



ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ СОБРАНИЕ ПЕРМСКОГО КРАЯ

АППАРАТ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО СОБРАНИЯ

Управление аналитической и законотворческой деятельности

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЗАПИСКА

к проекту постановления Законодательного Собрания Пермского края
"Об утверждении отчета о реализации территориальной программы
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи за 2017 год"

17.08.2018

№ 125-АЗ

Аналитическая записка подготовлена по поручению председателя Законодательного Собрания Пермского края Сухих В.А. от 18.07.2018 № 1782-18/07 на основе проекта постановления Законодательного Собрания Пермского края, поступившего с письмом и.о. губернатора Пермского края Антипиной О.В. от 17.07.2018 № СЭД-01-69-1052.

И.о. губернатора Пермского края предлагается рассмотреть и утвердить постановлением Законодательного Собрания Пермского края отчет о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Пермского края медицинской помощи за 2017 год (далее - Отчет, Территориальная программа), одобренный распоряжением Правительства Пермского края от 04.07.2018 № 147-рп.

По существу рассматриваемого вопроса сообщаем следующее.

Согласно части 2 статьи 2 Закона Пермского края от 23.11.2015 № 573-ПК «Об охране здоровья граждан в Пермском крае» (далее - Закон № 573-ПК) утверждение годового отчета об исполнении Территориальной программы относится к полномочиям Законодательного Собрания Пермского края.

В соответствии с частью 10 статьи 13 Закона № 573-ПК уполномоченный орган¹ ежегодно составляет отчет о реализации территориальной программы государственных гарантий Пермского края, который направляется для рассмотрения Правительству Пермского края. Правительство Пермского края одобряет отчет о реализации Территориальной программы и представляет его для рассмотрения и утверждения в Законодательное Собрание Пермского края **не позднее 1 июля года²**, следующего за отчетным, по форме, утвержденной федеральным законодательством.

¹ Статья 13 Закон Пермского края от 23.11.2015 № 573-ПК (ред. от 25.12.2015) «Об охране здоровья граждан в Пермском крае»

² В редакции Закона Пермского края от 02.07.2018 № 249-ПК «О внесении изменений в Закон Пермского края «Об охране здоровья граждан в Пермском крае» (в предыдущей редакции – не позднее 1 мая года, следующего за отчетным годом)

Представленный Отчет составлен по форме федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению», утвержденной приказом Федеральной службой государственной статистики от 29.09.2017 № 646 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья», и поступил в Законодательное Собрание Пермского края **17 июля 2018 года**.

Анализ представленного Отчета о реализации Территориальной программы показал следующее.

1. Территориальная программа на 2017 год утверждена постановлением Правительства Пермского края от 30.12.2016 № 1191-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее - Постановление № 1191-п)

В Территориальной программе установлены перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой **осуществляется бесплатно**, включая перечень заболеваний (состояний) и категории граждан, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, предельные сроки ожидания плановой медицинской помощи, а также требования в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Территориальной программой предусмотрено, что медицинская помощь организуется и оказывается **в соответствии с порядками** оказания медицинской помощи обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также **на основе стандартов** медицинской помощи. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяется лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.

2. Медицинскую помощь в рамках Территориальной программы оказывают **медицинские организации** любой организационно-правовой формы.

Согласно Отчету в 2017 году в реализации Территориальной программы участвовали 200 медицинских организаций, в том числе: 135 медицинских организаций, находящихся в собственности Пермского края (67,5 %), 4 медицинских организации, находящихся в федеральной собственности (2%), 61 медицинская организация иной формы собственности (30,5 %) (приложение 1).

Необходимо отметить, что в сравнении с 2016 годом количество медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы сократилось на 12%.

В 2016 году принимали участие в реализации Территориальной программы 225 медицинских организаций, в том числе: 145 медицинских

организаций, находящихся в собственности Пермского края (65%), 5 медицинских организаций, находящихся в федеральной собственности (2%), 75 медицинских организаций иной формы собственности (33%).

Из числа вышеуказанных медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) в 2017 году осуществляли свою деятельность 175 медицинских организаций, в том числе: 110 медицинских организаций, находящихся в собственности Пермского края (62,8 %), 4 медицинских организации, находящихся в федеральной собственности (2,3 %), 61 медицинская организация иной формы собственности (34,9 %).

