ОТЧЕТ
Счетной палаты
Республики Татарстан

о результатах аудита эффективности использования государственных средств, направленных на реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за период 2010-2012 годы»

Содержание

Вступление …… 5

Анализ нормативных правовых и распорядительных документов, регламентирующих Программу государственных гарантий и Территориальную программу госгарантий..... 6

Финансовое обеспечение Территориальных программ государственных гарантий, включая Территориальные программы обязательного медицинского страхования 9

Выполнение нормативов стоимости объема медицинской помощи по видам. Эффективность структуры и размеров тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования..... 16

Объемы медицинской помощи по видам, предоставленной гражданам в рамках Территориальных программ государственных гарантий, включая Территориальные программы обязательного медицинского страхования 32

Структура медицинских организаций, участвовавших в реализации Территориальной программы государственных гарантий в 2010-2012 годы…. 41

Условия выполнения государственных (муниципальных) годовых заданий медицинскими организациями в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий..... 54

Внедрение стандартов оказания стационарной медицинской помощи 68

Оценка эффективности деятельности медицинских организаций..... 69

Вопросы разграничения бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг населению 72

Лекарственное обеспечение 78

Оценка эффективности реализации показателей Территориальных программ государственных гарантий. 94

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию 114

Социологический опрос 116

Выводы и предложения 119

Рекомендации……...122

1. Основание для проведения аудита эффективности:

- План работы Счетной палаты РТ на 2013 год.

2. Цели аудита эффективности:

- оценка эффективности и результативности использования государственных средств, выделенных на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы государственных гарантий государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения;
- установление факторов, влияющих на эффективность использования государственных средств, выделенных на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы государственных гарантий государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения;
- выявление причин, ограничивающих доступность граждан к своевременной и качественной медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы государственных гарантий.
- подготовка предложений по повышению эффективности использования государственных средств, выделенных на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы государственных гарантий.

3. Предмет аудита эффективности:

- нормативные правовые акты и иные распорядительные документы, регламентирующие вопросы оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы государственных гарантий;
- экономическое обоснование и финансовое обеспечение эффективности реализации Программы государственных гарантий;
- вопросы разграничения платных медицинских услуг и бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы государственных гарантий.

4. Проверяемый период: 2010-2012 годы

5. Объекты проверки:

- Министерство здравоохранения Республики Татарстан;
- ГУ «Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»;
- ГАУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи № 2 г. Казани»;
- ГАУЗ «Городская детская больница №1» г. Казань;
- ГАУЗ «Городская клиническая больница №16» г. Казань;
- ГАУЗ «Городская поликлиника №21» г. Казань;
- ГАУЗ «Городская больница № 2 г. Набережные Челны»;

- ГАУЗ «Городская больница № 5 г. Набережные Челны»;
- ГАУЗ «Елабужская Центральная районная больница»;
- ГАУЗ «Лаишевская Центральная районная больница»;
- ГАУЗ «Верхнеуслонская Центральная районная больница»;
- ГАУЗ «Пестречинская Центральная районная больница»;
- ГАУЗ «Нижнекамская Центральная районная многопрофильная больница».

Вступление

Счетной палатой Республики Татарстан в соответствии решением, заключенным со Счетной палатой Российской Федерации, проведен аудит эффективности использования государственных средств, направленных на реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за период 2010-2012 годы (далее – аудит эффективности). В ходе аудита эффективности использованы методические материалы, разработанные Счетной палатой Российской Федерации.

Правительством Российской Федерации ежегодно утверждается Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – Программа госгарантий), которой предусмотрены механизмы реализации конституционного права граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь.

Программой госгарантий установлены виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации бесплатно.

Согласно ст.35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» составной частью Программы госгарантий является базовая Программа обязательного медицинского страхования (далее – базовая программа ОМС).

Базовая программа ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации.

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (далее – Территориальная программа государственных гарантий, Территориальная программа госгарантий), включающая Территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа ОМС), ежегодно утверждается Кабинетом Министров Республики Татарстан

Особенностью формированияТерриториальной программы государственных гарантий в 2010 – 2012 годах является реализация через систему ОМС в рамках перехода учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование двух программ:

1. Территориальной программы ОМС, которая включает виды медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования и сверх базовой программы обязательного медицинского страхования. Оплата осуществляется страховыми медицинскими организациями по реестрам счетов в рамках заключенных договоров с медицинскими организациями.

Источниками финансового обеспечения Территориальной программы ОМС являются средства обязательного медицинского страхования, платежи бюджета Республики Татарстан на дополнительное финансовое обеспечение реализации Территориальной программы ОМС в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования и на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи).

2. Медицинской помощи, медицинских и иных услуг, финансируемых через систему ОМС в рамках реализации перехода медицинских организаций на преимущественно одноканальное финансирование (станции и отделения скорой медицинской помощи, центр СПИД и другие учреждения, оказывающие социально-значимые виды помощи, оплата медицинской помощи, оказанной незастрахованному контингенту). Оплата осуществляется Территориальным Фондом ОМС Республики Татарстан по реестрам счетов в рамках заключенных договоров с медицинскими организациями.

Анализ нормативных правовых и распорядительных документов, регламентирующих Программу государственных гарантий и Территориальную программу госгарантий

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи Правительство Российской Федерации ежегодно утверждает Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Так, Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи утверждена:

- на 2010 год постановлением Правительства РФ от 02.10.2009 № 811;
- на 2011 год постановлением Правительства РФ от 04.10.2010 № 782;
- на 2012 год постановлением Правительства РФ от 21.10.2011 № 856.

Во исполнение указанных постановлений Правительства РФ Министерством здравоохранения Российской Федерации ежегодно до органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и Территориальных фондов обязательного медицинского страхования доводится информационное письмо о формировании и экономическом обосновании Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи:

- в 2010 году – от 21.12.2009 № 20-0/10/2-10360;
- в 2011 году – от 17.12.2010 № 20-2/10/2-12028;
- в 2012 году – от 22.12.2011 № 20-2/10/1-8234.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи формируется, начиная с 2012 года, согласно Федеральному закону от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи. Ранее формирование Программ осуществлялось в соответствии с Законом Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Территориальная программа ОМС - составная часть территориальной программы госгарантий (ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Согласно ст. 36 Федерального Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ для разработки проекта Территориальной программы ОМС в субъекте Российской Федерации создается Комиссия.

Распоряжением Кабинета Министров РТ от 29.07.2011 № 1381-р Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования образована. Приказом Министерства здравоохранения РТ от 04.08.2011 № 1067 принято Положение о комиссии по разработке Территориальной Программы ОМС.

Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан ежегодно утверждалась постановлениями Кабинета Министров РТ:

- на 2010 год от 31.12.2009 № 911;
- на 2011 год от 30.12.2010 № 1176;
- на 2012 год от 24.12.2011 № 1063/1.

Установлено неполное соответствие Территориальных программ государственных гарантий на 2010-2012 годы Программам государственных гарантий, утвержденным постановлениями Правительства РФ.

Территориальные программы госгарантий на 2010-2012 годы не содержат Перечня лекарственных средств, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой от свободных цен. Также Территориальная программа государственных гарантий РТ на 2010 год не содержит критериев доступности и качества медицинской помощи, на 2011 год - показателя «Число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами» в разделе «Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи». В Территориальных программах госгарантий отмечено, что Перечень лекарственных средств, отпускаемых населению, утвержден распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 27.12.2004 № 2127-р.

В рамках Территориальных программ госгарантий на 2010-2012 годы бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, включая неотложную медицинскую помощь;

- скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;

- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Медицинская помощь предоставляется гражданам:

- учреждениями и структурными подразделениями скорой медицинской помощи, в том числе отделениями санитарной авиации (скорая медицинская помощь);

- амбулаторно-поликлиническими учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями, а также дневными стационарами всех типов (амбулаторная медицинская помощь);

- больничными учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями (стационарная медицинская помощь).

Амбулаторная медицинская помощь предоставляется гражданам при заболеваниях, травмах, отравлениях, других патологических состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции и использования интенсивных методов лечения, а также при беременности и искусственном прерывании беременности на ранних сроках (абортах).

В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба неотложной медицинской помощи.

Стационарная медицинская помощь оказывается гражданам в случаях заболеваний, в том числе острых, обострения хронических заболеваний, отравлений, травм, патологии беременности, родов, абортов, а также в период новорожденности, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям.

Мероприятия по восстановительному лечению и реабилитации больных непосредственно после интенсивного лечения острых заболеваний, травм и отравлений, по медицинской реабилитации больных и инвалидов с последствиями травм, операций, хронических заболеваний, по оздоровлению лиц групп риска развития заболеваний осуществляются в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, иных медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, включая центры восстановительной медицины и реабилитации, в том числе детские, а также санатории, в том числе детские и для детей с родителями.

При оказании амбулаторной помощи осуществляются обеспечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в

виде набора социальных услуг, в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, необходимыми для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи), осуществляется в соответствии с назначениями лечащего врача, стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.

Финансовое обеспечение Территориальных программ государственных гарантий, включая Территориальные программы обязательного медицинского страхования

В реализации Территориальной программы государственных гарантий принимали участие в 2010 году 179 медицинских учреждений различных типов и уровней подчиненностеи, в 2011 году – 171, в 2012 году – 182, из них по Территориальной программе ОМС в 2010 году 162 медицинские организации, в 2011 году – 144, в 2012 году – 152.

Источниками финансового обеспечения Территориальных программ государственных гарантий являются средства консолидированного бюджета Республики Татарстан и средства бюджета Территориального Фонда обязательного медицинского страхования РТ.

Информация о финансовом обеспечении Территориальных программ государственных гарантий на 2010-2012 годы по источникам финансирования представлены в таблице №1.

Таблица № 1

Финансовое обеспечение Территориальных программ государственных гарантий на 2010-2012 годы по источникам финансирования

(млн. рублей)

Источники финансирования Программы	№ стр.	2010		2011		2012	
		Утверждено	Факт, ф. № 62	Утверждено	Факт, ф.№ 62	Утверждено	Факт, ф. № 62
Стоимость Программы государственных гарантий – всего (стр.02+стр.03): в том числе:	01	20 680,27	20 073,23	26 524,448	25 571,107	29 322,39	27 951,283
- средств консолидированного бюджета РТ	02	2 851,06	2 164,07	5 871,576	5 376,75	4 961,73	4 948,719
Стоимость Территориальной программы ОМС (стр.04+ стр.05)	03	17 829,21	17 909,16	20 652,87	20 194,36	24 360,66	23 002,56

в т.ч. затраты на ведение дела в системе ОМС		291,98	293,67	337,99	339,94	408,67	401, 948
- средств консолидированного бюджета РТ на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС	04	7 729,21	17 909,16	9 220,016	20 194,36	9 600,83	9 298,82
- стоимость Территориальной программы ОМС за счет средств системы ОМС	05	10 100,0		11 432,854		14 759,83	13 703,74

Территориальная программа государственных гарантий в 2010 году утверждена в сумме 20 680,27 млн. рублей, в 2011 году - 26 524,5 млн. рублей, в 2012 году - 29 322,39 млн. рублей. Исполнена в 2010 году в сумме 20 073,23 млн. рублей, в 2011 году в сумме 25 571,107 млн. рублей, в 2012 году в сумме 27 951,28 млн. рублей.

Отмечается ежегодное увеличение стоимости Территориальной программы госгарантий. Так, в 2011 году по сравнению с предыдущим годом ее стоимость увеличилась на 28,3%, в 2012 году – на 10,5%. Увеличение стоимости Территориальной программы госгарантий происходило за счет всех источников финансирования, в том числе за счет прочих поступлений, включая дотации, субвенции Федерального Фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС).

Сведения о поступлении и использовании дотаций, субвенций, предоставленных ФФОМС бюджету Территориального фонда ОМС за 2010 – 2012 годы, представлены в таблице №2.

Таблица № 2

Сведения о поступлении и использовании дотаций, субвенций ФФОМС за 2010-2012 годы

(млн. рублей)

Поступление	Поступило	Перечислено в СМО для оплаты медицинской помощи и расходы на ведение дела СМО, медицинские организации и ТФОМС на оплату медпомощи в рамках межтерриториальных взаиморасчетов, содержание аппарата управленияТФОМС	Примечание
2010 год	1 499,5	1 478,6	
2011 год	2 484,9	2 326,1	
2012 год	14 152,9	14 361,5	Перечисления произведены с учетом остатка средств на начало года в сумме 208,6 млн. рублей.

Фактическая стоимость Территориальной программы госгарантий ежегодно не достигала утвержденной на 2,9% в 2010 году, на 3,6% в 2011 году, на 4,7% в 2012 году.

Стоимость Территориальной программы ОМС также ежегодно увеличивалась. В сравнении с предыдущим годом увеличение составило в 2011

году 13,2%, в 2012 году - 29,1%. Доля средств ОМС в общем объеме финансирования Территориальных программ госгарантий составила от 48,8% в 2010 году до 50,3% в 2012 году. Также ежегодно увеличивается объем средств на ведение дела в системе ОМС. В 2012 году общая сумма расходов на данные цели составила 408,67 млн. рублей, что выше уровня 2010 года на 40%.

Расходы на ведение дела СМО в 2010 и 2011 гг. осуществлялись с учетом остатков на счетах СМО, что привело к превышению запланированных показателей на 1,7 млн.рублей (0,6%) и 1,95 млн.рублей (0,6%) соответственно, в 2012 году - не достигли планового значения на 6,7 млн. рублей.

Территориальная программа ОМС выполнена в 2010 году на 99,7%, в 2011 году на 98,2%, в 2012 году на 97,6%, в том числе по средствам ОМС - в 2010 году на 100%, в 2011 году на 97,8%, в 2012 году на 97,3% (Таблица №3). Не достижение плановых значений объясняется тем, что реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную в декабре соответствующего года, предъявляются к оплате и оплачиваются в январе следующего года.

Таблица №3

Финансовое обеспечение Территориальных программ ОМС за 2010 – 2012 годы

(млн. рублей)

Годы	План по ТП ОМС		Факт по ТП ОМС (по закону об исполнении бюджета ТФОМС Республики Татарстан)		Отклонение		% исполнения	
	всего	в т.ч. по средствам ОМС	всего	в т.ч. по средствам ОМС	всего	в т.ч. по средствам ОМС	всего	в т.ч. по средствам ОМС
2010	17 829,2	10 100,0	17 804,3	10 099,99	-24,9	0,0	99,7	100
2011	20 652,8	11 432,8	20 283,1	11 175,6	-369,7	-257,2	98,2	97,8
2012	24 360,6	14 759,8	23 784,3	14 364,9	-576,3	-394,9	97,6	97,3

При ежегодном росте стоимости Территориальная программа госгарантий в 2010-2011 годы оставалась дефицитной. Дефицит стоимости Территориальной программы государственных гарантий определен исходя из утвержденных Программой государственных гарантий на соответствующий год подушевых нормативови численности постоянно проживающего населения на территории республики, численности застрахованных граждан по обязательному медицинскому страхованию (начиная с 2012 года). Дефицит Территориальной программы госгарантий (Таблица №4) в 2010 году составлял 8 132 753,2 тыс. рублей (в том числе по средствам ОМС – 5 223 367,0 тыс. рублей), в 2011году – 2 385 957,9 тыс. рублей (в том числе по средствам ОМС – 4 106 288,2 тыс. рублей). В 2012 году Программа госгарантий утверждена с профицитом на 910 508,5 тыс. рублей, при этом по средствам ОМС - с дефицитом на 260 656,1 тыс. рублей.

Таким образом, в анализируемом периоде наблюдается снижение дефицита Территориальных программ госгарантий, в том числе по средствам ОМС.

Таблица №4

Стоимость Территориальной программы госгарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории РТ за 2010 – 2012 годы

(млн. рублей)

Период	Наименование показателя	Стоимость Территориальной программы госгарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории РТ		Дефицит («-») / профицит («+») стоимости Программы госгарантий
		По нормативу РФ на жителей РТ	Утверждено в РТ	
2010 год	По Программе госгарантий всего	28 813,02	20 680,27	- 8 132,75
	в т.ч. за счет средств ОМС	15 323,4	10 100,0	- 5 223,4
2011 год	По Программе госгарантий всего	28 910,4	26 524,4	- 2 386,0
	в т.ч. за счет средств ОМС	15 539,14	11 432,85	- 4 106,29
2012 год	По Программе госгарантий всего	28 412,0	29 322,4	+ 910,4
	в т.ч. за счет средств ОМС	15 020,5	14 759,8	- 260,7

Финансовое обеспечение Территориальной программы ОМС за 2010-2012 годы по доходам представлено в таблице №5.

Таблица № 5

Финансовое обеспечение территориальной программы ОМС за 2010-2012 годы

Наименование доходов	2010				2011				Коэффициент роста к 2010		2012				Коэффициент роста к 2011 (к факту)	
	утверждено		факт (по закону об исполнении бюджета ТФОМС РТ)		утверждено		факт (по закону об исполнении бюджета ТФОМС РТ)				утверждено		факт (по проекту закона об исполнении бюджета ТФОМС РТ)			
	всего	в т.ч. по средствам ОМС	всего	в т.ч. по средствам ОМС	всего	в т.ч. по средствам ОМС	всего	в т.ч. по средствам ОМС	всего	в т.ч. по средствам ОМС	всего	в т.ч. по средствам ОМС	всего	в т.ч. по средствам ОМС	всего	в т.ч. по средствам ОМС
Стоимость Территориальной программы ОМС за счет средств системы ОМС, в том числе:	17829,2	10100,0	18016,3	10147,6	20652,8	11432,8	21584,5	12339,6	1,19	1,22	24360,6	14759,8	25244,4	15640,2	1,17	1,26
Страховые взносы (платежи) на ОМС работающего населения					4444,7	4444,7	5199,1	5199,1								
Страховые взносы (платежи) на ОМС неработающего населения	4104,8	4104,8	4104,8	4104,8	4104,8	4104,8	4104,8	4104,8	1,0	1,0						
Налоговые поступления	4055,9	4055,9	4151,1	4151,1												
Прочие поступления, включая дотации ФФОМС	9668,5	1939,3	9760,4	1891,7	12103,3	2883,3	12280,6	3035,7	1,26	1,60	24360,6	14759,8	25244,4	15640,2	2,05	5,15

Утвержденные в Республике Татарстан подушевые нормативы финансирования Программы госгарантий в 2010-2011 годы ниже федеральных показателей на 28,2% в 2010 году, на 8,3% в 2011 году, в 2012 году – выше федерального на 3,1%.

Подушевой норматив финансового обеспечения реализации Территориальной программы госгарантий ежегодно увеличивался. Так, в 2011 году коэффициент роста подушевого норматива к 2010 году составил 1,28 единиц, в 2012 году – 1,12 единиц.

Фактически сложившиеся подушевые нормативы в 2010-2012 годы ниже федеральных на 30,3%, 11,6% и 3,5% соответственно, ниже запланированных Территориальной программой госгарантий на 2,9%, 3,6%, 6,4% соответственно.

Подушевой норматив финансового обеспечения реализации Территориальной программы ОМС ежегодно увеличивался. Так, в 2011 году коэффициент роста норматива финансового обеспечения к 2010 году составил 1,19 единиц (в том числе по средствам ОМС – 1,21 единица), в 2012 году коэффициент роста норматива финансового обеспечения к 2011 году составил 1,21 единица (в том числе по средствам ОМС – 1,31 единица).

Фактически сложившиеся подушевые нормативы за счет средств ОМС в 2010-2011 годы ниже федеральных на 33,8% и 20,6% соответственно, в 2012 году – выше федерального на 169,28 рублей или на 4,1%, что объясняется утверждением стоимости Территориальной программы ОМС с учетом остатка средств на счете ТФОМС Республики Татарстан, образовавшегося по состоянию на 01.01.2012 в размере 1 171,02 млн. рублей.

Таблица №6

Нормативы подушевого финансирования Территориальной программы государственных гарантий, Территориальной программы ОМС и их фактическое выполнение за 2010-2012 годы

(рублей)

	2010 год	2011 год	2012 год
Подушевой норматив финансового обеспечения Программы государственных гарантий, установленный постановлениями Правительства РФ	7 633,4	7 633,4	7 633,4
Подушевые нормативы финансового обеспечения Территориальной программы государственных гарантий, установленные постановлениями Кабинета Министров РТ	5 478,8	7 003,42	7 870,91
Фактически сложившийся подушевой норматив финансового обеспечения Территориальной программы государственных гарантий	5 317,98	6 751,71	7 368,98
Подушевой норматив финансового обеспечения Программы госгарантий за счет средств ОМС, установленный постановлениями Правительства РФ	4 059,6	4 102,9	4 102,9
Фактически сложившийся подушевой норматив финансового обеспечения Территориальной программы ОМС	4 773,03	5 699,09	6 895,6
в т.ч. фактически сложившийся подушевой норматив финансового обеспечения Территориальной программы ОМС за счет средств ОМС	2 688,39	3258,1	4272,18

Таким образом, в ходе исполнения Территориальной программы госгарантий в 2010-2012 годы выполнение утвержденных подушевых нормативов финансирования не обеспечено. Также в 2010-2011 годы не обеспечено выполнение подушевых нормативов финансирования в ходе исполнения Территориальной программы ОМС.

Выполнение нормативов стоимости объема медицинской помощи по видам. Эффективность структуры и размеров тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования

При наличии дефицита Программы госгарантий в 2010-2012 годы также не выдержана стоимость единицы объема медицинской помощи.

Таблица №7

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи

(рублей)

Виды медицинской помощи	2010 год			2011 год			2012 год		
	Утверж-дено постан. Прави-тельства РФ от 02.10.2009 № 811	Утверж-дено ПКМ РТ от 30.12.2010 № 1158	Факт	Утверж-Дено постановл. Прави-тельства РФ от 4.10.2010 № 782	Утверж-дено ПКМ РТ от 30.12.2011 № 1124	Факт	Утверж-дено постановл. Прави-тельства РФ от 21.10.2011 № 856	Утверж-дено ПКМ РТ от 29.12.2012 № 1179	Факт
Скорая медицинская помощь	1 710,1	785,89	834,89	1 710,1	998,85	958,91	1 710,1	1 103,21	1 037,02
Амбулаторная медицинская помощь	218,1	185,36	150,17	218,1	178,99	161,62	218,1	194,33	185,24
Стационарная медицинская помощь	1 380,6	1 182,57	1 144,65	1380,6	1 379,76	1 464,24	1 380,6	1 610,14	1 467,54
Помощь, оказываемая в дневных стационарах	478	402,48	382,40	478	431,77	419,17	478	495,57	471,36

Утвержденные постановлениями КМ РТ нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в 2010-2012 годы ниже федеральных за исключением нормативов финансовых затрат в 2012 году по круглосуточному и дневному стационарам.

Диаграмма № 1

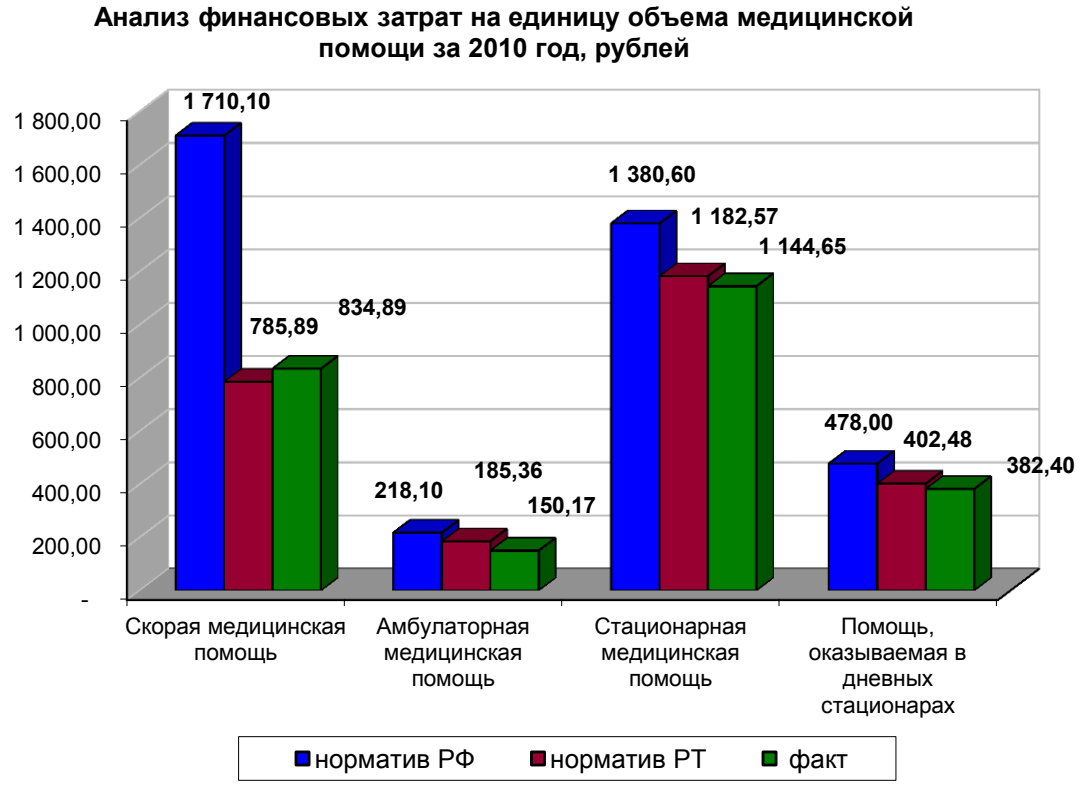


Диаграмма № 2

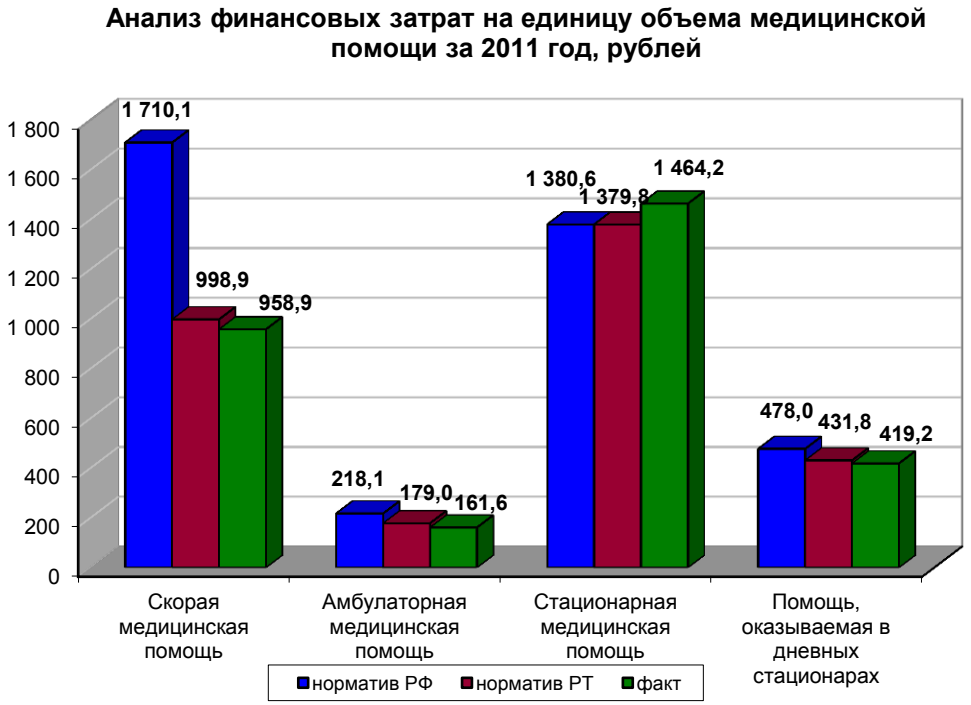
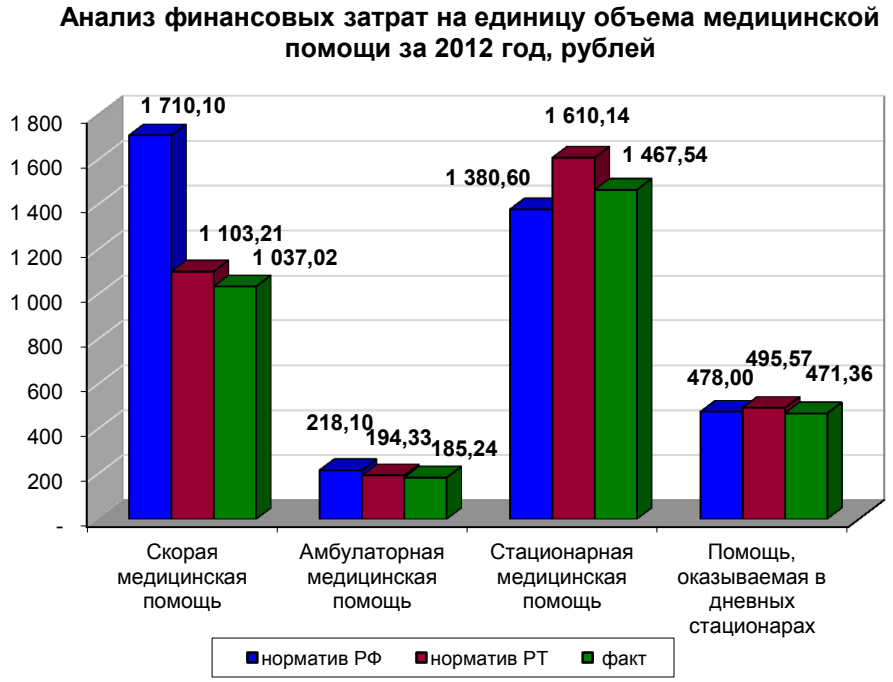


Диаграмма № 3



Фактические финансовые затраты на единицу объема медицинской помощи по Программе государственных гарантий ежегодно увеличивались по всем видам помощи, при этом они не достигали уровня федеральных нормативов за исключением показателей по стационарной медицинской помощи в 2011, 2012 годы.

Диаграмма № 4

Утвержденные постановлениями КМ РТ нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств ОМС:

- по амбулаторно-поликлинической помощи в 2010,2011 годы ниже федеральных на 9,8% и на 5,2% соответственно, в 2012 году выше федерального на 22,3%;

- по стационарной медицинской помощи в 2010 году ниже федерального на 11,4%, в 2011,2012 годы выше федеральных на 1,8% и 29,6% соответственно;

- по медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах в 2010 - 2011 годы ниже федеральных на 16,3%, на 4,3% соответственно, в 2012 году выше федерального на 9,6%.

Фактические финансовые затраты на единицу объема медицинской помощи за счет средств ОМС ежегодно увеличивались по всем видам помощи. В 2010 году фактические затраты на единицу объема медицинской помощи не достигли нормативов как республиканских так и федеральных. В 2011 году фактические финансовые затраты превысили утвержденные нормативы. В 2012 году фактические финансовые затраты выше утвержденных федеральных нормативов по всем видам медицинской помощи, однако по амбулаторной помощи и помощи, оказываемой в дневных стационарах, они не достигли уровня республиканских нормативов.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств ОМС и их исполнение (ф. №14)

Таблица №8

(рублей)

Виды медицинской помощи	2010 год			2011 год			2012 год		
	Утверж-Дено постан. Прави-тельства РФ	Утверж-дено ПКМ РТ	Факт	Утверж-Дено постановл. Прави-тельства РФ	Утверж-дено ПКМ РТ	Факт	Утверж-дено постановл. Прави-тельства РФ	Утверж-дено ПКМ РТ	Факт
Амбулаторная медицинская помощь	168,4	151,96	147,48	169,5	160,72	185,57	169,5	207,24	201,36
Стационарная медицинская помощь	1 167	1 038,18	1 028,96	1 167	1 188,41	1 312,07	1167	1 512,42	1 539,72
Помощь, оказываемая в дневных стационарах	470,5	393,71	385,90	470,5	450,38	496,20	470,5	515,43	508,93

Таким образом, Территориальная программа госгарантий, в том числе Территориальная программа ОМС по видам медицинской помощи, исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, сбалансирована не в полном объеме.

Структура расходов по Территориальной программе государственных гарантий по видам затрат (без учета расходов на ведение дела в системе ОМС) приведена в таблице №9.

Таблица №9

Структура расходов по Территориальной программе государственных гарантий

	2010 год		2011 год		2012 год	
	млн. рублей	доля	млн. рублей	доля	млн. рублей	доля
Оплата труда с начислениями	10 827,3	54,7	12 251,1	48,6	14 148,0	51,4
Приобретение услуг	3 116,1	15,8	4 889,3	19,4	5 239,2	19,0
в т.ч. услуги связи	66,0		64,7		67,9	
транспортные услуги	109,0		116,0		120,4	

коммунальные услуги	994,1		1 079,5		1 193,6	
услуги по содержанию имущества	775,0		1 632,9		2 333,1	
прочие услуги	1 164,1		1 988,7		1 515,7	
Социальное обеспечение	71,8	0,4	189,2	0,7	220,9	0,8
Прочие расходы	96,5	0,5	189,6	0,8	677,2	2,5
Увеличение стоимости основных средств	570,1	2,9	1 817,1	7,2	817,3	3,0
в т.ч. приобретение медицинского инструментария	66,2		44,8		58,4	
Увеличение стоимости нематериальных активов	0,7	0,004	0,1	-	-	
Увеличение стоимости материальных запасов	5 097,1	25,7	5 894,8	23,3	6 446,7	23,3
в т.ч. медикаментов и перевязочных средств	3 378,2	17,1	3 915,2	15,5	4 288,3	15,6
медицинского инструментария	82,8	0,2	67,1	0,3	71,7	0,3
реактивов и химикатов, стекло и химпосуда	544,6	2,8	805,1	3,2	921,5	3,3
продуктов питания	658,1	3,3	638,8	2,5	666,5	2,4
Всего:	19 779,6	100	25 231,2	100	27 549,3	100

В структуре расходов на медицинскую помощь в 2010-2012 годы преобладают расходы на оплату труда с начислениями (2010 – 54,7%, 2011 – 48,6%, 2012 – 51,4%), при этом данный вид расходов увеличился с 2010 года по 2012 год на 30,7%.

