увеличилась на 5,6% (в 2016 году – 58 443,8 млн. рублей).

Данные о финансировании Территориальной программы за период с 2013 по 2017 годы представлены в таблице 2.

**Фактическое финансирование Территориальной программы
в динамике за период с 2013 по 2017 годы по источникам финансирования**

Источник финансирования	2013 год		2014 год		2015 год		2016 год		2017 год	
	млн. рублей	%	млн. рублей	%	млн. рублей	%	млн. рублей	%	млн. рублей	%
Областной бюджет	14 994,1	26,6	14 216,6	24,8	13 190,8	22,7	15 036,1	25,7	17 009,9	27,6
Местные бюджеты	759,2	1,4	856,8	1,5	585,7	1,0	486,3	0,8	561,9	0,9
Средства обязательного медицинского страхования	40 561,1	72,0	42 137,2	73,7	44 285,2	76,3	42 921,4	73,5	44 122,2	71,5
Итого	56 314,4	100	57 210,6	100	58 061,7	100	58 443,8	100	61 694,0	100

Ежегодно происходит рост фактической стоимости Территориальной программы.

Фактические подушевые показатели финансирования здравоохранения в 2017 году составили:

расходы на здравоохранение на одного жителя, всего – 14 845,4 рубля, что на 1,6% больше, чем в 2016 году (14 606,5 рубля);

в том числе:

расходы бюджетов на одного жителя – 4696,3 рубля, что на 0,3% меньше, чем в 2016 году (4711,7 рубля). Снижение показателя по сравнению с 2016 годом произошло в связи с ростом численности постоянного населения в 2017 году по сравнению с 2016 годом на 0,2%;

расходы обязательного медицинского страхования на одного застрахованного – 9871,8 рубля, что на 3,2% больше, чем в 2016 году (9565,8 рубля);

расходы на Территориальную программу на одного жителя, всего – 14 191,0 рубля, что на 5,3% больше, чем в 2016 году (13 473,1 рубля).

**Раздел 2. Характеристика медицинских организаций, участвовавших
в реализации Территориальной программы в 2017 году**

В реализации Территориальной программы в 2017 году участвовали 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, в 2016 году – 219), из них 23 муниципальных, 131 областная, 15 федеральных и 50 частных медицинских организаций.

**Структура медицинских организаций,
участвовавших в реализации Территориальной программы в 2017 году,
по виду медицинской деятельности и форме собственности**

Структура медицинских организаций по виду медицинской деятельности

В структуре медицинских организаций по виду медицинской деятельности согласно номенклатуре медицинских организаций преобладали лечебно-профилактические медицинские организации (96,8% от общего количества медицинских организаций), в том числе больницы, специализированные больницы, госпитали, медико-санитарные части, диспансеры, дома ребенка, специализированные центры, поликлиники, медицинские организации скорой медицинской помощи и переливания крови, санаторно-курортные организации. Медицинские организации особого типа составили 3,2% от общего количества медицинских организаций (рисунок 1).

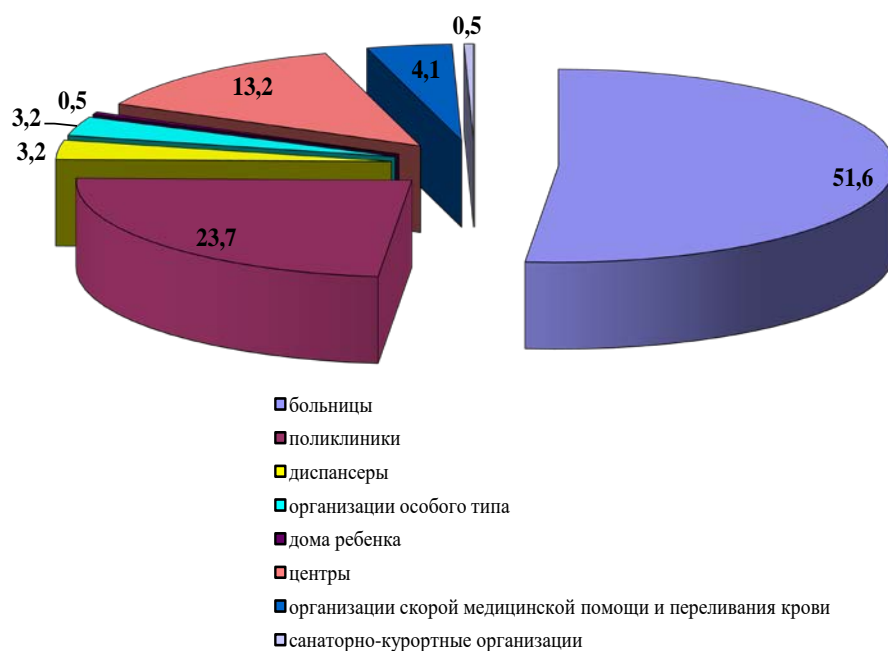


Рис. 1

Структура медицинских организаций, участвовавших в реализации Территориальной программы в 2016 и 2017 годах, по формам собственности (% к общему количеству)