3. Стоимость Территориальной программы утверждена в размере 35 177,1 млн. рублей, в том числе за счет средств бюджета Пермского края – 8 946,7 млн. рублей, за счет средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края (далее - ТФОМС) – 26 230,4 млн. рублей.

Подушевой норматив финансирования установлен в размере 13 079,5 рублей, в том числе за счет средств бюджета Пермского края – 3 399,09 рублей, за счет средств бюджета ТФОМС – 9 680,4 рублей.

Необходимо отметить, что стоимость Территориальной программы за счет средств бюджета Пермского края на 2017 год была утверждена со «скрытым дефицитом» в сумме 1 101,8 млн. рублей (приложение 2).

В 2016 году стоимость Территориальной программы за счет средств бюджета Пермского края была утверждена со «скрытым дефицитом» в размере 2 459,5 млн. рублей.

«Скрытый дефицит» за счет средств бюджета обусловлен применением при расчете стоимости Территориальной программы подушевого норматива, величина которого ниже, по сравнению с федеральным, утвержденным 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 - Федеральная программа).

Потребность в финансовом обеспечении Территориальной программы за счет средств соответствующих бюджетов определяется³ исходя из среднего подушевого норматива финансирования, установленного Федеральной программой (3 488,6 рублей)⁴, величины коэффициента дифференциации (1,094)⁵ и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января соответствующего года (2 632 097 человек).

³ Письмо Минздрава России 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»

⁴ Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов»

⁵ Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 (ред. от 05.04.2017) «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»

Таким образом, потребность в финансовом обеспечении Территориальной программы за счет средств бюджета Пермского края на 2017 год составила 10 048,5 млн. рублей, а не 8 946,7 млн. рублей.

Решением Пермского краевого суда от 28.06.2017 № 3а-121/2017 отдельные нормы Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Пермского края от 30.12.2016 № 1191-п, признаны недействующими, а именно нормы, устанавливающие в 2017 году средние нормативы объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической и иной целью, высокотехнологичной медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования за счет бюджета (далее - региональные нормативы), так как региональные нормативы, установленные Территориальной программой, не соответствуют нормативам, установленным Федеральной программой.

По данным Отчета **кассовое исполнение** Территориальной программы за 2017 год составило в сумме 34 523,6 млн. рублей, или 98,8 % от утвержденной стоимости Территориальной программы.

За счет **средств бюджета Пермского края** кассовое исполнение Территориальной программы составило 8 779,1 млн. рублей, или 98,1% от утвержденной стоимости (план – 8 946,7 млн. рублей);

За счет средств бюджета Пермского края осуществляется финансирование медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования (приложение 3).

За счет **средств обязательного медицинского страхования** (далее - средства ОМС) кассовое исполнение Территориальной программы составило 25 809, 0 млн. рублей, или 98,4%. Остаток на конец отчетного периода составил 1 277,5 млн. рублей. Расходы на обеспечение выполнения ТФОМС своих функций составили 147,3 млн. рублей.

Основным источником финансового обеспечения Территориальной программы ОМС является субвенция из бюджета Федерального фонда медицинского страхования (далее – ФФОМС).

На финансовое обеспечение ОМС на территории Пермского края из бюджета ФФОМС в доход бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края в 2017 году поступили субвенции в размере 26 370,8 млн. рублей, в том числе на финансовое обеспечение Территориальной программы ОМС - 25 023,4 млн. рублей.

4. Нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее предоставления устанавливаются отдельно за счет средств ОМС и средств бюджета Пермского края с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей региона.

Анализ выполнения объемов медицинской помощи и **финансового**

обеспечения медицинской помощи по Территориальной программе за 2017 год показал следующее (приложение 4).

За счет средств ОМС значительно перевыполнены объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической и иной целью на 2 229 541 посещение, или на 36,1%. Норматив финансирования данного вида медицинской помощи перевыполнен на 1 188,7 млн. рублей или на 44,1%.

Согласно пояснительной записке к проекту распоряжения Правительства Пермского края «Об одобрении отчета о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за 2017 год» перевыполнение норматива объема посещений с профилактической целью связано с большим количеством разовых посещений по поводу заболеваний, включенных в объем посещений с профилактической целью.

Необходимо отметить, что превышение норматива объема посещений с профилактической целью в 2017 году сократилось по отношению к 2016 году в 2,7 раза. В 2016 году превышение объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической целью составляло 96,8%, в 2017 году – 35,3%.

