



ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ СОБРАНИЕ ПЕРМСКОГО КРАЯ

АППАРАТ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО СОБРАНИЯ

## Управление аналитической и законотворческой деятельности

### АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЗАПИСКА

к отчету о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за 2016 год

07.08.2017

№ 114-АЗ

Аналитическая записка подготовлена по поручению председателя Законодательного Собрания Пермского края Сухих В.А. от 20.06.2017 № 1609-17/07 на основе проекта постановления Законодательного Собрания Пермского края, поступившего с письмом временно исполняющего обязанности губернатора Пермского края Решетникова М.Г. от 20.06.2017 № СЭД-01-68-800 (далее - письмо губернатора).

В письме губернатора предлагается рассмотреть и утвердить постановлением Законодательного Собрания Пермского края отчет о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Пермского края за 2016 год (далее - Отчет, Территориальная программа), одобренный распоряжением Правительства Пермского края от 07.06.2017 № 147-рп.

По существу рассматриваемого Отчета 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 орган<sup>1</sup> 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 мая года**, следующего за отчетным, по форме, утвержденной

---

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

федеральным законодательством.

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 24.08.2016 № 445 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья», и поступил в Законодательное Собрание Пермского края **20.06.2017**.

Анализ представленного Отчета о реализации Территориальной программы показал следующее.

1. Территориальная программа на 2016 год утверждена постановлением Правительства Пермского края от 24.12.2015 № 1139-п (далее - постановление Правительства Пермского края № 1139-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 перечню медицинских организаций, утвержденному постановлением Правительства Пермского края<sup>2</sup>, в 2016 году планировали участие в реализации Территориальной программы 246 медицинских организаций, в том числе: 162 медицинские организации, находящиеся в собственности Пермского края, 5 медицинских организаций, находящиеся в федеральной собственности, 79 медицинских организаций иной формы собственности. Из всех

---

<sup>2</sup> Приложение № 1 к Территориальной программе, утвержденной постановлением Правительства Пермского края от 24.12.2015 № 1139-п (в ред. от 28.12.2016) «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов»

медицинских организаций 216 медицинских организаций (88%) - осуществляли свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - ОМС).

Фактически согласно Отчету в 2016 году в реализации Территориальной программы участвовали 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%) (приложение 1).

Из числа вышеуказанных медицинских организаций в сфере ОМС в 2016 году осуществляла свою деятельность 201 медицинская организация, в том числе: 121 медицинская организация, находящаяся в собственности Пермского края (60%), 5 медицинских организации, находящихся в федеральной собственности (3%), 75 медицинских организаций иной формы собственности (37%)

3. По данным Отчета *кассовое исполнение* Территориальной программы за 2016 год составило в сумме 33 317,8 млн.рублей, или 102% от утвержденной стоимости Территориальной программы (приложение 2).

За счет *средств бюджета Пермского края* кассовое исполнение Территориальной программы составило 7 539,4 млн.рублей, или 99% от утвержденной стоимости (план - 7 594,8 млн.рублей);

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

При этом отмечаем, что стоимость Территориальной программы за счет средств бюджета Пермского края на 2016 год была утверждена со «скрытым дефицитом» в сумме 2 459,4 млн.рублей (приложение 4).

«Скрытый дефицит» обусловлен применением при расчете стоимости Территориальной программы подушевого норматива, величина которого ниже, по сравнению с федеральным, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» (далее - Федеральная программа).

Согласно пункту 7 методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФФОМС)<sup>3</sup> потребность в финансовом обеспечении Территориальной программы за счет средств соответствующих бюджетов определяется как произведение среднего подушевого норматива финансирования, установленного Федеральной программой (3 488,6 рублей)<sup>4</sup>, на величину коэффициента дифференциации

---

<sup>3</sup> 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»

<sup>4</sup> Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»

(1,094)<sup>5</sup> и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января соответствующего года (2 634 409 человек).

Таким образом, потребность в финансовом обеспечении Территориальной программы за счет средств бюджета Пермского края на 2016 год составляет 10 054,2 млн.рублей, а не 7 594,8 млн.рублей.