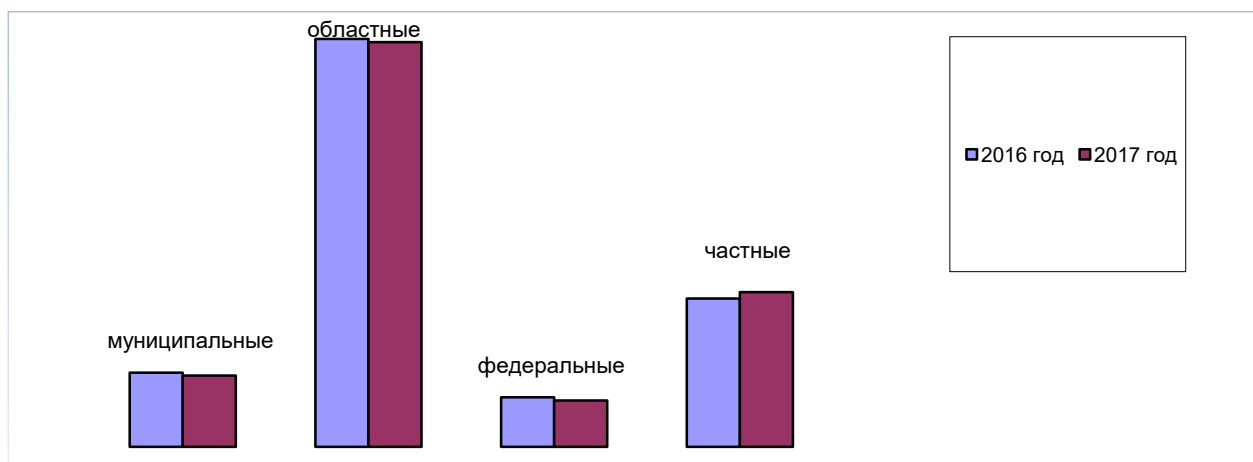


Рис. 2

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% от общего числа организаций (219 организаций), муниципальные медицинские организации – 10,5% (23 организации), федеральные медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, другим федеральным органам исполнительной власти – 6,8% (15 организаций), медицинские организации частной формы собственности – 22,8% (50 организаций).

В 2017 году по сравнению с 2016 годом отмечено снижение удельного веса медицинских организаций государственной и муниципальной форм собственности: федеральных медицинских организаций – с 7 до 6,8%, муниципальных медицинских организаций – с 11 до 10,5%. Снижение количества медицинских организаций, реализующих Территориальную программу, происходит в связи с оптимизацией 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 2017 году проводилась на территории муниципального образования «город Екатеринбург», где было

проведено объединение государственных медицинских организаций Свердловской области наркологического профиля, проведена реорганизация муниципальных медицинских организаций педиатрического профиля и службы родовспоможения. За 2017 год сеть государственных медицинских организаций Свердловской области уменьшилась на 1 единицу, сеть муниципальных медицинских организаций также уменьшилась на 1 единицу.

Число медицинских организаций частной формы собственности продолжает расти и за 2017 год их доля в общем количестве медицинских организаций увеличилась с 22 до 22,8% за счет включения в реализацию территориальной программы ОМС новых медицинских организаций. Количество федеральных медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы, в 2017 году уменьшилось на 1 единицу.

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, паллиативная 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 2017 год были установлены в соответствии со средними нормативами объемов медицинской помощи, предусмотренных Программой государственных гарантий. 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 2017 год	Факт 2017 год	% исполнения к плану года
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	92,014	93,645	102
3.	скорая специализированная медицинская помощь	тыс. вызовов	6,37	5,695	89

1	2	3	4	5	6
4.	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказываемая:				
5.	с профилактической и иными целями	тыс. посещений	3033,1	2109,28	70
6.	в том числе населению муниципального образования «город Екатеринбург» в муниципальных медицинских организациях	тыс. посещений	133,202	131,809	99
7.	в связи с заболеваниями	тыс. обращений	866,6	227,14	26
8.	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях*	тыс. госпитализаций	79,188	74,340	94
9.	в том числе населению муниципального образования «город Екатеринбург» в муниципальных медицинских организациях	тыс. госпитализаций	6,771	4,828	71
10.	Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. случаев лечения	17,28	10,69	62
11.	Паллиативная медицинская помощь	тыс. койко-дней	372,86	41,615	11
12.	Медицинская помощь, предоставляемая в соответствии с территориальной программой ОМС				
13.	По видам и заболеваниям в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования				
14.	Скорая медицинская помощь	тыс. вызовов	1340,859	1068,199	80
15.	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказываемая:				
16.	с профилактической и иными целями	тыс. посещений	10503,398	22827,572	217
17.	в неотложной форме	тыс. посещений	2502,937	1229,255	49
18.	в связи с заболеваниями	тыс. обращений	8849,671	4815,586	54
19.	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	тыс. случаев госпитализаций	770,234	766,851	100
20.	в том числе медицинская реабилитация	тыс. койко-дней	174,312	156,384	90
21.	Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь,	тыс. случаев лечения	268,172	267,890	100

1	2	3	4	5	6
	предоставляемая в дневных стационарах				
22.	в том числе по поводу вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)	тыс. случаев	8,589	7,7	92
23.	Всего по Территориальной программе				
24.	Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	тыс. вызовов	1439,243	1167,539	81
25.	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказываемая:				
26.	с профилактической и иными целями	тыс. посещений	13 536,498	24 936,852	184
27.	в неотложной форме	тыс. посещений	2502,937	1229,255	49
28.	в связи с заболеваниями	тыс. обращений	9716,271	5042,723	52
29.	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	тыс. госпитализаций	849,422	841,191	99
30.	Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. случаев лечения	285,504	278,370	98
31.	Паллиативная медицинская помощь	тыс. койко-дней	398,636	55,145	14

* согласно указаниям Министерства здравоохранения Российской Федерации при формировании формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» за 2017 год, утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 29.09.2017 № 646 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья», в составе специализированной медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов, не учитываются объемы высокотехнологичной медицинской помощи. Так как в Территориальной программе эти объемы были учтены в составе специализированной медицинской помощи, в докладе плановые и фактические объемы специализированной медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов, указаны с учетом высокотехнологичной помощи.

Основные показатели обеспеченности населения медицинской помощью по видам и условиям предоставления в динамике за 2013–2017 годы в сравнении с федеральными нормативами (на одного жителя в год)

Виды медицинской помощи и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	2013 год факт	2014 год факт	2015 год факт	2016 год факт	Федеральный норматив на 2017 год	Территориальный норматив на 2017 год	2017 год факт
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации	вызовов	0,297	0,271	0,270	0,270	0,300 – по ОМС, по бюджету – по данным субъекта Российской Федерации	0,322	0,261
Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, в том числе оказываемая:	посещений	9,38	8,707	8,892	8,942			8,792
с профилактической и иными целями		2,357	5,242	5,579	5,682	2,95	2,95	5,574
в неотложной форме		0,08	0,29	0,323	0,325	0,56	0,56	0,274
в связи с заболеваниями		3,28	1,509	1,200	1,151	2,18	2,18	1,126
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	случаев госпитализации		0,195	0,193	0,193	0,193	0,193	0,185
Медицинская помощь в дневных стационарах	случаев лечения			0,062	0,063	0,064	0,064	0,062
Паллиативная медицинская помощь	койко-дней	0,016	0,005	0,007	0,010	0,092	0,092	0,013

В результате реализации Территориальной программы за 2017 год выполнение показателей, характеризующих объемы медицинской помощи по основным ее видам, составило: скорая медицинская помощь – 81% к плану года, первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактическими и иными целями – 184%, в неотложной форме – 49%, в связи с заболеваниями – 52%; специализированная медицинская помощь в стационарных условиях – 99%, медицинская помощь в дневных стационарах – 98%, паллиативная медицинская помощь – 14% к плану года.