В 2011-2012 годы расходы на приобретение материальных запасов в общем объеме расходов с 2010 года уменьшились на 2,4% (с 25,7% до 23,3%).

Удельный вес расходов на приобретение медикаментов, перевязочных средств, мединструментария, реактивов, химикатов, стекла и химпосуды в рассматриваемом периоде значительно не изменялся и оставался в среднем на уровне 20%.

Доля расходов на приобретение продуктов питания в общей сумме расходов незначительна (2010 – 3,3%, 2011 – 2,5%, 2012 – 2,4%). Ежегодное снижение доли затрат на приобретение продуктов питания объясняется переходом учреждений здравоохранения на аутсорсинг. Формой №62 предусмотрено отражение расходов только на приобретение продуктов питания (КОСГУ 340 «Увеличение стоимости материальных запасов»). Расходы на организацию готового лечебного питания, в рамках аутсорсинга, в указанной форме отдельной строкой не выделяются и числятся в составе общих затрат по КОСГУ 226 «Прочие работы, услуги». Таким образом, оценить общую сумму расходов на питание, исходя из данных ф. № 62, не представляется возможным.

Доля расходов на приобретение услуг в общих расходах по Территориальной программе госгарантий в 2011, 2012 годы увеличилась по сравнению с 2010 годом до 19,4% и 19% соответственно. Рост расходов на приобретение услуг в 2011, 2012 годы объясняется увеличением расходов на оплату коммунальных услуг с 994,1 млн. рублей в 2010 году до 1 193,6 млн. рублей в 2012 году; услуг по содержанию имущества с 775,0 млн. рублей в 2010 году до 2 333,1 млн. рублей в 2012 году; прочих услуг с 1 164,1 млн. рублей в 2010 году до 1 515,7 млн. рублей в 2012 году.

Доля расходов на социальное обеспечение ежегодно увеличивалась (2010 – 0,4%, 2011 – 0,7%, 2012 – 0,8%).

Расходы на текущие ремонтыв структуре расходовнезначительны. Так, ГАУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи №2» на проведение текущего ремонта выделялось в 2010 году – 1,2% от утвержденных лимитов бюджетных обязательств, в 2011 году – 10,3%, в 2012 году – 0,4%. При этом, амортизация основных средств составила по состоянию на начало 2013 года – 83,4%.

В структуре кассовых расходов по Территориальной программе ОМС в 2010-2012 годы преобладали расходы на оплату медицинской помощи (от 98,3% до 98,4%) (Таблица №10). Расходы на выполнение управленческих функций в указанные годы составляли 0,6%, затраты на ведение СМО – от 1,0% до 1,1%, что соответствует размеру, установленному Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

Таблица № 10

(млн. рублей)

Расходы	**2010 год**			**2011 год**			**2012 год**		
	Утв.	Кассовые расходы (по ф.№62)	Удельный вес кассовых расходов	Утв.	Кассовые расходы (по ф.№62)	Удельный вес кассовых расходов	Утв.	Кассовые расходы (по ф.№62)	Удельный вес кассовых расходов
Всего	17 829,21	17909,16	100	20 652,87	20194,36	100	24 360,66	23002,56	100
Оплата медицинской помощи	17537,23	17617,18	98,4	20314,88	19856,37	98,3	23951,99	22600,61	98,3
Затраты на ведение СМО	186,48	186,48	1,0	217,59	217,59	1,1	250,55	250,55	1,1
Расходы на выполнение управленческих функций	105,50	105,50	0,6	120,40	120,40	0,6	158,12	151,4	0,6

Согласно форме № 62, с учетом остатка средств на начало и конец года на счетах лечебно-профилактических учреждений, Территориальная программа ОМС в 2010 году выполнена на 100,5%, в 2011 году на 97,78%, в 2012 году на 94,4% (Таблица №11). Таким образом, неисполненные назначения (фактический дефицит Программы ОМС) составляют в 2011 году - 2,22% (или 458,51 млн. рублей), в 2012 году – 5,57% (или 1 358,1 млн. рублей). Затраты на ведение СМО в проверяемый период оплачены в полном объеме. Расходы на выполнение управленческих функций оплачены в 2010-2011 годы в полном объеме, в 2012 году в размере 95,8%.

Таблица № 11

(млн. рублей)

Расходы	**2010 год**			**2011 год**			**2012 год**			**Коэффициент роста к утв. 2011 года**
	Утв.	Кассовые расходы (по ф.№62)	%	Утв.	Кассовые расходы (по ф.№62)	%	Утв.	Кассовые расходы (по ф.№62)	%	
Всего	17 829,21	17909,16	100,45	20 652,87	20194,36	97,78	24 360,66	23002,56	94,43	1,18
Оплата медицинской помощи	17537,23	17617,18	100,46	20314,88	19856,37	97,74	23951,99	22600,61	94,36	1,18
Затраты на ведение СМО	186,48	186,48	100,0	217,59	217,59	100	250,55	250,55	100	1,15
Расходы на выполнение управленческих функций	105,50	105,50	100,0	120,40	120,40	100	158,12	151,4	95,75	1,31

В структуре кассовых расходов преобладали расходы на оплату труда с начислениями (от 59,5% до 60,1%) и на медикаменты и перевязочные средства, инструментарий (от 18,9% до 19,8%). Доля расходов на приобретение мягкого инвентаря незначительна (0,31- 0,35%), на питание - ежегодно снижалась (с 3,71 в 2010 году до 2,93 в 2012 году), не включенных в базовую Программу ОМС ежегодно увеличивалась (с 16,78% до 17,74%). Таким образом, структура расходов по Территориальной программе ОМС за 2010-2012 годы в целом выдержана (меняется незначительно).

Информация о кассовых расходах приведена в таблице №12.

Таблица № 12

Кассовые расходы медицинских организаций за 2010-2012 годы

(млн. рублей)

Виды расходов	2009 год	% к итогу	2010 год	% к итогу	2011 год	% к итогу	2012 год	% к итогу	Коэффи-циент роста 2012 год к 2011 году
Всего, в т.ч.	16962,83	100,0	17615,49	100,0	19854,42	100,0	22600,61	100,0	1,14
Заработная плата	8239,82	48,58	8346,74	47,38	8919,66	44,93	10490,45	46,42	1,18
Начисления на оплату труда	2046,66	12,07	2134,47	12,12	2961,62	14,92	3084,14	13,65	1,04
Медикаменты и перевязочные средства, инструментарий, прочие услуги	3174,26	18,71	3462,80	19,66	3925,44	19,77	4276,11	18,92	1,09
Питание	703,57	4,15	653,91	3,71	625,11	3,15	661,56	2,93	1,06
Мягкий инвентарь	64,06	0,38	62,27	0,35	61,50	0,31	77,24	0,34	1,26
Расходы, не включенные в базовую Программу ОМС	2734,46	16,11	2955,3	16,78	3361,09	16,92	4011,11	17,74	1,19

Тарифные соглашения по оплате медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан на 2010 и 2011 года (далее Тарифные соглашения) утверждены решением Тарифной комиссии по обязательному медицинскому страхованию (на 2010 год - от

28.01.2010 №1 и на 2011 год от 21.01.2011 №1). Состав Тарифной комиссии утвержден распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 24 декабря 2009 г. №1789-р.

С 2012 года тарифы и порядок оплаты медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий утверждаются двумя документами:

- в рамках Территориальной программы ОМС РТ во исполнение Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» заключено Соглашение об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на 2012 год (далее - Тарифное соглашение) от 27.04.2012 №1. При этом, согласно Протоколу заседания Тарифной комиссии от 30.12.2011 № 14 действие Тарифного соглашения на 2011 год продлено на 1 квартал 2012 года;

- при финансировании через систему ОМС на осуществление преимущественно одноканального финансирования утверждено Тарифное соглашение об установлении тарифов и порядка оплаты медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования на осуществление преимущественно одноканального финансирования на 2012 год (далее – Тарифное соглашение) утверждено решением Комиссии по тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в рамках реализации преимущественно одноканального финансирования через систему обязательного медицинского страхования (далее Комиссия). Комиссия утверждена распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 23.04.2012 г. № 628-р.

Предметом Тарифных соглашений являются согласованные сторонами порядок оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам в Республике Татарстан в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан и при финансировании через систему обязательного медицинского страхования на осуществление преимущественно одноканального финансирования организаций здравоохранения, тарифы на медицинские и иные услуги в разрезе видов медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (далее - Территориальная программа), производится страховыми медицинскими организациями и Фондом обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (далее - Фонд) по принятым к оплате реестрам счетов.

Оплата медицинской помощи, медицинских и иных услуг, оказанных через систему обязательного медицинского страхования на осуществление

преимущественно одноканального финансирования, производится Фондом по принятым к оплате реестрам счетов.

В тарифы на медицинские услуги включаются все виды затрат медицинских организаций по всем статьям расходов экономической классификации.

Базовые тарифы(5 статей) стоимости койко-дня, пациенто-дня и посещения в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан включают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), а также расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока).

В индивидуальные коэффициенты к базовым тарифам койко-дня, пациенто-дня и посещения (как за счет средств обязательного медицинского страхования, так и сверх базовой программы обязательного медицинского страхования) включаются остальные расходы по всем статьям расходов КОСГУ в объеме средств и видов расходов медицинских организаций, передаваемых из бюджета Республики Татарстан в бюджет Территориального фонда ОМС РТ на осуществление преимущественно одноканального финансирования медицинских организаций, а также средства для сохранения, достигнутого в первой половине 2008 года уровня оплаты труда, изысканные медицинскими организациями при проведении оптимизационных мероприятий за счет сокращения государственного задания в количестве койко-дней, пациенто-дней и посещений в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан.

Не включаются в тарифы на медицинские услуги и финансируются за счет средств соответствующих бюджетов расходы, указанные в пунктах 2.2, 3 раздела IV Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан.

Оценка используемых способов оплаты медицинской помощи

1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в круглосуточных и дневных стационарах(*в рамках Территориальной программы ОМС РТ и при финансировании через систему ОМС на осуществление преимущественно одноканального финансирования*).

1.1. Исходя из республиканского норматива длительности госпитализации по соответствующему МЭС и тарифа стоимости койко-дня профиля койки, предназначенной для оказания медицинской помощи по данному МЭС (базового профиля койки) с учетом уровня медицинского учреждения и индивидуальных коэффициентов к базовым тарифам стоимости койко-дня и пациенто-дня;

1.2. Исходя из базовых тарифов стоимости РМЭС МП и соответствующим утвержденным индивидуальным коэффициентам к базовым тарифам стоимости РМЭС.

1.3. Исходя из стоимости пролеченного больного в соответствии со стандартами в рамках программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011-2012 годы».

1.4. Исходя из стоимости законченного случая лечения больного при оказании высокотехнологичной медицинской помощи,оказанной в круглосуточных и дневных стационарах.

2. Способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи(*в рамках Территориальной программы ОМС РТ и при финансировании через систему ОМС на осуществление преимущественно одноканального финансирования*).

2.1 По утвержденным тарифам стоимости видов врачебных посещений (за исключением стоматологической помощи) (2011 г.);

2.2 По утвержденным тарифам стоимости видов посещений с учетом дополнительных выплат на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи в рамках программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011-2012 годы» (за исключением стоматологической помощи) (2011-2012 г.г.);

2.3 По утвержденным тарифам стоимости условной единицы труда (УЕТ) при оказании стоматологической помощи;

2.4 По подушевому нормативу. Оплата медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических организациях (отделениях) Бугульминского, Нижнекамского муниципальных образований и ЗАО «Консультативно-диагностический центр Авиастроительного района», имеющих прикрепленное застрахованное население для оказания первичной медико-санитарной помощи (за исключением медицинской помощи по стоматологическому и акушерско-гинекологическому профилям) (2010-2011 г.г.);

2.5 По подушевому нормативуза медицинскую помощь, оказанную в фельдшерско-акушерских пунктах (2012 г.);

2.6 По стоимости законченного случая за услуги по углубленной диспансеризации 14-летних подростков, оказанные по программе «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011-2012 годы».

2.7 По стоимости законченного случая лечения больного при оказании высокотехнологичной медицинской помощи;

3. Способы оплаты медицинских и иных услуг(*в рамках Территориальной программы ОМС РТ и при финансировании через систему ОМС на осуществление преимущественно одноканального финансирования*).

По утвержденным тарифам стоимости:

- лабораторных исследований;
- медицинских услуг;
- вызова скорой помощи;
- койко-дня пребывания в санатории;
- посещения при оказании амбулаторной хосписной помощи детям;
- дня пребывания в доме ребенка.

4. Оплата медицинской помощи в рамках программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011-2012 годы».

Для раздельного учета расходов средств ОМС, направляемых на реализацию территориальной программы ОМС и Программы модернизации здравоохранения, утверждены тарифы за пролеченного больного в части средств территориальной программы ОМС и дополнительные тарифы за пролеченного больного в рамках Программы модернизации здравоохранения. В рамках Программы модернизации здравоохранения применялись 16 стандартов оказания медицинской помощи (Приложение 16.2, 16.3 к Положению об оплате, утвержденному дополнительным соглашением к тарифному соглашению по оплате медицинских услуг в системе ОМС РТ на 2011 год от 28.10.2011 № 10).

Тарифы за пролеченного больного, в соответствии со стандартами оказания стационарной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения первого уровня оказания медицинской помощи (в части средств территориальной программы ОМС):

Таблица № 13

Наименование	МКБ -Х	Приказ Минздравсоцразвития РФ, утв. стандарт	Длительность лечения, к-дн.	Абсолютная стоимость одного случая лечения 2011 год (рублей)		Абсолютная стоимость одного случая лечения 2012 год (рублей)	
				Взрослые	Взрослые	Дети	Дети
				Всего	Всего	Всего	Всего
Стандарт медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда	I21	приказ от 06.09.2005 № 548 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда»	12	15 875,33	15 875,33	18 765,00	-
	I21		12	16 593,02	16 593,02		
Стандарт медицинской помощи больным	K25	Приказ от 17.09.2007 № 612 «Об утверждении стандарта медицинской	21	-	-	17 865,75	-

язвенной болезнью желудка	K25	помощи больным с язвой желудка (при оказании специализированной помощи)»	35			56 712,45	-
Стандарт медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями молочной железы -	-	-	-	-	-		
Стандарт медицинской помощи больным астмой	J45	Приказ от 02.07.2007 № 459 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным астмой (при оказании специализированной помощи)	14	9 802,10	9 802,10	25 927,20	26 962,01

Дополнительные тарифы за пролеченного больного, в соответствии со стандартами оказания стационарной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (в части средств по программе модернизации здравоохранения):

Таблица № 14

Наименование	МКБ-X	Приказ Минздравсоцразвития РФ, утв. стандарт	Длительно-сть лечения, к-дн.	Абсолютная стоимость одного случая лечения 2011 год (рублей)		Абсолютная стоимость одного случая лечения 2012 год (рублей)	
				Взрослые	Взрослые	Дети	Дети
				Всего	Всего	Всего	Всего
Стандарт медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда	I21	приказ от 06.09.2005 № 548 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда»	12	3 149,87	3 149,87	3 149,87	-
	I21		12	9 575,97	9 575,97		
Стандарт медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями молочной железы	-	-	-	-	-	-	-
Стандарт медицинской помощи больным язвенной болезнью желудка	K25	Приказ от 17.09.2007 № 612 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с язвой желудка (при оказании специализированной помощи)»	21	-	-	16 244,97	-
	K25		35			27 074,95	-
Стандарт	J45	Приказ от 02.07.2007 №	14	3 748,53	3 748,53	3 748,53	3 748,53

медицинской помощи больным астмой		459 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным астмой (при оказании специализированной помощи)					

В ходе контрольных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях установлено, что оплата оказанной медицинской помощи произведена в соответствии с условиями заключенных договоров между медицинской организацией и страховой медицинской организациейв пределах утвержденной стоимости Территориальной программы госгарантий. Реестры счетов сверх утвержденной стоимости Территориальной программы госгарантий страховыми медицинскими организациями к оплате не принимались. Таким образом, лечебно-профилактическими учреждениями не дополучены ассигнования за оказанные медицинские услуги сверх плановых назначений.

Так, ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи №2» за оказанную медицинскую помощь предъявлено к оплате реестров счетов: в 2010 году на сумму 144 478,9 тыс. рублей, в 2011 году – на сумму 167 250,4 тыс. рублей, в 2012 году – 245 335,7 тыс. рублей. После проведенных страховыми компаниями экспертиз, последними не приняты к оплате реестры счетов в 2010 году на сумму – 15 975,2 тыс. рублей , в 2011 году – 10 674,7 тыс. рублей, в 2012 году – 17 505,5 тыс. рублей.

ГАУЗ «Елабужская центральная районная больница»за оказанную медицинскую помощь предъявлено к оплате реестров счетов: в 2010 году на сумму 219 776,2 тыс. рублей, в 2011 году – на сумму 285 060,3 тыс. рублей, в 2012 году – 323 681,2 тыс. рублей. После проведенных страховыми компаниями экспертиз, последними не приняты к оплате реестры счетов в 2010 году на сумму – 702,5 тыс. рублей , в 2011 году – 438,8 тыс. рублей, в 2012 году – 683,1 тыс. рублей.

ГАУЗ «Пестречинская центральная районная больница» за оказанную медицинскую помощь предъявлено к оплате реестров счетов: в 2010 году на сумму 58 766,1 тыс. рублей, в 2011 году – на сумму 76 184,1 тыс. рублей, в 2012 году – 97 341,7 тыс. рублей. После проведенных страховыми компаниями экспертиз, последними не приняты к оплате реестры счетов в 2010 году на сумму – 921,6 тыс. рублей, в 2011 году – 2 253,3 тыс. рублей, в 2012 году – 5 824,4 тыс. рублей.

В связи с перевыполнением указанными медицинскими организациями планового задания и непринятием страховыми организациями к оплате реестров счетов за фактически оказанную медицинскую помощь, фактические

расходы на лечение одного больного в день сложились ниже установленных планом. Так, в ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи №2» фактические расходы на лечение одного больного в день в круглосуточном стационаре составили в 2010 году 0,99 тыс. рублей при запланированных 1,06 тыс. рублей, в 2011 году – 1,04 тыс. рублей при плане 1,1 тыс. рублей, в 2012 году – 1,59 тыс. рублей при плане 1,62 тыс. рублей.

В ГАУЗ «Пестречинская центральная районная больница»фактические расходы на лечение одного больного в день в круглосуточном стационаре составили в 2010 году 0,71 тыс. рублей при запланированных 0,72 тыс. рублей, в 2011 году – 0,82 тыс. рублей при плане 0,83 тыс. рублей, в 2012 году – 1,09 тыс. рублей при плане 1,16 тыс. рублей.

Территориальными программами госгарантий предусмотрено обеспечение необходимыми лекарственными препаратами по видам заболеваний в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы госгарантий, включает в себя статью расходов «Медикаменты».

В связи с тем,что в форме федерального статистического наблюдения № 14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями» отражаются только средства ОМС (по видам помощи в рамках Базовой программы ОМС РФ по 5 статьям затрат), а в форме № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению»- средства ОМС и средства муниципального и республиканского бюджетов (5 статей затрат, содержание медицинских учреждений, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС (коммунальные услуги, текущие и прочие расходы), средства на оплату медицинских и иных услуг, финансируемых в подпрограмме через систему ОМС), указанные формы между собой не корреспондируются.

Фактические расходы на приобретение медикаментов в расчете на 1 койко-день в рамках Территориальной программы государственных гарантий приведены в таблице №15.

Таблица № 15

Фактические расходы на приобретение медикаментов в расчете на 1 койко-день в рамках Территориальной программы государственных гарантий

(рублей)

В 1 койко-дне в среднем	2010 год	2011 год	2012 год
фактические расходы на медикаменты при реализации Программы государственных гарантий, всего	273,66	315,71	337,93
в том числе расходы на медикаменты по Территориальной программе ОМС (с учетом преимущественно одноканального финансирования)	265,19	307,01	337,93

Фактические расходы на приобретение медикаментов в расчете на 1 койко-день в рамках Территориальной программы госгарантий ежегодно увеличивались. Так, затраты на медикаменты в расчете на 1 койко-день увеличились в 2012 году по сравнению с 2010 годом на 23,5%, в том числе по Территориальной программе ОМС с учетом преимущественно одноканального финансирования – на 27,4%.

Объемы медицинской помощи по видам, предоставленной гражданам в рамках Территориальных программ государственных гарантий, включая Территориальные программы обязательного медицинского страхования

Медицинская помощь населению республики оказывается по видам и в объемах, предусмотренных соответствующими Программами государственных гарантий, с учетом уровня и структуры заболеваемости населения.

Нормативы объемов медицинской помощи на 1 человека в год в разрезе видов ежегодно утверждаются постановлениями Правительства РФ. В республике нормативы объемов медицинской помощи ежегодно утверждались постановлениями Кабинета Министров РТ.

Утвержденные в 2010-2011 годы территориальные нормативы объемов медицинской помощи на 1 человека по Территориальной программе госгарантий ниже федеральных по всем видам помощи:

- по скорой медицинской помощи на 6,9% и 6,6% соответственно;
- по амбулаторной помощи на 15,6% и 1,3% соответственно;
- по стационарной на 12,9% и 12,5% соответственно;
- по медицинской помощи в дневных стационарах на 13,6% и 12,5% соответственно.

Утвержденные в 2012 году нормативы объемов медицинской помощи на 1 человека ниже федеральных по скорой медицинской помощи (на 5,0%) и стационарной медицинской помощи (на 13,0%), выше федеральных нормативов по амбулаторной помощи (на 1,2%) и по медицинской помощи в дневных стационарах (на 3,2%).

Таблица № 16

Анализ нормативов объемов медицинской помощи и их фактически достигнутых значений

Виды оказания помощи	Ед. измерения	2010 год			2011 год			2012 год		
		Нормати в РФ	Нормати в РТ	Фактическое значение по РТ (ф.62)*	Нормати в РФ	Нормати в РТ	Фактическое значение по РТ(ф.62)	Нормати в РФ	Нормати в РТ	Фактическое значение по РТ(ф.62)
Скорая медицинс	вызов	0,318	0,296	0,312	0,318	0,297	0,307	0,318	0,302	0,313

кая помощь										
Амбулаторная медицинская помощь	посещение	9,5	8,016	8,171	9,7	9,576	9,452	9,7	9,813	9,386
Стационарная медицинская помощь	койко-день	2,78	2,422	2,423	2,78	2,433	2,383	2,78	2,419	2,347
Медицинская помощь дневных стационаров	пациенто-день	0,59	0,510	0,509	0,59	0,516	0,514	0,59	0,609	0,546

В 2010-2012 годы фактически выполненные объемы медицинской помощи на 1 человека не достигли федеральных нормативов по всем видам медицинской помощи.

Фактическое количество вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя в год в период 2010-2012 годы превышало республиканский нормативна 5,4%; 3,4%; 3,7%; соответственно, что объясняется снижением объемов в 2010 году по медицинской помощи в дневных стационарах, в 2011-2012 годы по амбулаторнойпомощи и помощи в круглосуточных и в дневных стационарах. *Таким образом, установленный в республике норматив вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя не соответствовал фактической потребности в данном виде помощи.*

Число фактических посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 жителя в 2010 году превысило республиканский норматив на 1,9%, в 2011-2012 годы не достигло плановых значений на 1,3% и 4,4% соответственно.

Фактическое количество койко-дней стационарной медицинской помощи на 1 жителя ежегодно снижалось с 2,423 койко-дня в 2010 году до 2,347 койко-дня в 2012 году, при этом в 2011-2012 годы фактические значения не достигли республиканских нормативов на 2,1% и 3,0% соответственно.

В 2010-2012 годы ежегодно не выполнялся республиканский норматив по помощи в дневных стационарах на 0,2%, 0,4%, 10,4% соответственно.

Анализируя выполнение показателей, следует отметить позитивную тенденцию сокращения числа койко-дней, проведенных больными в стационарах в расчете на 1 жителя и стойкую тенденцию увеличения числа пациенто-дней в расчете на 1 жителя по медицинской помощи в дневных стационарах (с 0,509 пациенто-дней в 2010 году до 0,546 пациенто-дней в 2012 году), а также рост числа посещений амбулаторно-поликлиничнских учреждений с 8,171 посещений в 2010 году до 9,386 посещений в 2012 году. *Указанное свидетельствует о перераспределении медицинской помощи с*

затратного стационарного вида на менее затратный - амбулаторно-поликлинический.

Выполнение объемов медицинской помощи ниже запланированных показателей свидетельствует о сбалансированности Территориальной программы госгарантийне в полном объеме и наличии проблем с доступностью медицинской помощи гражданам республики, а также с несоблюдением разработанных и утвержденных нормативов гарантированных объемов медицинской помощи.

Утвержденные в 2010 году нормативы объемов медицинской помощи по Территориальной программе ОМС ниже федеральных по всем видам помощи: по амбулаторной помощи на 13,9%, по стационарной на 0,1%, по медицинской помощи в дневных стационарах на 12,5%.

Утвержденные в 2011-2012 годы нормативы объемов по амбулаторной и стационарной медицинской помощи выше федеральных нормативов:

- по амбулаторной помощи в 2011 году - на 1,12%, в 2012 году – на 3,5%;
- по стационарной помощи в 2011 году – на 1%, в 2012 году – на 1,5%.

При этом в 2011-2012 годы нормативы по медицинской помощи в дневных стационарах ниже федеральных нормативов на 11% в 2011 году, на 0,6% в 2012 году.

В 2010 году, несмотря на увеличение числа посещений на 1 человека в сравнении с утвержденным показателем (7,543 посещений), объем амбулаторной медицинской помощи (8,568 посещений) не достиг федерального норматива (8, 762 посещения). По данным Фонда норматив количества посещений на 1-го жителя в рамках Базовой программы ОМС в размере 8,762 посещения включает посещения к специалистам со средним медицинским образованием, которые ведут самостоятельный амбулаторный прием (в том числе посещения в ФАП, здравпункты образовательных учреждений дошкольного и школьного типов, посещения в смотровых кабинетах). В связи с дефицитом Программы государственных гарантий посещения к специалистам со средним медицинским образованием, осуществляющим самостоятельный амбулаторный прием, оплачиваются за счет средств бюджета республики, передаваемых бюджету Фонда на реализацию преимущественно одноканального финансирования через систему ОМС. В связи с этим, норматив количества посещений при оказании амбулаторно-поликлинической помощи по республике в рамках Базовой программы составляет – 7,543 посещения на 1-го жителя. При этом, количество посещений в ФАП, оплаченных за счет средств бюджета республики, переданных бюджету Фонда на реализацию преимущественно одноканального финансирования через систему ОМС, составляет 6 459 878 обращений или 1,71 посещений в год на 1 жителя.

Фактически выполненные объемы по стационарной медицинской помощи (1,886 койко-дней) и помощи в дневных стационарах (0,422 пациенто-дней) не превышают утвержденные федеральные и республиканские нормативы (по стационару: 1,894 койко-дней и 1,892 койко-дней, по дневному стационару: 0,490 пациенто-дней и 0,429 пациенто-дней соответственно). Снижение норматива количества койко-дней круглосуточного стационара по сравнению с федеральным связано с:

- перераспределением медицинской помощи с затратного стационарного вида на менее затратный - амбулаторно-поликлинический;
- принятым в республике порядком оплаты высокотехнологичной медицинской помощи по законченному случаю лечения, т.е. все койко-дни пациента с момента поступления в стационар до момента выписки финансируются за счет средств бюджета республики, передаваемых бюджету Фонда на реализацию преимущественно одноканального финансирования через систему ОМС.

В 2011 году фактически выполненные объемы медицинской помощи на 1 человека не достигли федеральных и республиканских нормативов по всем видам медицинской помощи. Так, по амбулаторной медицинской помощи при федеральном (8,962 посещений) и республиканском (9,062 посещений) нормативах фактически выполнено 8,247 посещений. По стационарной медицинской помощи при федеральном (1,894 койко-дней) и республиканском (1,913 койко-дней) нормативах фактически выполнено 1,855 койко-дней. По дневным стационарам при федеральном (0,49 пациенто-дней) и республиканском (0,436 пациенто-дней) нормативах фактически выполнено 0,433 пациенто-дней.

В 2012 году фактически выполненные объемы медицинской помощи на 1 человека по амбулаторной помощи и помощи в дневных стационарах (8,571 посещений – амбулаторная помощь, 0,485 пациенто-дней – дневной стационар) не достигли федеральных (8,962 посещения - амбулаторная помощь, 0,49 пациенто-дней – дневной стационар) и республиканских (9,273 посещений-амбулаторная помощь, 0,487 пациенто-дней – дневной стационар) нормативов. При этом фактически выполненный объем по стационарной помощи на 1 человека (1,907 койко-дней) не достиг республиканского норматива (1,923 койко-дней) и превысил федеральный норматив (1,894 койко-дней).

Фактически выполненные объемы на 1 человека по амбулаторной и стационарной помощи за проверяемый период не имели устойчивой тенденции. В 2011 году отмечено снижение объемов в сравнении с предыдущим годом, а в 2012 году – их увеличение. Необходимо отметить позитивную динамику увеличения объема медицинской помощи в дневных стационарах (с 0,422 пациенто-дней в 2010 году до 0,485 пациенто-дней в 2012 году).

Таким образом, Территориальная программа ОМС по видам медицинской помощи, исходя из нормативов объемов медицинской помощи, сбалансирована не в полном объеме.

Исполнение Территориальной программы государственных гарантий за 2010-2012 годы приведено в таблице №17

Таблица № 17

Исполнение Территориальной программы государственных гарантий за 2010-2012 годы

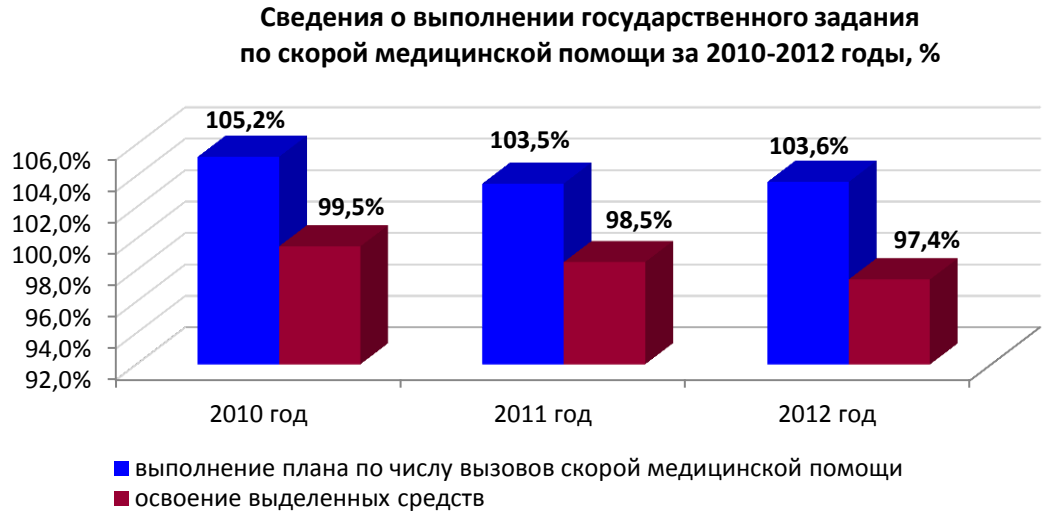
Наименование	Един. измер.	2010 год			2011 год			2012 год		
		утверж-дено	исполнено	%	утверж-дено	исполнено	%	утверждено	исполнено	%
Скорая медицинская помощь, всего										
вызовы	един.	1 119 642	1 177 571	105,2	1 125 867	1 164 769	103,5	1 146 319	1 188 119	103,6
обслуженные лица	чел.	1 119 642	1 137 430	101,6	1 125 867	1 116 577	99,2	1 146 319	1 132 766	98,8
тыс. рублей		987 670,9	983 146,6	99,5	1 134 210,3	1 116 904,6	98,5	1 264 605,7	1 232 103,3	97,4
в том числе по Территориальной Программе ОМС										
вызовы	един.	1 119 642	1 177 571	105,2	1 125 867	1 164 769	103,5	1 146 319	1 188 119	103,6
обслуженные лица	чел.	1 119 416	1 137 430	101,6	1 125 867	1 116 577	99,2	1 146 319	1 132 766	98,8
тыс. рублей		984 558,4	980 040,7	99,5	1 123 498,4	1 106 233	98,5	1 264 605,7	1 232 103,3	97,4
Амбулаторно-медицинская помощь, всего										
посещения	един.	30 260 657	30 841 732	101,9	36 022 126	35 799 227	99,4	35 585 795	35 602 380	100,05
обращения	чел.	-	17 696 057			20 602 662			19 615 193	
тыс. рублей		4 704 230,7	4 631 579,7	98,5	6 073 831,5	5 786 038,8	95,3	7 095 003,8	6 595 098,9	93,0
в том числе по Территориальной Программе ОМС										
посещения	един.	30 260 657	30 841 732	101,9	35 936 226	35 718 118	99,4	35 498 249	35 515 940	100,05
обращения	чел.		17 696 057			20 589 997			19 578 016	
тыс. рублей		4 651 166,5	4 578 844,9	98,5	5 969 273,6	5 684 175,4	95,2	7 058 251,2	6 559 107,2	92,9
Стационарная медицинская помощь, всего										
койко-дни	един.	9 141 187	9 144 158	100,03	9 216 765	9 026 189	97,3	8 923 392	8 903 763	99,8
выбывшие больные	чел.	746 075	802 361	107,5	790 759	798 129	100,9	785 604	806 644	102,7
тыс. рублей		10 567 010,7	10 466 882	99,05	13 466 718,6	13 216 537,2	98,1	14 045 968,3	13 066 643,4	93,0
в том числе по Территориальной Программе ОМС										
койко-дни	един.	9 137 837	9 142 628	100,05	9 216 765	9 026 189	97,9	8 923 392	8 903 763	99,8
выбывшие больные	чел.	745 960	802 246	107,6	790 759	798 129	100,9	785 604	806 644	102,7
тыс. рублей		9 874 347,5	9 776 662,6	99,0	11 589 917	11 346 326,5	97,9	14 045 191,9	13 066 522,3	93,0
Дневные стационары, всего										
пациенто-дни	един.	1 924 998	1 922 862	99,9	1 953 509	1 946 729	99,7	2 243 363	2 070 469	92,3
выбывшие больные	чел.	157 301	156 396	99,4	151 225	158 890	105,1	164 455	167 347	101,8
тыс. рублей		754 181,9	735 297,6	97,5	844 854,0	816 006,4	96,6	1 034 757,8	975 935,7	94,3
в том числе по Территориальной Программе ОМС										
пациенто-дни	един.	1 924 998	1 922 862	99,9	1 953 509	1 946 729	99,7	2 243 363	2 070 469	92,3
выбывшие больные	чел.	157 301	156 396	99,4	151 225	158 890	105,1	164 455	167 347	101,8
тыс. рублей		751 437,7	732 620,9	97,5	842 704,6	814 053,6	96,6	1 034 757,8	975 935,7	94,3

В Республике Татарстан служба скорой медицинской помощи включает в себя 3 станции, 10 подстанций и 39 отделений в составе центральных районных больниц. Все учреждения являются государственными. Круглосуточно на

территории республики работают 240 бригад скорой помощи, в том числе 39 специализированных.