При этом существенно *не выполнены объемы медицинской помощи* в амбулаторных условиях в неотложной форме (на 26,5%) и в связи с заболеванием (на 19,1%), финансирование составило 76,6% и 83,1% соответственно.

Плановый показатель по медицинской реабилитации выполнен всего на 44,7%. Финансирование данного вида медицинской помощи составило 74,3%. Несоответствие объемов финансирования фактически выполненным объемам медицинской помощи отмечается также при оказании скорой помощи, а именно: при 100% исполнении объемы скорой медицинской помощи выполнены на 92,4%.

За счет средств бюджета значительно перевыполнены объемы скорой медицинской помощи на 26,3% или на 21 599 вызовов, при этом финансирование этого вида помощи составило всего 95,6%.

По паллиативной медицинской помощи при выполнении плана объема оказания медицинской помощи на 102,5%, объем финансирования также не выполнен и составил 98,5%.

Меньше плановых значений объемы и финансирование медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (89,4% и 99,6% соответственно), в условиях дневного стационара (72,1% и 79,7% соответственно), в амбулаторных условиях, оказанных с профилактической и иной целью (87,2% и 80,9% соответственно), и в связи с заболеванием (90,7% и 82,2% соответственно).

В связи с тем, что по отдельным видам и условиям оказания медицинской помощи объем финансирования не соответствовал фактически выполненным объемам медицинской помощи в 2017 году большая часть **фактической стоимости единицы объема медицинской помощи не соответствовала нормативам финансовых затрат** на единицу объема медицинской помощи,

установленным Территориальной программой (далее – норматив финансовых затрат) (приложение 5).

Так, *за счет средств ОМС* выше установленного норматива финансовых затрат была фактическая стоимость по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, кроме дневного стационара (на 119 рублей меньше, или на 8,8%). Стоимость койки-дня по медицинской реабилитации превысила установленный финансовый норматив почти в два раза.

За счет средств бюджета выше установленного норматива финансовых затрат была фактическая стоимость случая госпитализации на 4,9 тыс. рублей (или на 11,5%), пациента-дня в дневном стационаре на 52 рубля (или 10,6%). При этом ниже норматива финансовых была фактическая стоимость обращения в связи с заболеванием на 110 рублей (или на 9,7%), посещения в профилактических целях на 31 рубль (или на 8,3%), стоимость койки-дня паллиативной помощи на 79 рублей (или на 4%).

5. Структура расходов на оказание медицинской помощи в 2017 году сложилась следующим образом.

Основную долю в структуре расходов на финансирование Территориальной программы занимает оплата труда с начислениями на нее, при этом по сравнению с 2016 годом доля расходов на оплату труда с начислениями снизилась за счет средств бюджета с 44,3% в 2016 году до 41,5% в 2017 году, за счет средств ОМС увеличилась с 64,5% до 66,3% соответственно (приложение б).

Доля расходов на увеличение стоимости материальных запасов по сравнению с 2016 годом снизилась и составила: за счет средств бюджета Пермского края - 25,2%, за счет средств ОМС - 19,3% (в том числе на медикаменты и перевязочные средства - 13,6% и 14,7% соответственно).

По сравнению с 2016 годом увеличилась доля расходов на оплату работ, услуг (коммунальные, транспортные услуги, услуги по содержанию имущества и т.п.): за счет средств бюджета Пермского края с 14,3% до 19,0%, за счет средств ОМС с 11,9% до 12,4%.

Доля расходов на увеличение стоимости основных фондов за счет средств бюджета Пермского края увеличилась с 4,4% в 2016 году до 5,0% в 2017 году, за счет средств ОМС уменьшилась и составила 0,7%. Аналогичная ситуация сложилась по расходам на приобретение медицинского оборудования.

В 2017 году за счет средств ОМС сократилась доля расходов практически по всем видам материальных активов, в том числе медикаментов и перевязочных средств (с 15,5% в 2016 году до 14,7% в 2017 году), медицинского инструментария (с 1,0% до 0,8%), продуктов питания (с 1,0% до 0,5%), мягкого инвентаря (с 0,2% до 0,1%). **За счет средств бюджета** доля расходов **сократилась на медикаменты и продукты питания** (с 14,2% до 13,6% и с 6,7% до 5,3% соответственно).