Выполнение объемов бесплатной медицинской помощи в 2017 году (таблица 3) в абсолютных показателях ниже, чем в 2016 году, по всем видам и условиям предоставления медицинской помощи, за исключением паллиативной медицинской помощи. В расчете на 1 человека в год показатели объемов медицинской помощи также ниже уровня 2016 года и ниже федеральных нормативов.

Причины снижения объемов бесплатной медицинской помощи следующие.

Ежегодно не выполняются и сокращаются объемы по скорой медицинской помощи (81% к плану). Скорая медицинская помощь работает в режиме ожидания и оказывает экстренную и неотложную медицинскую помощь по мере возникновения ситуации, угрожающей жизни или здоровью пациента, а планирование объема скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с федеральным нормативом вне зависимости от потребности населения и уровня развития здравоохранения в Свердловской области. Часть вызовов по неотложным показаниям, поступивших в часы работы поликлиник, передается для выполнения в кабинеты неотложной помощи, созданные при поликлиниках. Кроме того, все более активно внедряется такой вид оказания паллиативной медицинской помощи как работа выездных патронажных служб, создаваемых в медицинских организациях. Выездная патронажная служба оказывает медицинскую помощь на дому пациентам, страдающим неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями, что также способствует снижению нагрузки на скорую медицинскую помощь. Снижение числа вызовов скорой медицинской помощи является позитивным фактором, так как снижение нагрузки на скорую медицинскую помощь делает ее более доступной для населения в случаях возникновения экстренных ситуаций. Напротив, рост нагрузки на скорую медицинскую помощь является индикатором недостаточной работы амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций, низкого охвата пациентов с хроническими заболеваниями диспансерными осмотрами, проблем с льготным лекарственным обеспечением отдельных категорий граждан, что способствует частым обострениям заболеваний, возникновению неотложных и экстренных состояний, росту числа вызовов скорой медицинской помощи. Ежегодное снижение объемов скорой медицинской помощи не является показателем снижения доступности скорой медицинской помощи, а свидетельствует об улучшении качества оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе, отсутствии проблем с лекарственным обеспечением, особенно льготных категорий граждан. Свердловская область имеет достаточно высокий уровень развития здравоохранения, населению доступны все виды

медицинской помощи, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, активно внедряются программы профилактики заболеваний и здорового образа жизни, что уменьшает потребление услуг скорой медицинской помощи. Реальная потребность населения Свердловской области в объемах скорой медицинской помощи ниже установленных федеральных нормативов, а так как планирование объемов на соответствующий год предусмотрено в полном соответствии с федеральными нормативами, это приводит к невыполнению установленных объемов и претензиям со стороны контролирующих органов.

В 2017 году произошло незначительное снижение объемов первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (на 1,6% в сравнении с 2016 годом). 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 2017 году отмечается снижение объема таких посещений на 1,9%. В 2017 году снизился объем посещений в неотложной форме на 15% относительно 2016 года. Основной причиной снижения объема неотложной медицинской помощи являются проблемы с учетом таких посещений, оплата неотложной медицинской помощи осуществляется в составе подушевого норматива, что не стимулирует медицинские организации на открытие кабинетов неотложной медицинской помощи при поликлиниках. В 2018 году планируется провести работу по выделению посещений в неотложной форме из состава подушевого норматива и проводить оплату этих посещений по тарифу, установленному Территориальной программой.

Отсутствие необходимости организации кабинетов неотложной помощи в большей части сельских населенных пунктов и поселков городского типа, где для обеспечения и экстренной, и неотложной помощи населению достаточно одной круглосуточной бригады скорой медицинской помощи, является сдерживающим фактором для развития службы неотложной помощи. Вследствие этого установленный Министерством здравоохранения Российской Федерации среднероссийский норматив по неотложной помощи для Свердловской области является завышенным.

Невыполнение объемов амбулаторной помощи за счет средств областного бюджета связано с невыполнением объемов профилактических посещений и обращений по заболеваниям. Объемы планируются в соответствии с федеральными нормативами, но по факту при оказании медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, таких как туберкулез, психиатрия, наркология, венерология, объем профилактической работы в специализированных службах по перечисленным социально значимым заболеваниям ограничен, медицинский персонал проводит в основном 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. В 2018 году планируется разработать критерии для планирования

и учета объемов амбулаторной помощи при социально значимых заболеваниях с целью проведения корректного планирования и выполнения установленных объемов медицинской помощи.

Объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в 2017 году выполнен на 99% к плану и снизился относительно объема 2016 года на 4%. Уровень госпитализации составил 0,185 случая госпитализации на одного человека в год, что несколько ниже федерального норматива (0,193 случая). Некоторое снижение стационарной помощи произошло за счет снижения рождаемости (в 2017 году количество родов на 6000 меньше, чем в 2016 году). Ежегодно снижаются объемы стационарной помощи незастрахованным и неидентифицированным гражданам в экстренной форме, так как в Свердловской области с 2015 года проводится эксперимент по переводу видов медицинской помощи, финансируемых за счет средств областного бюджета, на персонифицированный учет в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области (далее – ТФОМС). Медицинские организации предъявляют в ТФОМС персонифицированные данные на пациентов с социально значимыми заболеваниями и незастрахованных граждан, что позволяет проводить более достоверную идентификацию лиц на наличие их в реестре застрахованных. Кроме того, снижению объемов специализированной медицинской помощи в стационарных условиях способствует развитие паллиативной медицинской помощи, происходит переориентация части пациентов в отделения паллиативной медицинской помощи, коечный фонд которых ежегодно увеличивается. Продолжилось снижение средней длительности пребывания пациентов на койке по территориальной программе ОМС с 8,8 дня в 2016 году до 8,6 дня в 2017 году. В целом с учетом профилей медицинской помощи, финансируемых из областного бюджета, средняя длительность пребывания на койке снизилась с 11,0 дня в 2016 году до 10,8 дня в 2017 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 клинко-статистическим группам заболеваний и состояний и не зависит от количества проведенных пациентами койко-дней, что стимулирует больницы более эффективно организовывать лечебно-диагностический процесс и внедрять в практику современные технологии лечения.