Запланированное число вызовов скорой медицинской помощи выполнено в 2010 году на 105,2%, в 2011 году на 103,5%, в 2012 году – на 103,6%. При этом кассовые расходы медицинских учреждений составили от утвержденных в 2010 году – 99,5%, в 2011 году – 98,5%, в 2012 году 97,4%. Таким образом, *скорая помощь республики в 2010-2012 годы работала эффективно.*

Диаграмма № 5



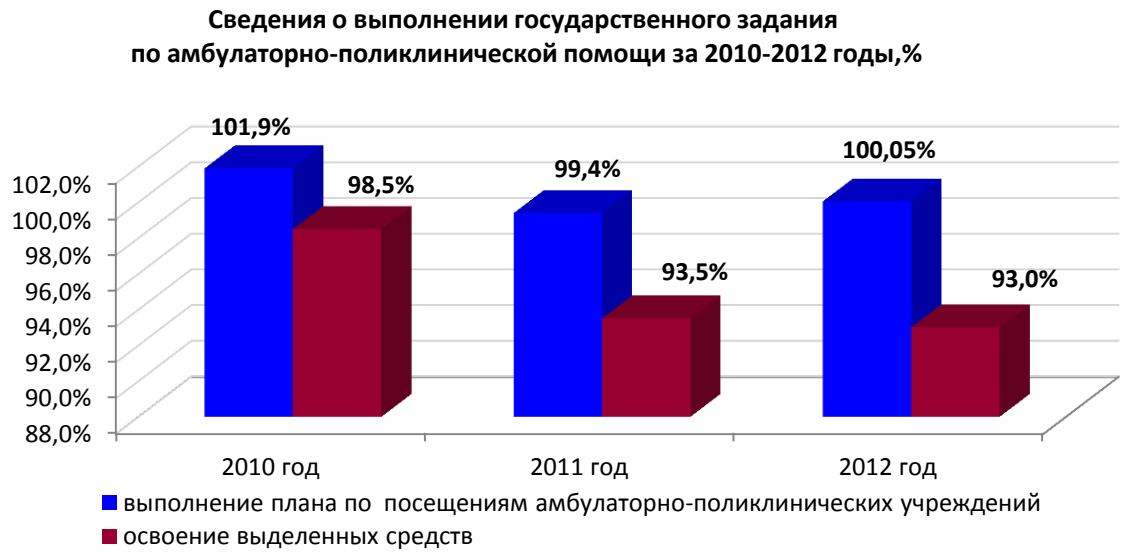
В 2011 году по сравнению с 2010 годом число вызовов уменьшилось на 1,1%, в 2012 году - увеличилось на 2%. Число лиц, обслуженных скорой медицинской помощью в 2011 году уменьшилось на 1,8%, в 2012 году увеличилось – на 1,5%.

Необходимо отметить, что в 2012 году бригадами скорой помощи осуществлялись выезды, при которых выполнялись несвойственные им функции. Доля таких выездов составила 2,7% от общего числа выездов (абсолютное число - 30 506, 2011г. – 26 518), в т.ч.: доставка крови и компонентов – 7,5 % (2011г. – 10%), доставка консультантов и дежурных на дому – 74,4% (2011г. – 72%), другие причины – 18,1% (2011г. – 18%). В Пестречинском районе республики выполнение выездными бригадами несвойственных функций составило 61,3%, в Кайбицком – 42,6%, в Кукморском районе – 41,3%.

Запланированное число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений выполнено в 2010 году на 101,9%, в 2011 году – на 99,4%, в 2012 году – на 100,05%.При этом кассовые расходы медицинских учреждений составили от утвержденных в 2010 году – 98,5%, в 2011 году – 95,3%, в 2012

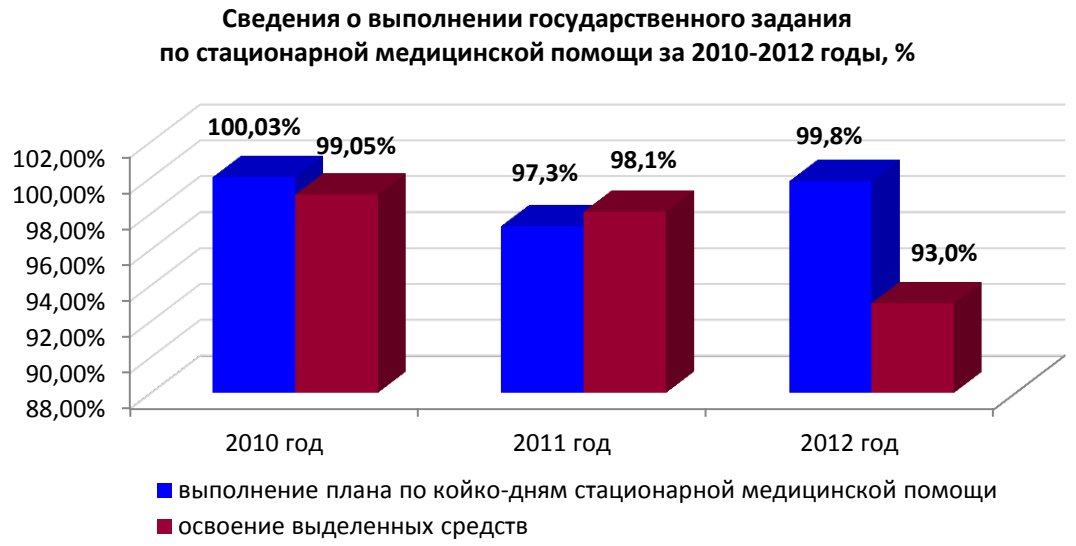
году 93%. Число посещенийамбулаторно-поликлинических учреждений в рассматриваемом периоде увеличилось на 15,4 %. В 2011 году за амбулаторной медицинской помощью обратилось на 16,4% больше, чем в 2010 году, в 2012 году - число обращений пациентов уменьшилось на 4,8% по сравнению с предыдущим годом.

Диаграмма № 6



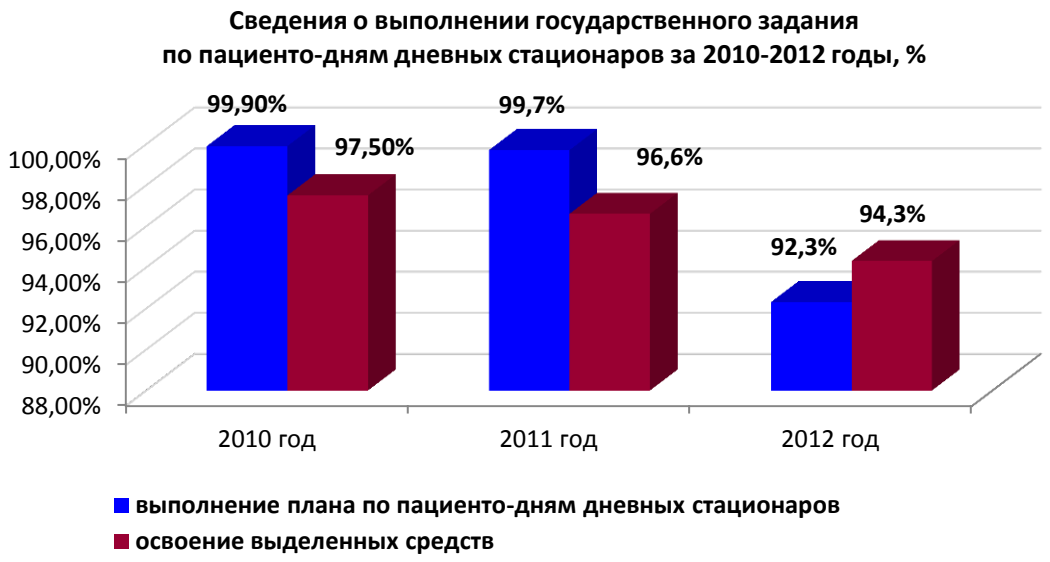
Запланированное число койко-дней стационарной медицинской помощи выполнено в 2010 году на 100,03%, в 2011 году – на 97,3%, в 2012 году – на 99,8%. Кассовые расходы медучреждений составили от утвержденных в 2010 году – 99,05%, в 2011 году – 98,1%, в 2012 году – 93,0%. Отмечается позитивная тенденция сокращения числа койко-дней в стационарных медицинских организациях (в 2011 году на 1,3%, в 2012 году – на 1,4%). В 2011 году пролечено 798 129 больных, что на 4 232 пациента (или на 0,5%) меньше в сравнении с 2010 годом (802 361). В 2012 году пролечено на 8 515 человек или на 1,1% больше предыдущего года.

Диаграмма № 7



Запланированное число пациенто-дней дневных стационаров выполнено в 2010 году на 99,9%, в 2011 году – на 99,7%, в 2012 году – на 92,3%. Кассовые расходы медучреждений составили от утвержденных в 2010 году – 97,5%, в 2011 году – 96,6%, в 2012 году – 94,3%. Отмечается позитивная тенденция ежегодного роста числа пациенто-дней, проведенных пациентами в дневных стационарах (в 2011 году – на 1,2%, в 2012 году – на 6,4%), что *свидетельствует о востребованности стационарозамещающей медицинской помощи.* Пролечено в 2011 году 158 890 человек или на 1,6% больше по сравнению с 2010 годом. В 2012 году пролечено на 5,3% (167 347 человек) больше по сравнению с предыдущим годом.

Диаграмма № 8



В настоящее время проводится реформирование госпитального этапа скорой медицинской помощи. На базе приемных отделений ведущих клиник созданы приемно-диагностические отделения (далее – ПДО) (РКБ, ДРКБ, БСМП г. Казани и Н.Челнов), где круглосуточно оказывается вся необходимая лечебная и диагностическая помощь. Любой житель республики может самостоятельно обратиться в ПДО (всего в 2012 году зарегистрировано 30 тыс. таких посещений), что позволило повысить доступность квалифицированной медицинской помощи, уменьшить обращаемость за скорой медицинской помощью. С 2013 года на базе ПДО также начали функционировать и стационары дневного пребывания, что позволяет увеличить долю медицинской помощи, оказанной как в дневных стационарах, так и в амбулаторных условиях.

Работа по созданию современных приемных отделений проводится и на уровне Центральных районных больниц. Во всех ЦРБ приемные отделения совмещены с отделениями скорой медицинской помощи.

Продолжается развитие стационарозамещающих технологий и видов помощи. Стационары дневного пребывания организованы и работают на всей территорий республики. Число медицинских учреждений, имеющих дневные стационары, увеличилось с 268 единиц в 2010 году до 276 единиц в 2012 году. За рассматриваемый период число мест в дневных стационарах выросло на 423 единицы (2010 год – 5 642 места, 2012 год – 6 065 мест), число пролеченных

больных на 11 508 человек (2010 год – 156 613 человек, 2012 год - 168 121 человек).

Средняя занятость койки в дневных стационарах составила 334 дней (2011г. – 332 дня). Наиболее высокие показатели работы коек дневного стационара зарегистрированы в Сабинском (359), Алексеевском (349), Нурлатском (347), Тюлячинском (344), Пестречинском (343), Атнинском (343), Бавлинском (342), Новошешминском (342), Бугульминском (340) районах. Средняя длительность пребывания больного на койке дневного стационара составила 12,4 дня (2010, 2011 г.г. – 12,3 дня).

В рассматриваемом периоде отмечается тенденция снижения коечного фонда стационарной медицинской помощи (2010 – 26 886 единиц, в 2011 – 26 602 единицы, в 2012 году - 25 765 единиц). В 2010-2012 годы обеспеченность населения койками круглосуточного пребывания также снижалась: с 71,0 единиц на 10 тыс. населения в 2010 году до67,7 единиц на 10 тыс. населения в 2012 году. С 2010 года по 2012 год за счет проведенной оптимизации число круглосуточных коек сократилось на 1 121 единицу.Средняя занятость койки в круглосуточном стационаре в рассматриваемом периоде увеличилась с 339 дней в 2010 году до 346 дней в 2012 году. При этом средняя длительность пребывания больного на койке снизилась с 11,4 дней в 2010 году до 11 дней в 2012 году. Таким образом, с 2010 года по 2012 год оборот койки возрос с 29,8 до 31,4 дней.

Структура медицинских организаций, участвовавших в реализации Территориальной программы государственных гарантий в 2010-2012 годы

В оказании медицинской помощи населению республики в 2010 году приняли участие 179 медицинских организаций различного типа и уровня подчиненности, в 2011 году - 171 организация, в 2012 году – 182 организации.

Медицинские организации, участвовавшие в реализации Территориальной программы государственных гарантий в 2010-2012 годы, в разрезе форм собственности представлены в таблице № 18.

Таблица № 18

Медицинские организации, участвовавшие в реализации Территориальной программы госгарантий в 2010-2012 годы

	2010 год		2011год		2012 год	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Государственные учреждения здравоохранения (собственность республики)	36	20,1	30	17,6	155	85,2
Муниципальные учреждения здравоохранения (муниципальная	126	70,4	123	71,9	1	0,5

собственность)						
Федеральные государственные учреждения (федеральная собственность)	4	2,2	4	2,3	4	2,2
Негосударственные учреждения (негосударственные формы собственности)	13	7,3	14	8,2	22	12,1
Итого:	179	100	171	100	182	100

Диаграмма № 9

В 2012 году по сравнению с предыдущими годами произошло снижение удельного веса муниципальных медицинских организаций до 0,5% и увеличение удельного веса медицинских организаций, находящихся в собственности республики до 85,2% и негосударственной формы собственности до 12,1%. Изменение структуры произошло в связи с принятием Федерального закона от 29.11.2010 № 313-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", согласно которому с 1 января 2012 года полномочия по организации медицинской помощи переданы субъектам Российской Федерации. В соответствии с этим осуществлена передача 122 муниципальных учреждений здравоохранения в собственность республики, в подчинение Министерству здравоохранения Республики Татарстан.

Большинство участников реализации Территориальной программы госгарантий работают в системе ОМС. Так, в 2010 году их удельный вес в

общей численности участников Программы составлял – 90,5%, в 2011 году – 84,2%, в 2012 году – 83,5%.

Медицинские организации, участвующие в реализации Территориальной программы госгарантий по видам.

Таблица № 19

Типы медицинских учреждений	2010 год		2011 год		2012 год	
	Всего	Удельный вес	Всего	Удельный вес	Всего	Удельный вес
Всего участников реализации Программы госгарантий, в т.ч.	179	100	171	100	182	100
работающие в системе ОМС	162	90,5	144	84,2	152	83,5
Больничные, в т.ч.	82	45,8	82	48,0	79	43,4
работающие в системе ОМС	82	50,6	81	56,3	78	51,3
Диспансеры, в т.ч.	8	4,5	7	4,1	7	3,8
работающие в системе ОМС	8	4,9	2	1,4	3	2,0
Амбулаторно-поликлинические, в т.ч.	58	32,4	56	32,7	68	37,4
работающие в системе ОМС	56	34,6	56	38,9	67	44,1
Центры, включая научно-практические, в т.ч.	6	3,4	6	3,5	3	1,6
работающие в системе ОМС	6	3,7	5	3,5	3	2,0
Скорой медицинской помощи и переливания крови, в том числе:	4	2,2	4	2,3	3	1,6
- скорой медицинской помощи	3	1,7	3	1,8	3	1,6
- переливание крови	1	0,6	1	0,6	-	-
Охраны материнства и детства, в т.ч.	3	1,7	1	0,6	1	0,5
работающие в системе ОМС	3	1,9	-	-	-	-
Санаторно-курортные, в т.ч.	7	3,9	6	3,5	4	2,2
работающие в системе ОМС	7	4,3	-	-	1	0,7
Особого типа	10	5,6	5	2,9	16	8,8
Прочие	1	0,6	4	2,3	1	0,5

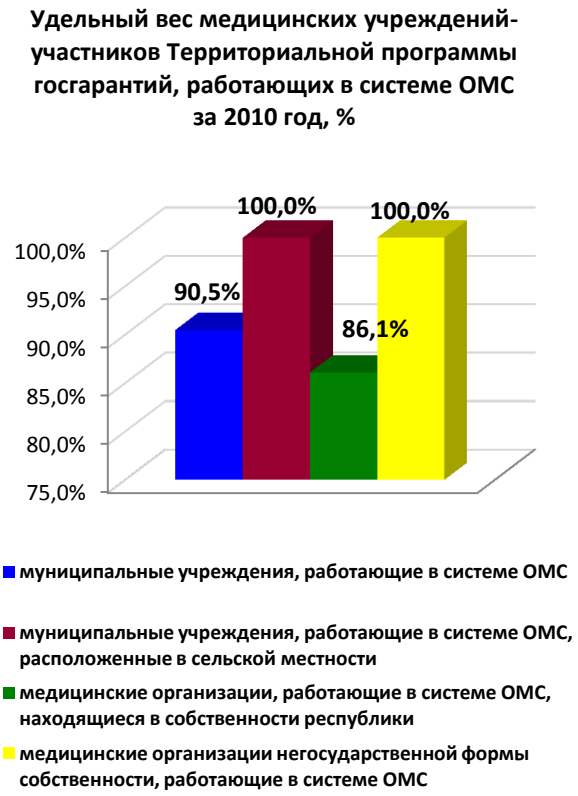
Снижение количества лечебно-профилактических учреждений, работающих в системе ОМС, обусловлено реорганизацией сети путем объединения учреждений с целью централизации управления, повышения эффективности деятельности учреждения и оказания медицинской помощи населению Республики Татарстан. Так, например, после оптимизации сети учреждений здравоохранения ГАУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» имеет в своем составе не являющихся самостоятельными юридическими лицами 13 филиалов, расположенных в муниципальных образованиях республики.

Среди участников Территориальной программы госгарантий в 2010 году больничные учреждения составили 45,8% от общего числа медицинских

организаций, амбулаторно-поликлинические учреждения – 32,4%, диспансеры – 4,5%, центры – 3,4%, учреждения скорой медицинской помощи и переливания крови – 2,2%, санаторно-курортные учреждения – 3,9%, учреждения особого типа и прочие – 6,2%, учреждения охраны материнства и детства – 1,7%.

Удельный вес муниципальных учреждений здравоохранения, работавших в системе ОМС, составил 90,5%. Среди муниципальных медицинских организаций, расположенных в сельской местности, этот показатель составил 100,0%. Доля медицинских организаций, находящихся в собственности республики, работающих в системе ОМС, была ниже (86,1%). Все медицинские учреждения федеральной собственности и негосударственных форм собственности работали в системе ОМС.

Диаграмма № 10

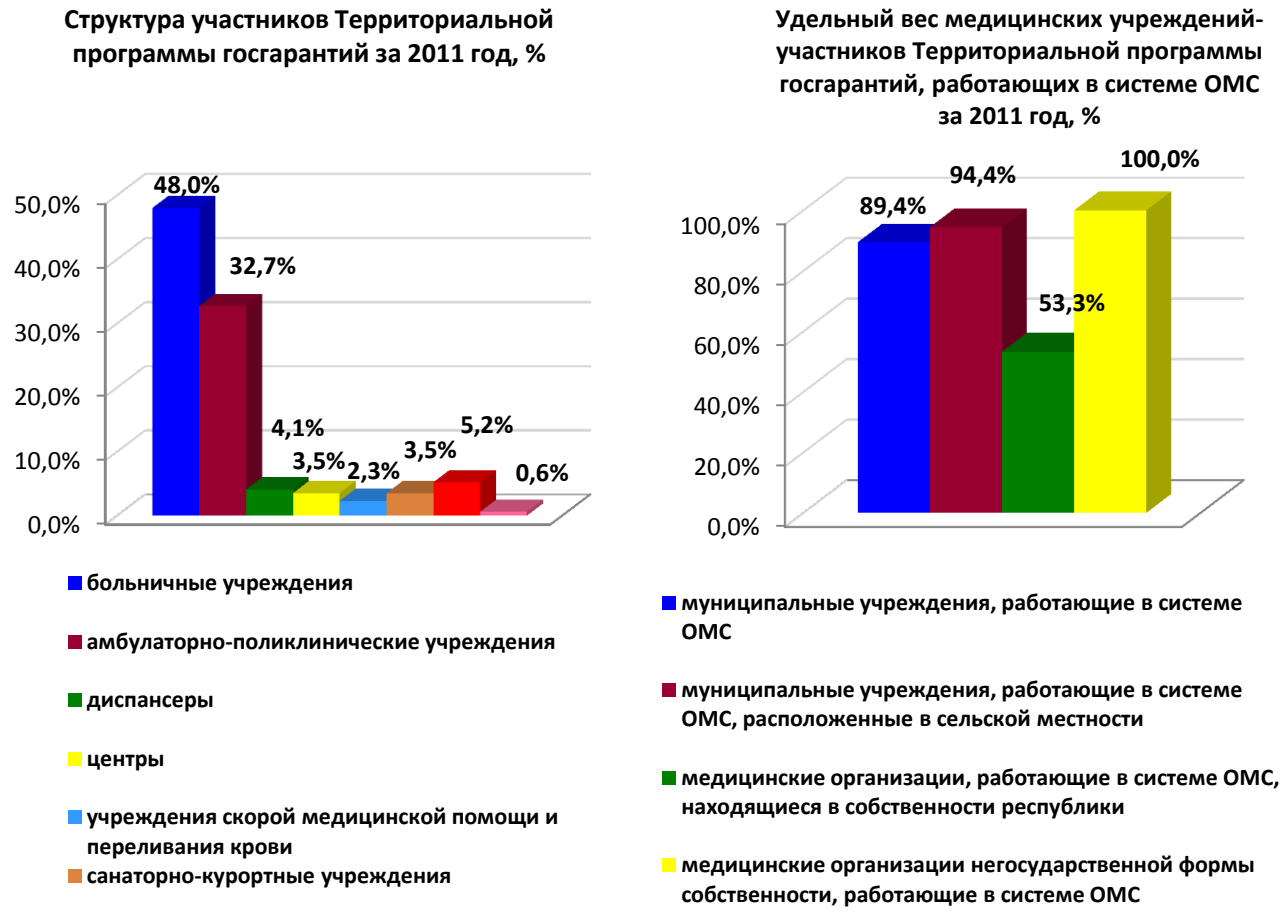


Среди участников Территориальной программы госгарантий в 2011 году больничные учреждения составили 48,0% от общего числа медицинских организаций, амбулаторно-поликлинические учреждения – 32,7%, диспансеры – 4,1%, центры – 3,5%, учреждения скорой медицинской помощи и переливания крови – 2,3%, санаторно-курортные учреждения – 3,5%,

учреждения особого типа и прочие – 5,2%, учреждения охраны материнства и детства – 0,6%.

Удельный вес муниципальных учреждений здравоохранения, работавших в системе ОМС, составил 89,4%. Среди муниципальных медицинских организаций, расположенных в сельской местности, этот показатель составил 94,4%. Доля медицинских организаций, находящихся в собственности республики, работающих в системе ОМС, была ниже (53,3%). Все медицинские учреждения федеральной собственности и негосударственных форм собственности работали в системе ОМС.

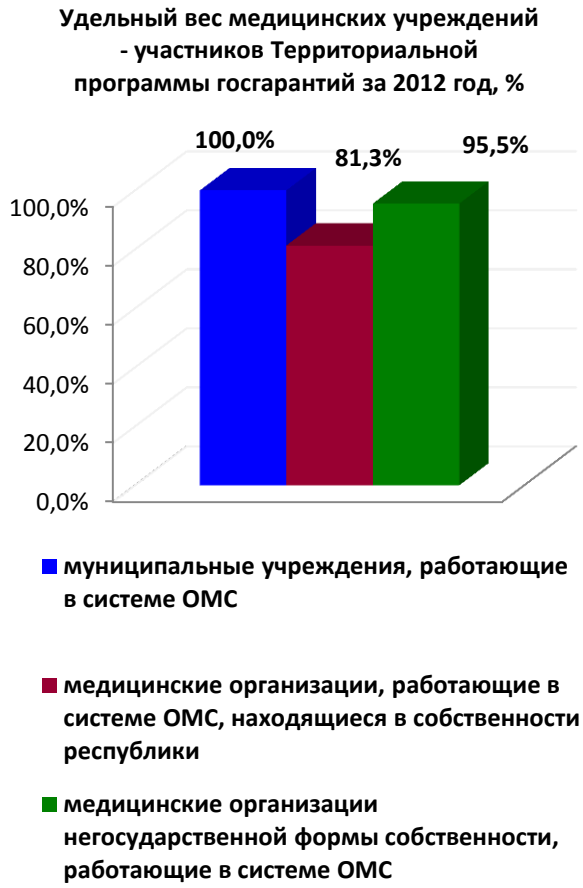
Диаграмма № 11



Среди участников Территориальной программы госгарантий в 2012 году больничные учреждения составили 43,4% от общего числа медицинских организаций, амбулаторно-поликлинические учреждения – 37,4%, диспансеры – 3,8%, центры – 1,6%, учреждения скорой медицинской помощи и переливания крови – 1,6%, санаторно-курортные учреждения – 2,2%, учреждения особого типа и прочие – 9,3%, учреждения охраны материнства и детства – 0,5%.

Удельный вес муниципальных учреждений здравоохранения и учреждений федеральной формы собственности, работавших в системе ОМС составил 100%. Доля медицинских организаций, находящихся в собственности республики, работающих в системе ОМС - 81,3%. Доля медицинских учреждений негосударственной формы собственности, работающих в системе ОМС, составила 95,5%.

Диаграмма № 12



Таким образом, за анализируемый период произошло увеличение общего количества медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы госгарантий, за счет медицинских учреждений негосударственной формы собственности, при этом количество учреждений здравоохранения, работавших в системе ОМС снизилось со 162 до 152 организаций. В структуре медицинских организаций, принимавших участие в реализации Территориальной программы, преобладает доля медицинских

учреждений государственной формы собственности (2010 год – 92,7%, 2011 год – 91,8%, 2012 год – 87,9%).

На территории республики действует трехуровневая система медицинских учреждений, оказывающих стационарную медицинскую помощь (Таблица №20). Также функционируют медицинские организации, оказывающие иные виды медицинских услуг:

- в 2010 году - 88 медицинских организаций, в том числе: амбулаторно-поликлинические – 57 (в т.ч. частной формы собственности – 9); санаторно-курортные – 7; скорой медицинской помощи – 4; медицинские организации федеральной собственности – 4; центры медицинской профилактики, центры сертификации и метрологии – 13 (в т.ч. частной формы собственности –2); дома ребенка – 1; станции переливания крови – 1; бюро судебно-медицинской экспертизы – 1;
- в 2011 году - 84 медицинские организации, из них: амбулаторно-поликлинические – 55 (в т.ч. частной формы собственности – 8); санаторно-курортные – 6; скорой медицинской помощи – 4; медицинские организации федеральной собственности – 4; центры медицинской профилактики, центры сертификации и метрологии – 10 (в т.ч. частной формы собственности – 3); диспансеры – 1; дома ребенка – 1; молочные кухни – 1; станции переливания крови – 1; бюро судебно-медицинской экспертизы – 1;
- в 2012 году – 95 медицинских организаций, из них: амбулаторно-поликлинические – 66 (в т.ч. частной формы собственности – 20); санаторно-курортные – 3; скорой медицинской помощи – 3; медицинские организации федеральной собственности – 3; центры медицинской профилактики, центры сертификации и метрологии – 15; диспансеры – 2; дома ребенка – 1; станции переливания крови – 1; бюро судебно-медицинской экспертизы – 1.

Структура медицинских организаций по уровням приведена в таблице №20.

Таблица №20

Структура медицинских организаций по уровням

	2010 год		2011 год		2012 год	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
1 уровень – учреждения здравоохранения – юридические лица, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в т.ч. высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь (при наличии соответствующих подразделений)	27	15,1	14	8,2	12	6,6
2 уровень – учреждения	35	19,6	30	17,5	33	18,1

здравоохранения – юридические лица, оказывающие специализированную медицинскую помощь (без ВМП)						
3 уровень – учреждения здравоохранения – юридические лица, оказывающие специализированную и первичную медико-санитарную помощь (учреждения, на базе которых имеются монопрофильные и многопрофильные специализированные межмуниципальные центры)	29	16,2	43	25,1	42	23,1
Учреждения здравоохранения, оказывающие иные виды медицинских услуг	88	49,1	84	49,2	95	52,2
Итого:	179	100	171	100	182	100

В период 2010-2012 годы идет уменьшение медицинских организаций 1-го и 2-го уровней соответственно на 225% и 6%, а также увеличение учреждений 3-го уровня на 44,8% и без уровня на 8%. В целом количество учреждений в указанный период увеличилось на 3 единицы или на 1,2%. Наибольшая доля медицинских учреждений (2010 год – 49,1%, 2011 год – 49,2%, 2012 год – 52,2%) приходятся на учреждения, не отнесенные к уровням.

Снижение в 2012 году численности учреждений I уровня произошло за счет ликвидации РКОД г. Набережные Челны и реорганизации путем присоединения РКБ №3 к РКБ №2.

Увеличение в 2012 году численности учреждений II уровня произошло за счет включения во IIуровень Городской больницы №2 г. Набережные Челны, ранее являющейся учреждением III уровня, присвоения Детскому терапевтическому санаторию г. Нижнекамск II уровня, ранее относился к учреждениям без уровня, образования Городской больницы №3 г. Набережные Челны II уровня.

Увеличение в 2012 году численности учреждений без уровня произошло за счет включения в данную категорию НМИАЦ, НМИАЦ г.Наб. Челны, ООО «Дентал Форте Элит», ООО «Дентал Форте Престиж», Врачебно-физкультурного диспансера г. Наб. Челны, Республиканского медицинского центра мобилизационных резервов «Резерв», ООО «Медстом», ООО «Красноключинский центр семейной медицины», ООО «РаДент», ООО «РезиДент», ЗАО «Спасение», ООО «Клиника Латыпова Р.М.», Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств, ООО «Вита», а также за счет ликвидации Детской молочной кухни «Шатлык», ООО «Реабилитационный центр», ФГУ «361 военный госпиталь».

Учреждения родовспоможения в республике распределены на три группы (уровня) взависимости от коечной мощности и профиля коек (Таблица №21). Структура учреждений для оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период не менялась. Наибольший процент представляют учреждения здравоохранения, количество родов в которых не превышает 500 в год, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога.

Таблица № 21

Структура учреждений родовспоможения по уровням

Группы (уровни)	2010 год		2011 год		2012 год	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
1 группа (1 уровень)- Учреждения здравоохранения, количество родов в которых не превышает 500 в год, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога	35	68,6	35	68,6	35	68,6
2 группа (2 уровень) - Учреждения здравоохранения, количество родов в которых составляет от 500 до 1500 в год, имеющие в своей структуре отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных, (профилизированные по видам патологии родильные дома, а также межрайонные перинатальные центры)	15	29,4	15	29,4	15	29,4
3 группа (3 уровень) - государственные (областные, краевые, республиканские, федеральные) учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, имеющие в своем составе отделения реанимации для женщин и новорожденных, отделение патологии новорожденных	1	2	1	2	1	2
Итого:	51	100	51	100	51	100

Структура учреждений здравоохранения по организационно-правовой форме представлена в таблице № 22.

Таблица № 22

Структура учреждений здравоохранения
по организационно-правовой форме

Типы учреждений здравоохранения	автономные			бюджетные			казенные			Частные			Всего		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Больничные	1	11	74	76	65	-	3	4	3	2	2	2	82	82	79
Диспансеры	1	2	6	7	5	1	-	-	-	-	-	-	8	7	7
Амбулаторно-поликлинические	-	-	46	48	46	1	1	-	1	9	10	20	58	56	68
Центры, включая	-	1	3	4	3	-	-	-	-	2	2	-	6	6	3

научно-практические															
Скорой медицинской помощи и переливания крови, в т.ч.	-	-	3	4	4	-	-	-	-	-	-	-	4	4	3
скорой медицинской помощи	-	-	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	3	3	3
переливая крови	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Охрана материнства и детства	-	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	3	1	1
Санаторно-курортное лечение	-	-	2	7	6	2	-	-	-	-	-	-	7	6	4
Особого типа	-	-	12	10	5	4	-	-	-	-	-	-	10	5	16
Прочие	-	-	1	1	4	-	-	-	-	-	-	-	1	4	1
Всего:	2	14	148	160	139	8	4	4	4	13	14	22	179	171	182

В 2010 году в общем количестве учреждений здравоохранения бюджетные учреждения составляют 89,4%, казенные – 2,2%, автономные – 1,1%, частные – 7,3%.

В 2011 году в общем количестве учреждений здравоохранения бюджетные учреждения составляют 81,3%, казенные – 2,3%, автономные – 8,2%, частные – 8,2%.

В 2012 году в общем количестве учреждений здравоохранения бюджетные учреждения составляют 4,4%, казенные – 2,2%, автономные – 81,3%, частные – 12,1%.

Необходимо отметить ежегодный рост числа частных предприятий – участников Программы госгарантий. Так, в 2011 году их число увеличилось на 7,7%, в 2012 году – 57,1% по сравнению с предыдущим годом.