6. В Территориальной программе на 2017 год были утверждены целевые значения по 28 критериям доступности и качества медицинской помощи, в том числе по 5 критериям целевые значения установлены

раздельно для городского и сельского населения (приложение 7).

В Территориальной программе на 2016 год были утверждены целевые значения по 34 критериям доступности и качества медицинской помощи.

В 2017 году для оценки доступности и качества медицинской помощи в соответствии с Федеральной программой не используются следующие показатели: смертность населения от болезней системы кровообращения, смертность населения от новообразований (в том числе злокачественных), смертность населения от туберкулеза, смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения, средняя длительность лечения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, а также показатели эффективности деятельности медицинских организаций (выполнение функции врачебной должности, среднегодовая занятость койки).

Анализ выполнения критериев доступности и качества медицинской помощи за 2017 год показал следующее.

По отдельным критериям доступности и качества медицинской помощи **целевые значения в 2017 году достигнуты и имеют положительную динамику** по сравнению с 2016 годом, в том числе смертность населения в трудоспособном возрасте - 579,1 случаев на 100 тыс. населения, в 2016 году - 645,6 случаев на 100 тыс. населения (снижение на 12,4%).

Согласно данным Пермьстата в 2017 году в Пермском крае общая смертность населения сократилась на 3,6% (с 13,8 человек на 1 000 населения до 13,3 человек).

По информации Министерства здравоохранения Пермского края, в 2017 году снизилась в сравнении с 2016 годом: смертность населения от болезней кровообращения на 3,2% (669,9 случаев на 100 тыс. населения), от инфаркта миокарда на 10,9% (37,0 случаев на 100 тыс. населения), от инсульта на 7,7% (106,6 случаев на 100 тыс. населения), от новообразований на 1,9% (193,3 случаев на 100 тыс. населения).

Это стало результатом оперативности и качества оказания медицинской помощи пациентам:

доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте - 25,0%, в 2016 году 34,5%;

доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда – 52,3%, в 2016 году 46,8%;

доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи – 19,7%, в 2016 году 13,9%;

доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом – 5,1%, в 2016 году – 3,5%;

доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в федеральных медицинских организациях, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках Программы ОМС – 5,1% , в 2016 году – 4,9%.

Также снизились значения показателей детской смертности в разных возрастных группах:

младенческая смертность – 5,2 на 1000 чел., родившихся живыми, в 2016 году 5,7 (снижение на 8,8%);

смертность детей в возрасте от 0 до 4 лет – 105,4 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста, в 2016 году 143,4 (снижение на 32%);

смертность детей в возрасте от 0 до 17 лет – 55,5 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста, в 2016 году – 69,8 (снижение на 25%).

Вместе с тем, в 2017 году отмечен **рост материнской смертности** по отношению к 2016 году с 5,4 случаев на 100 тыс. человек родившихся живыми до 9,4 случаев и **рост детской смертности на дому**: доля умерших в возрасте 0-4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0-4 лет увеличилась по отношению к 2016 году с 10,6% до 10,8%, доля умерших в возрасте 0-17 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0-17 лет с 9,8% до 12,1%.

В прошедшем году наметилась негативная тенденция по онкологической заболеваемости. Так, в 2017 году **снизилась** с 52,8% в 2016 году до 52% **доля пациентов** со злокачественными новообразованиями, **состоящих на учете** с момента установления диагноза **5 лет и более**, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, и **доля** впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (1 и 11 стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года с 54,7% до 53,9%.

Необходимо отметить, что **по ряду показателей при выполнении плановых значений отмечается отрицательная динамика по отношению к 2016 году**, а именно:

доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда – при снижении значения показателя с 85,2% до 51,5% по отношению к 2016 году, целевое значение показателя перевыполнено (план – 65%);

доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда - при снижении значения показателя с 17,1% до 12,9% по отношению к 2016 году, целевое значение показателя перевыполнено (план - 15%);

доля охвата профилактическими осмотрами детей - при снижении значения показателя с 96,3% до 95,5% по отношению к 2016 году, целевое значение показателя выполнено на 100%.

Также необходимо отметить, что в 2017 году при отрицательной динамике не выполнено целевое значение показателя доступности медицинской помощи в части доли фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов. Их доля в 2017 году составила 8,5 %, что больше чем в 2016 году на 0,9 п.п. Невыполнение значения показателя составило 5,3 п.п.