Объем высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) за счет всех источников финансирования в 2017 году выполнен на 100% к плану года, проведено 28 тысяч высокотехнологичных операций и манипуляций, что на одну тысячу операций больше, чем в 2016 году.

В 2017 году несколько снизился объем лечения в дневных стационарах. С 2016 года объем медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, нормируется и планируется в случаях лечения, а не в пациенто-днях. Количество случаев лечения в дневных стационарах в среднем по Свердловской области составило 0,062 случая на одного жителя в год, что несколько ниже федерального

норматива и ниже на 1,6%, чем в 2016 году. Продолжилось сокращение средней длительности пребывания в дневных стационарах с 10,2 дня в 2016 году до 9,7 дня в 2017 году. Это происходит за счет роста в общем объеме медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, доли случаев с короткими сроками лечения в связи с внедрением новых медицинских технологий – проведение химиотерапии больным с онкологическими заболеваниями, хирургические и гинекологические манипуляции по принципу однодневных дневных стационаров, лучевая терапия при новообразованиях, лечение генно-инженерными фармпрепаратами, лечение муковисцидоза и иммунодефицитов у детей. Ежегодно растет объем диализной терапии при хронической почечной недостаточности.

Выполнение объема паллиативной медицинской помощи выше на 30%, чем в 2016 году, но существенно не достигает федерального норматива. Развитие паллиативной помощи в Свердловской области продолжается в соответствии с ростом потребности населения. Ежегодно объем оказываемой паллиативной помощи увеличивается, открываются новые отделения и кабинеты паллиативной помощи. В 2017 году мощность отделений паллиативной помощи увеличилась на 44 койки, открыто отделение паллиативной помощи в Ачитской центральной районной больнице, увеличена мощность отделения паллиативной помощи в Сухоложской центральной районной больнице.

В рамках Территориальной программы предоставлялась 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).

Число случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению Свердловской области

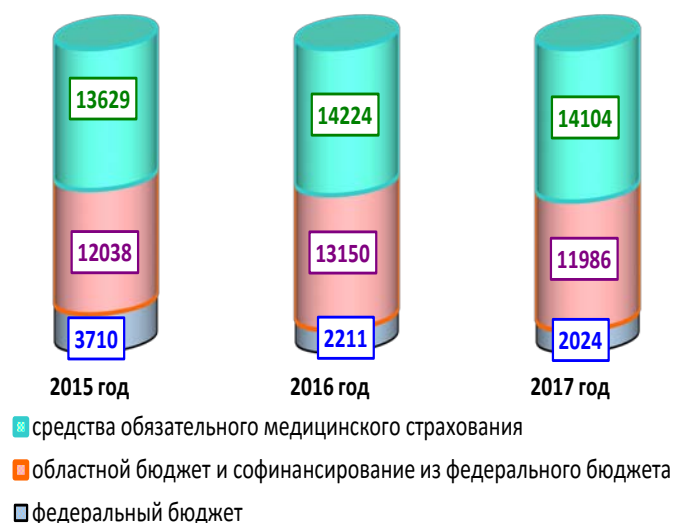


Рис. 3

По состоянию на 01.01.2018 лицензии на оказание ВМП в Свердловской области имеют 36 медицинских организаций различных форм собственности (государственные медицинские организации Свердловской области – 16, медицинские организации муниципального образования «город Екатеринбург» – 9, частные медицинские организации – 9, федеральные государственные бюджетные учреждения – 2).

В динамике с 2012 по 2015 год объем ВМП для жителей Свердловской области ежегодно увеличивался и в целом с 2012 года вырос в 1,64 раза. Но с 2015 года темпы прироста объема ВМП постепенно начали снижаться, так как с 2012 по 2015 годы была существенно сокращена очередность на оказание ВМП по основным наиболее востребованным методикам. В течение последних трех лет объем ВМП, оказываемой за счет всех источников финансирования, соответствует нормативам, рекомендованным Программой государственных гарантий на соответствующий год.

По состоянию на 01.01.2018 «лист ожидания» на оказание ВМП составил 959 человек по всем профилям.

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.

Технологии ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (стентирование и установка электрокардиостимуляторов) внедрены в крупных межмуниципальных медицинских центрах Южного, Северного и Восточного управленческих округов Свердловской области. На сегодняшний день операции стентирования проводятся в 9 медицинских организациях, расположенных в городах Ирбите, Каменске-Уральском, Краснотурьинске, Нижний Тагил, Екатеринбурге.

В целях принятия мер по снижению смертности населения Свердловской области при планировании объемов ВМП полностью удовлетворяется потребность в оказании экстренных и неотложных методов по наиболее востребованным профилям – «сердечно-сосудистая хирургия», «онкология», «нейрохирургия».

Исполнение объемов Соглашения от 19.10.2017 № 056-08-315/2 о предоставлении в 2017 году субсидии из федерального бюджета бюджету Свердловской области на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, составило 100%.

Показатель удовлетворения потребности населения Свердловской области в ВМП, утвержденный постановлением Правительства Свердловской области от 01.07.2014 № 552-ПП «Об утверждении комплексной программы повышения

качества жизни населения Свердловской области на период до 2018 года – «Новое качество жизни уральцев», на 2017 год – 94,0% по итогам года выполнен (96,7%).