В целях оптимизации сети учреждений здравоохранения в республике проведена реорганизация медицинских учреждений:

- в 2010 году для создания единой системы оказания консультативно-диагностической, лечебной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и последующего диспансерного наблюдения после оказания высокотехнологичной помощи Казанский кардиологический диспансер присоединен к Межрегиональному клинико-диагностическому центру с организацией Консультативно-диагностической поликлиники МКДЦ, к Республиканскому клиническому онкологическому диспансеру в качестве филиала присоединен Набережно-Челнинский онкологический диспансер, к Республиканской клинической больнице – Республиканский центр медицины катастроф. Больница скорой медицинской помощи г. Набережные Челны передана из муниципальной собственности в собственность Республики

Татарстан, на ее базе создан региональный центр высокотехнологичной медицинской помощи для населения Северо-Восточного региона республики. Набережно-Челнинский детский санаторий «Айболит» передан в собственность муниципального образования г. Набережные Челны.

С июля 2010 года в республике организовано 68 первичных онкологических кабинетов и 6 первичных онкологических отделений в городских и центральных районных поликлиниках. С целью приближения онкологической помощи к населению создано новое подразделение ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения РТ» - поликлиника №3 в г. Альметьевске. Для населения Юго-Восточного региона РТ в г. Набережные Челны на базе реконструируемого и модернизируемого учреждения ГАУЗ РТ «Закамская БСМП» организовано стационарное онкологическое отделение на 55 коек;

- в 2011 году Министерством проведены мероприятия совместно с Министерством земельных и имущественных отношений РТ по передаче 122 муниципальных учреждений здравоохранения в собственность республики. В целях повышения качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным в 2010-2011 годы произошло объединение крупных детских больниц с родильными отделениями и перинатальными центрами: в настоящее время функционируют ГАУЗ «Закамская детская больница с перинатальным центром», ГАУЗ «Детская городская больница с перинатальным центром» г. Нижнекамска, ГАУЗ «Альметьевская детская больница с перинатальным центром»; родильный дом г. Казани №1 вошел в состав ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казани;

- в 2012 году с целью повышения эффективности оказания медицинской помощи населению произведена реорганизация ряда учреждений путем присоединения: к ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г.Казани ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи №2» г.Казани и ГАУЗ «Городская клиническая больница№9», к ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ ГАУЗ «Детская городская клиническая больница №2»; к ГАУЗ «Елабужская центральная районная больница» ГАУЗ «Елабужская городская поликлиника», «Городская поликлиника № 11» г.Наб. Челны к ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер», Чистопольского детского санатория к ГАУЗ «Чистопольская центральная районная больница». В связи с несоответствием материально-технической базы филиалов требованиям санитарно-эпидемиологического законодательства с 1 октября 2012 г. ликвидированы филиалы ГАУЗ «РКПД» - Чистопольский и Елабужский противотуберкулезные диспансеры.

Объединение учреждений здравоохранения позволило оптимизировать коечный фонд и повысить эффективность расходов. Так, за 2010-2012 годы число круглосуточных коек сократилось на 1 121 единицу.

В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения Территориальными программами государственных гарантий предусматривается создание службы неотложной медицинской помощи.

Министерством утверждены соответствующие приказы «Об организации неотложной медицинской помощи».

В рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях учреждений здравоохранения предусмотрена неотложная медицинская помощь в объеме: количество посещений в 2010 году – 2 086 648 единиц, 2011 году – 2 091 498 единиц. Фактическое финансирование оказанной неотложной медицинской помощи составило в 2010 году 414 649 009,47 рублей, в 2011 году – 452 745 464,12 рублей. Расчетная стоимость 1 посещения составила в 2010 году 198,70 рублей, в 2011 году – 216,46 рублей. В результате стоимость 1 посещения в 2010 году (198,70 рублей) на 124,3 рубля ниже рекомендуемого Минздравсоцразвития России норматива в сумме 323,0 рубля, в 2011 году (216,46 рублей) - на 106,53 рублей ниже рекомендуемого Минздравсоцразвития России норматива в сумме 323,0 рубля.В 2012 году раздельный учет объемов оказанной неотложной медицинской помощи Министерством здравоохранения РТ не осуществлялся. Указанные посещения отражены в составе Амбулаторно-поликлинической помощи.

С целью приведения инфраструктуры здравоохранения в соответствие с численностью и составом населения Республики Татарстан, а также со структурой заболеваемости и смертности, в рамках программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 – 2012 годы», утвержденной постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 10.03.2011 № 179 проведено реформирование следующих объектов здравоохранения:

- объединение МУЗ «Детская больница № 1», МУЗ «Детская больница № 2», МУЗ «Перинатальный центр», ГУЗ «Детский санаторий «Айболит» в г. Набережные Челны с созданием межмуниципального центра ГАУЗ «Закамская детская больница с перинатальным центром» в г. Набережные Челны;

- присоединение ГУЗ «Зеленодольский детский санаторий» к ГАУЗ «Зеленодольская центральная районная больница» с созданием отделения реабилитации и восстановительного лечения детей;
- организация приемно-диагностического отделения с пунктом скорой медицинской помощи на базе ГАУЗ «Лениногорская ЦРБ», «Елабужская ЦРБ», «Зеленодольская ЦРБ», «Альметьевская ЦРБ», что позволило разделить потоки приема плановых, амбулаторных, экстренных больных, больных с психическими заболеваниями. В составе приемного отделения организованы палаты краткосрочного пребывания, противошоковые палаты, консультативно-диагностические кабинеты;
- организация приемного отделения с пунктом скорой медицинской помощи на базе ГАУЗ «Агрызская ЦРБ», «Азнакаевская ЦРБ», «Аксубаевская ЦРБ», «Алексеевская ЦРБ», «Апастовская ЦРБ», «Атнинская ЦРБ», «Базарно-Матакская ЦРБ Алькеевского муниципального района», «Балтасинская ЦРБ», «Дрожжановская ЦРБ», «Заинская ЦРБ», «Кайбицкая ЦРБ», «Камско-Устьинская ЦРБ», «Кукморская ЦРБ», «Лаишевская ЦРБ», «Менделеевская ЦРБ», «Муслюмовская ЦРБ», «Новошешминская ЦРБ», «Нурлатская ЦРБ», «Рыбно-Слободская ЦРБ», «Сабинская ЦРБ», «Сармановская ЦРБ», «Спасская ЦРБ», «Тетюшская ЦРБ», «Тукаевская ЦРБ», «Тюлячинская ЦРБ», «Уруссинская ЦРБ Ютазинского муниципального района», «Черемшанская ЦРБ»;
- приведение коечного фонда в соответствие с нормативами в ГАУЗ «Буинская ЦРБ», «Верхнеуслонская ЦРБ», «Мамадышская ЦРБ», «Мензелинская ЦРБ», в МУЗ «Городская больница № 5» г. Набережные Челны, «Городская больница № 2» г. Набережные Челны;
- организация отделения восстановительного лечения на базе ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Набережные Челны и ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани;
- организация центра медико-социальной помощи для беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, на базе ГАУЗ «Республиканская клиническая больница, ГАУЗ «Закамская детская больница с перинатальным центром» г. Набережные Челны, ГАУЗ «Детская городская больница с перинатальным центром» г. Нижнекамска, ГАУЗ «Альметьевская детская городская больница с перинатальным центром», ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани.

Условия выполнения государственных (муниципальных) годовых заданий медицинскими организациями в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий

Государственное задание по реализации Территориальной программы госгарантий медицинским организациям разрабатывается на основании:

- ежегодных постановлений Правительства РФ «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;
- ежегодных методических рекомендаций Министерства здравоохранения и социального развития РФ о формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- положения о Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан.

Формирование и контроль реализации государственных годовых заданий медицинским организациям является функцией Министерства здравоохранения РТ и Тарифной комиссии.

Вопросы формирования и мониторинга реализации Территориальной программы государственных гарантий в Министерстве возложены на Управление экономического анализа и прогнозирования в состав, которого входят отделы экономического анализа по средствам бюджета, экономического анализа по средствам ОМС, расчета Программы госгарантий. Штатная численность Управления – 15 человек.

Состав Тарифной комиссии по обязательному медицинскому страхованию и Положение о Тарифной комиссии утверждены распоряжениями Кабинета Министров РТ от 24.12.2009 № 1789-р (действовало до апреля 2012 года), от 23.04.2012 № 628-р. В состав Тарифной комиссии входят представители Министерства здравоохранения РТ, ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования РТ», Кабинета Министров РТ, Страховых медицинских организаций (работающих в сфере ОМС), Министерства финансов РТ, Татарстанской организации профсоюза работников здравоохранения РФ, Некоммерческого партнерства «Ассоциация медицинских работников РТ».

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 06.05.2003 №255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией», для определения планового задания на предстоящий период, отделом расчета

Программы государственных гарантий Министерства здравоохранения РТ в сеть ЛПУ направляется сопроводительное письмо о необходимости представления плановых объемов по видам помощи в разрезе структурных подразделений.

В течение отчетного периода проводится мониторинг выполнения государственного задания за прошедший отчетный период.На основании полученных данных формируется свод по республике в разрезе муниципальных образований и медицинских учреждений по видам помощи. При необходимости вносятся соответствующие изменения. Полученные данные представляются на рассмотрение Тарифной комиссии. Формируется Территориальная программа госгарантий, которая впоследствии утверждается постановлением Кабинета Министров РТ. После выхода постановления Министерством здравоохранения РТ издается приказ, утверждающий государственное задание на предстоящий период, которое доводится до учреждений. В сеть лечебных учреждений направляется сопроводительное письмо Министерства с плановым заданием на год.

Ежеквартально лечебно-профилактические учреждения представляют в Министерство информацию о выполнении объемов медицинской помощи, на основании которой отделами по средствам ОМС и расчета Программы госгарантий проводится анализ выполнения установленного учреждениям задания и формируется рейтинг медицинских организаций.

Министерство ежеквартально направляет сведения о финансовом обеспечении Территориальной программы госгарантий в Минздравсоцразвития РФ. Сведения о финансовом обеспечении Территориальной программы ОМС ежемесячно направлялись в Территориальный фонд ОМС.

Выполнение государственных (муниципальных) заданий медицинскими организациями в рамках Территориальной программы госгарантий представлена в таблице №23.

Таблица № 23

Выполнение государственных (муниципальных) заданий медицинскими организациями в рамках Территориальной программы госгарантий

Виды медицинской помощи	2010 год			2011 год			2012 год		
	Кол-во ЛПУ всего	Кол-во ЛПУ выпол-нивших задание	уд.вес ЛПУ, выпол-нивших задание	Кол-во ЛПУ всего	Кол-во ЛПУ выпол-нивших задание	уд.вес ЛПУ, выпол-нивших задание	Кол-во ЛПУ всего	Кол-во ЛПУ выпол-нивших задание	уд.вес ЛПУ, выпол-нивших задание
Скорая помощь	48	31	64,6	48	37	77,1	47	36	76,6
Амбулаторно-поликлиническая помощь	148	105	71	151	89	58,9	160	110	68,8

Круглосуточный стационар	90	63	70	90	42	46,7	88	64	72,7
Дневной стационар	109	62	56,9	111	69	62,2	113	78	69

Выполнение объемов медицинской помощи ниже запланированных показателей отдельными медицинскими организациями свидетельствует о наличии проблем с доступностью медицинской помощи и сбалансированности Территориальной программы госгарантий не в полном объеме.

Например, плановое задание ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи №2» (г. Казань) по стационару дневного пребывания за период 2010-2012 годы не выполнено (2010 год – 85,2%, 2011 год – 77,1%, 2012 год – 92,1%). Причина невыполнения плановых значений – уровень тяжести поступающих больных, требующих в большинстве случаев оказания экстренной медицинской помощи в круглосуточном стационаре (процент госпитализации по экстренным показаниям составляет: 2010 год – 75,1%, 2011 год – 75,16%, 2012 год – 77,2%), а также отказы пациентов в получении лечения в дневном стационаре в связи с отдаленностью от места жительства.

При ежегодном невыполнении планового задания по стационару дневного пребывания на 2013 год доведены до Учреждения плановые значения в объеме - 23774 пациенто-дня, что не соответствует реальной потребности населения.

Кадровое обеспечение здравоохранения

Кадровое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы госгарантий, представлено в таблице №24.

Таблица № 24

Кадровое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы госгарантий

	Число штатных должностей на конец года, (чел.)	Число занятых должностей на конец года	Число физических лиц на конец года (без учета находящихся в отпуске по уходу)	Укомплектованность штатов занятыми должностями,%	Укомплектованность штатов физическими лицами,%	Укомплектованность занятых должностей физическими лицами	Коэффициент совместительства
2010 год							
Врачи	17 069,5	16 553	10 530	97,0	61,7	63,6	1,57
Средний	36 355,5	35 936	29 998	98,9	82,5	83,48	1,2

медперсонал							
Итого:	53 425	52 489	40 528	98,0	75,9	77,2	1,3
2011 год							
Врачи	17 194	16 600,25	10 465	96,6	60,9	63,0	1,59
Средний медперсонал	36 465,5	36 005,75	29 435	98,7	80,7	81,8	1,22
Итого:	53 659,5	52 606,0	39 900	98,0	74,6	75,8	1,3
2012 год							
Врачи	17 206,75	16 673	10 413	96,9	60,5	62,5	1,6
Средний медперсонал	36 472,5	35 998,75	28 978	98,7	79,5	80,5	1,24
Итого:	53 679,25	52 671,75	39 391	98,1	73,4	74,8	1,3

Согласно данным формы федерального статистического наблюдения №30 «Сведения об учреждении здравоохранения» штатная численность в 2010-2012 годы врачей - 17 069,5 единиц, 17 194 единицы, 17 206,75 единиц соответственно, среднего медицинского персонала – 36 355,5 единиц,36 465,5 единиц, 36 472,5 единиц соответственно.

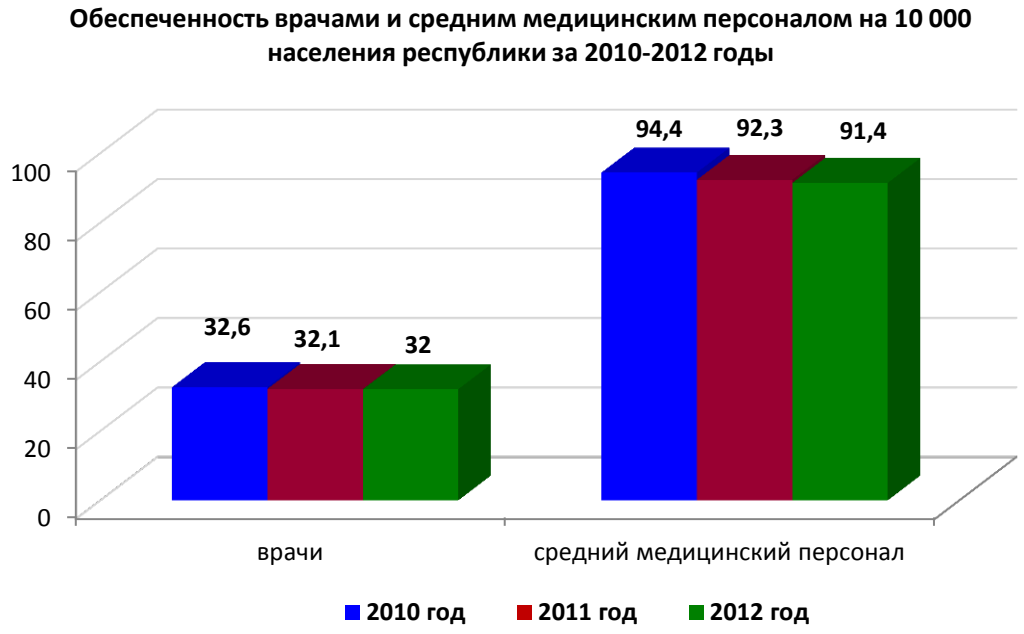
Укомплектованность штатов занятыми должностями (без учета находящихся в отпуске по уходу)в 2010 году составляла по врачам 97,0%, по среднему медицинскому персоналу – 98,9%, в 2011 году– по врачам 96,6%, по среднему медицинскому персоналу – 98,7%, в 2012 году- по врачам 96,9%, по среднему медицинскому персоналу – 98,7%.

Укомплектованность штатов физическими лицами в 2010-2012 годы по врачебным должностям – 61,7%, 60,9%, 60,5% соответственно, по должностям среднего медицинского персонала – 82,5%, 80,7%, 79,5% соответственно.

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала за рассматриваемый период составляет в среднем 1:2,8.

Обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом на 10 тысяч населения приведенана диаграмме.

Диаграмма № 13



В связи с сокращением численности врачей на 125 единиц и среднего медицинского персонала на 916 единиц обеспеченность врачами на 10 тысяч населения снизилась на 0,6 пункта, средним медицинским персоналом на 3 пункта.

Обеспеченность медицинскими кадрами имеет существенные территориальные различия. Максимальная концентрация врачебного персонала на 10 тыс. населения отмечается в городской местности (2010 год - 40,8; 2011 год – 39,9; 2012 год – 39,5), минимальная – в сельской местности (2010 год - 7,74; 2011 год - 7,86 ; 2012 год – 8,68).

Наибольшая обеспеченность врачами на 10 тысяч населения в 2010-2012 годы приходится: на г. Казань, г. Набережные Челны, Нижнекамский, Альметьевский, Елабужский и Чистопольский районы. Наименьшая - отмечается в Дрожжановском, Аксубаевском, Мензелинском, Актанышском районах.

Обеспеченность населения средним медицинским персоналом в районах и городах республики различается. Максимальная концентрация среднего медицинского персонала на 10 тыс. населения отмечается в городской местности (2010 год - 108,7, 2011 год – 105,4, 2012 год – 104,6), минимальная – в сельской местности (2010-2011 годы - 51,5, 2012 год – 50,4). В 2010-2012 годы наибольшая обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тысяч населения в Елабужском, Тетюшском, Тюлячинском районах, наименьшая – в Лаишевском, Высокогорском районах.

Укомплектованность врачебными кадрами составляет по республике в 2010 году 97,0%, в 2011 году – 96,5%, в 2012 году – 96,9%, в том числе в городской местности в 2010 году – 97,2%, в 2011 году – 96,8%, в 2012 году – 97,1%; в сельской местности в 2010 году - 92,8%, в 2011 году – 92,7%, в 2012 году – 94,6%.

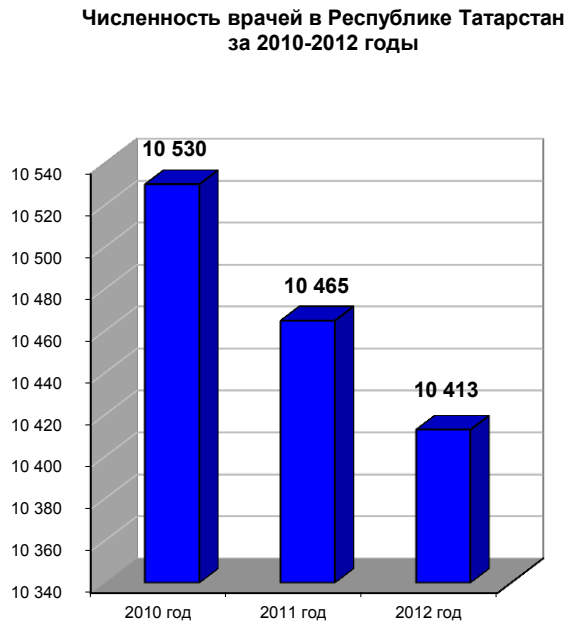
Укомплектованность средним медицинским персоналом составляет по республике в 2010 году - 98,9%,в 2011 - 2012 годы по 98,7%, в том числе в городской местности в 2010 году – 99,0%, в 2011-2012 годы по 98,8%; в сельской местности в 2010 году - 98,1%, в 2011 году – 98,2%, в 2012 году – 97,7%.

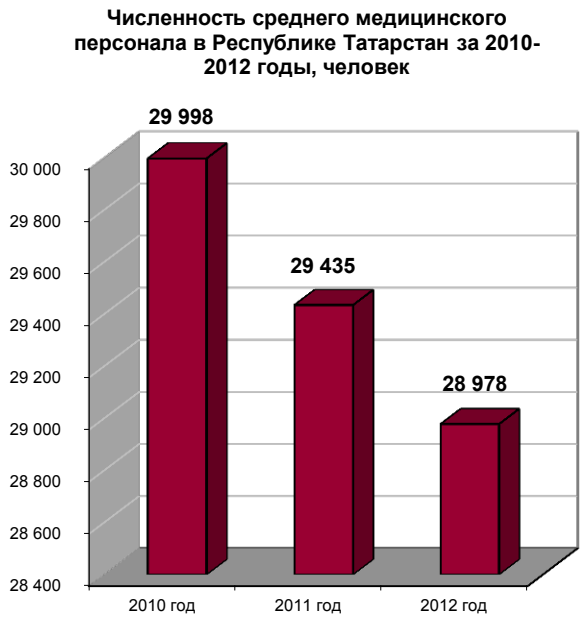
О недостаточности медицинских кадров свидетельствует и высокий уровень совместительства. В целом по республике коэффициент совместительства составил у врачей в 2010 году - 1,57, в 2011 году – 1,59, в 2012 году – 1,6; у среднего медицинского персонала в 2010 году - 1,2, в 2011 году – 1,22, в 2012 году – 1,24. Имеют место случаи, когда коэффициент совместительства значительно превышает средний по республике. Так, в ГАУЗ «Нижнекамская центральная районная многопрофильная больница» коэффициент совместительства врачей вырос с 2,1 пунктов в 2010 году до 2,4 пунктов в 2012 году, у среднего медицинского персонала он составлял в среднем 1,45 пунктов. Коэффициент совместительства врачей в ГАУЗ «Городская больница №5» г. Набережные Челны вырос с 1,63 пункта в 2010 году до 1,66 пунктов в 2012 году, в ГАУЗ «Городская больница №2» г. Набережные Челны- вырос с 1,65 пункта до 1,83 пунктов.Кроме того, в учреждениях недостаточно и младшего медицинского персонала. Коэффициент совместительства в ГАУЗ «Городская больница №5» г. Набережные Челны вырос с 1,62 пункта в 2010 году до 1,8 пунктов в 2012 году, в ГАУЗ «Городская больница №2» г. Набережные Челны- вырос с 1,28 пункта до 1,57 пунктов.

Высокий уровень совместительства медицинских работников предполагает повышенную нагрузку на персонал, что непосредственным образом может оказывать влияние на качество медицинских услуг.

В проверяемом периоде численность врачей и среднего медицинского персонала ежегодно снижалась. Так, численность врачей уменьшилась с 10530 человек в 2010 году до 10413 человек в 2012 году или на 117 человек. Численность среднего медицинского персонала уменьшилась с 29998 человек в 2010 году до 28978 человек в 2012 году или на 1020 человек.

Диаграмма № 14





Укомплектованность штатов медицинских работников занятыми должностями в 2010-2012 годы не изменялась и составляла 98% в целом. Укомплектованность штатов медицинских работников физическими лицами ежегодно снижалась (с 75,9% в 2010 году до 73,4% в 2012 году). Укомплектованность занятых должностей медицинских работников физическими лицами также ежегодно снижалась (с 77,2% в 2010 году до 74,8% в 2012 году).

Коэффициент совместительства в рассматриваемом периоде практически не изменялся и составлял 1,3.

Наибольшую долю в общей численности медицинского персонала занимают специалисты, имеющие стаж работы от 30 и выше лет (20,1%). При этом наибольшая доля врачей (24,5%) и среднего медицинского персонала (18,5%) работают в системе здравоохранения более 30 лет, что свидетельствует о возрастном составе работающих. Доля молодых специалистов в общей структуре медицинского персонала незначительна и составляет по категории «врачи» 7,1%, по категории «средний медперсонал» - 6,3%.

Структура медицинского персонала по стажу работы приведена в таблице №25. Данные приведены с учетом числа лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком.

Таблица № 25

Структура медицинского персонала по стажу работы

Медицинские кадры	До 1 года		От 1 до 5 лет		От 6 до 10 лет		От 10 до 14 лет		От 15 до 19 лет		От 20 до 24 лет		От 25 до 29		От 30 и выше	
	Кол-во (чел)	Уд. Вес (%)	Кол-во (чел)	Уд. вес	Кол-во (чел)	Уд. вес	Кол-во (чел)	Уд. вес	Кол-во (чел)	Уд. вес	Кол-во (чел)	Уд. вес	Кол-во (чел)	Уд. вес	Кол-во (чел)	Уд. вес
1. Врачи	864	7,09	1189	9,7	1213	9,9	1290	10,6	1516	12,4	1514	12,4	1606	13,1	2988	24,5
2. Средний медперсонал	2194	6,3	3641	10,4	3777	10,8	4060	11,6	4964	14,2	5154	14,8	4531	13	6442	18,5
Медицинский персонал (стр.1+стр.2)	3058	6,5	4830	10,3	4990	10,6	5350	11,4	6480	13,8	6668	14,2	6137	13,1	9430	20,1

Возрастная структура работающего медперсонала представлена в таблице №26. Данные приведены с учетом числа лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком.

Таблица № 26

Возрастная структура работающего медперсонала

Медицинские кадры/ возраст	До 19 лет	От 20 до 24 лет	От 25 до 29 лет	От 30 до 34 лет	От 35 до 39 лет	От 40 до 44 лет	От 45 до 49 лет	От 50 до 54 лет	От 55 до 59 лет	От 60 до 64 лет	От 65 и старше
1. Врачи, чел.	-	153	1338	1199	1269	1582	1688	1823	1510	926	692
Удельный вес, %	-	1,2	11,0	9,8	10,4	13	13,9	15	12,4	7,6	5,7
2. Средний медперсонал, чел.	8	2747	3871	3925	5397	5570	5060	4574	2401	945	265
Удельный вес, %	0,02	7,9	11,1	11,3	15,5	16	14,6	13,2	6,9	2,7	0,8
Медицинский персонал , чел. (стр.1+стр.2)	8	2900	5209	5124	6666	7152	6748	6397	3911	1871	957
Удельный вес, %	0,02	6,2	11,1	10,9	14,2	15,3	14,4	13,6	8,3	4,0	2,0

Наибольшая доля работающих врачей в возрасте от 45 до 49 лет (13,9%), среднего медперсонала - от 40 до 44 лет (16,0%). Работающие врачи пенсионного возраста составляют 13,3 % от общей численности врачей, на работающий средний медицинский персонал пенсионного возраста приходится 3,5% от общей численности среднего медперсонала.

Один из факторов, влияющих на уровень качества медицинской помощи – уровень квалификации кадров. Из числа лиц, оказывающих медицинскую помощь, имеют:

- сертификаты специалистов 96,8% врачей и 96,4% среднего медицинского персонала;
- высшую квалификационную категорию – 20% врачей и 46% среднего медицинского персонала;

- I квалификационную категорию – 15,1% врачей и 13,3% среднего медицинского персонала;
- II квалификационную категорию – 5,3% врачей и 6,6% среднего медицинского персонала;
- не имеют квалификационной категории – 52,6% врачей и 34,1% среднего медицинского персонала;
- степень кандидата и доктора медицинских наук – 4,7% врачей.

Информация об уровне квалификации медицинских работников приведена в таблице №27.

Таблица № 27

Уровень квалификации медицинских работников

Медицинские кадры	Не имеют квалифик. категорию (чел.)	% от всего	Имеют высшую квалифик. категорию (чел.)	% от всего	Имеют Iквалифик. категорию (чел.)	% от всего	Имеют IIквалифик. категорию (чел.)	% от всего	Имеют степень к.м.н., д.м.н.	% от всего
2010 год										
Врачи (12 305 чел.)	6233	50,7	3351	27,2	2024	16,4	697	5,7	569	4,6
Средний медперсонал (35 679 чел.)	12 095	33,9	16 042	44,9	4946	13,9	2596	7,3	-	-
2011 год										
Врачи (12 202 чел.)	6404	52,5	3296	27	1861	15,25	641	5,25	594	4,8
Средний медперсонал (35 100 чел.)	11 887	33,9	16200	46,1	4709	13,4	2304	6,6	-	-
2012 год										
Врачи (12 180 чел.)	6654	54,6	3271	26,9	1659	13,6	596	4,9	576	4,7
Средний медперсонал (34 763 чел.)	11 967	34,4	16315	46,9	4415	12,7	2066	6,0	-	-

Информация о сертификации медицинских работников представлена в таблице № 28. Данные приведены с учетом числа лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком.

Таблица № 28

Информация о сертификации медицинских работников

Медицинские кадры	Всего (чел.)	Имеют сертификаты специалистов (чел.)	% от всего	Не имеют сертификаты специалистов (чел.)	% от всего
2010 год					
Врачи	12 305	11 874	96,5	431	3,5
Средний	35679	34 283	96,1	1 396	3,9

медперсонал					
2011 год					
Врачи	12 202	11797	96,7	405	3,3
Средний медперсонал	35 100	33 906	96,6	1 194	3,4
2012 год					
Врачи	12 180	11 827	97,1	353	2,9
Средний медперсонал	34 763	33 544	96,5	1 219	3,5

Анализ потребности во врачебных кадрах рассчитанной на основе объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы госгарантий и на основе порядков оказания медицинской помощи, установленных Минздравсоцразвития России, показал значительные различия в обеспеченности врачами различных специальностей, как по поликлиникам, так и по стационарам (Таблица №29).

Таблица № 29

Сравнительная оценка определения потребности во врачебных кадрах по специальностям

Отдельные специальности	Потребность по Территориальной программе госгарантий			Потребность по порядкам МЗСР РФ		
	всего	поликлиника	стационар	всего	поликлиника	стационар
кардиология	257	72	185	375	190	185
ревматология	25	14	11	80	67	13
эндокринология	172	136	36	248	212	36
урология	167	80	87	277	190	87
онкология	341	158	183	343	160	183
неврология	708	304	404	708	304	404
наркология	247	157	90	290	196	94
Итого	1 917	921	996	2 321	1319	1 002

Потребность по Территориальной программе госгарантий составляет по специальности ревматология 25 врачей, тогда как потребность рассчитанная по порядкам Минздравсоцразвития России - 80 врачей. По специальности урология по программе – 167 врачей, по порядку – 277 врачей, по специальности эндокринология по программе - 172 врача, по порядку – 248 врачей.*Таким образом, штатная численность врачей установлена ниже потребности, рассчитанной на основе объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы госгарантий.*

Таблица №30

Дефицит врачей по отдельным специальностям (расчет произведен по штатному расписанию)

Специальность	Штатная численность	Физическая лица	Дефицит врачей (абс.)	% дефицита
Врачи клинической лабораторной диагностики	752	181	571	75,9
Врачи патологоанатомы	136	40	96	70,6

Офтальмологи	320	208	112	35,0
Анестезиологи-реаниматологи	1 011	565	446	44,1
Хирурги	1 006	617	389	38,7
Акушеры-гинекологи	1 067	784	283	26,5
Кардиологи	255	158	97	38,0
Врачи скорой помощи	507	266	241	47,5
Терапевты	1 312	871	441	33,6
Врачи эндоскописты	207,5	81	126,5	61,0
Нефрологи	57,5	25	32,5	56,5
Психиатры	334	166	168	50,3
Фтизиатры	220,75	110	110,75	50,2
Офтальмологи	320,25	208	112,25	35,1
Врачи ультразвуковой диагностики	533,75	265	268,75	50,4
Педиатры	1 659	1 040	619	37,3

Наибольший дефицит врачебных кадров отмечен в отношении врачей клинической лабораторной диагностики, который составил 75,9% потребности, врачей эндоскопистов – 61%, врачей психиатров – 50,3%, врачей – фтизиатров 50,2%, врачей нефрологов – 56,5%, врачей скорой помощи – 47,5%, врачей анестезиологов-реаниматологов – 44,1% (Таблица № 30).

Таблица № 31

Динамика среднемесячной заработной платы работников здравоохранения

(рубли)

	Среднемес. зарплата на 01.01.2009	Среднемес. зарплата на 01.01.2010	Среднемес. зарплата на 01.01.2011	Среднемес. зарплата на 01.01.2012	% роста к 2008г.	Среднемес. зарплата на 01.01.2013	% роста к 2011г.
Всего, в том числе:	10 583	11 434	11 554	13 046	23,27	15 983	22,51
Врачи	18 310	19 511	19 486	22 370	22,17	27 362	22,32
Средний мед. персонал	10 265	10 942	11 043	12 514	21,91	15 371	22,83
Младший мед. персонал	5 502	6 136	6 262	6 831	24,15	8 326	21,89
Прочий персонал	10 064	11 137	11 391	12 561	24,81	15 228	21,23

С 1 июля 2012 года в учреждениях здравоохранения республики осуществлен переход на новую систему оплаты труда, ориентированную на оценку эффективности и результативности работы каждого сотрудника, стимулирование труда работников с учетом объема и качества оказанной медицинской помощи. Рост фонда оплаты труда учреждений здравоохранения составил 20%. Рост заработной платы работников в 2012 году по сравнению с 2011 годом составил 22,5%, в том числе: у врачей – 22,3%.

В медицинских организациях, участвующих в оказании медицинской помощи в соответствии со стандартами, в 2012 году дополнительные выплаты получили 945 врачей и 2 746 средних медицинских работников, их заработная плата составила соответственно 23 740 рублей и 11 596 рублей.

Программа модернизации здравоохранения позволила повысить заработную плату специалистам, ведущим прием в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Дополнительные выплаты получили 3 987 врачей-специалистов и 8 342 средних медицинских работников, заработная плата у них повысилась до 23 015 рублей и 14 851 рублей соответственно.

Проведен выборочный анализ размера среднемесячной номинальной начисленной заработной платы на примере ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи №2» г.Казань, ГАУЗ «Городская больница №5» г.Наб. Челны, ГАУЗ «Лаишевская ЦРБ», ГАУЗ «Верхнеуслонская ЦРБ».

Динамика среднемесячной заработной платы представлена в таблице № 32.