Удовлетворенность населения медицинской помощью в 2017 году составила 42,6% от числа опрошенных, а в 2016 году составляла 65,6% от числа опрошенных (снижение на 23п.п.), при этом количество обоснованных жалоб снизилось до 366 (в 2016 году было 594 обоснованных жалобы).

7. Обеспеченность населения медицинскими кадрами, а именно врачами и средним медицинским персоналом характеризует доступность медицинской помощи.

Анализ кадрового обеспечения системы здравоохранения Пермского края *показал отрицательную динамику в обеспеченности населения медицинскими кадрами* и наличие высокого процента совместительства по отдельным категориям медицинского персонала (приложение 8).

При достижении плановых значений обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом снизилась по сравнению с 2016 годом.

Обеспеченность врачами в 2017 году составила 38,0 на 10 тыс. населения при плане 36,7, в том числе для городского населения - 44,3 на 10 тыс. населения при плане – 42,7 (**снижение к 2016 году составило 2,6%**), для сельского населения - 18,3 на 10 тыс. населения, при плане – 17,9 (снижение к 2016 году составило 1,6%).

Обеспеченность врачами (средним медицинским персоналом) рассчитывается как отношение числа физических лиц врачей (среднего медицинского персонала) к численности населения и умноженное на 10 000.

Обеспеченность средним медицинским персоналом в 2017 году составила 82,8 на 10 тыс. населения, при плане 76,7, в том числе для городского населения – 91,0 на 10 тыс. населения, при плане – 84,2 (**при перевыполнении плана на 8,1% снижение обеспеченности к 2016 году составило 3,6%**), для сельского населения – 57,2 на 10 тыс. населения, при плане – 53,8 (**при перевыполнении плана на 6,3% снижение обеспеченности к 2016 году составило 4,2%**).

По нашему мнению, такая ситуация *свидетельствует о некорректности планирования значений целевых показателей доступности медицинской помощи.*

Укомплектованность населения врачами, средним и младшим медицинским персоналом также в основном имеет отрицательную динамику по сравнению с 2016 годом (приложение 7).

Укомплектованность врачами в 2017 году составила в целом 88,1% (в 2016 году – 88,8%), в том числе:

- в медицинских организациях первого уровня⁶ укомплектованность врачами составила 85,7% (в 2016 году - 86,9%), второго уровня - 91,0% (в 2015 - 92,0%), из них в межмуниципальных центрах – 88,5% (в 2016 - 96,2%), третьего уровня - 91,1% (в 2016 - 93,6%), из них в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь – 90,8% (в 2016 году – 93,6%), в медицинских организациях, оказывающих прочие виды медицинских и иных услуг, - 57,7% (в 2016 году – 57,5%).

Укомплектованность рассчитывается как отношение числа занятых должностей к числу штатных должностей.

При этом отмечается снижение коэффициента совместительства по всем уровням медицинских организаций. Самый высокий коэффициент совместительства врачей сложился в медицинских организациях второго уровня, являющихся межмуниципальными центрами - 1,5 (в 2016 году коэффициент совместительства составлял 1,8).

Коэффициент совместительства рассчитывается как отношение числа занятых должностей к числу физических лиц.

Снижение укомплектованности врачами и коэффициента совместительства в 2017 году по ним произошло на фоне роста штатных должностей (на 2%), занятых должностей (на 1,1%) и физических лиц (на 10,3%).

Укомплектованность средним медицинским персоналом в целом составила в 2017 году 91,2% (в 2016 году - 92,0%) и колеблется от 63,4% в медицинских организациях, оказывающих прочие виды медицинских и иных услуг, до 92,6% в межмуниципальных центрах и (или) специализированных межмуниципальных отделениях второго уровня.

При этом также отмечается снижение коэффициента совместительства по всем уровням медицинских организаций. Самый высокий коэффициент совместительства среднего медицинского персонала - 1,4 сложился в

⁶ В целях обеспечения преемственности доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации Территориальной программы субъектами Российской Федерации формируется и развивается трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам. Распределение медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы предлагается осуществлять по следующим уровням (Письмо Минздрава России от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»)

- первый уровень - медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь, специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям (терапевтический, хирургический и педиатрический, скорую (в том числе скорую специализированную) медицинскую помощь, паллиативную медицинскую помощь;

- второй уровень - медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 6 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

- третий уровень - медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Необходимо отметить, что на территории Пермского края отсутствует нормативный акт, регламентирующий распределение медицинских организаций Пермского края по уровням оказания медицинской помощи.