*Кроме того, отмечаем, что решением Пермского краевого суда от 26.09.2016 № 3а-172/2016 отдельные нормы Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов, утвержденной постановлением Правительства Пермского края от 24.12.2015 № 1139-п, признаны недействующими, а именно нормы, устанавливающие в 2016 году нормативы объема медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу заболевания, стационарных условиях, паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, средние подушевые нормативы финансирования за счет бюджета (далее - региональные нормативы), так как региональные нормативы, установленные Территориальной программой не соответствуют нормативам, установленным Федеральной программой.*

*Апелляционным определением Верховного Суда Российской Федерации от 08.02.2017 № 44-АПГ16-53 решение Пермского краевого суда оставлено без изменений.*

За счет **средств обязательного медицинского страхования** (далее - средства ОМС) кассовое исполнение Территориальной программы составило 25 778,4 млн.рублей, или 102%.

Основным источником финансового обеспечения Территориальной программы ОМС является субвенция из бюджета ФФОМС.

На финансовое обеспечение ОМС на территории Пермского края из бюджета ФФОМС в доход бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края в 2016 году поступили субвенции в размере 25 168,1 млн.рублей<sup>6</sup>, в том числе на финансовое обеспечение Территориальной программы ОМС - 25 023,4 млн.рублей, на обеспечение выполнения функций аппаратом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края (далее - ТФОМС ПК) - 144,7 млн.рублей.

Вместе с тем, объем субвенции из бюджета ФФОМС как источника

---

<sup>5</sup> 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»

<sup>6</sup> Закон Пермского края от 21.12.2015 № 581-ПК (ред. от 23.12.2016) «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов»

финансового обеспечения стоимости Территориальной программы ОМС на 2016 год был утвержден в размере 24 923,4 млн.рублей<sup>7</sup>, то есть на 100,0 млн.рублей меньше.

Сокращение объема субвенции связано с возвратом в 2016 году из бюджета ТФОМС ПК бюджету ФФОМС невозвращенных в 2015 году средств, размещенных в ОАО «Банк Российский Кредит» по договору срочного депозита в сумме 100,0 млн.рублей.

4. **Анализ выполнения объемов** медицинской помощи и **финансового обеспечения** медицинской помощи по Территориальной программе за 2016 год показал следующее (приложение 2).

*За счет средств обязательного медицинского страхования значительно перевыполнены* объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической целью на 6 155 808 посещений, или на 96% и норматив финансирования данного вида медицинской помощи на 105% или 2 632,6 млн.рублей, или на 105%.

При этом существенно **не выполнены объемы** медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме. Плановый показатель по данному виду медицинской помощи выполнен лишь на 16%, а объем финансовых затрат составил 18%.

Объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеванием также не выполнены (62%). Финансирование этого вида медицинской помощи составило 67% от плана.

*За счет средств бюджета* перевыполнены объемы по скорой медицинской помощи на 52% или 42 446 вызова и финансирования на 4% или 8,5 млн.рублей.

При этом по паллиативной медицинской помощи при выполнении плана объема на 102%, объем финансирования составил 86%.

По отдельным видам и условиям оказания медицинской помощи объем финансирования не соответствовал фактически выполненным объемам медицинской помощи, в том числе:

- *за счет средств бюджета* объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеванием меньше плановых значений на 52 339 обращений или на 9%, в стационарных условиях на 3 792 случаев госпитализаций или 8%. При этом финансирование по данным условиям оказания медицинской помощи осуществлялось выше плановых значений на 10% или 46,9 млн.рублей и 3% или 56,7 млн.рублей соответственно.

В условиях дневного стационара объемы медицинской помощи выполнены на 74% от плана при выполнении годового плана финансирования на 99%.

- *за счет средств обязательного медицинского страхования* несоответствие объема оказанной медицинской помощи и финансовых

<sup>7</sup> Приложение 6 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов, утвержденной постановлением Правительства Пермского края от 24.10.2015 № 1139-р (в ред. от 28.12.2016)

затрат на нее в большей степени коснулось оказания медицинской реабилитации в стационарных условиях. Объем медицинской помощи был выполнен лишь на 28% от годового плана, а финансирование ее составило 66% от плановых назначений.