Таблица № 32

Динамика среднемесячной заработной платы

№ п/п	Среднемесячная заработная плата	2012 год			
		ГАУЗ «БСМП №2» г.Казань	ГАУЗ «Городская больница №5» г.Наб. Челны	ГАУЗ «Лаишевская ЦРБ»	ГАУЗ «Верхнеуслонская ЦРБ»
1	руководителя Учреждения	67 364	38 922,60	52 057,54	40 328
2	врача в среднем по больнице	26 726	26 570,50	33 520,59	26 866
3	врача в среднем в отделениях, работающих по стандартам медицинской помощи	30 722	27 310	35 303,92	34 186
4	врача в среднем в отделениях, не работающих по стандартам медицинской помощи	22 115	25 830,90	21 801,75	22 733
5	среднего медицинского работника в среднем по больнице	18 432	15 745,10	16 256,13	16 890
6	среднего медицинского работника в отделениях, работающих по стандартам медицинской помощи	21 870	15 830	18 522,96	18 065
7	среднего медицинского работника в отделениях, не работающих по стандартам медицинской помощи	14 036	15 660,10	12 546,39	16 014

Средняя заработная плата, работающих по стандартам медицинской помощи, превышала среднюю заработную плату не работающих по стандартам. Так, в 2012 году превышение составило по ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи №2» г.Казань, ГАУЗ «Городская больница №5» г.Наб. Челны, ГАУЗ «Лаишевская ЦРБ», ГАУЗ «Верхнеуслонская ЦРБ»:

- у врачейна 38,9%, 5,7%, 61,9%, 50,4% соответственно;

- у среднего медицинского персонала на 55,8%, 1,1%, 47,6%, 12,8% соответственно.

Среднемесячная заработная плата работников учреждений здравоохранения по состоянию на 1 января 2013 года составила 15 983 рубля, что на 22,5 % выше в сравнении с аналогичным периодом прошлого года: врачей – 27 362 рублей, среднего медперсонала – 15 371 рублей, младшего медперсонала – 8 326 рублей, прочего персонала – 15 228 рублей.

Проведен выборочный анализ размера среднемесячной номинальной начисленной заработной платы на примере ГАУЗ «Городская детская больница №1» г.Казань (в составе учреждения имеется поликлиника) и ГАУЗ «Городская поликлиника №21» г.Казань.

Таблица № 33

Сведения о размере среднемесячной номинальной начисленной заработной плате врачей и средних медицинских работников ГАУЗ «Городская детская больница №1» г.Казань и ГАУЗ «Городская поликлиника №21» г.Казань

Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата	2010 год		2011 год		2012 год	
	ГАУЗ «Городская детская больница №1» г.Казань	ГАУЗ «Городская поликлиника №21» г. Казань	ГАУЗ «Городская детская больница №1» г.Казань	ГАУЗ «Городская поликлиника №21» г. Казань	ГАУЗ «Городская детская больница №1» г.Казань	ГАУЗ «Городская поликлиника №21» г. Казань
Руководителя АПУ	40 927,4	26 923,1	43 897,8	32 560,48	56 161,62	48 132,72
Врача в среднем по АПУ	16 742,0	16 808,49	19 380,80	18 190,2	23 439,28	21 306,74
Врача общего профиля (участкового терапевта, врача общей практики, семейного врача, участкового педиатра и участкового акушера гинеколога) в среднем по АПУ	21 817,78	21 065,83	22 150,18	22 470,69	23 618,00	26 917,39
Врача специалиста, в среднем по АПУ	13 061,82	13 278,47	15 879,48	13 982,95	22 235,00	17 421,18
Среднего медицинского	9 974,28	10 668,46	10 298,10	11 379,21	17 778,28	13 336,36

работника в среднем по АПУ						
Среднего медицинского работника врача общего профиля (участкового терапевта, врача общей практики, семейного врача, участкового педиатра и участкового акушера гинеколога) в среднем по АПУ	14 835,08	15 076,08	15 873,06	15 153,49	18 327,59	17 096,43

Выборочный анализ размера среднемесячной номинальной начисленной заработной платы показал, что у врача общего профиля (участкового терапевта, врача общей практики, семейного врача, участкового педиатра и участкового акушера гинеколога) в среднем по ГАУЗ «Городская детская больница №1» г.Казань заработная плата составила в 2010 году – 21 817,78 рублей, в 2011 году – 22 150,18 рублей, в 2012 году – 23 618,00 рублей, в то время как у врача узкого специалиста – 13 061,82 рублей, 15 879,48рублей и 22 235,0 рублей соответственно. Разница в размере оплаты труда составила в 2010 году – 8 755,96 рублей, в 2011 году – 6 270,70 рублей, в 2012 году – 1 383,00 рублей. Аналогичная ситуация отмечается в отношении среднего медицинского персонала. Разница в размере оплаты труда среднего медицинского работника врача общего профиля и среднего медицинского работника составила в 2010 году – 4 860,80 рублей, в 2011 году – 5 574,96 рублей, в 2012 году – 549,31 рублей.

Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата по ГАУЗ «Городская поликлиника №21» г.Казань у врача общего профиля (участкового терапевта, врача общей практики, семейного врача) составила в 2010 году 21 065,83 рублей, в 2011 году – 22 470,69 рублей, в 2012 году – 26 917,39 рублей. Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата у врача узкого специалиста составила в 2010 году 13 278,47 рублей, в 2011 году – 13 982,95 рублей, в 2012 году – 17 421,18 рублей. Разница в размере оплаты труда составила в 2010 году – 7 787,36 рублей, в 2011 году – 8 487,74 рублей, в 2012 году – 9 496,21 рублей. Аналогичная ситуация отмечается в отношении среднего медицинского персонала. Разница в размере оплаты труда среднего медицинского работника врача общего профиля и среднего медицинского работника составила в 2010 году – 4 407,62 рублей, в 2011 году – 3 774,28 рублей, в 2012 году – 3 760,07 рублей.

Таким образом, реализация Программы госгарантий осуществлялась в течение трех лет при укомплектованности врачами и средним медицинским персоналом на 98,1%.

Внедрение стандартов оказания стационарной медицинской помощи

Приказом Министерства здравоохранения РТ от 05.05.2011 № 608 утверждена методика оценки деятельности врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по внедрению стандартов стационарной медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи. Стимулирующие выплаты рассчитываются исходя из бальной оценки эффективности деятельности медицинских работников, участвующих в реализации мероприятий по внедрению стандартов стационарной медицинской помощи и коэффициента участия врачей-специалистов и среднего медперсонала параклинических и лечебно-диагностических подразделений Учреждения. Максимальная сумма баллов по установленным показателям оценки деятельности специалистов:

- с высшим медицинским образованием – 60 баллов;
- со средним медицинским образованием – 30 баллов.

Приказом Министерства здравоохранения РТ от 31.05.2011 № 738 утверждено типовое Положение о порядке установления стимулирующих выплат медицинскому персоналу за счет средств, поступивших в учреждения в рамках программы "Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011-2012 годы", с учетом индикативных показателей оценки эффективности деятельности специалистов и дано поручение руководителям учреждений здравоохранения разработать и утвердить аналогичное Положение (далее – Положение о порядке установления стимулирующих выплат).

В соответствии с указанными документами ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи №2» г. Казань разработано Положение о порядке установления стимулирующих выплат. Приказом по больнице сформирована рабочая группа по установлению размера выплат и назначено ответственное должностное лицо за ежемесячную организацию учета показателей оценки деятельности специалистов. На каждого медицинского работника, участвующего в реализации мероприятий по внедрению стандартов заведена карточка, содержащая критерии оценки деятельности и ежемесячное отражение количества баллов по каждому критерию оценки. По результатам месяца заведующим отделения на имя главного врача подается рапорт с оценкой деятельности каждого сотрудника, на основании которого рассчитывается

стоимость одного балла, исходя из поступившей суммы и выполненных стандартов лечения. Расчет стимулирующей надбавки производится из количества набранных баллов за фактически отработанное время и стоимости одного балла.

Постановлением Кабинета Министров РТ от 18.04.2011 № 308 также утвержден объем средств, направляемый на оплату труда (в размере 94,6% от суммы перечисленных средств в 2011 году и 91 процента в 2012 году) и на обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании стационарной медицинской помощи по стандартам (в размере 5,4% от суммы перечисленных средств в 2011 году и 9% - в 2012 году).

Имеются случаи расходования средств не в соответствии с условиями постановления Кабинета Министров РТ. Так, в ГАУЗ «Лаишевская центральная районная больница» на оплату труда направлено в 2011 году 88,8% от суммы перечисленных средств, в 2012 году – 90%; на приобретение лекарственных препаратов и расходных материалов израсходовано в 2011 году – 11,2% от суммы перечисленных средств, в 2012 году – 10%. В ГАУЗ «Нижнекамская центральная районная многопрофильная больница» на оплату труда направлено в 2012 году 90,7%, на приобретение лекарственных препаратов и расходных материалов - 9,3% от суммы перечисленных средств.

Оценка эффективности деятельности медицинских организаций

Для оценки эффективности деятельности медицинских организаций выбраны:

- ГАУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи № 2 г. Казани»;
- ГАУЗ «Лаишевская Центральная районная больница»;
- ГАУЗ «Городская клиническая больница №16» г. Казань;
- ГАУЗ «Городская больница № 2 г. Набережные Челны»;
- ГАУЗ «Городская больница № 5 г. Набережные Челны»;

ГАУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи № 2 г. Казани».

При использовании коечного фонда за 2010-2012 годы экономический эффект составил 42806,5 тыс. рублей, 32 518,8 тыс. рублей, 25704,5 тыс. рублей соответственно.

Экономическая эффективность использования коечного фонда в 2010 году при 100% финансировании составила 123%, в 2011 году при 98% финансирования - 116%, в 2012 году при 95% финансирования - 111%.

ГАУЗ «Лаишевская Центральная районная больница».

При использовании коечного фонда в 2010 году ущерба или экономического эффекта Учреждением не получено. За 2011 год экономический эффект составил 2 322,0 тыс. рублей. В 2012 году Учреждением получен экономический ущерб в сумме 4 086,5 тыс. рублей.

Экономическая эффективность использования коечного фонда в 2010 году при 99,2% финансировании составила 100%, в 2011 году при 98,2% финансирования - 102%.

Коэффициент выполнения функции врачебной деятельности по поликлинике в 2010 году составляет 0,97 пункта, в 2011 году – 0,98 пункта, в 2012 – 0,99 пункта. Невыполнение функции врачебной деятельности объясняется низкой укомплектованностью штатов врачей физическими лицами. При укомплектованности врачей:

- в 2010 году на 62,1% выполнение посещений составляет –97,3%;
- в 2011 году на 65,2% выполнение посещений составляет 97,9%;
- в 2012 году на 63,4% выполнение посещений составляет 98,6%.

Коэффициент выполнения функции врачебной деятельности по амбулаторно-поликлинической помощи за период 2010-2012гг. ежегодно увеличивается, при этом укомплектованность должностей врачей физическими лицами остается на том же уровне.

ГАУЗ «Городская клиническая больница №16» г. Казань

При использовании коечного фонда за 2010-2012 годы экономический эффект составил 12 759,1 тыс. рублей, 6 456,8 тыс. рублей, 15 620,9 тыс. рублей соответственно.

Экономическая эффективность использования коечного фонда в 2010 году при 98% финансирования составила 110,5%, в 2011 году при 100% финансировании - 105%, в 2012 году при 93% финансирования - 107%.

Коэффициент выполнения функции врачебной деятельности по поликлинике в 2010 году составляет 0,93 пункта, в 2011 году – 0,94 пункта, в 2012 – 0,99 пункта. Невыполнение функции врачебной деятельности объясняется низкой укомплектованностью штатов врачей физическими лицами. При укомплектованности врачей:

- в 2010 году на 74% выполнение посещений составляет 93%;
- в 2011 году на 77% выполнение посещений составляет 93,4%;
- в 2012 году на 73% выполнение посещений составляет 98,3%.

Коэффициент выполнения функции врачебной деятельности по амбулаторно-поликлинической помощи за период 2010-2012гг. ежегодно увеличивается, при этом укомплектованность должностей врачей физическими лицами изменялась незначительно.

Поликлиника в 2010 году при финансовом обеспечении 93% функция врачебной должности выполнялась на 93%. В 2011 году при финансовом обеспечении 92% функция врачебной должности выполнялась на 94%. В 2012 году при финансовом обеспечении 94% функция врачебной должности выполнялась на 99%. Таким образом, в 2011-2012 годы поликлиника работала эффективно.

ГАУЗ «Городская больница № 2 г. Набережные Челны»

При использовании коечного фонда за 2010-2012 годы экономический эффект составил 7 913,7 тыс. рублей, 11 456,4 тыс. рублей, 2 301,4 тыс. рублей соответственно.

Экономическая эффективность использования коечного фонда в 2010 году при 100% финансировании составила 108%, в 2011 году при 98% финансирования - 108%, в 2012 году при 95% финансирования - 108%.

Коэффициент выполнения функции врачебной деятельности по поликлинике в 2010 году составляет 1,09 пункта, в 2011 году – 0,9 пункта, в 2012 – 0,94 пункта. Невыполнение функции врачебной деятельности объясняется низкой укомплектованностью штатов врачей физическими лицами. При укомплектованности врачей:

- в 2010 году на 60,6% выполнение посещений составляет 109%;
- в 2011 году на 59% выполнение посещений составляет 90%;
- в 2012 году на 54,6% выполнение посещений составляет 94%.

Поликлиника в 2010 году при финансовом обеспечении 90% функция врачебной должности выполнялась на 109%. В 2011 году при финансовом обеспечении 96% функция врачебной должности выполнялась на 90%. В 2012 году при финансовом обеспечении 96% функция врачебной должности выполнялась на 94%. Таким образом, в 2011-2012 годы поликлиника работала эффективно.

ГАУЗ «Городская больница № 5 г. Набережные Челны»

При использовании коечного фонда в 2010-2011 годы ущерба или экономического эффекта Учреждением не получено, в 2012 году получен ущерб в сумме 2 645,2 тыс. рублей.

Экономическая эффективность использования коечного фонда в 2010 году при 99% финансирования составила 100%, в 2011 году при 99% финансирования - 100%, в 2012 году при 95% финансирования - 99%.

Коэффициент выполнения функции врачебной деятельности по поликлинике в 2010 году составляет 1,12 пункта, в 2011 году – 0,98 пункта, в 2012 – 1,0 пункта. Невыполнение функции врачебной деятельности в 2011 году объясняется укомплектованностью штатов врачей физическими лицами на 64,%.

Поликлиника в 2010 году при финансовом обеспечении 90% функция врачебной должности выполнялась на 112%. В 2011 году при финансовом обеспечении 96% функция врачебной должности выполнялась на 98%. В 2012 году при финансовом обеспечении 96% функция врачебной должности выполнялась на 100%. Таким образом, в 2010-2012 годы поликлиника работала эффективно.

Таким образом, в целом учреждения здравоохранения в анализируемом периоде работали достаточно эффективно.

Вопросы разграничения бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг населению

В структуре расходов на оказание медицинской помощи наибольшая доля приходится на расходы по Территориальной программе государственных гарантий (в 2010 – 90,6%, в 2011 – 91,5%, в 2012 – 91,7%), т.е. на оказание бесплатной медицинской помощи. В рассматриваемом периоде доля расходов от иной приносящей доход деятельности ежегодно снижается с 9,4 в 2010 году до 8,3 в 2012 году.

Таблица № 34

Расходы на Территориальную программу госгарантий и платные медицинские услуги за 2010-2012 годы

	2010 год		2011 год		2012 год	
	млн. рублей	доля	млн. рублей	доля	млн. рублей	доля
Территориальная программа государственных гарантий	20 073,23	90,6	25 571,11	91,5	27 951,28	91,7
Иная приносящая доход деятельность, осуществляемая учреждениями здравоохранения	2 085,6	9,4	2 366,3	8,5	2 543,8	8,3
Всего:	22 158,83	100	27 937,41	100	30 495,08	100

За счет средств полученных от иной приносящей доход деятельности оказано медицинских услуг в 2010 году на сумму 2 085,6 млн. рублей, в 2011 году на сумму 2 366,3 млн. рублей или на 13,5% больше по сравнению с

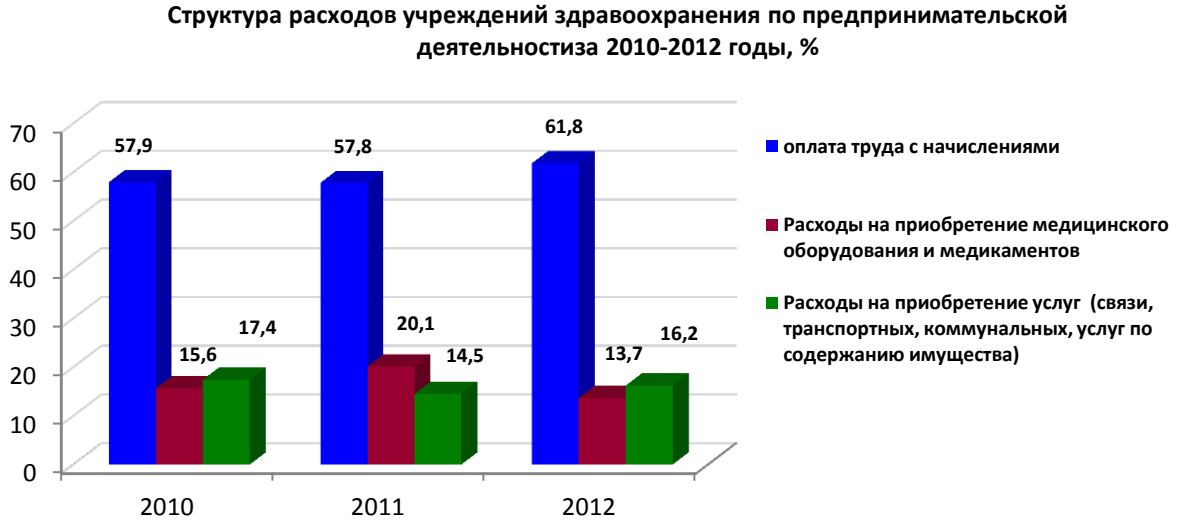
предыдущим годом, в 2012 году на сумму 2 543,8 млн. рублей или на 7,5% больше, чем в 2011 году.

Согласно ф. № 62 в структуре платных медицинских услуг расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь составили 72,8% в 2010 году, 70,1% в 2011 году, 77,9% в 2012 году;на стационарную помощь - 12,9% в 2010 году, 11,6% в 2011 году, 11,8% в 2012; на помощь, оказанную в дневных стационарах 0,4% в 2010 году, по 0,2% в 2011,2012 годы.

Наиболее востребованными видами платных медицинских услуг являются диагностические исследования, составляющие в 2010,2011 годы по 28%, в 2012 - 26% от общего объема оказанных платных медицинских услуг, и профилактические медицинские осмотры по 26 % в 2010-2012 годы и 35%в 2012 году.

В структуре расходов учреждений здравоохранения по предпринимательской деятельности расходы на оплату труда (с начислениями на ФОТ) составили: в 2010 году 1 207,2 млн. рублей, в 2011 году – 1 367,1млн. рублей, в 2012 году - 1 571,7 млн. рублей. Расходы на приобретение медицинского оборудования и медикаментов: в 2010 году – 325,3 млн. рублей, в 2011 году – 476,4 млн. рублей, в 2012 году – 349,5 млн. рублей. Расходы на приобретение услуг (связи, транспортных, коммунальных, услуг по содержанию имущества): в 2010 году - 362,7 млн. рублей, в 2011 году – 343,2 млн. рублей, в 2012 году – 412,7 млн. рублей. Структура расходовучреждений здравоохранения по предпринимательской деятельности по видам расходов представлена на диаграмме.

Диаграмма № 15



Согласно ф.№62 расходы бюджетов домашних хозяйств в республике составили в 2010 году 1 557,1 млн. рублей, в 2011 году – 1 735,9 млн. рублей, в

2012 году – 2 051,1 млн. рублей.При ежегодномснижении доли расходов от иной приносящей доход деятельности (с 9,5 в 2010 году до 8,5 в 2012 году), расходы домашних хозяйств на медицинскую помощь увеличились по сравнению с 2010 годом на 31,7% или на 494,0 млн. рублей.

Таблица № 35

Расходы на Территориальную программу государственных гарантий и платные медицинские услуги в расчете на 1 жителя

(рублей)

	2010 год	2011 год	2012 год
Расходы на Территориальную программу госгарантий	5 317,98	6 751,71	7 368,98
в том числе за счет средств ОМС	2 688,39	3 258,1	4 272,18
Расходы на платные медицинские услуги	552,54	624,79	670,64

Расходы на Территориальную программу государственных гарантий в расчете на 1 жителя в 2011 году составили 6 751,71 рублей, что на 27% выше предыдущего года, из них по средствам ОМС рост - 21,2%. В 2012 году рост расходов на 1 жителя составил 9%, из них по средствам ОМС – 31,1%.

Расходы на платные медицинские услуги, предоставляемые государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, в расчете на 1 жителя в 2011 году увеличились на 13,1% и составили 624,79 рублей, в 2012 году увеличились на 7,3% (670,64 рублей).

Соотношение расходов на бесплатную медицинскую помощь, оказываемую в рамках Территориальных программ госгарантий, и платные медицинские услуги в расчете на одного жителя составляет в 2010 году – 90,6% к 9,4%, в 2011 году – 91,5% к 8,5%, в 2012 году – 91,7% к 8,3%. Доля затрат на платные медицинские услуги в рассматриваемом периоде снизилась с 9,4% до 8,3%.

Постановлениями Кабинета Министров Республики Татарстан от 31.05.2010 №420, от 23.05.2011 №407, от 30.12.2011 №1112 «Об утверждении плановых показателей объемов доходов от оказания платных услуг учреждениями Республики Татарстан» до Министерства доведены плановые задания по платным медицинским услугам, которые составили: в 2010 году – 1 019,8 млн. рублей, в 2011 году – 1 032 млн. рублей, в 2012 году – 2 023 млн. рублей.

В 2012 году плановые расходы на платные медицинские услуги в расчете на 1 жителя составляют 533,6 рублей, что выше уровня 2011 года в 1,96 раза (272,49 рублей) и уровня 2010 года в 1,98 раза (270,17 рублей).

Расходы домашних хозяйств на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения составили в 2010 году 174,8 млн. рублей, в 2011 году – 178,1 млн. рублей, в 2012 году – 216,1 млн. рублей. Доля расходы домашних хозяйств на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в совокупных расходах на эти цели платных медицинских услуг ежегодно увеличивается. Так, она увеличилась с 74% в 2010 году до 82,1% в 2012 году.

Финансовое обеспечение системы здравоохранения за счет всех источников финансирования в 2012 году составило 51 730,26 млн. рублей, что на 1 983,2 млн. рублей (на 4%) и на 21 474,72 млн. рублей (на 71%) выше уровня 2011 года и 2010 года соответственно.

Таблица № 36

Финансовое обеспечение системы здравоохранения
за счет всех источников

(млн. рублей)

	2010 год		2011 год		2012 год	
	план	факт (кассовое исполнение)	план	факт (кассовое исполнение)	план	факт (кассовое исполнение)
Территориальная программа государственных гарантий	20 680,27	20 073,23	26 524,45	25 571,11	29 322,39	27 951,28
ПНП «Здоровье», включая поставки (профилактика, лечение и диагностика, лиц, инфицированных вирусами ВИЧ и гепатитов В и С)	4358,61	4258,50	4760,57	4736,17	4983,92	4840,63
Целевые программы (средства федерального, республиканского и местного бюджетов) в том числе:	1 064,11	1 023,61	5 598,43	5 598,43	6 840,43	6 840,43
из федерального бюджета	741,28	741,28	4 351,99	4 351,99	5 650,02	5 650,02
из бюджета субъектов	318,22	277,72	867,98	867,98	302,21	302,21
из внебюджетных источников	1,40	1,40	377,60	377,60	888,20	888,20
из местного бюджета	3,20	3,20	0,85	0,85	0,000	0,000
Лекарственное обеспечение больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и	1000	1000	949	949	977	977

(или) тканей (7 ВЗН)						
-«Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 годы), подпрограммы «Сахарный диабет», «Туберкулез», «Вакцинопрофилактика»	300	300	200	200	186	186
«Рассеянный склероз»	10,44	10,44	10,59	10,59	8,35	8,35
-«Обеспечение учреждений здравоохранения тромболитическими препаратами»	18,36	18,36	21,07	21,07	22,33	22,33
Региональная программа модернизации здравоохранения, из них:	-	-	8 683,12	8 683,12	6 680,71	6 680,71
средства ФФОМС,	-	-	4 530,37	4 530,37	5 612,99	5 612,99
областного и местного бюджетов,	-	-	3 910,83	3 910,83	179,52	3 910 ,83
ТФОМС	-	-	241 ,92	241 ,925	888 ,20	888 ,20
Дополнительное лекарственное обеспечение (программа ОНЛС)	1 036,4	1 036,4	1 132,10	1 132,10	1 139, 3	1 139, 3
Дополнительное лекарственное обеспечение (обеспечение граждан, имеющих право на безвозмездное лекарственное обеспечение)	450	450	479,47	479,47	508,23	508,23
Предпринимательская деятельность государственных и муниципальных учреждений	1019,8	2 085	1 032	2 366	2 023	2 576
ИТОГО	29 937,99	30 255,54	49 390,80	49 747,06	52 691,66	51 730,26

Удельный вес расходов на выполнение Территориальной программы госгарантий в общей сумме расходов на обеспечение системы здравоохранения за счет всех источников за 2010-2012 годы составил 66,3%, 51,4%, 54% соответственно.

Поступления от предпринимательской деятельности в общей сумме расходов на обеспечение системы здравоохранения за счет всех источников составили в 2010 году 6,9%, в 2011 году - 4,8% и в 2012 году - 5%.

Расходы на целевые программы за счет всех источников финансирования за рассматриваемый период увеличились с 1 023,61 млн. рублей в 2010 году до 6 840,43 млн. рублей в 2012 году или в 6,7 раза.

В республике реализовывалась региональная программа модернизации здравоохранения Республики Татарстан на 2011-2012 годы. Кассовые расходы за счет средств федерального, республиканского и местного бюджетов

составили: в 2011 году – 8 683,12 млн. рублей, в 2012 году – 6 680,71 млн. рублей.

Расходы на дополнительное лекарственное обеспечение по программе ОНЛС, по обеспечению граждан, имеющих право на безвозмездное лекарственное обеспечение, а также на лекарственное обеспечение больных отдельных категорий за 2010-2012 годы составили 100% от запланированных.

Согласно данным формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» за 2010-2012 годы в целом по республике:

- доля средств из всех источников финансирования медицинской помощи направленная на медикаменты, перевязочные средства, медицинский инструментарий, реактивы и химикаты, стекло и химпосуду составила в 2010 году 24,3%, в 2011 году – 22,1%, в 2012 году – 19,4%, т.е. ежегодно снижалась, при этом объем средств направляемый на указанный вид расходов ежегодно увеличивался (2010 год – 6 037 244,0 тыс. рублей, 2011 год – 6 778 385,8 тыс. рублей, 2012 год – 6 633 975,2 тыс. рублей);

- основная часть медикаментов, перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла и химпосуды приобреталась по Территориальной программе госгарантий (2010 год - 67,5%, 2011 год – 71,3%, 2012 год – 80,5%), в том числе за счет средств ОМС (в 2010 году – 58,4%; 2011 году – 58,8%, в 2012 году – 65,3%)

- доля средств домашних хозяйств на указанный вид расходов в 2010-2012 годы составила – 2,9%, 2,63%, 3,3% соответственно.

На 1 жителя республики приходилось медикаментов,перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла и химпосуды:

- за счет всех источников финансирования в 2010 году на сумму 1 599,44 рублей, в 2011 году – 1 789,75 рублей, в 2012 году – 1 748,96 рублей;

- за счет средств Территориальных программ госгарантий в 2010 году на сумму 1 078,74 рублей, в 2011 году – 1275,88 рублей, в 2012 году – 1 407,80 рублей;

- за счет средств ОМСв 2010 году на сумму 934,70 рублей, в 2011 году – 1 053,05 рублей, в 2012 году – 1 142,63 рублей;

- за счет средств домашних хозяйств в 2010 году – 46,31 рублей, в 2011 – 47,03 рублей, в 2012 году – 56,98 рублей.

Таким образом, объем средств, направленный на приобретение медикаментов, перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла и химпосуды в целом и в расчете на 1-го жителя ежегодно увеличивался. Так, в ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи №2» г. Казань финансирование на лекарственное обеспечение ежегодно

увеличивалось. В 2012 году на лекарственное обеспечение выделено средств на 13,9% больше по сравнению с 2010 годом. В 2010-2011 годы из бюджета г.Казани выделялись средства на приобретение дорогостоящих препаратов для проведения гемодиализа. С изменением типа Учреждения в 2012 году на указанные цели средства выделялись ТФОМС, коэффициент роста увеличился до 2,96 единиц. По программе модернизации Учреждению выделено на приобретение лекарственных средств в 2012 году 1623,5 тыс. рублей, или на 1 075,9 тыс. рублей больше по сравнению с 2011 годом.

Таблица № 37

Приобретение медикаментов, перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла и химпосуды

Источник финансирования	2010 год (тыс.рублей)	2011 год (тыс.рублей)	Коэффициент роста к предыдущему году	2012 год (тыс.рублей)	Коэффициент роста к предыдущему году
ТФОМС	25867,3	27503,7	1,06	81381,7	2,96
ФФОМС (программа модернизации)	-	547,6	-	1623,5	2,97
Средства муниципального бюджета г. Казань	46999,8	49000	1,04	-	-
Всего:	72 867,1	77 051,3	1,06	83 005,2	1,08

Лекарственное обеспечение

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07. 1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (далее – постановление № 890) утвержден перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты (далее - ЛП) и изделия медицинского назначения (далее - ИМН) отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также перечень групп населения, при амбулаторном лечении которых ЛП отпускаются по рецептам врачей с 50% скидкой со свободных цен.

Отдельные группы населения, перечисленные в вышеуказанном постановлении Правительства Российской Федерации, имеют право на получение набора социальных услуг в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Граждане, включенные в федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг (федеральные льготники), обеспечиваются при амбулаторном лечении

ЛП, ИМН, специализированным лечебным питанием по бесплатным рецептам врачей в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 № 328 «Об утверждении Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан».

В целях реализации Федерального закона от 18.10.2007 №230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием разграничения полномочий» в соответствии с распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 22.10.2007 №1707/1-р в качестве органа для осуществления переданных полномочий определено Министерство здравоохранения РТ.

Выписка рецептов федеральным льготникам осуществляется согласно перечню, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 18.09.2006 № 665 «Об утверждении Перечня лекарственных препаратов, в том числе перечня лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии ЛПУ, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг».

Ведение регионального сегмента Федерального регистра лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, осуществляет Отделение Пенсионного Фонда РФ по Республике Татарстан. Министерством здравоохранения РТ с Отделением Пенсионного Фонда РФ по Республике Татарстан заключено соглашение от 19.11.2007 б/н о предоставлении Министерству здравоохранения РТ информации о лицах, включенных в региональный сегмент Федерального регистра лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и не отказавшихся от получения социальной услуги по лекарственному обеспечению.

В соответствии с приказом МЗ РТ от 21.11.2007 №868 ГАУЗ «РМИАЦ» получает из Отделения Пенсионного Фонда РФ по Республике Татарстан региональный сегмент Федерального регистра лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи с оформлением соответствующего Акта приема-передачи.

Количество федеральных льготников в 2012 году уменьшилось по сравнению с 2011 годом менее чем на 1%, по сравнению с 2010 годом на 1%.

Таблица № 38

Количество федеральных льготников	на 01.01.2010	на 01.01.2011	на 01.01.2012
	376 091 чел.	377 316 чел.	373 723 чел.

Количество федеральных льготников, сохранивших право на получение государственной социальной помощи в 2012 году увеличилось по сравнению с 2010 годом на 0,85%, по сравнению с 2011 годом уменьшилось на 4,4%.

Таблица № 39

Количество федеральных льготников, сохранивших право на получение государственной социальной помощи	на 01.01.2010	на 01.01.2011	на 01.01.2012	на 01.01.2013
	101 808 чел. или 26,9 % от общего числа лиц, включенных в федеральный регистр	107 424 чел. или 28,4% от общего числа лиц, включенных в федеральный регистр	102 672 чел. или 27,5% от общего числа лиц, включенных в федеральный регистр	104 499 чел. или 28,2% от общего числа лиц, включенных в федеральный регистр

Причинами отказа пациентов от набора социальных услуг являются: достаточность предоставления ежемесячной денежной компенсации, желание пациентов приобретать лекарственные препараты по личному убеждению по конкретным торговым наименованиям, отсутствие лекарственного препарата в федеральном льготном перечне.

Средняя стоимость одного рецепта по программе ОНЛС в 2012 году увеличилась по сравнению с 2010 годом на 13,74%, по сравнению с 2011 годом на 5,96%. Стоимость рецепта зависит от количества льготников, цен на лекарственные средства, структуры заболеваний.

Таблица №40

Средняя стоимость одного рецепта по программе ОНЛС	2010 год	2011 год	2012 год
	531 руб.	570 руб.	604 руб.

Количество льготников, получивших лекарственные препараты, изделия медицинского назначения, специализированные продукты лечебного питания в 2012 году по сравнению с 2010 годом увеличилась на 1,38%, уменьшилась по сравнению с 2011 годом на 3,82%.

Таблица № 41

Количество льготников, получивших лекарственные препараты, изделия медицинского назначения, специализированные продукты лечебного питания	2010 год	2011 год	2012 год
	87 613 чел.	92 355 чел.	88 819 чел.

Сумма отпуска на 1 льготника в 2012 году по сравнению с 2010 годом увеличилась на 3,87 %, по сравнению с 2011 годом увеличилась на 6,84 %.

Таблица № 42

Сумма отпуска лекарственных средств на 1 льготника	2010 год	2011 год	2012 год
	11 087 руб.	10 780 руб.	11 517 руб.