медицинских организациях, оказывающих прочие виды медицинских и иных услуг (в 2016 году - 2,0).

Снижение укомплектованности средним медицинским персоналом и коэффициента совместительства по ним в 2017 году произошло на фоне снижения штатных (на 0,8%) и занятых (на 1,7%) должностей и одновременном росте физических лиц (на 2,9%).

Необходимо отметить, что в 2017 году значительно (в 3 раза) увеличилась штатная численность, занятые должности и физические лица в медицинских организациях третьего уровня.

Укомплектованность младшим медицинским персоналом колеблется от 59,2% в медицинских организациях, оказывающих прочие виды медицинских и иных услуг, до 98,3% в межмуниципальных центрах и (или) специализированных межмуниципальных отделениях второго уровня.

При снижении укомплектованности младшим медицинским персоналом в целом с 91,4% в 2016 году до 89,9% в 2017 году в медицинских организациях второго уровня, в том числе в межмуниципальных центрах и специализированных межмуниципальных отделениях и медицинских организациях третьего уровня укомплектованность младшим медицинским персоналом выросла на 1,7 п.п. и 2,8 п.п. соответственно.

Коэффициент совместительства младшего медицинского персонала вырос с 1,4 в 2016 году до 1,5 в 2017 году. Самый высокий коэффициент совместительства младшего медицинского персонала - 1,7 сложился в медицинских организациях второго уровня (в 2016 году – 1,5).

Необходимо отметить, что в 2017 году значительно (в 2 раза) сократилась штатная численность, занятые должности и физические лица в медицинских организациях второго уровня.

Основные тенденции реализации Территориальной программы.

Территориальная программа в 2017 году реализовывалась в условиях «скрытого дефицита» в размере 1 101,8 млн. рублей (в 2016 году - 2 459,5 млн. рублей).

Кассовое исполнение Территориальной программы за 2017 год составило 34 523,6 млн. рублей, или 98,8 % от утвержденной стоимости Территориальной программы (в 2016 году – 102%).

В реализации Территориальной программы участвовали 200 медицинских организаций, в том числе: 135 медицинских организаций, находящихся в собственности Пермского края, 4 медицинских организации, находящихся в федеральной собственности, 61 медицинская организация иной формы собственности (в 2016 году – 225 медицинских организаций).

В 2017 году по отдельным видам и условиям оказания медицинской помощи объем финансирования не соответствовал фактически выполненным объемам медицинской помощи, большая часть фактической стоимости единицы объема медицинской помощи не соответствовала нормативам финансовых затрат.

В 2017 году за счет средств ОМС сократилась доля расходов практически

по всем видам материальных активов, в том числе медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, продуктов питания, мягкого инвентаря.

По ряду показателей доступности и качества медицинской помощи при выполнении плановых значений отмечается отрицательная динамика по отношению к 2016 году.

По отдельным критериям доступности и качества медицинской помощи целевые значения в 2017 году достигнуты и имеют положительную динамику по сравнению с 2016 годом, в том числе смертность населения в трудоспособном возрасте снизилась на 12,4%, младенческая смертность на 8,8%.

Кадровое обеспечение системы здравоохранения Пермского края имеет отрицательную динамику по обеспеченности медицинскими кадрами, отмечается наличие высокого процента совместительства по отдельным категориям медицинского персонала.

Выводы

Реализация Территориальной программы в 2017 году позволила в основном обеспечить население Пермского края бесплатной медицинской помощью.

В качестве **проблемных моментов** отмечается:

1. Несбалансированность Территориальной программы в части объема медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по отдельным видам и условиям за счет средств бюджета Пермского края.

2. Проблемы в планировании объемов оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания, объемов финансового обеспечения медицинской помощи, а также установлении целевых значений показателей доступности и качества медицинской помощи.

В целом, считаем рассмотрение представленного Отчета **актуально**, поскольку реализуются полномочия Законодательного Собрания Пермского края по рассмотрению и утверждению отчета о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за 2017 год. Результаты рассмотрения отчета могут быть использованы при корректировке территориальной программы в текущем году и формировании территориальной программы на очередной финансовый год.

Начальник управления,
государственный советник
Пермского края 1 класса

М.Ю.Кужельная