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 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов» (далее – письмо Минздрава РФ от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304) с применением районного коэффициента, а также результатов оптимизации бюджетных ресурсов по отношению к областным нормативам стоимости единицы объема медицинской помощи и составили:

за счет средств бюджетов:

1) по скорой медицинской помощи (специализированной, в том числе санитарной авиации) – утверждено 5040,0 рубля на один вызов, фактически исполнено 4774 рубля. Показатель исполнен на 94,7% за счет остатков на счетах медицинских организаций;

2) по амбулаторно-поликлинической помощи:

стоимость одного посещения с профилактической целью утверждена в размере 480,0 рубля, фактически исполнено 884,8 рубля. Превышение плановой стоимости на 84% связано с осуществлением дорогостоящих паллиативных выездов и невыполнением объемных показателей на 31%;

стоимость одного обращения по поводу заболевания утверждена в размере 1443,0 рубля, фактически исполнено 4598 рублей. Превышение плановой стоимости связано в первую очередь с неисполнением объемов обращений (исполнение 26,2%), во вторую очередь – со значительным ростом цен и тарифов на медикаменты и услуги. Кроме того, в медицинские организации направлялись субсидии на иные цели для погашения кредиторской задолженности по обязательному медицинскому страхованию и повышению заработной платы в системе обязательного медицинского страхования;

3) по стационарной помощи – утверждено 80 500 рублей на 1 госпитализацию, фактически исполнено 88 343,0 рубля, что составляет 109,7% к плану;

4) по дневным стационарам – утверждено 14 350 рублей на 1 госпитализацию, фактически исполнено 25 502,7 рубля. Перевыполнение планового показателя произошло в результате увеличения средней длительности лечения, что привело к невыполнению плана по госпитализациям на 30%. По сравнению с 2016 годом показатель стоимости 1 госпитализации увеличился на 18,9%;

5) по паллиативной медицинской помощи – утверждено 2200 рублей на 1 койко-день, исполнено 2100 рублей, или 95,4% от плана.

Структура расходов на медицинскую помощь в рамках Территориальной программы приведена в таблицах 5 (за период с 2015 по 2017 год) и 6 и на рисунке 4 (за 2016 и 2017 годы).

Таблица 5

Структура расходов на медицинскую помощь по условиям оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы за период с 2015 по 2017 год (% к итогу)

Условия оказания медицинской помощи	2015 год	2016 год	2017 год
Скорая медицинская помощь	6,6	6,7	6,8
Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь	32,5	32,3	35,0
Стационарная медицинская помощь	54,2	54,2	51,4
Медицинская помощь в дневных стационарах	6,7	6,8	6,8
Итого	100,0	100,0	100,0

Структура расходов по условиям оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы за период с 2015 по 2017 год рассчитана в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.04.2017 № 11-7/10/2-2467 об осуществлении мониторинга формирования, экономического обоснования и реализации Территориальной программы с исключением из итога паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях медицинской помощи и иных услуг, оказанных иными типами медицинских организаций, затрат на ведение дела страховыми медицинскими организациями.

Таблица 6

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

Наименование статьи расходов	2016 год		2017 год	
	млн. рублей	%	млн. рублей	%
Всего расходов	69 085,8	100,0	68 618,0	100,0
Оплата труда	43 044,6	62,3	42 854,1	62,4
Приобретение оборудования	1064,9	1,5	1388,2	2,0
Приобретение медикаментов и расходных материалов	13 092,5	19,0	11 437,5	16,7
Питание	865,0	1,3	853,7	1,2
Коммунальные расходы	2203,3	3,2	2390,7	3,5

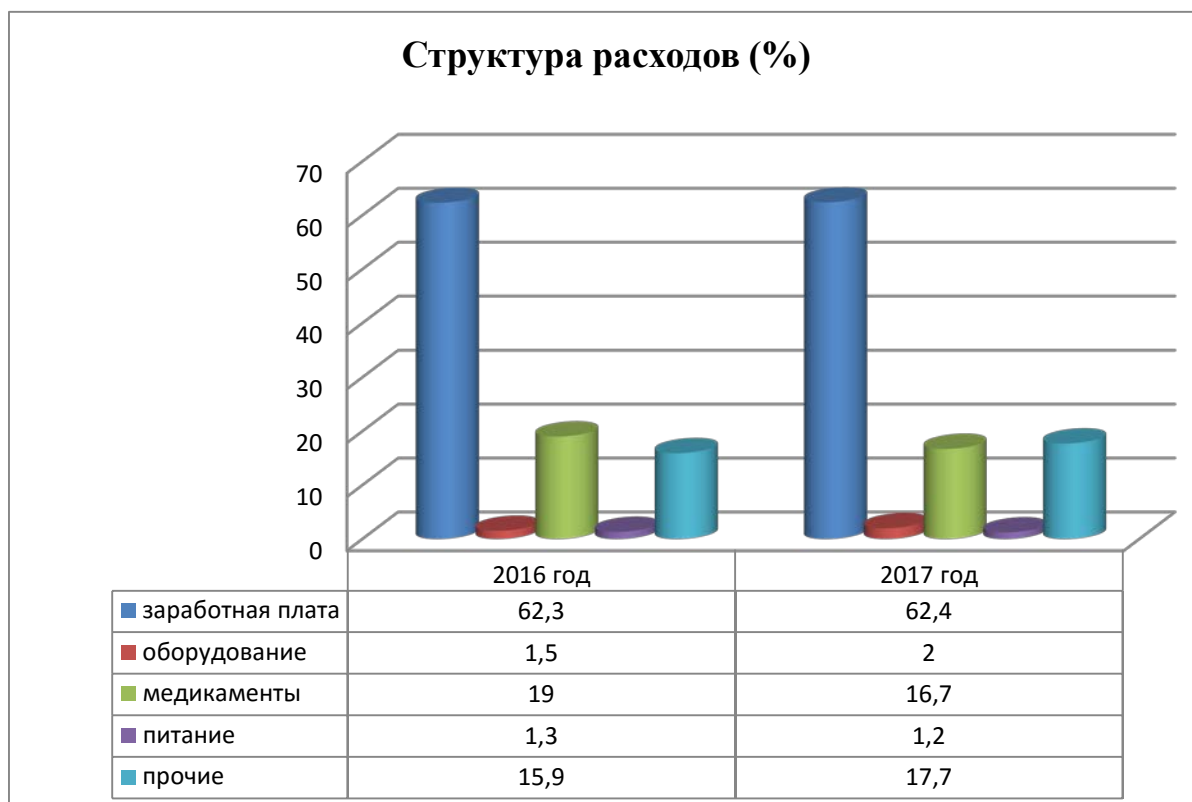


Рис. 4

Расходы по условиям оказания медицинской помощи в 2017 году в соответствии с кассовыми расходами на выполнение Территориальной программы представлены в таблице 7.