В Республике Татарстан объем финансирования программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами (федеральная льгота) (далее -

ОНЛС) с учетом межбюджетных трансфертов в 2010 году составил 1 036,4 млн.рублей, в 2011 - 1 132,1 млн. рублей, в 2012 - 1 139,3 млн. рублей.

В рамках выделенных объемов федеральных финансовых средств, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РТ от 27.05.2009 №664 «О формировании заявок в рамках программы ОНЛС», медицинскими учреждениями формируются заявки на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и специализированные продукты лечебного питания для граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

При формировании заявок медицинскими учреждениями в обязательном порядке учитываются:

- остатки медикаментов, находящиеся в аптечных учреждениях, в т.ч. лекарственные средства, находящиеся без движения;
- норматив потребления наркотических лекарственных средств, их расход;
- структура заболеваемости граждан муниципального образования, имеющих право на получение государственной социальной помощи;
- преимущественное использование препаратов отечественного производства;
-динамика расхода лекарственных средств за предыдущий период.

Заявки согласовываются с заведующими аптечных учреждений и защищаются в Министерстве здравоохранения Республики Татарстан.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан приглашает на защиту заявок специалистов диабетологического центра консультативной поликлиники ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», представителей ГУП «Таттехмедфарм», медицинских учреждений в соответствии с установленным графиком.

В рамках программы ОНЛС в Республику Татарстан поступило лекарственных средств в 2012 на сумму 1 044,23 млн. рублей, что на 4,9% больше по сравнению с 2011 годом и на 24,8% больше по сравнению с 2010 годом.

Таблица № 43

В рамках программы ОНЛС в Республику Татарстан поступило лекарственных средств	2010 год	2011 год	2012 год
	836,2 млн. руб.	995, 2 млн. руб.	1 044,23 млн.руб.

В 2010 году обслужен 1 463 891 рецепт на сумму 971,4 млн. рублей, в 2011 году - 1 697 181 рецепт на сумму 995,6 млн. рублей, в 2012 – 1 738 683 рецепта на сумму 1 022, 97 млн. рублей.

По состоянию на 31.12.2010 на гарантированном обслуживании находилось 14 рецептов, на 31.12.2011 -15 рецептов, на 31.12.2012 - 32 рецепта.

Причина отнесения рецептов на гарантированное обеспечение-задержка доставки со стороны поставщика, дефектура производителя. Сроки ожидания – не более 10 дней.

В рамках реализации программы ОНЛС ежедневно проводится мониторинг закупа и отпуска лекарственных препаратов, еженедельно-анализ причин отсроченного обслуживания льготных рецептов, ежемесячно – анализ товарных остатков лекарственных препаратов и сроков их годности, ежеквартально - видеоконференции по вопросам реализации программ ОНЛС и 7 финансово-затратных заболеваний (или высоко-затратных нозологий - ВЗН) и организации разъяснительной работы среди населения о необходимости получения набора социальных услуг.

Лекарственное обеспечение больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей осуществляется централизованно за счет средств федерального бюджета в рамках федеральной целевой программы по 7 ВЗН.

В соответствии с распоряжением Кабинета Министров РТ от 28.01.2008 №73-р Министерство здравоохранения РТ определено уполномоченным органом по принятию в собственность Республики Татарстан лекарственных средств, поступающих в рамках программы по 7 ВЗН.

Лекарственное обеспечение больных вышеуказанными заболеваниями осуществляется в соответствии с заявками Республики Татарстан, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Потребность для обеспечения данной категории больных формируется главными внештатными специалистами-экспертами Министерства здравоохранения РТ, участвующими в реализации федеральной целевой программы по 7 финансово-затратным заболеваниям, в соответствии с вышеуказанным Перечнем, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.12.2008 №2053-р и стандартами лечения больных, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В Министерстве здравоохранения РТ введена система защиты заявок на лекарственные средства по 7 финансово-затратным заболеваниям.

Заявки республики в 2010-2012 годах утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации в полном объеме.

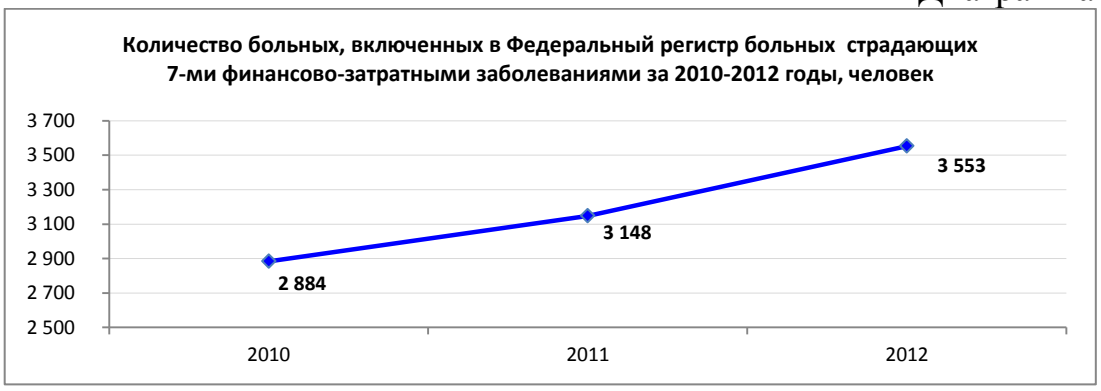
Распределение лекарственных средств осуществляется строго по персонифицированному регистру больных, согласно ежемесячным разнарядкам главных внештатных специалистов МЗ РТ. В случае включения нового больного в Федеральный регистр при необходимости по показаниям

составляется дополнительная разнарядка для своевременного лекарственного обеспечения. Выписка рецептов осуществляется в 252 медицинских учреждениях республики, отпуск лекарственных препаратов производится через прикрепленные аптечные учреждения республики. Количество прикрепленных аптечных учреждений в 2010-2011 годах оставалось неизменным - 160 аптек, в 2012 году - 162 аптеки.

Поставки осуществляются в соответствии с заявкой республики. Объем поставок лекарственных средств в 2012 году составил 0,977 млрд.рублей, в 2011 году - 0,949 млрд.рублей, в 2010 году – 1 млрд.рублей (в связи с появлением дженериков и соответственно снижения цен по результатам торгов, проведенных Министерством здравоохранения РФ).

Количество больных, включенных в Федеральный регистр больных страдающих 7-ми финансово-затратными заболеваниями, увеличилось с 2 884 человек в 2010 году до 3553 человек в 2012 году или на 23,2% (диаграмма №-----).

Диаграмма № 16



В 2012 году отпущено лекарственных средств по 21018 рецептам на сумму 0,964 млрд.рублей, в 2011 году - по 19 940 рецептам на сумму на 0,907 млрд. рублей, в 2010 году - по 18 206 рецептам на сумму на 1,022 млрд. рублей. Прирост отпущенных рецептов в 2012 году по сравнению с 2010 годом составил 15,4%, по сравнению с 2011 годом - 5,4%. Сумма отпуска в 2012 году по сравнению с 2010 годом уменьшилась на 5,7%, по сравнению с 2011 годом увеличилась на 6,3%.

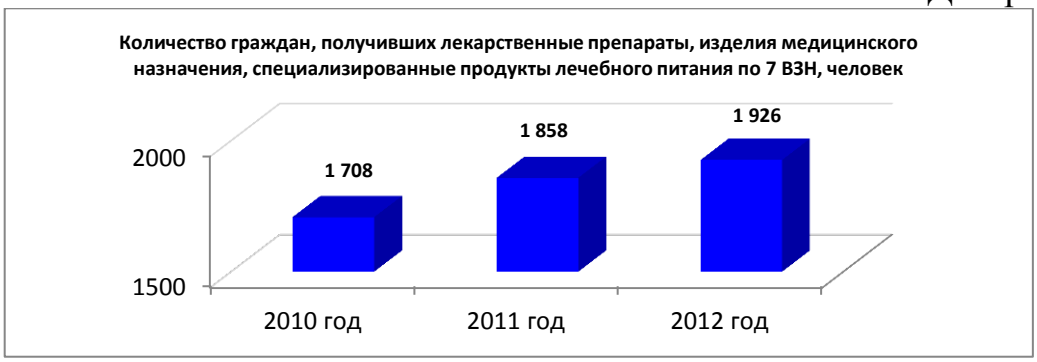
Средняя стоимость 1 рецепта по 7 ВЗН в 2012 году по сравнению с 2010 годом уменьшилась на 18,7%, по сравнению с 2011 годом увеличилась на 0,5%. Стоимость рецепта зависит от количества льготников, цен на лекарственные средства, структуры заболеваний.

Таблица № 44

Средняя стоимость 1 рецепта по 7 ВЗН	2010 год	2011 год	2012 год
	56,21 тыс.руб.	45,47 тыс.руб.	45,71 тыс.руб.

Количество граждан, получивших лекарственные препараты, изделия медицинского назначения, специализированные продукты лечебного питания по 7 ВЗН в 2012 году увеличилось по сравнению с 2010 годом на 12,8%, с 2011 годом на 3,7%.

Диаграмма № 17



Сумма отпуска на 1 льготника по 7 ВЗН в 2012 году уменьшилась по сравнению с 2010 годом на 15,7 %, увеличилась по сравнению с 2011 годом на 3,31 %.

Таблица № 45

Сумма отпуска на 1 льготника по 7 ВЗН	2010 год	2011 год	2012 год
	598,4 тыс.руб.	488,2 тыс.руб.	504,4 тыс.руб.

Рецептов на гарантированном обслуживании по 7 ВЗН не было.

В рамках реализации программы по 7 ВЗН заболеваниям Министерством здравоохранения РТ введены ежемесячные формы отчетности для выбранной по результатам торгов фармацевтической организации, осуществляющей организационные мероприятия по обеспечению граждан лекарственными средствами по данной программе – ГУП «Таттехмедфарм»:

- «Анализ отпуска лекарственных средств в рамках федеральной программы по 7 ВЗН» (по лекарственным средствам, не полученных больными, с указанием аптечного учреждения и ФИО больного);

-«Информация по отпуску лекарственных средств по программе 7 ВЗН» (по отпуску лекарственных средств по каждой нозологии в целом, с указанием общего количества больных, получивших препараты, остатков препаратов на складе на начало и конец месяца);

-«Информация по выписке рецептов и отпуску лекарственных средств по программе 7 ВЗН» (по фактическому отпуску лекарственных средств по каждому наименованию с указанием ФИО больных и т.д.).

По итогам анализа отчетных данных Министерством здравоохранения РТ:

1. Ежемесячно информация по больным (с указанием ФИО, наименования и количества препарата, аптечного учреждения), которые своевременно не обратились в аптечные учреждение за получением лекарственных средств, направляется в медицинские учреждения и главным специалистам для выяснения и проведения анализа обоснованности причин не получения препаратов больными (нахождение больного в указанный период в стационаре, несвоевременная явка больного за выпиской рецепта, смерти больных, изменения схем лечения, отказ больного в получении препарата (оформляется письменно и вклеивается в амбулаторную карту и т.д.);

2. По результатам анализа объяснительных медицинских учреждений по образовавшимся остаткам Министерством здравоохранения Республики Татарстан организуется:

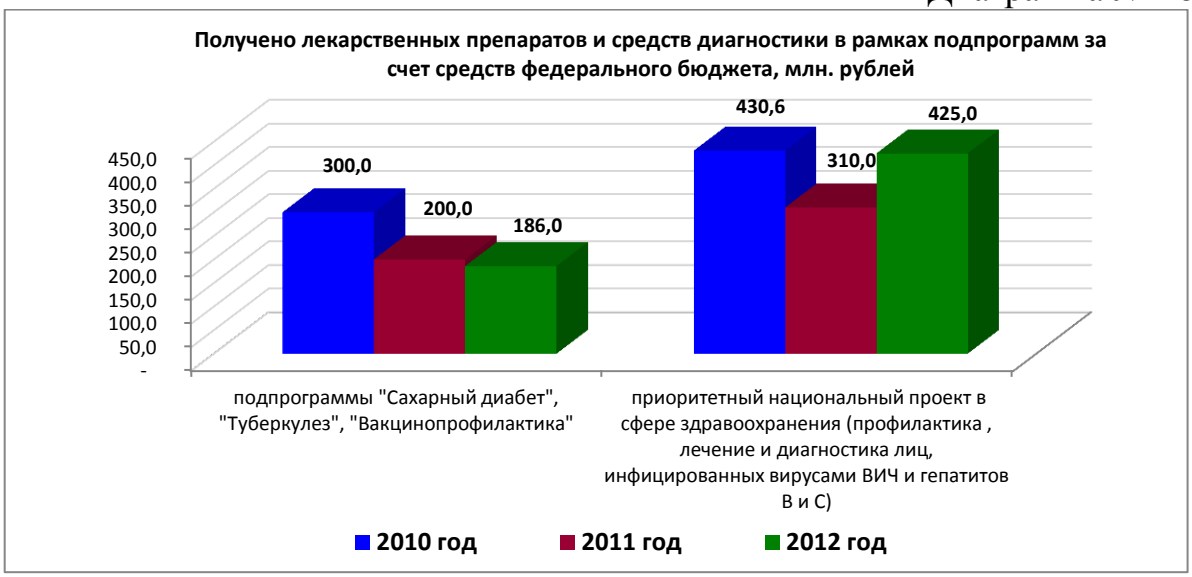
- перераспределение лекарственных средств;
- учет при составлении персонифицированных разнарядок главными специалистами на последующие месяцы, в т.ч. для указанных больных;
- учет при составлении заявок Республики Татарстан на следующий период.

3. Ежемесячно по каждой нозологии в целом по республике подводятся итоги по количеству больных, получивших препараты, количествам препаратов, отпущенных больным, остаткам лекарственных средств в аптечных учреждениях и на складе ГУП «Таттехмедфарм» и срокам их годности.

За счет средств федерального бюджета привлечено лекарственных препаратов и средств диагностики в рамках программ:

- «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 годы), подпрограммы «Сахарный диабет», «Туберкулез», «Вакцинопрофилактика» в 2012 году на сумму 186 млн.рублей, что на 38% меньше, чем в 2010 году и на 7% меньше, чем в 2011 году (2010 год-300 млн.рублей, 2011 год-200 млн.рублей);
- приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения (профилактика, лечение и диагностика лиц, инфицированных вирусами ВИЧ и гепатитов В и С) в 2012 году на сумму 425,0 млн.рублей, что на 1,3% меньше, чем в 2010 году и на 37% больше, чем в 2011 году (2011 год -310,0 млн.рублей, 2010 год-430,61 млн.рублей).

Диаграмма № 18



На лекарственное обеспечение за счет средств регионального бюджета было профинансировано в рамках целевых программ:

-«Рассеянный склероз» в 2012 году 8,354 млн.рублей, что на 20,0% меньше, чем в 2010 году и на 21,1% меньше, чем в 2011 году (2011 год- 10,6 млн.рублей, 2010 год- 10,4 млн.рублей).

- «Обеспечение учреждений здравоохранения тромболитическими препаратами»- в 2012 году 22,33 млн.рублей, что на 21,62% больше 2010 года, на 5,98% больше 2011 года (2011 год- 21,07 млн.рублей, в 2010 год- 18,36 млн.рублей)

-«Обеспечение граждан, имеющих право на безвозмездное лекарственное обеспечение» - в 2012 году 508,2 млн.рублей, что на 12,9% больше, чем в 2010 году и на 6% больше, чем в 2010 году (2011 год- 479,5 млн.рублей, 2010 год- 450,0 млн.рублей).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РТ от 19.04.2007 №212 льготное лекарственное обеспечение женщин по родовым сертификатам осуществляет ГУП «Таттехмедфарм» по договорам, заключенным с учреждениями здравоохранения республики, в составе которых имеются женские консультации или женские кабинеты.

Все женские консультации (женские кабинеты) республики прикреплены к определенным специализированным аптечным учреждениям, через которые осуществляется реализация лекарственных средств беременным женщинам по льготным рецептам. Приказом Министерства здравоохранения РТ от 29.05.2012 №773 утвержден Перечень специализированных аптечных учреждений,

осуществляющих отпуск лекарственных препаратов и ИМН по рецептам врачей и прикрепленных к ним медицинских учреждений.

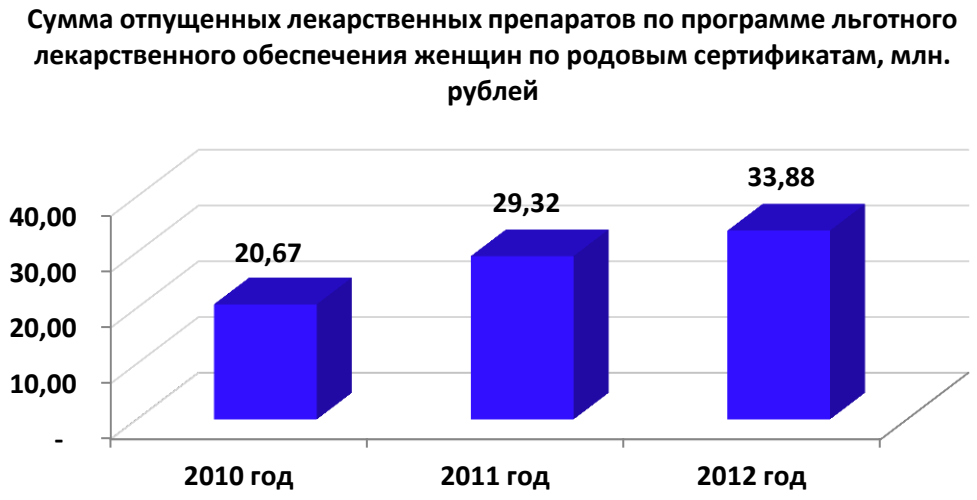
Количество аптечных учреждений, участвующих в реализации льготного лекарственного обеспечения женщин по родовым сертификатам в 2012 году увеличилось по сравнению с 2010 годом на 4,8%, по сравнению с 2011 годом на 3% (2010 год — 63, 2011 год — 64, 2012 год — 66).

Руководители медицинских учреждений ежеквартально предоставляют в ГУП «Таттехмедфарм» заявки на лекарственные препараты для обеспечения женщин в период беременности. Закуп медикаментов по заявкам медицинских организаций осуществляется ГУП «Таттехмедфарм» на основе торгов.В торгах, проводимых ГУП «Таттехмедфарм», принимают участие как компании - производители так и крупные дистрибьюторы.

По результатам проведенных аукционов с поставщиками заключаются государственные контракты на поставку медикаментов. Товар для обеспечения беременных женщин поступает на аптечный склад предприятия и отгружается в аптечные организации в строгом соответствии с заявками медицинских учреждений.

Ежемесячно в аптечных организациях формируются реестры отпущенных бесплатных рецептов, которые предоставляются в медицинские учреждения на оплату.Сумма отпущенных лекарственных препаратов из аптечных организаций женщинам во время беременности в 2012 году по сравнению с 2010 годом увеличилась на 63,9%, по сравнению с 2011 годом на 15,6%.

Диаграмма № 19



Количество обслуженных рецептов по программе льготного лекарственного обеспечения женщин по родовым сертификатам в 2012 году по сравнению с 2010 годом увеличилось на 9,25% по сравнению с 2011 годом

уменьшилось на 3,57% (2010 год-74 985 рецептов, 2011 год-84 963 рецепта, 2012 год-81 923 рецепта). Средняя стоимость 1 рецепта в 2012 году по сравнению с 2010 годом увеличилась на 50%, по сравнению с 2011 годом на 19,85%.

В соответствии с разграничением полномочий между федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов Российской Федерации, установленным Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» в Республике Татарстан принят Закон от 08.12.2004 №63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в Республике Татарстан», определяющий меры социальной поддержки отдельных категорий населения республики.

Постановлением Кабинета Министров РТ от 17.01.2005 №4 утвержден перечень категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей безвозмездно.

Льготы по лекарственному обеспечению определены по 46 категориям заболеваний.

Распоряжением Кабинета Министров РТ от 16.03.2009 №315–р утвержден перечень лекарственных средств, изделий медицинского назначения, специализированных продуктов лечебного питания, сформированный по международным непатентованным наименованиям, с возможностью использования воспроизведенных лекарств - дженериков, не уступающих по качеству оригинальным препаратам, и входящие в федеральные стандарты и современные схемы лечения. Перечень состоит из 294 по международным непатентованным наименованиям (далее – МНН), в том числе 281 МНН лекарственных препаратов.

Кроме того, с целью реализации программ льготного лекарственного обеспечения приняты следующие нормативные правовые акты: распоряжение Кабинета Министров РТ от 26.02.2008 №301-р о проведении экспертизы отпущенных льготных рецептов, приказы Министерства здравоохранения РТ от 21.12.2007 №868 (утверждение Положения о взаимодействии участников программ ОНЛС, 7 финансово-затратных заболеваний, и программы лекарственного обеспечения граждан, имеющих право на безвозмездное

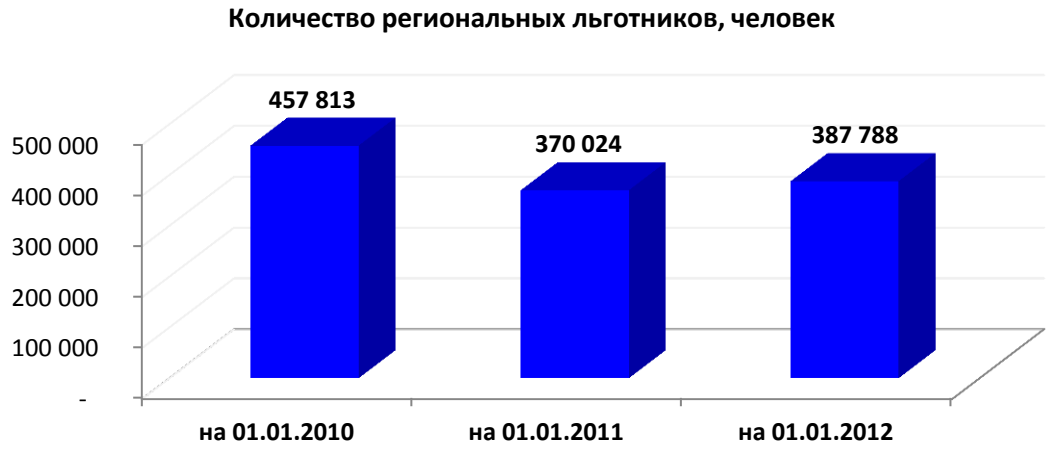
обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения), от 15.06.2006 №597 (регистр врачей и фельдшеров, имеющих право выписки льготных рецептов), от 05.10.2006 №989 (утверждение Республиканского справочника медицинских учреждений, участвующих в реализации программы льготного лекарственного обеспечения), от 29.05.2012 №773 «Об утверждении прикрепления медицинских учреждений к аптечным организациям, от 23.11.2009 №1590 «Об обмене информацией по выписанным и обслуженным льготным рецептам и по товарным остаткам лекарственных средств для обеспечения льготных категорий граждан между медицинскими и аптечными учреждениями в режиме реального времени».

С целью оптимизации лекарственного обеспечения, контроля за выпиской рецептов и отпуском льготных медикаментов приказом Министерства здравоохранения РТ от 24.02.2010 №167 установлен регламент формирования и ведения Регистра лиц, имеющих право на безвозмездное обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. Включение в Регистр осуществляется с момента установления гражданам диагноза. Ведение Регистра возложено на ГАУЗ «РМИАЦ» и медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь.

Распоряжением Кабинета Министров РТ от 31.12.2010 №2512-р ГУП «Таттехмедфарм» определено единственным источником по обеспечению закупки, хранения и доставки лекарственных средств, изделий медицинского назначения для граждан, имеющих право на безвозмездное обеспечение по льготным рецептам.

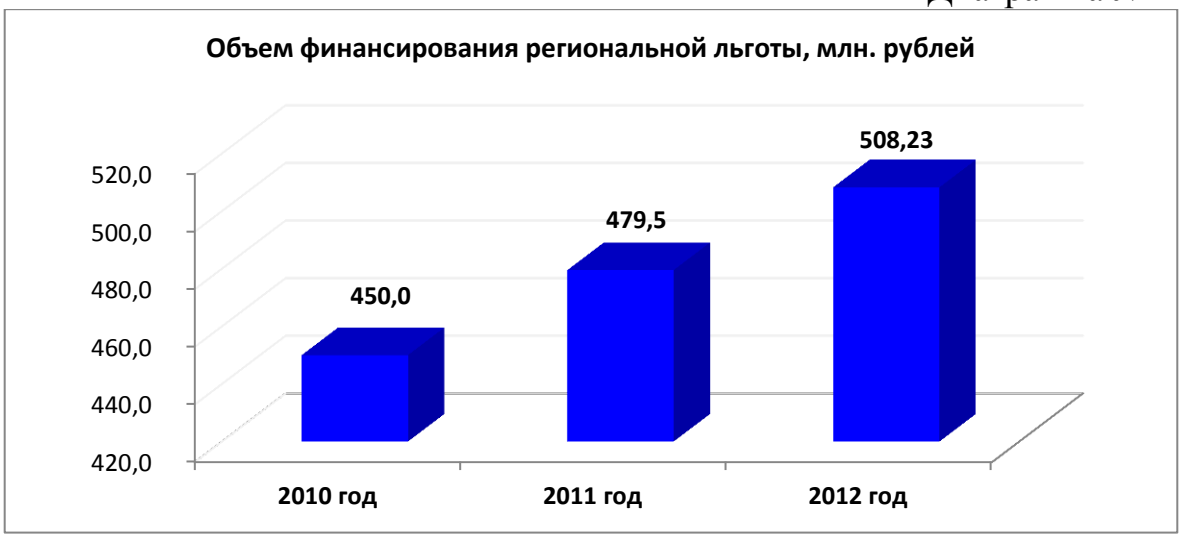
В 2012 году количество региональных льготников уменьшилось на 15,29% по сравнению с 2010 годом, увеличилось по сравнению с 2011 годом на 4,8%.

Диаграмма №20



Объем финансирования по программе безвозмездного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в 2012 году увеличился по сравнению с 2010 годом на 12,94%, по сравнению с 2011 годом на 5,99% (2010 год 450 млн. рублей, 2011 год- 479,5 млн. рублей, 2012 год - 508,234 млн. рублей).

Диаграмма № 21

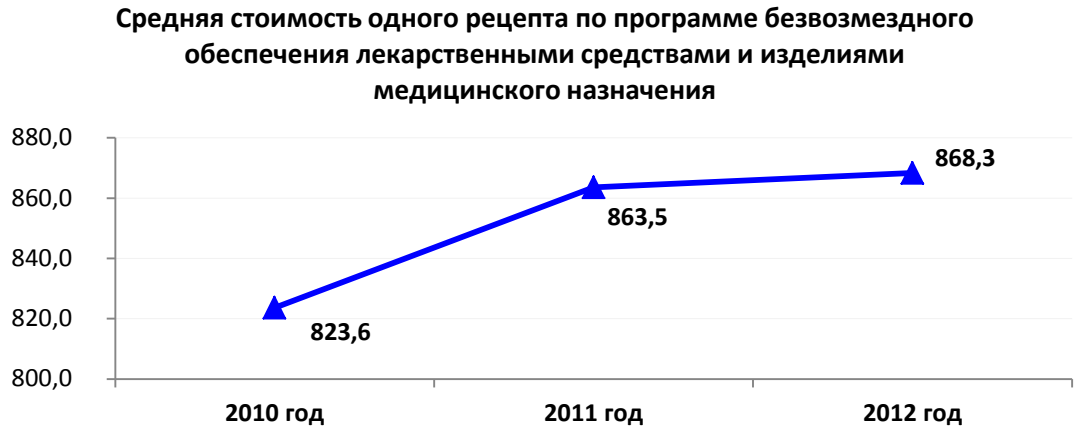


В 2010 году по программе безвозмездного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения обслужен 551 003 рецепта на сумму 454,3 млн. рублей, в 2011 - 564 541 рецепт на сумму 487,3 млн. рублей, в 2012 - 585 737 рецептов на сумму 512,98 млн.рублей. Прирост обслуженных рецептов в 2012 году по сравнению с 2010 годом составил более 6 %, по сравнению с 2011 годом более 3%. Сумма отпуска в 2012 году по сравнению с 2010 годом увеличилась на 12,9%, по сравнению с 2011 годом на 5,27%.

По состоянию на 31.12.2010 на гарантированном обслуживании по программе безвозмездного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения находилось 56 рецептов, на 31.12.2011 – 73 рецепта, на 31.12.2012 – 82 рецепта.

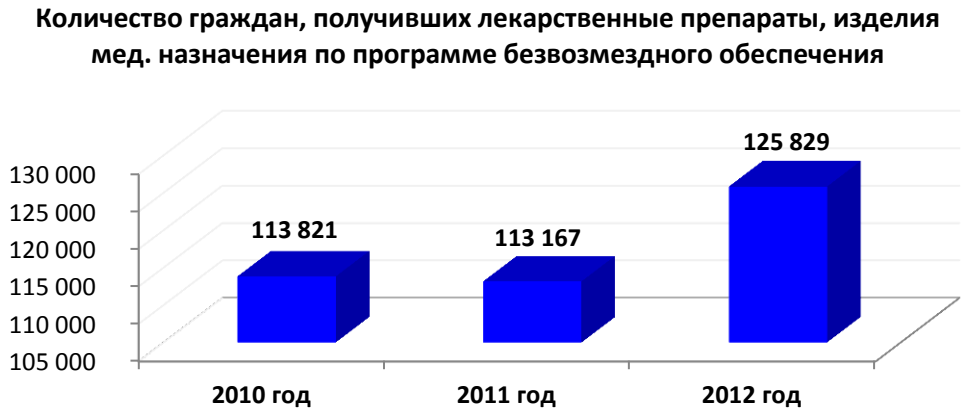
Средняя стоимость 1 рецепта по программе безвозмездного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в 2012 году по сравнению с 2010 годом увеличилась более, чем на 5%, по сравнению с 2011 годом увеличение составило менее 1%. Стоимость рецепта зависит от количества льготников, цен на лекарственные средства, структуры заболеваний.

Диаграмма № 22



Количество граждан, получивших лекарственные препараты, изделия медицинского назначения, специализированные продукты лечебного питания в 2012 году увеличилось по сравнению с 2010 годом на 10,55%, с 2011 годом на 11,19%.

Диаграмма № 23



Сумма отпуска на 1 льготника составила в 2012 году 4076 рублей, что на 2,12% больше 2010 года и меньше 2011 года на 5,34%.

Выписку рецептов льготным категориям граждан Республики Татарстан осуществляют 252 медицинские организации, 5 394 врача, 715 фельдшеров. Отпуск лекарственных препаратов по бесплатным рецептам врачей осуществляют 162 аптечных учреждения ГУП «Таттехмедфарм».

Министерство здравоохранения РТ совместно с ГУП «Таттехмедфарм» проводит мониторинги:

- о сроках годности менее 3 месяцев, 6 месяцев, 9 месяцев лекарственных средств, изделий медицинского назначения, специализированных продуктов лечебного питания по номенклатуре, количеству и в суммовом выражении в

аптечных учреждениях в разрезе муниципальных образований и на аптечном складе;

- о номенклатуре, количестве, среднемесячной реализации, сроках годности неликвидных товарных остатков лекарственных средств, изделий медицинского назначения, специализированных продуктов лечебного питания в аптечных учреждениях в разрезе муниципальных образований и в целом по республике;
- о номенклатуре, количестве, среднемесячной реализации, сроках годности, наркотических средств и психотропных веществ в аптечных учреждениях в разрезе муниципальных образований и на аптечном складе;
- остатки и среднемесячный расход лекарственных средств, изделий медицинского назначения, специализированных продуктов лечебного питания в суммовом выражении, процент остатка лекарственных средств, изделий медицинского назначения, специализированных продуктов лечебного питания по отношению к расходу в аптечных учреждениях в разрезе муниципальных образований;
- о номенклатуре лекарственных средств, изделий медицинского назначения, специализированных продуктов лечебного питания, находящихся на гарантированном лекарственном обеспечении, в том числе выписанных сверх и вне заявки.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 08.08.2009 №654 «О совершенствовании государственного регулирования цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов», постановлением Правительства Российской Федерации от 29.10.2010 №865 «О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов», Федеральным законом от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», осуществляется государственная регистрация предельных отпускных цен производителей на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (далее – ЖНВЛП). С 1 апреля 2010 года аптечные организации обязаны реализовать ЖНВЛП по ценам с учетом предельных уровней оптовых и розничных надбавок, сформированных в соответствии с единой федеральной методикой дифференцированно от стоимости лекарства.

В соответствии с федеральным законодательством, Постановлением Правления Комитета Республики Татарстан по тарифам от 19.02.2010 № 8-1/соц установлены предельные размеры оптовых и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП:

Таблица № 46

Торговые надбавки

	Размеры предельных надбавок, %
1. Предельные оптовые надбавки к фактическим и отпускным ценам производителей независимо от количества посредников, дифференцированные по ценовым группам:	
1.1. до 50 рублей включительно	15
1.2. свыше 50 рублей до 500 рублей включительно	13
1.3. свыше 500 рублей	11
2. Предельные розничные надбавки к фактическим и отпускным ценам производителей независимо от количества посредников, дифференцированные по ценовым группам:	
2.1. до 50 рублей включительно	32
2.2. свыше 50 рублей до 500 рублей включительно	30
2.3. свыше 500 рублей	23,4

В соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 №61-ФЗ, по мере обновления Государственного реестра отпускных цен производителей на ЖНВЛП на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации, в Республике Татарстан формируется актуальная база данных цен на ЖНВЛП с учетом утвержденных в республике торговых надбавок, с указанием предельной зарегистрированной цены производителей, предельной оптовой цены, предельной розничной цены с НДС. Указанная база данных, а также памятка для населения, оптовых и розничных аптечных организаций по порядку ценообразования на ЖНВЛП размещены на сайте Министерства здравоохранения РТ(http://minzdrav.tatarstan.ru), создан специальный баннер «Цены на лекарства». В торговых залах аптечных организаций актуальная информация о ценах на ЖНВЛП размещена в доступной для потребителей форме и обновляется по мере ее опубликования. Таким образом, любой гражданин при покупке ЖНВЛП может проверить цены на них, сравнив их с предельными розничными ценами, представленными в аптечных организациях.