В результате в 2016 году фактическая стоимость *единицы объема медицинской помощи* практически по всем видам и условиям оказания 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 бюджета выше установленного норматива финансовых затрат была фактическая стоимость случая госпитализации (на 4,7 тыс.рублей, или на 12%), пациента-дня в дневном стационаре (0,2 тыс.рублей, или 34%), обращения в связи с заболеванием (на 0,2 тыс.рублей, или 22%).

При этом фактическая стоимость вызова скорой медицинской помощи за счет средств бюджета была ниже норматива финансовых затрат на 1,2 тыс.рублей, или на 40%.

За счет средств ОМС выше установленного норматива финансовых затрат была фактическая стоимость практически по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, а стоимость койко-дня по медицинской реабилитации превысила установленный финансовый норматив более чем в 2,3 раза.

**5. Структура расходов** на оказание медицинской помощи в 2016 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 2015 годом доля расходов на оплату труда с начислениями снизилась - за счет средств бюджета с 46,8% в 2015 году до 44,3% в 2016 году, за счет средств ОМС с 66,6% до 64,5% соответственно (приложение 6).

Доля расходов на увеличение стоимости материальных запасов по сравнению с 2015 годом увеличилась и составила: за счет средств бюджета Пермского края - 25,4%, за счет средств ОМС - 21% (в том числе на медикаменты и перевязочные средства - 14,2% и 15,5% соответственно).

По сравнению с 2015 годом также увеличилась доля расходов на оплату работ, услуг (коммунальные, транспортные услуги, услуги по содержанию имущества и т.п.): за счет средств бюджета Пермского края с 14,2% до 14,3%, за счет средств ОМС 9,8% до 11,9%.

Доля расходов на увеличение стоимости основных фондов за счет средств бюджета Пермского края увеличилась по сравнению с 2015 годом на 2% и составила 4,4%, за счет средств ОМС уменьшилась и составила 1,1%. Аналогичная ситуация сложилась по расходам на приобретение медицинского оборудования.

6. В Территориальной программе на 2016 год были утверждены целевые значения по 34 критериям доступности и качества медицинской помощи, в том числе по 9 критериям целевые значения установлены раздельно для городского и сельского населения (приложение 7).

**Анализ выполнения критериев доступности и качества медицинской помощи** за 2016 год показал следующее.

По отдельным критериям доступности и качества медицинской помощи **целевые значения в 2016 году достигнуты и имеют положительную динамику** по сравнению с 2015 годом, в том числе:

- смертность населения от туберкулеза - 8,4 случаев на 100 тыс. населения, в 2015 году - 12,6 случаев на 100 тыс. населения (снижение 33,3%);

- доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в федеральных медицинских организациях - 4,9% от общего числа пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках Программы ОМС, в 2015 году этот показатель составил - 4,5% (повышение на 0,4 п.п);

- число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь - 284,5 случая на 1000 чел. сельского населения, в 2015 году - 299,7 случаев (снижение на 5%).

Сократилась смертность населения от заболеваний кровообращения как в целом, так и населения трудоспособного возраста, а именно:

- смертность населения от болезней системы кровообращения в 2016 году составила 690,3 случаев на 100 тыс. населения, в то время как в 2015 году - 726,5 случаев на 100 тыс. населения (снижение на 5%);

- смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения - 195,3 случаев на 100 тыс. населения, в 2015 году - 211,9 случаев на 100 тыс. населения (снижение на 8%).

Это стало результатом оперативности и качества оказания медицинской помощи пациентам:

- доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания - 85,2% от общего количества госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда, в 2015 году - 62,6% от общего количества госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда (повышение на 22,6 п.п);

- доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия - 17,1% от общего количества пациентов с острым инфарктом миокарда, в 2015 году - 13,4% от общего количества пациентов с острым инфарктом миокарда (повышение на 3,7 п.п);

- доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий - 46,8% от общего количества пациентов с острым инфарктом миокарда, в 2015 году - 33,5% от общего количества пациентов с острым инфарктом миокарда (повышение на 13,3 п.п);

- доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания - 54,2% от общего количества госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, 2015 году - 29,1% от общего количества госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями (повышение на 25,2 п.п);

- доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации - 3,5% от общего количества пациентов с острым ишемическим инсультом, в 2015 году - 1,7% от общего количества пациентов с острым ишемическим инсультом (повышение на 1,8 п.п).