Таблица 7

**Кассовое исполнение расходов по условиям оказания
медицинской помощи в 2017 году**

Условия оказания медицинской помощи	План (тыс. рублей)	Кассовое исполнение, (тыс. рублей)	% исполнения
Скорая медицинская помощь	482 039,7	474 255,1	98,4
Амбулаторная медицинская помощь	2 715 386,0	2 910 703,8	107,0
Медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара	249 439,6	267 268,1	107,1
Медицинская помощь, оказанная в условиях круглосуточного стационара	5 599 451,2	5 508 453,3	98,0
Паллиативная помощь в стационарных условиях	879 913,7	115 788,9	13,0

Финансирование медицинской помощи по условиям оказания за счет средств бюджетов соответствует утвержденной Территориальной программе: отклонения между утвержденными и исполненными показателями финансовых

объемов по условиям оказания медицинской помощи не превышают 10%, кроме паллиативной помощи. По паллиативной помощи фактическое финансирование ниже утвержденного на 87% в связи с аналогичным исполнением объемных показателей по койко-дням.

В целом Территориальная программа выполнена. Население обеспечено социально гарантированными объемами бесплатной медицинской помощи с учетом территориальных нормативов, региональных и структурных особенностей здравоохранения. Дефицит финансирования Территориальной программы в 2017 году отсутствовал.

Раздел 5. Анализ исполнения территориальной программы ОМС

В 2017 году ТФОМС осуществлял свою деятельность в соответствии с Законом Свердловской области от 19 декабря 2016 года № 155-ОЗ «О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов».

Территориальная программа ОМС является составной частью Территориальной программы.

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

1) по амбулаторно-поликлинической помощи – 36 649,1 тыс. посещений, или 99% к запланированным объемам (98,5% к 2016 году).

В том числе:

с профилактической и иными целями – 22 827,6 тыс. посещений, или 217% к запланированным объемам (99,1% к 2016 году);

по неотложной медицинской помощи – 1229,3 тыс. посещений, или 49% к запланированным объемам (86% к 2016 году). В связи с увеличением доли посещений с профилактической целью и посещений, включенных в обращения по поводу заболевания, в общем количестве посещений по территориальной программе ОМС произошло невыполнение количества посещений в неотложной форме;

обращений в связи с заболеванием – 4815,6 тыс. обращений, или 54% к запланированным объемам (98,4% к 2016 году).

Исполнение объемных показателей по амбулаторной помощи в части обращений по заболеванию составило 54,4% к плану, что объясняется спецификой учета разовых посещений по заболеванию (учитываются в посещениях с профилактической и иными целями в соответствии с письмом Минздрава РФ от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304).

Перевыполнение объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и иными целями, закономерно привело к снижению количества обращений по заболеванию, поскольку после однократного посещения по поводу заболевания у пациента в дальнейшем не было необходимости обращаться в поликлинику;

2) по круглосуточному стационару – 766,9 тыс. госпитализаций, или 99,6% к запланированным объемам (97,6% к 2016 году);

3) по дневному стационару – 267,9 тыс. случаев лечения, или 100% к запланированным объемам (98,6% к 2016 году);

4) по скорой медицинской помощи – 1068,2 тыс. вызовов, или 79,7% от плана (93% к 2016 году).

Выполнение объемных показателей на одного застрахованного по видам медицинской помощи составило:

1) по амбулаторно-поликлинической помощи:

с профилактической и иными целями – 5,11 посещения на одного застрахованного в год (запланировано 2,35 посещения);

по неотложной медицинской помощи – 0,28 посещения на одного застрахованного в год (план – 0,56);

обращений в связи с заболеванием – 1,08 на одного застрахованного в год (план – 1,98);

2) по стационарной помощи – 0,17157 госпитализации на одного застрахованного в год (план – 0,17233);

3) по медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах, запланированный и фактический показатель 0,06 случая лечения на одного застрахованного в год;

4) по скорой медицинской помощи – 0,24 вызова на одно застрахованное лицо (план – 0,30 вызова).

Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи за счет средств ОМС рассчитаны в соответствии с письмом Минздрава РФ от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 с применением коэффициента дифференциации 1,095.

Выполнение стоимостных показателей по видам медицинской помощи составило:

1) по амбулаторно-поликлинической помощи:

стоимость посещения с профилактической целью утверждена в размере 430,7 рубля, фактически исполнено 422,4 рубля. Снижение от плановой стоимости составляет 1,9%. По сравнению с 2016 годом стоимость посещения снизилась незначительно (425,1 рубля);

стоимость посещения в неотложной форме утверждена в размере 537,6 рубля, фактически исполнено 590,0 рубля, что составляет 109,7%;

стоимость обращения по поводу заболевания утверждена в размере 1176,4 рубля, фактически исполнено 950,6 рубля. Неисполнение норматива на 19,2% говорит о меньшей кратности посещений в обращении (2,6 посещения в обращении при плане 2,7). По сравнению с 2016 годом стоимость обращения выросла на 2,0%;

2) по круглосуточному стационару утверждено 26 520,5 рубля на 1 госпитализацию, фактически исполнено 26 895,2 рубля, что составляет 101,4% к плану. По сравнению с 2016 годом стоимость госпитализации увеличилась на 0,9%;

3) по дневному стационару утверждено 14 459,2 рубля на случай лечения, фактически исполнено 12 015,0 рубля. По сравнению с 2016 годом показатель стоимости случая лечения снизился на 2,6%;

4) по скорой медицинской помощи утверждено 2344,0 рубля на вызов, фактическая стоимость – 2819,5 рубля, что на 20,3% выше, чем утвержденная стоимость, и на 5,5% выше, чем в 2016 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 2017 год приведены в таблице 8.