Нормативные документы по ценообразованию также доступны и обновляются на официальном сайте Министерства здравоохранения РТ, а также направляются в учреждения здравоохранения республики, публикуются в газете «Медико-фармацевтический вестник Поволжья».

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.05.2009 №277н ежемесячно проводится мониторинг ассортимента и цен на ЖНВЛП. Аптечные и медицинские организации Республики Татарстан вносят данные на сайт «Оперативный мониторинг ЛС» www.mols.roszdravnadzor.ru под индивидуальными логинами и паролями по состоянию на 15 число текущего месяца. По данным

Росздравнадзора, полученным в ходе мониторинга за декабрь 2012 года, в 2012 году в России розничные цены на ЖНВЛП, реализуемые в аптеках, выросли на 0,36%, в Республике Татарстан – снизились на 0,41%. Цены на ЖНВЛП, поставляемые в медицинские организации, в среднем по России выросли на 1,57%, в Республике Татарстан – на 0,51%. Показатели ассортимента МНН в республике продолжают оставаться одними из лучших в России (в среднем в каждом субъекте присутствовало 411,51 МНН, в Татарстане – 491).

Оценка эффективности реализации показателей Территориальных программ государственных гарантий.

Согласно данным Росстата численность постоянного населения в республике за последние 3 года сохраняется стабильной (2010 г. - 3778,5 тыс. человек, 2011 г. – 3 787,5 тыс. человек, 2012г. – 3 803,2). В структуре населения в 2012 году мужчины составляют 46,2%, женщины – 53,8%.

Возрастная структура за последние 3 года меняется в сторону уменьшения контингента трудоспособного возраста (2010 – 62,5% от общей численности населения, 2011 – 61,8%, 2012 – 61,2%) и увеличения контингента старше трудоспособного возраста (2010 – 21,0%, 2011 – 21,5%, 2012 – 21,9%). Удельный вес лиц трудоспособного возраста в общей численности населения республики в сравнении с 2010 годом уменьшился на 1,3 процента и составил на начало 2013 года 61,2 процента. В структуре населения доля детского населения увеличивается (2010 – 15,4%, 2011 – 15,7%, 2012 – 15,9%). Численность детей 0-14 лет увеличилась по сравнению с 2010 годом на 4,0 процента и составила на начало 2013 года 605 850 человек.

Критерии доступности и качества медицинской помощи установлены постановлениями Правительства Российской Федерации (от 02.10.2009 № 811, от 04.10.2010 № 782, от 21.10.2011 № 856).

Территориальная программа государственных гарантий РТ на 2010 год критериев доступности и качества медицинской помощи не содержит. Оценка реализации Территориальной программы государственных гарантий в 2010 году производилась по показателям, утвержденным постановлением Кабинета Министров РТ от 25.04.2008 № 273 «Об утверждении Регламента подготовки проекта доклада Президента Республики Татарстан о достигнутых значениях показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за отчетный год и их планируемых значениях на трехлетний период». Количественные значения показателей деятельности органов исполнительной власти разработаны Министерством

здравоохранения республики и направлены в Министерство экономики РТ письмом от 20.04.2010 №09/2468.

Территориальной программой государственных гарантий на 2011год, утвержденной постановлением Кабинета Министров РТ от 30.12.2010 № 1176, установлен перечень и целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, за исключением показателя «Число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами (на 10 000 взрослого населения)».

Таблица № 47

Критерии доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой в рамках Территориальной программы государственных гарантий.

Наименование показателя	2010		2011		2012	
	Целевое значение	Фактическое значение	Целевое значение	Фактическое значение	Целевое значение	Фактическое значение
Удовлетворенность населения медицинской помощью (%)		46,5	47% от числа опрошенных	50,4	46,5% от числа опрошен-ных	60,6
Удовлетворенность потребности населения в ВМП (%)		49,8	61	59,4	61	59,4
Число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами (на 10 000 взрослого населения)	-	50,5	-	66,5	23 033 человека (75,2 на 10 000 населения)	20 257 человек (65,9 на 10 000 населения)
Число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом абсолютные единицы/на 100 000 населения - онкология	-	13 082/346,2	-	13 336/352,2	/349,0	13782/362,4
- туберкулез	-	2 020/53,4	-	1898/50,1	/53,9	1679/44,1
- психиатрия	-	7768/205,6	-	8211/216,9	/204,5	9303/244,6
- наркология	-	7141/189,0	-	6938/183,2	/165,5	7019/184,6
- сифилис	-	1411/37,3	-	1326/35,0	/35,0	1099/28,9

- гонорея	-	2771/73,2	-	2307/60,9	/70,9	2453/64,5
Коэффициент смертности населения (на 1000 населения)	-	13,1	11,8	12,4	12,8	12,2
Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 000 населения)	-	549,1	518,5	528,7	525,0	502,9
Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний (на 100 000 населения)	-	833,3	749,9	734,8	800,0	655,1
Смертность населения от онкологических заболеваний (на 100 000 населения)	-	176,3	177,4	180,5	185,0	183,5
Смертность населения от внешних причин (на 100 000 населения)	-	138,0	127,1	128,9	135,0	118,8
Смертность населения в результате ДТП (на 100 000 населения)	-	17,7	17,5	20,5	15,5	18,0
Смертность от туберкулеза (на 100 000 населения)	-	9,0	10,0	8,0	9,05	7,0
Охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза (в %)		98,6	95% от годового запланированного количества населения	93,7	95 % от годового запланированного количества населения	96,7
Материнская смертность (на 100 000 родившихся живыми)	-	12,3	13,7	13,8	13,7	10,8
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	-	5,6	5,6	5,0	6,5	6,4
Объем амбулаторно-поликлинической помощи (число посещений на 1 жителя)	8,01	8,36	9,576	9,44	9,813	9,38
Объем медицинской стационарной помощи (число койко-дней на 1 жителя)	2,42	2,42	2,433	2,38	2,419	2,35
Объем медицинской помощи в дневных стационарах (число пациенто-дней на 1 жителя)	0,51	0,507	0,516	0,515	0,609	0,544

Объем оказанной скорой медицинской помощи (число вызовов на 1 жителя)	0,164	0,31	0,297	0,31	0,302	0,31
Сроки ожидания плановой госпитализации при получении первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров	60 дней	60 дней	60 дней	60 дней	60 дней	60 дней
Сроки ожидания плановых консультаций при получении первичной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней
Сроки ожидания диагностических исследований при получении первичной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней
Сроки ожидания плановых консультаций при получении специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней
Сроки ожидания диагностических исследований при получении специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней
Сроки ожидания плановой диагностической компьютерной и ядерно-магнитно-	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней	30 дней

резонансной томографии						
Среднегодовая занятость койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения, дней		342	345	341	345	346
Средняя длительность пребывания больного на круглосуточной койке, дней	-	11,2	11,5	11,1	11,2	11,0
Размер дефицита обеспеченности врачебными кадрами			36,5%	3,4%	3473 человека	533,75 человека или 3,1%
Охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления онкологических заболеваний					50% от годового запланированного количества населения	

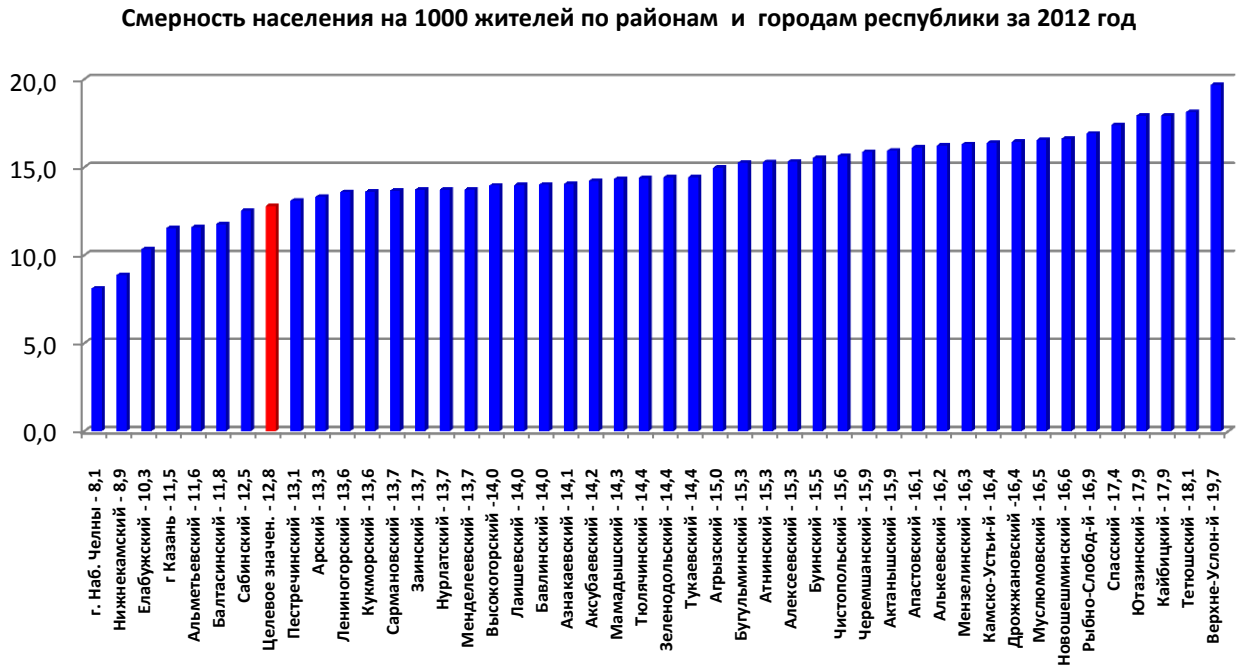
В рамках ведомственного контроля качества медицинской деятельности Министерством здравоохранения РТ проводится анкетирование граждан по вопросам удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи.

Согласно данным мониторинга, осуществляемого на территории республики, удовлетворённость населения медицинской помощью ежегодно растет. Так, в 2012 году она составила 60,6%, что выше на 14,1% показателя 2010 года.

Запланированные на 2011,2012 годы значения показателя«Удовлетворенность потребности населения в высокотехнологичной помощи» не достигнуты на 1,6 пункта.

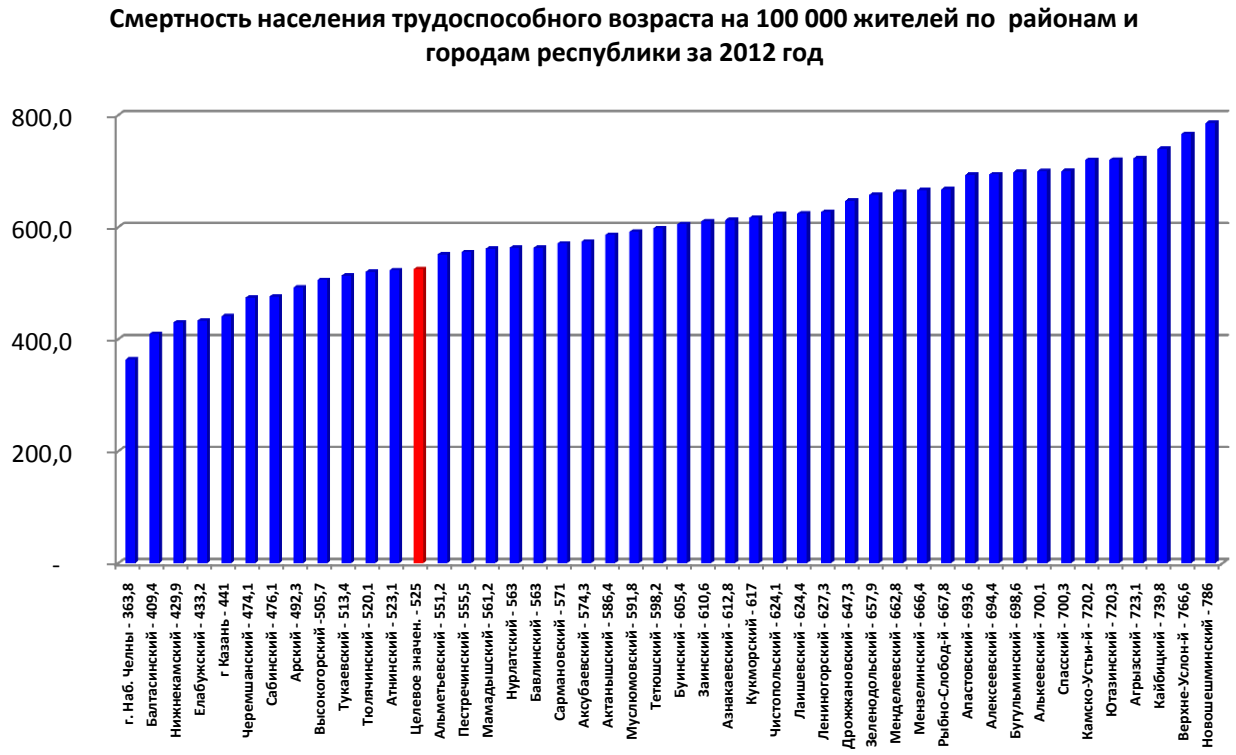
В рассматриваемом периоде продолжились положительные тенденции, проявляющиеся в снижении уровня смертности населения в целом по республике. Коэффициент смертности населения по сравнению с 2010 годом сократился на 6,9 процентов и составил в 2012 году 12,2 на 1000 среднегодового постоянного населения.Низкие показатели общей смертности населения зарегистрированы в г.Наб.Челны (8,1 на 1000 населения), г.Казань (11,5), Нижнекамском (8,9), Елабужском (10,3), Альметьевском (11,5) районах. Высокие показатели общей смертности зарегистрированы в Верхнее-Услонском (19,7 на 1000 населения), Тетюшском (18,1), Кайбицком (17,9), Ютазинском (17,9) районах. Фактический показатель «Коэффициент смертности населения» в 2011 году выше запланированного на 0,6 пунктов, в 2012 году – не достиг запланированного уровня на 0,6 пунктов.

Диаграмма № 24



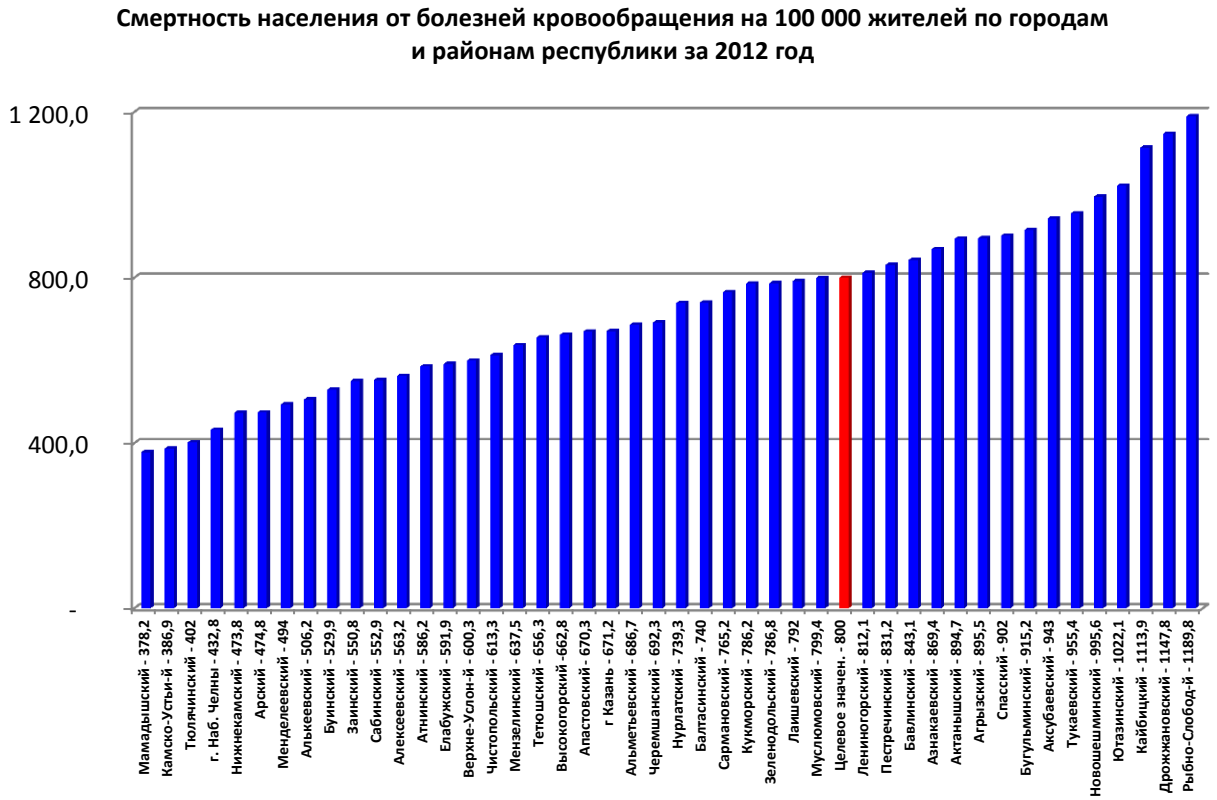
Смертность населения в трудоспособном возрасте ежегодно снижается. Так, в 2011 году по сравнению с предыдущим годом смертность населения трудоспособного возраста снизилась на 20,4 случаев на 100 тыс. населения или на 4,0%, в 2012 году - снизилась по сравнению с предыдущим годом на 25,8 случаев или на 5,1%. В 2012 году низкие показатели смертности населения в трудоспособном возрасте зарегистрированы в г. Набережные Челны (363,8), Балтасинском (409,4), Нижнекамском (429,9), Елабужском (433,2), Черемшанском (474,1) районах. Высокие показатели - в Новошешминском (786,0), Верхнеуслонском (766,6), Кайбицком (739,8), Агрызском (723,1), Ютазинском (720,3), Камско-Устьинском (720,2) районах. Фактический показатель «Смертность населения в трудоспособном возрасте» в 2011 году выше запланированного на 10,2 пунктов, в 2012 году – не достиг запланированного уровня на 22,1 пункта.

Диаграмма № 25



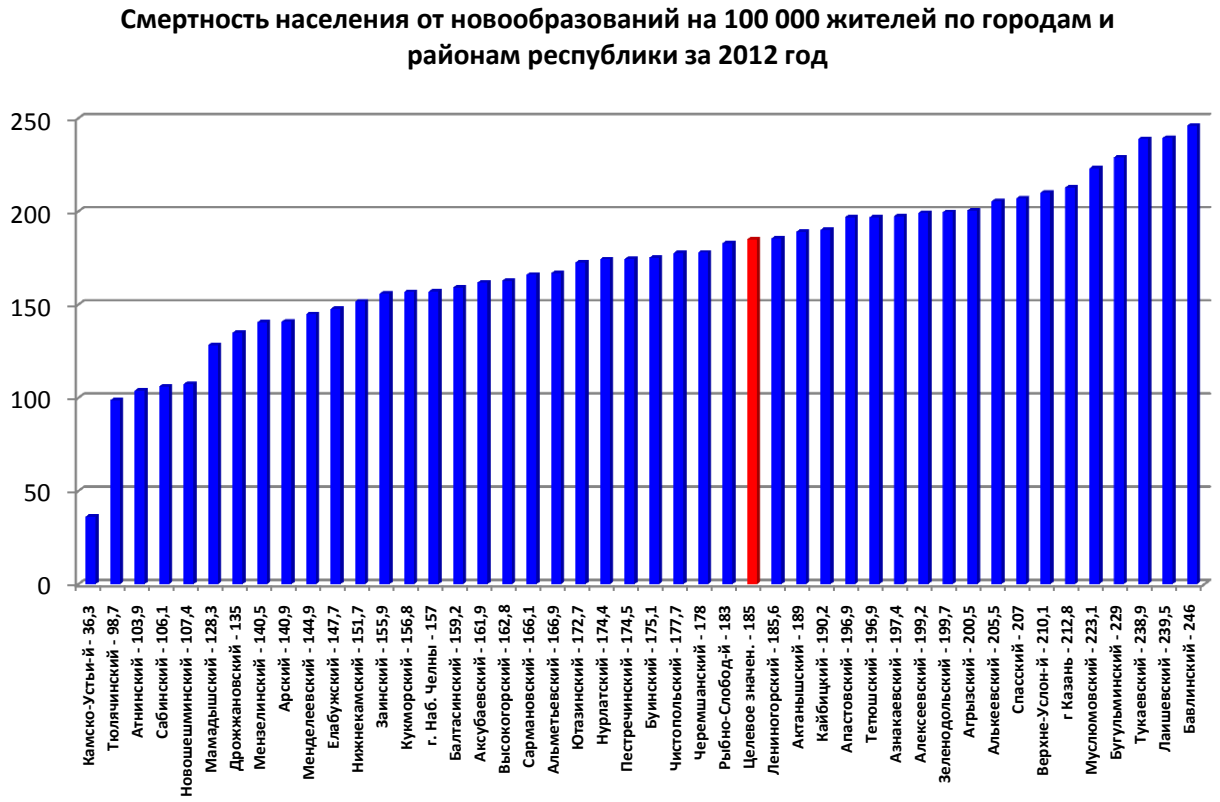
В структуре смертности населения ведущее место занимают болезни системы кровообращения. Так, в 2010 году от болезней системы кровообращения умерло 63,4%от общего числа умерших, в 2011 году – 59,3%, в 2012 году –53,7%.Смертность от болезней системы кровообращения в 2012 году составила 655,1 случаев на 100 тыс. населения, что на 178,2 случаев (21,4%) ниже значения 2010 года (833,3 случая на 100 тыс. населения), на 79,7 случаев (12%) ниже значения 2011 года (734,8 случая на 100 тыс. населения). Низкие показатели смертности от болезней системы кровообращения зарегистрированы в г. Набережные Челны (432,8 на 100 тыс. населения), Нижнекамском (473,8), Арском (474,8), Мамадышском (378,2), Камско-Устьинском (386,9), Тюлячинском (402,0) районах, высокие - в Кайбицком (1113,9 на 100 тыс. населения), Рыбно-Слободском (1189,8), Дрожжановском (1147,8), Ютазинском (1022,1) районах. Фактический показатель «Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний» в 2011,2012 годы не достиг запланированного уровня на 15,1 и 144,9 пункта соответственно.

Диаграмма № 26



Второе место в структуре смертности занимает смертность от онкологических заболеваний (2010 – 13,4%, 2011 – 14,6%, 2012 – 15,1%). В 2012 году по сравнению с 2010 годом показатель смертности от онкологических новообразований вырос на 4% и составил 183,5 случаев на 100 тыс. населения, в сравнении с 2011 годом (180,5) - вырос на 1,7% или на 3 случая на 100 тыс. населения.В 2012 году низкие показатели смертности от онкологических заболеваний зарегистрированы в Камско-Устьинском (36,3 случая на 100 тыс. населения), Тюлячинском (98,7) районах, высокие - в Бавлинском (246,0), Лаишевском (239,5), Тукаевском(238,9) районах. Фактический показатель «Коэффициент смертности населения от онкологических заболеваний» в 2011 году превысил запланированный на 3,1 пункта, в 2012 году – не достиг запланированного уровня 1,5 пункта.

Диаграмма № 27

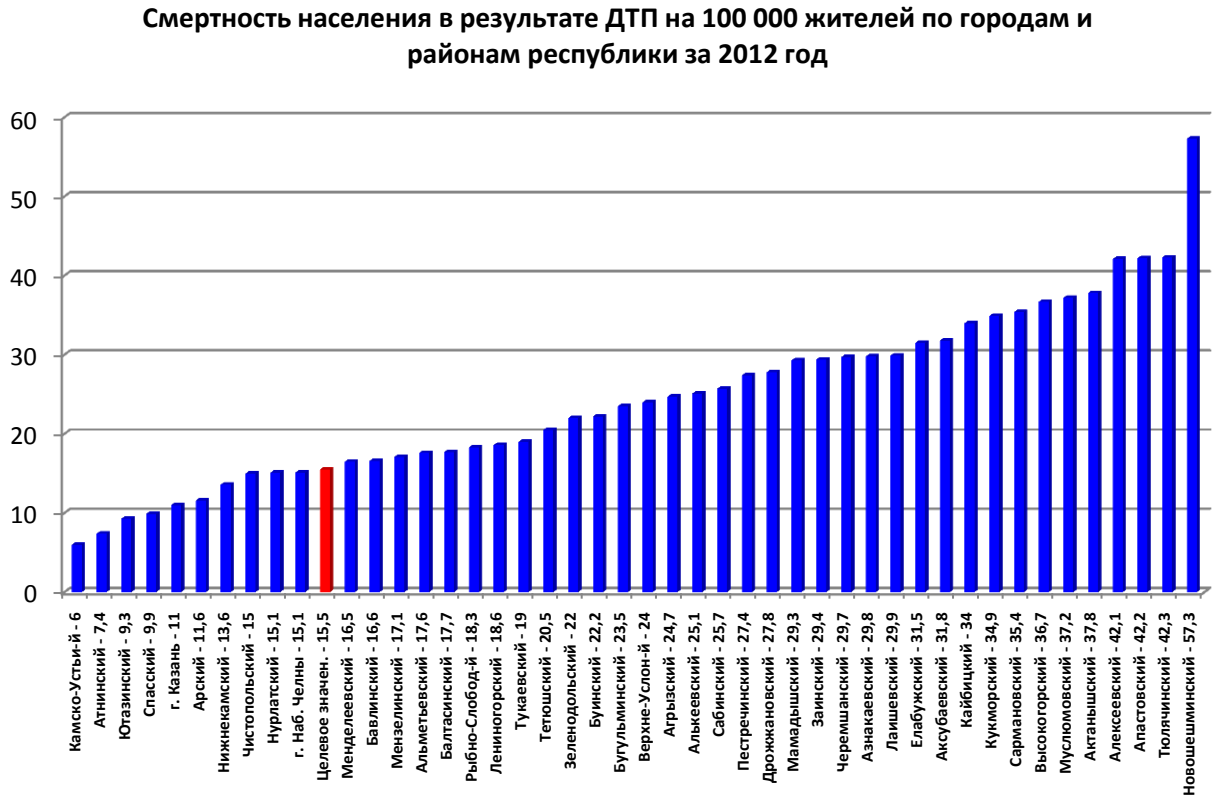


Третье место в структуре смертности занимает смертность от внешних причин.Так, в 2010 году от внешних причин умерло 10,5% от общего числа умерших, в 2011 году – 10,4%, в 2012 году –9,7%. В 2012 году по сравнению с 2010 годом смертность от внешних причин снизилась на 13,9% и составила 118,8 случаев на 100 тыс. населения, в сравнении с 2011 годом (128,9) - снизилась на 8% или на 10,1 случаев на 100 тыс. населения. В 2012 году низкие показатели смертности от внешних причин зарегистрированы в г. Набережные Челны (81,1 случаев на 100 тыс. населения), г. Казань (92,2), Балтасинском (91,4), Тукаевском (97,7) районах. Высокие показатели смертности от внешних причин в 2012 году зарегистрированы в Кайбицком (217,3), Алексеевском (229,9), Менделеевском (223,9), Верхне Услонском (198,1) районах. Фактический показатель «Коэффициент смертности населенияот внешних причин» в 2011 году превысил запланированный на 1,8 пункта, в 2012 году – не достиг запланированного уровня на 16,2 пункта.

Диаграмма № 28

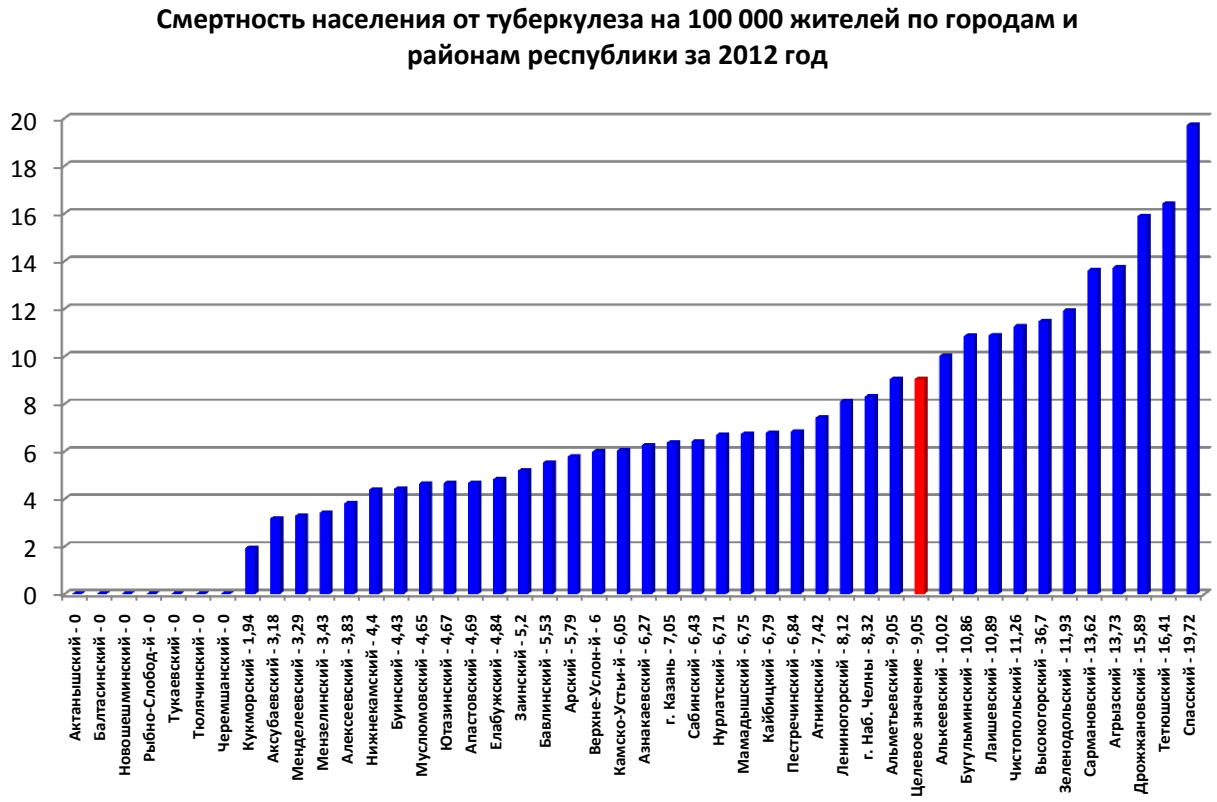
Показатель смертности населения в результате дорожно-транспортных происшествий устойчивой тенденции не имел. Так, в 2011 году смертность в результате ДТП увеличилась на 2,8 случая на 100 тыс. населения или на 15,8%. В 2012 году произошло снижение на 2,5 случая на 100 тыс. населения или на 12,2%. Фактический показатель «Смертность населения в результате ДТП» в 2011,2012 годы превысил запланированный на 3,0 и 2,5 пункта соответственно.

Диаграмма № 29



Наблюдается устойчивая тенденция снижения смертности от туберкулеза. Так, в 2012 году смертность от туберкулеза уменьшилась по сравнению с 2010 годом на 2,0 случая на 100 тыс. населения или на 22,2%, по сравнению с 2011 годом – на 1 случай на 100 тыс. населения или на 12,5%. Фактический показатель «Смертность населения от туберкулеза» в 2011,2012 годы не достиг запланированных значений на 2,0 и 2,05 пунктов соответственно.

Диаграмма № 30

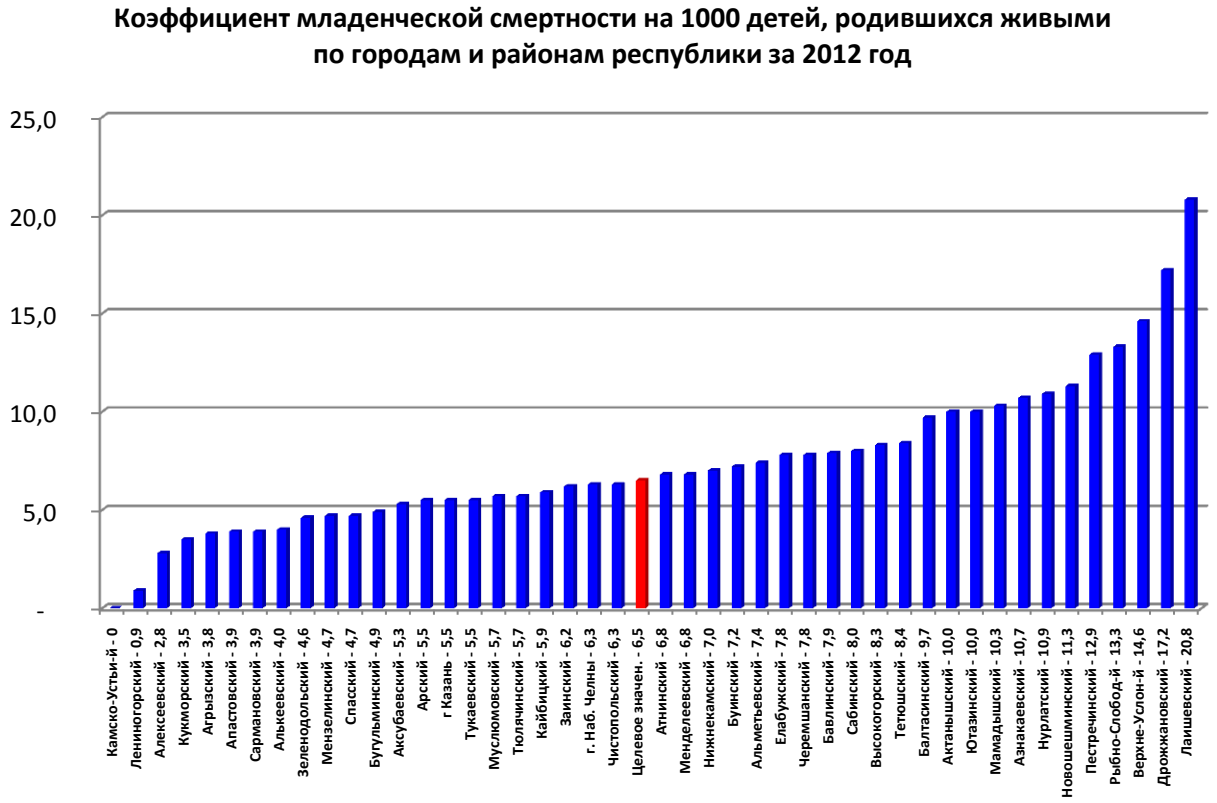


Рост рождаемости отмечается с 2007 года. За проверяемый период рождаемость возросла на 12,4% с 12,9 в 2010 году до 14,5 в 2012 году. В 2011 году родилось 50 777 ребенка, что на 1986 ребенка больше чем в 2010 году. За 2012 год по сравнению с 2011 годом родилось на 4 514 детей больше (рост составил 8,2%. По сравнению с Российской Федерацией и Приволжским федеральным округом показатель рождаемости в республике выше на 9% и 9,9% соответственно. Лучшие показатели зарегистрированы в г.Наб.Челны (15,8 на 1000 населения), Кукморском (16,5),Муслюмовском (16,3), Сабинском (16,0), Ютазинском районах (15,6), г.Казани (15,4).