Уменьшился показатель смертности от новообразований:

- смертность населения от новообразования (в том числе злокачественных) - 193,2 случая на 100 тыс. населения, в 2015 году - 200,2 случаев на 100 тыс. населения (снижение на 3,5%).

При этом доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более - 52,8% от общего числа пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, в 2015 году - 52,5% от общего числа пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете (повышение на 0,3 п.п);

- доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) - 54,7% от общего количества выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года, в 2015 году - 54,6% от общего количества выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года (повышение на 0,1 п.п).

Также уменьшились показатели детской смертности в разных возрастных группах:

младенческая смертность - 5,7 случаев на 100 тыс. родившихся живыми, в 2015 году - 5,9 случаев на 100 тыс. родившихся живыми (снижение на 3,4 %);

- доля умерших в возрасте до 1 года на дому - 4,7 % от общего количества умерших в возрасте до 1 года, в 2015 году - 6,1% от общего количества умерших в возрасте до 1 года (снижение на 1,4 п.п);

- смертность детей в возрасте 0-4 лет – 143,4 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста, в 2015 году – 150,4 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста (снижение на 4,7%);

- смертность детей в возрасте 0-17 лет – 69,8 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста, в 2015 году – 73,9 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста (снижение на 5,6%).

При этом отмечаем, что увеличилась смертность детей на дому:

- доля умерших в возрасте 0-4 лет на дому до 10,6% от общего количества умерших в возрасте 0-4 лет (в 2015 году - 7,5% от общего количества умерших в возрасте 0-4 лет) (повышение на 3,1 п.п);



- доля умерших в возрасте 0-17 лет на дому до 9,8% от общего количества умерших в возрасте 0-17 лет (в 2015 году - 3,6% от общего количества умерших в возрасте 0-17 лет) (повышение 6,2 п.п).

Удовлетворенность населения медицинской помощью в 2016 году составила 65,6% от числа опрошенных, а в 2015 году составляла 61,1% от числа опрошенных (повышение на 4,5 пунктов %), при этом количество обоснованных жалоб возросло до 594 (в 2015 году было 556 обоснованных жалоб).

При реализации Территориальной программы органам государственной власти субъектов Российской Федерации предлагается проводить оценку эффективности деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности на основе выполнения функции врачебной должности и показателей использования коечного фонда<sup>8</sup>.

В Территориальной программе на 2016 год одним из критериев доступности медицинской помощи является «эффективность деятельности медицинских организаций на основе оценки выполнения функций врачебной должности и среднегодовой занятости круглосуточной койки» раздельно для городского и сельского населения.

По показателю «среднегодовая занятость койки», на основе которого оценивается эффективность деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, **целевое значение не достигнуто и имеет отрицательную динамику** - фактическая среднегодовая занятость койки за 2016 год составила 320,2 дня (плановое значение на 2016 год - 332 дня) и по сравнению с 2014 годом уменьшилась на 9,2 дня, в том числе для городского населения на 10,5 дня, для сельского населения - на 5,9 дня.

При анализе выполнения показателя «выполнение функции врачебной должности», на основе которого оценивается эффективность деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, установлено следующее.

Несмотря на то, что фактическое количество посещений в 2016 году превысило план на 548 посещений, по сравнению с 2014 годом данный показатель (2014 год 5 274 посещений, 2016 год 4 908 посещений)<sup>9</sup> **имеет отрицательную динамику** - фактическая функция врачебной должности за 2016 год составила 4 908 посещений и по сравнению с 2014 годом функция врачебной должности снизилась на 366 посещений.

При этом необходимо отметить, что для городского населения фактическое количество посещений в 2016 году превысило план на 1277 посещений и по сравнению с 2014 годом функция врачебной должности увеличилась на 409 посещений, а для сельского населения

---

<sup>8</sup> Раздел IX Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382

<sup>9</sup> В Отчете за 2015 год фактические значения по данному показателю отсутствовали

фактическое количество посещений сложилось ниже планируемого значения на 1218 посещений и по сравнению с 2014 годом функция врачебной должности снизилась на 3 537 посещений.