Таблица 8

Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи

Номер строки	Критерии доступности и качества медицинской помощи	Единица измерения	Целевое значение на 2017 год	Фактическое значение за 2017 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	% от числа опрошенных	не менее 80	88,7	+11
3.	городского населения		не менее 80	88,5	+ 10,6
4.	сельского населения		не менее 80	90,1	+ 12,6
5.	Смертность населения от болезней системы кровообращения, всего в том числе	число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения	680,0	654,6	+ 3,8
6.	городского населения		701,0	649,7	+7,9
7.	сельского населения		858,0	681,01	+26
8.	Смертность населения от злокачественных новообразований, всего в том числе	число умерших от новообразований (в том числе от злокачественных) на 100 тыс. человек населения	200,4	226,1	- 11,3
9.	городского населения		216,1	225,8	- 4,3
10.	сельского населения		204,9	219,7	- 6,9
11.	Смертность населения от туберкулеза, всего в том числе	случаев на 100 тыс. человек населения	12,8	10,3	+ 24,3
12.	городского населения		11,1	8,4	+ 32
13.	сельского населения		31,2	17,1	+82

1	2	3	4	5	6
14.	Смертность населения в трудоспособном возрасте	число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения	630,0	582,0	+ 8,2
15.	Смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения	число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения	176,0	158,6	+ 11
16.	Доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте	%	40,0	31,0	+ 29
17.	Материнская смертность	на 100 тыс. родившихся живыми	9,8	10,0	- 2
18.	Младенческая смертность, всего	на 1000 родившихся живыми	5,6	4,8	+ 17
19.	в городской местности		5,0	4,4	+ 14
20.	в сельской местности		7,0	7,0	+ 0
21.	Доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года	%	21,0	20,0	+ 5
22.	Смертность детей в возрасте от 0 до 4 лет, всего	на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста	140,0	110,0	+ 27
23.	Доля умерших в возрасте от 0 до 4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте от 0 до 4 лет	%	23,0	26,0	- 11,5
24.	Смертность детей в возрасте от 0 до 17 лет, всего	на 100 тыс. человек соответствующего возраста	82,0	53,0	+ 55
25.	Доля умерших в возрасте от 0 до 17 лет на дому к общему количеству умерших в возрасте от 0 до 17 лет	%	25,0	29,0	- 13,7
26.	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов	%	56,9	56,9	+ 0

1	2	3	4	5	6
	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	%	56,0	56,1	+ 0,2
28.	Доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве случаев выявленного туберкулеза в течение года	%	1,5	0,8	+ 87
29.	Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда	%	45,0	60,0	+ 33
30.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда	%	25,0	29,5	+ 18
31.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда	%	25,0	58,0	+ 132
32.	Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис, в общем количестве	%	5,0	6,1	+ 22

1	2	3	4	5	6
	пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи				
33.	Доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями	%	35,0	35,0	+ 0
34.	Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом	%	3,0	4,1	+ 37
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 – 227 на отказ – 0	+ 54
36.	Раздел 2. Критерии доступности медицинской помощи				
37.	Обеспеченность населения врачами, всего	на 10 тыс. человек населения	29,0	28,0	- 3,4
38.	городского населения		32,8	31,7	- 0,3
39.	сельского населения		7,9	7,5	- 5
40.	оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, всего		16,3	16,1	- 5
41.	городского населения		18,2	18,1	- 0,5
42.	сельского населения		5,4	4,6	- 14,8
43.	оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях, всего		12,4	12,4	+ 0

1	2	3	4	5	6	
44.	городского населения	на 10 тыс. человек населения	14,2	14,1	- 0,7	
45.	сельского населения		2,3	2,7	+ 17,4	
46.	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом, всего		83,7	81,0	- 3,2	
47.	городского населения		90,2	87,4	- 3,1	
48.	сельского населения		47,6	44,1	- 7,3	
49.	оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, всего		41,0	40,5	- 1,2	
50.	городского населения		42,0	42,1	+ 0,2	
51.	сельского населения		35,2	31,7	- 9,9	
52.	оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях, всего		35,9	35,5	- 1,1	
53.	городского населения		40,7	40,1	- 1,5	
54.	сельского населения		9,8	9,8	+ 0	
55.	Средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в среднем по Свердловской области)		дней	11,6	10,8	- 6,8
56.	Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на Территориальную программу		%	7,0	6,8	- 2,9
57.	Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на Территориальную программу		%	2,4	1,4	- 42
58.	Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, всего в том числе	%	95	96,2	+ 1,2	
59.	проживающих в городской местности		95	96,2	+ 1,2	
60.	проживающих в сельской местности		95	96,2	+ 1,2	

1	2	3	4	5	6
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	%	4,0	4,6	+ 15
62.	Число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь	на 1000 человек сельского населения	254	221	-13
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	%	15,3	15,3	0

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

Анализ уровня достижения целевых показателей следующий: из 24 показателей, характеризующих качество оказания медицинской помощи, достигнуто 20 целевых показателей, что составило 83%.

Не достигнуто 4 целевых показателя по следующим причинам.

Фактический показатель смертности от злокачественных новообразований на 11,3% 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, в 2016 году – 221,9. По итогам 2017 года показатель смертности от новообразований составляет 226,1 случая на 100 тыс. населения.

При росте показателя смертности растет и показатель заболеваемости злокачественными заболеваниями. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями в 2017 году составил 426,4 случая на 100 тыс. населения

(2016 году – 419,3 на 100 тыс. населения), рост заболеваемости составил 1,7%, 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.

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 Российской Федерации, где уровень техногенного загрязнения окружающей среды выше среднероссийского);
- 4) условия труда;
- 5) наследственная предрасположенность.

Но при этом улучшились показатели выявления больных в I–II стадии при злокачественных новообразованиях распространенных локализаций: ободочной кишки, поджелудочной железы, гортани, молочной железы, шейки матки.

Таблица 9

**Показатель выявления больных в I–II стадии по локализациям
в 2015–2017 годах**

Локализация	2015 год	2016 год	2017 год
Ободочная кишка	37,7	39,6	45,0
Поджелудочная железа	15,7	14,6	18,6
Молочная железа	65,7	66,7	68,2
Шейка матки	52,6	55,6	57,2

(%)

В 2017 году показатель материнской смертности на территории Свердловской области составил 10,0 на 100 000 родившихся живыми, что на 10% превысило целевой уровень и на 2,0% отмечен рост к показателю 2016 года (9,8). Согласно методике Всемирной организации здравоохранения показатель рассчитывается на количество детей, рожденных живыми. В 2017 году в абсолютных случаях количество материнских смертей не увеличилось и остается неизменным с 2014 года (6 случаев). Рост показателя в 2017 году обусловлен снижением рождаемости на территории Свердловской области на 10,5%. При условии сохранения темпа рождаемости на территории области показатель материнской смертности мог составить 9,3 на 100 000 родившихся живыми. Гибель женщин в 2017 году произошла в двух случаях на первом уровне, в двух – на третьем уровне и в двух – вне медицинской организации.