7. Обеспеченность населения медицинскими кадрами, а именно врачами и средним медицинским персоналом относится к критериям доступности и качества медицинской помощи, и 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).

Обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом не только не достигла свои плановых значений, но и снизилась по сравнению с 2014 годом.

*Обеспеченность врачами* в 2016 году составила 39,0 на 10 тыс. населения при плане 42,3 на 10 тыс. населения, в том числе для городского населения - 45,5 на 10 тыс. населения (план 47,1 на 10 тыс. населения), для сельского населения - 18,6 на 10 тыс. населения (план - 19,5 на 10 тыс. населения).

По сравнению с 2014 годом обеспеченность населения врачами снизилась с 40,5 до 39,0 на 10 тыс. населения, в том числе для городского населения обеспеченность врачами снизилась с 47,8 до 45,5 на 10 тыс. населения, а для сельского населения повысилась с 17,9 до 18,6 на 10 тыс. населения.

*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 2016 году составила 85,9 на 10 тыс. населения при плане 87,6 на 10 тыс. населения, в том числе для городского населения - 94,4 на 10 тыс. населения (план 97,6 на 10 тыс. населения), для сельского населения - 59,7 на 10 тыс. населения (план - 66,4 на 10 тыс. населения).

Обеспеченность населения средним медицинским персоналом по сравнению с 2014 годом также снизилась с 88,8 до 85,9 на 10 тыс. населения, в том числе для городского населения с 96,8 до 94,4 на 10 тыс. населения, для сельского населения с 64,2 до 59,7 на 10 тыс. населения.

Укомплектованность населения врачами, средним и младшим медицинским персоналом в основном имеет положительную динамику по сравнению с 2015 годом.

*Укомплектованность врачами* в 2016 году как в 2015 году составила в целом 88,8% (приложение 7), в том числе:

- в медицинских организациях первого уровня<sup>10</sup> укомплектованность врачами составила 86,9% (в 2015 году - 85,9%), второго уровня - 92,0% (в 2015 - 91,4%), из них в межрайонных центрах – 96,2% (в 2015 - 91,0%), третьего уровня (из них в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь) - 93,6% (в 2015 - 91,7%), в медицинских организациях, оказывающих прочие виды медицинских и иных услуг - 57,5%.

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

Самый высокий коэффициент совместительства врачей сложился в медицинских организациях второго уровня, являющихся межмуниципальными центрами - 1,8 (в 2015 году коэффициент совместительства составлял 1,6).

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

**Укомплектованность средним медицинским персоналом** составила в целом 92% и колеблется от 65,1% в медицинских организациях, оказывающих прочие виды медицинских и иных услуг, до 98,1% в межмуниципальных центрах и (или) специализированных межмуниципальных отделениях второго уровня.

Самый высокий коэффициент совместительства среднего медицинского персонала - 2,0 сложился в медицинских организациях, оказывающих прочие виды медицинских и иных услуг.

**Укомплектованность младшим медицинским персоналом**

---

<sup>10</sup> 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.

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.

Самый высокий коэффициент совместительства младшего медицинского персонала - 1,5 сложился в медицинских организациях второго уровня.

По сравнению с 2014 годом укомплектованность медицинских организаций средним медицинским персоналом и младшим медицинским персоналом, за исключением межмуниципальных центров и (или) специализированных межмуниципальных отделений второго уровня, существенно не изменилась.

Таким образом, реализация Территориальной программы в 2016 году позволила в основном обеспечить население Пермского края бесплатной медицинской помощью.

Вместе с тем, отмечаем ряд проблемных моментов:

1. Не сбалансированность 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 и условиям, объемов их финансового обеспечения и формировании целевых значений показателей эффективности деятельности медицинских организаций, таких как «выполнение функции врачебной должности» и «среднегодовая занятость койки».

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 2016 год. Результаты рассмотрения отчета могут быть использованы при корректировке территориальной программы в текущем году и формировании территориальной программы на очередной год.

Начальник управления,  
государственный советник  
Пермского края 1 класса

М.Ю.Кужельная