Все случаи разобраны на комиссии и признаны urgentными, которые могут произойти на любом уровне оказания медицинской помощи.

Увеличение доли смертности на дому у детей в возрасте от 0 до 4 лет обусловлено особенностями статистических расчетов. В 2016 году в данной возрастной категории погибло 426 детей, из них на дому – 94 ребенка. В 2017 году всего погибло 335 детей, то есть на 91 ребенка меньше, на дому – 87 (на 7 человек меньше). Таким образом, несмотря на уменьшение абсолютного числа случаев гибели детей на дому, в связи со значительным уменьшением абсолютного числа умерших детей в данной возрастной категории повысился относительный показатель – доля детей от общего количества умерших детей (с 22% в 2016 году до 26% в 2017 году).

Аналогичная ситуация и в целом по возрастной группе от 0 до 17 лет. В 2016 году в данной возрастной категории погибло 624 ребенка, из них на дому – 151 случай. В 2017 году всего погибло 479 детей, что на 155 детей меньше, на дому – 139 (на 12 человек меньше). Таким образом, несмотря на уменьшение абсолютного числа гибели детей на дому, в связи со значительным уменьшением абсолютного числа умерших детей в данной возрастной категории повысился относительный показатель – доля детей от общего количества умерших детей (с 24% в 2016 году до 29% в 2017 году).

Показатели, характеризующие доступность медицинской помощи, достигнуты на 40% (из 15 достигнуты 6 показателей).

Не достигнуты целевые показатели по обеспеченности медицинскими кадрами, которые ниже целевых значений как по врачам, так и по среднему медицинскому персоналу.

В 2017 году количество врачей сократилось на 315 человек. Сокращение числа врачей произошло за счет амбулаторного звена (на 5%), в стационарном звене обеспеченность врачами не снизилась. Обеспеченность врачами (без учета федеральных медицинских организаций) составила 28,0 специалиста на 10 тыс. человек населения и снизилась на 3,4% в сравнении с 2016 годом.

При этом укомплектованность врачебных должностей физическими лицами в 2017 году по сравнению с 2012 годом увеличилась на 20,3%, что является позитивным фактором, и именно от укомплектованности врачебных должностей зависит доступность медицинской помощи. Рост укомплектованности врачебных должностей произошел в связи с приведением в соответствие штатных расписаний с нормативами и порядками оказания медицинской помощи.

Обеспеченность средним медицинским персоналом составила 81,0 специалиста на 10 тыс. человек населения и в сравнении с 2016 годом снизилась незначительно (на 3,1%). Укомплектованность должностей работников со средним профессиональным (медицинским) образованием в 2017 году по сравнению с 2012 годом повысилась на 19,5%. В течение 2017 года численность среднего медицинского персонала сократилась на 3,5% (1298 человек) и составила 35 895 человек. Трудоустроено 1103 работника со средним профессиональным (медицинским) образованием, уволен – 2401. В последние годы заметно снизилась «текучка» медицинских кадров.

На снижение численности медицинских работников в целом повлияли оптимизация структуры коечного фонда медицинских организаций, повышение требований и нагрузки на медицинских работников в связи с переводом работников на эффективные контракты, что привело к принятию частью медицинских работников решения о выходе на пенсию по старости. Кроме того, снижение численности медицинских работников связано с оттоком кадров в частные медицинские организации.

В медицинских организациях, расположенных в сельской местности, работает 5,3% (682 человека) врачей от численности всех врачей Свердловской области и 10,5% (3778 человек) среднего медицинского персонала от числа среднего медицинского персонала, работающего в Свердловской области. За 2017 год численность врачей, работающих в сельской местности, увеличилась на 31%, а среднего медицинского персонала – на 19%. Положительное влияние на приток медицинских кадров оказала программа «Земский доктор».

Соотношение врач/ работник со средним профессиональным (медицинским) образованием по итогам 2017 года составляет 1/2,9 и в сравнении с 2016 годом не изменилось.

Министерством здравоохранения Свердловской области ведется ежемесячный мониторинг движения медицинских кадров в медицинских организациях. В 2017 году в государственные медицинские организации Свердловской области и муниципальные медицинские организации принято 566 врачей, уволен – 881, снижение численности врачебных кадров составило 315 человек.

Невыполнение целевого показателя по доле расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров связано в первую очередь со снижением плановых средних сроков лечения на 10%, или 1 день, что привело к снижению средней стоимости одной госпитализации на 17% по сравнению с планом, во вторую очередь – с невыполнением плановых объемов по госпитализациям по бюджетным технологиям на 39,5%. Эти факторы привели к неисполнению плановых ассигнований в целом на медицинскую помощь, оказываемую в дневных стационарах. По плану, утвержденному Территориальной программой на 2017 год, сумма финансирования составляла 4 127 097,1 тыс. рублей, фактически израсходовано медицинскими организациями 3 485 877,7 тыс. рублей, что составляет 84,5% 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 50,9%. Соответственно не достигнуты плановые значения по финансированию в целом неотложной амбулаторной медицинской помощи: по плану, утвержденному Территориальной программой на 2017 год, сумма финансирования составляла 1 345 568,6 тыс. рублей, фактически израсходовано 725 240,5 тыс. рублей, что составляет 53,9% от плана.

Снижение уровня показателя «число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь» на 1000 человек населения произошло в связи со снижением объемов скорой медицинской

помощи в целом по Свердловской области, причины снижения объемов скорой медицинской помощи приведены выше.

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. Несмотря на снижение в 2017 году потребления населением объемов медицинской помощи, это не отразилось на основных медико-демографических показателях.

Число умерших в Свердловской области в 2017 году сократилось на 2886 человек, а коэффициент смертности составил 13,3 на 1000 человек населения и в сравнении с 2016 годом снизился на 5%. Снизились показатели смертности трудоспособного населения, младенческой смертности.

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