Коэффициент материнской смертности не имеет определенной динамики. Так, в 2011 году коэффициент материнской смертности увеличился на 1,5 случаев на 100 тыс. детей родившихся живыми или на 12,2% по сравнению с 2010 годом (12,3) и достиг 13,8 случаев. В 2012 году коэффициент материнской смертности уменьшился на 3,1 случая на 100тыс. детей родившихся живыми или на 22,5% и составил 10,8. Число женщин, умерших от причин, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом на 100

тыс. детей родившихся живыми составило в 2010 году – 6 человек, в 2011 году – 7 человек, в 2012 году - 6 человек (зарегистрировано по 1 случаю - в Зеленодольском и Рыбно-Слободском районах, г.г. Альметьевск и Нижнекамск, 2 случая - в г.Наб.Челны). В структуре материнской смертности лидирует: в 2010 году – эмболические осложнения (50,0%), в 2011 году – акушерская патология (42,8%; кровотечение), в 2012 году – экстрагенитальная патология (50%). Фактический показатель «Материнская смертность» в 2011 году превысил запланированный на 0,1 пункт, в 2012 году – не достиг запланированных значений на 2,9 пункта.

Диаграмма № 31



Коэффициент младенческой смертности не имеет определенной тенденции. В 2011 году коэффициент младенческой смертности по сравнению с 2010 годом уменьшился на 0,6 пунктов или на 10,7%. В 2012 году коэффициент младенческой смертности увеличился на 28% в сравнении с 2011 годом (5,0). Высокие показатели младенческой смертности зарегистрированы:

- в 2010 году в Актанышском (14,1 случаев на 1000 детей родившихся живыми), Камско-Устьинском (12,3), Высокогорском (11,7), Тетюшском (11,5) районах;
- в 2011 году в Бавлинском (15,9случаев на 1000 детей родившихся живыми), Сабинском (14,0), Муслюмовском (12,1), Тюлячинском (11,8);

- в 2012 году – Лаишевском (20,8 случаев на 1 000 детей родившихся живыми), Дрожжановском (17,2), Верхнеуслонском (14,6), Рыбно-Слободском (13,3) районах.

Фактический показатель «Младенческая смертность» в 2011,2012 годы не достиг запланированных значений на 0,6 и 0,1 пункта.

В 2012 году фактическое число лицв возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, составило 20 257 человек или 65,9 случаев на 10 тысяч населения, что не превышает запланированные показатели на 2776 человек или 12,1%.

Целевое значение по показателю «Охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза» на 2011, 2012 годы установлено в размере 95% от годового запланированного количества населения. Фактически профилактическими осмотрами охвачено в 2011 году – 93,7% (не достигает планового значения на 1,3%), в 2012 году – 96,7% (превышает запланированный показатель на 1,7%).

Целевое значение по показателю «Объем амбулаторно-поликлинической помощи (число посещений на 1 жителя)» установлено в размере 8,01 посещение на 1 жителя в 2010 году, 9,576 посещений в 2011 году, 9,813 посещений в 2012 году. Фактическое число посещений на 1 жителя составило в 2010 году – 8,36, что больше запланированного показателя на 4,5%. В 2011-2012 годы запланированные показатели не достигнуты на 1,4% и 4,4% соответственно.

Целевое значение по показателю «Объем медицинской стационарной помощи (число койко-дней на 1 жителя)» установленов размере 2,42 койко-дня на 1 жителя в 2010 году, 2,433 койко-дня в 2011 году, 2,419 койко-дня в 2012 году. В 2010-2012 годы запланированные показатели не достигнуты на 0,5%, 2,2% и 2,9% соответственно.

Целевое значение по показателю «Объем медицинской помощи в дневных стационарах (число пациенто-дней на 1 жителя)» установленов размере 0,51 пациенто-дня на 1 жителя в 2010 году, 0,516 пациенто-дня в 2011 году, 0,609 пациенто-дня в 2012 году. В 2010-2012 годы запланированные показатели не достигнуты на 0,59%, 0,2% и 10,7% соответственно.

Целевое значение по показателю «Объем оказанной скорой медицинской помощи (число вызовов на 1 жителя)» установленов размере 0,164 вызова на 1 жителя в 2010 году, 0,297 вызова в 2011 году, 0,302 вызова в 2012 году. В 2010-2012 годы запланированные показатели перевыполнены на 89,0%, 4,4% и 2,6% соответственно.

По показателям «Сроки ожидания плановой госпитализации при получении первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров», «Сроки

ожидания плановых консультаций при получении первичной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», «Сроки ожидания диагностических исследований при получении первичной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», «Сроки ожидания плановых консультаций при получении специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», «Сроки ожидания диагностических исследований при получении специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», «Сроки ожидания плановой диагностической компьютерной и ядерно-магнитно-резонансной томографии» целевые значения по данным Министерства в 2010-2012 годы достигнуты. Однако, проверить факт выполнения сроков ожидания не представляется возможным в связи с отсутствием форм статистической отчетности, предусматривающих данные показатели.

Фактическая обеспеченность врачами на 10 000 населения составила 32,6 человека в 2010 году, 32,1 человека в 2011 году, 32 человека в 2012 году. Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 000 населения составила 99,4 человека в 2010 году, 92,3 человека в 2011 году, 91,4 человека в 2012 году.

В 2011 году средняя занятость койки составила 341 день, что меньше запланированного показателя на 1,2%, в 2012 году данный показатель перевыполнен на 0,3% (346 дней).

Показатель средней длительности пребывания больного на койке круглосуточного пребывания в 2011-2012 годы не выполнены на 0,4 дней и 0,2 дней соответственно.

В Министерство здравоохранения РТ за 2012 год по всем вопросам поступило 10770 обращений, что больше на 39,8% в сравнении с 2011 годом (7705) и на 94,4% в сравнении с 2010 годом (5540). Из поступивших обращений на долю письменных приходится в 2010 году – 66,1%, в 2011 году – 60,2%, в 2012 году – 57,6%. Преобладающее число обращений зарегистрировано по вопросам оказания медицинской помощи (в 2010 году – 23%, в 2011 году – 26,3%, в 2012 году – 19,3%) и прочим вопросам (в 2010 году – 19,8%, в 2011 году – 13,9%, в 2012 году – 17,2%).

Тема льготного лекарственного обеспечения остается одной из наиболее приоритетных. По вопросам обеспечения лекарственными препаратами поступило в 2010 году – 7,1% от общего числа обращений, в 2011 году – 7,0%, в 2012 году – 5,5%. Значительное число обращений поступает по вопросам качества оказания медицинской помощи. Так, в 2010 году поступило 6,7% обращений от их общего числа, в 2011 году – 5,9%, в 2012 году – 10,5%.

Таблица № 48

Обращения граждан в Министерство здравоохранения Республики Татарстан

Виды обращений:	**2010 год**	**2011 год**	**2012 год**
ВСЕГО:	**5540**	**7705**	**10770**
устные	1881	3069	4570
Письменные, в том числе:	3659	4636	6200
- оказание медицинской помощи	1281	2024	2073
- об обеспечении лекарственными препаратами	392	535	586
- кадровые вопросы	190	158	164
- качество оказания медицинской помощи	371	457	1126
- по вопросам медико-социальной экспертизы (МСЭ)	112	189	125
- жалобы на закрытие медицинских учреждений	31	42	7
- вопросы, связанные с направлением на санаторно-курортное лечение	46	62	63
- благодарности	141	99	204
- другие	1095	1070	1852

Таблица № 49

Обращения застрахованных лиц в ТФОМС РТ и страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Татарстан, в 2010-2012 гг. (абс.)

Виды обращений	**2010 год**			**2011 год**			**2012 год**		
	ТФОМС	СМО	Всего	ТФОМС	СМО	Всего	ТФОМС	СМО	Всего
Всего обращений, в том числе:	2177	238 032	**240 209**	2 062	862 217	**864 279**	1 835	527 996	**529 831**
- по телефону «горячей линии»	16	60 209	**60 225**	671	152 515	**153 186**	1 158	131 334	**132 492**
- по сети «Интернет»	X	X	X	53	408	**461**	83	630	**713**
Жалобы	41	1 008	**1 049**	83	1 647	**1 730**	71	4 901	**4 972**
Заявлений, всего: в т.ч.	253	87 805	**88 058**	45	572 222	**572 267**	7	315 707	**315 714**
- о выделении средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных	2	9	**11**	0	0	0	0	0	**0**

гарантий оказания бесплатной медицинской помощи									
- о выборе и замене СМО, в том числе:	X	X	X	5	559 641	**559 646**	0	307 874	**307 874**
- о выборе СМО	X	X	X	5	511 856	**511 861**	0	306 107	**306 107**
- о замене СМО	X	X	X	0	47 785	**47 785**	0	1 767	**1 767**
- о выдаче дубликата (переоформлении) полиса ОМС, в том числе:	250	87 507	**87 757**	36	12 483	**12 519**	0	7 743	**7 743**
- о переоформлении полиса	X	X	X	36	2 213	**2 249**	0	4 624	**4 624**
- о выдаче дубликата полиса	X	X	X	0	10 270	**10 270**	0	3 119	**3 119**
- другие,	1	289	**290**	4	98	**102**	7	90	**97**
Обращения за консультацией (разъяснением), в том числе:	1 883	149 196	**151 079**	1 934	288 347	**290 281**	1 757	207 385	**209 142**
- об обеспечении полисами ОМС в т.ч.:	1 420	111 894	**113 314**	1 473	208 746	**210 219**	1 214	133 566	**134 780**
- об обеспечении полисами ОМС иностранных граждан, беженцев	X	X	X	1	2	**3**	4	188	**192**
- о выборе МО в сфере ОМС	31	2 093	**2 124**	35	2 936	**2 971**	24	3 008	**3 032**
- о выборе врача	10	1 823	**1 833**	9	1 713	**1 722**	9	1 452	**1 461**
- о выборе или замене СМО	7	123	**130**	4	1 981	**1 985**	79	4 332	**4 411**
- об организации работы МО	176	4 013	**4 189**	56	9 957	**10 013**	64	15 440	**15 504**
- о санитарно-гигиеническом состоянии МО	0	688	**688**	0	466	**466**	0	97	**97**
- об этике и деонтологии медицинских работников	9	713	**722**	1	644	**645**	4	303	**307**
-о качестве медицинской помощи	18	746	**764**	17	1 568	**1 585**	21	1743	**1764**
- о лекарственном обеспечении при оказании медицинской помощи	62	3 317	**3 379**	55	2 560	**2 615**	43	1 232	**1 275**
- об отказе в оказании	49	959	**1 008**	79	4 134	**4 213**	31	3 278	**3 309**

медицинской помощи по программам ОМС									
- о получении медицинской помощи по базовой программе ОМС вне территории страхования	X	X	X	8	13	**21**	52	1 189	**1 241**
- о взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС	47	1 966	**2 013**	44	3 264	**3 308**	38	2 794	**2 832**
- о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи по программам ОМС	X	X	X	0	32	**32**	72	1024	**1096**
- о платных медицинских услугах, оказываемых в МО	X	X	X	0	9	**9**	26	351	**377**
- другие	54	20861	**20 915**	153	50 324	**50 477**	80	37 576	**37 656**
Предложения		23	**23**		1	**1**		3	**3**

В 2010 году в Территориальный Фонд ОМС и страховые медицинские организации поступило 240 209 обращений. Увеличение количества обращений в 2011 году (в 3,6 раза по сравнению с 2010 годом, 864 279 обращений) связано с ростом количества заявлений о выборе и замене СМО, в связи с принятием Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ. В 2012 году от застрахованных лиц поступило 529 831 обращение или на 38,7% меньше по сравнению с 2011 годом, более трети обращений (39,5%) касалась консультаций, в основном, по вопросам обеспечения полисами обязательного медицинского страхования (64,4%) и организации работы медицинских организаций (7,4%).

В 2010 году в Фонд и страховые медицинские организации поступило 1 049 жалоб, в 2011 году – 1 730 или в 1,7 раза больше по сравнению с предыдущим годом. В 2012 году количество жалоб, поступивших в Фонд и СМО, по сравнению с 2011 годом, увеличилось в 2,9 раза с 1730 до 4972 соответственно.

Из поступивших в 2010-2012 годы жалоб признаны обоснованными 865, 1584, 2 243 соответственно. Удельный вес их в общем количестве поступивших жалоб составил в 2010 году - 82,2%, в 2011 году - 91,6%, в 2012 году – 45,1%. Структура причин обоснованных жалоб по видам обращений приведена в таблице № 50.

Таблица №50

Структура причин обоснованных жалоб по видам обращений

Виды обращений	2010 год		2011 год		2012 год	
	кол-во	уд. вес	кол-во	уд. вес	кол-во	уд. вес
Жалобы признаны обоснованными, из них:	865	100	1 584	100	2 243	100
- организация работы медицинских организаций	290	33,5	567	35,8	639	28,5
- взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС	213	24,6	194	12,2	226	10,1
- отказ в медицинской помощи по программе ОМС	169	19,5	607	38,3	855	38,1
- качество медицинской помощи	56	6,5	87	5,5	112	5,0
- выбор врача	37	4,3	17	1,1	7	0,3
- выбор медицинской организации	36	4,2	41	2,6	33	1,5
- этика и деонтология медицинских работников	27	3,1	33	2,1	171	7,6
- обеспечение полисами ОМС	26	3,0	6	0,4	-	-
- санитарно-гигиеническое состояние медицинских организаций	6	0,7	3	0,2	24	1,1
- лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи	4	0,5	28	1,8	15	0,7
- выбор или замена СМО	-	-	1	0,1	4	0,2
- материально-техническое обеспечение медицинских организаций	-	-	-	-	150	6,7
- неисполнение СМО обязанностей по договору	-	-	-	-	7	0,3
- прочие причины	1	0,1	-	-	-	-

В 2011-2012 годы в структуре причин обоснованных жалоб лидировали обращения по нарушению прав граждан, связанные с отказами в предоставлении медицинской помощи по программе ОМС (2010 – 19,5%, 2011 – 38,3%, 2012 - 38,1%), жалобы по организации работы медицинскихучреждений (2010 – 33,5%, 2011 – 35,8%, 2012 - 28,5%), по взиманию денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС (2010 – 24,6%, 2011 – 12,2%, 2012 - 10,1%).

Таблица № 51

Спорные случаи, разрешенные в досудебном порядке, в 2010-2012 годы

	Количество случаев, всего:	из них: удовлетворено	из них с материальным возмещением	в том числе
				сумма, возмещенная МО (рублей)
2010 год				
ТФОМС	25	23	3	1 638,0
СМО	837	740	99	176 301,0
Всего	862	763	102	177 939,0
2011 год				
ТФОМС	71	67	1	2 000,0
СМО	1513	1465	110	201 564,0
Всего	1584	1532	111	203 564,0

2012 год				
ТФОМС	60	58	4	3 478,0
СМО	2183	1607	88	155 916,0
Всего	2243	1665	92	159 394,0
2010-2012 гг.				
ТФОМС	**156**	**148**	**8**	**7 116,0**
СМО	**4533**	**3812**	**297**	**533 781,0**
Всего	**4689**	**3960**	**305**	**540 897,0**

В 2012 году 2 243 обоснованные жалобы рассмотрены в досудебном порядке, удовлетворено 1 665 жалоб (74%), общая сумма материального возмещения составила 159 394 рубля, сумма материального возмещения в среднем на один случай составила 1 732,5 руб. (2011г. - 1 833,9 руб.).

В судебном производстве в 2012 году находилось 42 исковых заявления (все иски были инициированы пациентами), рассмотрено – 29, из которых 19 удовлетворены на сумму возмещения ущерба 1 212 тыс. рублей. Количество удовлетворенных исков по сравнению с 2011 годом увеличилось в 2,1 раза (с 9 до 19 соответственно).

Таблица № 52

Информация о судебных исках в сфере ОМС за 2010-2012 годы

Годы	2010 год	2011 год	2012 год
Судебные иски, поданные за отчетный год	20	30	31
Находилось в производстве (с учетом переходных исков с предыдущего года)	26	38	42
Рассмотрено (с учетом переходных исков с предыдущего года)	20	26	29
Удовлетворено исков	13	9	19
Сумма возмещения (руб.)	233 899	96 719	1 212 000
Сумма возмещения на один удовлетворенный иск (руб.)	17 992,2	10 746,6	63 789

Сумма возмещения ущерба по удовлетворенным судебным искам в среднем составила 63 789 руб. на один удовлетворенный иск, что в 6 раз выше аналогичного показателя в 2011 году.

Лидирующее место среди причин удовлетворенных судебных исков занимает качество оказания медицинской помощи (78,9%), на втором месте в структуре причин удовлетворенных исков – взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС (15,8%).

Деятельность по защите прав застрахованных лиц осуществляли:

- в 2010 году 351 человек, из них: штатные сотрудники - 204 (Фонд – 52, СМО – 152) и внештатные медицинские эксперты - 147;

- в 2011 году 394 человека, из них: штатные сотрудники - 218 (Фонд – 47, СМО – 171) и внештатные медицинские эксперты – 176;
- в 2012 году 467 человек, из них: штатные сотрудники - 230 (Фонд – 68, СМО – 162) и внештатные медицинские эксперты – 237.

За время работы к представителям страховых медицинских организаций обратилось 285 человек за консультацией по вопросам оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и 16 человек с жалобами, 14 жалоб были признаны обоснованными, из них удовлетворено 13 (92,9%).

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Основной задачей контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию является защита застрахованных лиц на получение медицинской помощи надлежащего объема и качества, на условиях, установленных территориальной программой ОМС. Контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, а также экспертизы качества медицинской помощи, в том числе повторно (реэкспертиза).

Медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи осуществляется тремя страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС на территории республики, в соответствии с планом проверок медицинских организаций, согласованным Фондом ОМС.

Экспертиза качества медицинской помощи (далее – КМП) проводится экспертами КМП, включенными в территориальный реестр экспертов на территории Республики Татарстан. В 2012 году в территориальном реестре экспертов КМП было зарегистрировано 215 врачей по 48 специальностям.

Тематические экспертизы КМП проводятся страховыми медицинскими организациями и Фондом. Тематика экспертиз определяется Фондом.

В 2012 году в рамках контроля объемов, сроков и условий предоставления медицинской помощи страховыми медицинскими организациями проведена медико-экономическая экспертиза 487342 страховых случаев (в 2011 году – 491843). Установленные нормативными документами объемы медико-экономических экспертиз выполнены. Фондом проведено 16 371 МЭЭ, в том числе 15 269 - повторных. Сумма удержаний по результатам МЭЭ составила в 2012 году 35 168,6 тыс. рублей (в 2011 году – 19 069,6тыс. рублей).

В 2012 году страховыми медицинскими организациями было проведено 223 096 экспертиз качества медицинской помощи, что на 14,5 % больше, чем в 2011 году (194142). Установленные нормативными документами объемы экспертиз качества медицинской помощи были выполнены по всем направлениям. Фондом проведено 11 577 экспертиз качества медицинской помощи, в том числе 9 991 – повторно. По сравнению с 2011 годом сумма финансовых санкций по результатам ЭКМП увеличилась в 4,2 раза и составила 32 743,5 тыс.рублей (в 2011 году - 7 783,2 тыс.рублей). Финансовая результативность на одну экспертизу качества медицинской помощи (размер финансовых удержаний на один экспертный случай) составила 139,52 рублей, что в 3,5 раза больше, чем в 2011 году (39,11 рублей).

По сравнению с 2011 годом более чем в три раза увеличилась доля тематических экспертиз качества медицинской помощи (по определенной тематике - заболеваниям, летальности и т.д.) и составила 54% от общего количества экспертиз (федеральный норматив - не менее 40%).В 2012 году в 69 медицинских организациях при проведении 6716 тематических экспертиз качества медицинской помощи были внедрены 17 индикаторов качества медицинской помощи по 6 социально приоритетным заболеваниям (острый инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, сахарный диабет инсулинозависимый, внебольничная пневмония).

В 2012 году Фондом внедрен новый методологический подход к проведению очных экспертиз качества медицинской помощи, как виду проспективногоконтроля (на момент получения пациентом медицинской помощи). Всего в 24 медицинских организациях по 7 профилям медицинской помощи проведено 710 очных экспертиз качества медицинской помощи, предоставленной по федеральным стандартам в рамках реализации программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011-2012 гг.».

В соответствии с требованиями федерального законодательства в сфере ОМС в рамках контроля деятельности страховых медицинских организаций Фондом в 2012 году проведено плановых повторных экспертиз (реэкспертиза) 25 260 страховых случаев (в 2011 году – 9 337). По сравнению с 2011 годом удельный вес повторной экспертизы увеличился в 2,5 раза.

По результатам проведения реэкспертизы экспертное заключение СМО и Фонда совпало в 97,4% (в 2011 году – 94%). Высокий удельный вес совпавших экспертных заключений свидетельствует об объективности и достоверности экспертизы, которая проводится страховыми медицинскими организациями.

Таблица № 53

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проведенный ТФОМС Республики Татарстан и СМО, в 2010-2012 годы

Рассмотрено страховых случаев (СМО и ТФОМС)		**2010 год**		**2011 год**		**2012 год**	
		МЭЭ*	ЭКМП**	МЭЭ	ЭКМП	МЭЭ	ЭКМП
СМО		374 589	41 835	491 843	194 142	487 342	223 096
ТФОМС (очная, тематическая, целевая, МТР), в т.ч.		2301	645	9 857	5353	16 371	11 577
реэкспертиза		-	-	4202	5135	15 269	9 991
ВСЕГО		**376 890**	**42 480**	**501 700**	**199 495**	**503 713**	**234 673**
финансовые результаты (СМО и ТФОМС)	удержано финансовых средств, (тыс. рублей)	16 552,7	6 220,0	19 069,6	7 783,2	34 397,2	32 674,9
	штрафные санкции, (тыс.рублей)	X	X	0,0	0,0	573,4	68,6
	Итого, (тыс. рублей)	**16 552,7**	**6 220,0**	**19 069,6**	**7 783,2**	**35 168, 6**	**32 743,5**

*МЭЭ – медико – экономическая экспертиза

**ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи

X – значение показателя отсутствует в форме отчетности № ПГ

Социологический опрос

В ходе аудита эффективности был проведен социологический опрос населения для оценки удовлетворенности граждан организацией, доступностью и качеством оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

В социологическом опросе участвовало 1534 респондента из 45 муниципальных образований республики.

В течение последних двух лет большинство респондентов (89,9%) обращались в медицинские учреждения за помощью, из них находились на лечении в больницах, медицинских центрах, родильных домах - 74%.

Уровень информированности пациентов о своих правах в области предоставления бесплатной медицинской помощи является низким. Более трети респондентов (33%) ничего не знают о видах бесплатной медицинской помощи, затруднились ответить - 30% респондентов.

Половина опрошенных (52%) положительно оценила качество медицинской помощи, оказанной в учреждениях здравоохранения республики. В тоже время более трети респондентов (38%) оценивают оказанную помощь неудовлетворительно.

Практически по всем аспектам (направлениям) обслуживания в медицинских учреждениях доля пациентов, удовлетворенных качеством обслуживания, превышает долю не удовлетворенных. Так, положительно оценивается санитарно-гигиеническое состояние помещений поликлиники (69%), отношение к пациентам со стороны медицинского персонала (60%), общее состояние здания, помещения, в котором располагается лечебно-профилактическое учреждение (59%), возможность проведения необходимых анализов, лабораторных обследований (55%), квалификация специалистов (54%). Однако половина респондентов (51%) ответили, что скорее не удовлетворены или полностью не удовлетворены укомплектованностью медицинских учреждений специалистами.Данные результаты сопоставимы с основными проблемами в сфере здравоохранения, отмеченными в ходе аудита, а именно, очереди на прием к врачам и невозможность попасть на прием к узкому специалисту поликлиники.

Основной проблемой в сфере здравоохранения в настоящий момент являются очереди на прием к врачам, этот вариант ответа указали 28% опрошенных, а также невозможность попасть на прием к узкому специалисту поликлиники (21%). Кроме того, проблемами являются большое количество платных медицинских услуг (13%), обеспеченность лекарственными средствами в стационаре\дневном стационаре (11%), плохая организация приема в поликлинике (11%) и медицинской помощи в стационаре (5%), длительные сроки ожидания плановой госпитализации (6%). В качестве проблем население также называет безразличное, зачастую грубое отношение медицинского персонала, нехватку грамотных специалистов.

Существует практика неофициальных выплат медицинским работникам за оказываемые услуги: обследования и лечение. Так, 41% пациентов указали, что им приходилось оплачивать услуги врачей (участковых и узких специалистов), 37% - оплачивать обследования (лабораторные, инструментальные).

В качестве причин, добровольной оплаты медицинской помощи населением, которая должна оказываться бесплатно 29% респондентов указали длительность ожидания приема конкретного специалиста, 22% респондентов – оплату за консультацию специалистов более высокой квалификации и 15% - консультацию специалистов в удобное для потребителя медицинских услуг время.

Согласно опросу имеются случаи отказа в предоставлении медицинской помощи. Так, 21% респондентов было отказано в консультации узких специалистов в поликлинике и 15% - в госпитализации в стационар, а также в лечении необходимыми лекарствами в стационаре/дневном стационаре и в проведении медицинских обследований (17%).

Лекарственная помощь является важнейшей частью лечебного процесса, поэтому получение качественной медицинской помощи в значительной степени зависит от доступности лекарственных средств. Половина респондентов (51%) указали на то, что им приходилось приобретать лекарственные средства и расходные материалы при лечении в стационаре.

По информации 57% опрошенных плановая госпитализация в стационар осуществляется в течение недели, четверть опрошенных респондентов указывают срок ожидания в течение одного месяца. Вместе с тем, 7,5% из числа опрошенных ожидали плановую госпитализацию в стационар более двух месяцев. Большинство респондентов (79%) отметили, что лечащий врач проводил осмотры ежедневно или через день, небольшая часть опрошенных (17%) - один или два раза в неделю. В то же время, 4% респондентов заявили об отсутствии осмотров лечащего врача во время нахождения в стационаре.

Лишь 29% респондентов имеют возможность оплачивать медицинские услуги, тогда как у большинства населения (71%) имеются финансовые затруднения. Данные результаты подтверждают необходимость и социальную значимость повышения качества медицинского обслуживания в государственных медицинских учреждениях, участвующих в реализации программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Основная часть опрошенных (42%) затруднилась оценить свои расходы в суммовом выражении и способы их оплаты (официально или неофициально), 8,6% респондентов – указали способы оплаты, но не сумму выплат за медицинскую помощь. Вторая по численности группа (19%) включает респондентов, предпочитающих оплачивать оказанные им медицинские услуги официально через кассу учреждения. Число граждан, ответивших, что оплата за медицинскую помощь производилась ими неофициально деньгами или подарками, составило 18% из числа опрошенных. То есть разница между способами оплаты населением оказанной медицинской помощи не существенна, что может свидетельствовать о достаточной распространенности неформальных схем оплаты и наличии причин, подталкивающих население к выбору именно неофициального способа оплаты медицинской помощи. Зачастую низкий уровень информированности пациентов о медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи приводит к тому, что услуга оплачивается дважды: пациентом и страховой медицинской организацией.

Диапазон сумм, оплаченных как официально, так и неофициально населением, принявшим участие в опросе довольно широк, и варьирует от 240 рублей до 100 000 рублей. Из опрошенных 200 человек (13%) указывают сумму расходов за оказанные им медицинские услуги до 5 000 рублей.

Анализ данных социологического опроса показал, что большинство респондентов считают, что в первую очередь необходимо улучшить организацию работы поликлиник и стационаров (17,8%), повысить доступность медицинской помощи (15%), и сократить количество платных услуг (14%). Значительное количество респондентов (12%) считают важным повысить уровень обеспеченности лекарствами и расходными материалами в стационарах, компетентность врачей, а также осуществлять работу по созданию уважительных, доверительных отношений между пациентом и медицинским персоналом. Важно отметить, что почти 29% (440 человек) опрошенных отмечают необходимость усилить меры по информированию населения о правах на получение бесплатной медицинской помощи.

Выводы и предложения

1. Территориальные программы государственных гарантий реализовывались на основании Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденных постановлениями Правительства Российской Федерации.
2. В структуре расходов на оказание медицинской помощи наибольшая доля приходится на расходы по Территориальной программе госгарантий (в 2010 – 90,6%, в 2011 – 91,5%, в 2012 – 91,7%), т.е. на оказание бесплатной медицинской помощи.
3. Стоимость Территориальной программы государственных гарантий ежегодно увеличивалась. Так, в 2011 году по сравнению с предыдущим годом ее стоимость увеличилась на 28,3%, в 2012 году – на 10,5%. При этом фактическая стоимость Территориальной программы госгарантий ежегодно не достигала утвержденной стоимости.
4. При ежегодном росте стоимости Территориальная программа госгарантий в 2010-2011 годы оставалась дефицитной. В 2012 году Программа госгарантий утверждена с профицитом, при этом по средствам ОМС - с дефицитом. Кроме того, утвержденные и фактически сложившиеся подушевые нормативы финансового обеспечения в 2010-2011 годы ниже федеральных.
5. В Программе госгарантий РФ установлены средние нормативы финансовых затрат (средние тарифы) по видам медицинской помощи. При формировании Территориальной программы госгарантий, средства выделяются в соответствии с данными средними тарифами. В настоящее время на внедрение новых технологий (например, пэт-диагностика и радионуклидные методы лечения и т.п.)по системе ОМС, средства выделяются в ограниченном объеме (экономия или высвобождаемых при оптимизации), что не позволяет

обеспечить доступность данных видов медицинской помощи населению региона.

6. Фактические финансовые затраты на единицу объема медицинской помощи по Программе государственных гарантий ежегодно увеличивались по всем видам помощи, при этом они не достигали уровня федеральных нормативов за исключением показателей по стационарной медицинской помощи в 2011, 2012 годы. Территориальная программа государственных гарантий, в том числе Территориальная программа ОМС по видам медицинской помощи, исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи сбалансирована не в полном объеме.

7. Утвержденные Территориальной программой государственных гарантий в 2010-2011 годы территориальные нормативы объемов медицинской помощи на 1 человека ниже федеральных по всем видам помощи, в 2012 году - ниже федеральных по скорой медицинской помощи и стационарной медицинской помощи, выше федеральных нормативов по амбулаторной помощи и по медицинской помощи в дневных стационарах. Фактически выполненные объемы медицинской помощи на 1 человека ниже федеральных нормативов по всем видам медицинской помощи.

8. Фактическое количество вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя в год превышало установленный в республике норматив. Фактическое количество койко-дней стационарной медицинской помощи на 1 жителя ежегодно снижалось, кроме того, в 2011-2012 года не достигли утвержденных нормативов. Отклонения утвержденных и выполненных показателей объемов медицинской помощи по видам в расчете на одного жителя может указывать на недостатки в планировании финансового обеспечения медицинской помощи.

9. Отмечена позитивная тенденция сокращения числа койко-дней, проведенных больными в стационарах в расчете на 1 жителя и тенденция увеличения числа пациенто-дней в расчете на 1 жителя по медицинской помощи в дневных стационарах. Указанное свидетельствует о перераспределении медицинской помощи с затратного стационарного вида на менее затратные.

10. Наибольший удельный вес в структуре кассовых расходов составляют расходы на оплату труда с начислениями (в среднем 60%) и на приобретение медикаментов и перевязочных средств, инструментария (в среднем 19%).

11. За анализируемый период увеличилось общее количество медицинских организаций – участников реализации Территориальной программы госгарантий, за счет медицинских учреждений негосударственной формы собственности. При этом количество учреждений здравоохранения, работавших в системе ОМС, снизилось со 162 до 152 организаций.

12. В 2010-2012 годы показатель обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом на 10 тысяч населения ежегодно снижался. Дефицит кадров, высокий уровень совместительства медицинских работников (коэффициент совместительства у врачей в среднем 1,6) предполагает повышенную нагрузку на персонал, что может оказывать влияние на качество медицинских услуг и доступность медицинской помощи населению, а также привести к частичному замещению бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами.

13. Существуют различия в оплате труда здравоохранение в рамках исполнения программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011-2012 годы» медицинского персонала работающего и неработающего по стандартам, врачей-специалистов и врачей общего профиля. Так, заработная плата медицинских работников, работающих по стандартам и врачей общего профиля выше, чем у неработающих по стандартам и у врачей-специалистов.

14. Полученные расчетным путем коэффициенты эффективности работы поликлиник и стационаров с учетом уровня их финансового обеспечения показали, что в целом учреждения здравоохранения республики в анализируемом периоде функционировали эффективно.

15. Действующая форма федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» не отражает реальных расходов на питание в связи с переходом учреждений здравоохранения на аутсорсинг. Расходы на организацию готового лечебного питания, в рамках аутсорсинга, в указанной форме отдельной строкой не выделяются и числятся в составе общих затрат по КОСГУ 226 «Прочие работы, услуги». Кроме того, в составе расходов системы обязательного медицинского страхования включаются расходы преимущественно одноканального финансирования организаций здравоохранения.

16. По основным критериям доступности и качества медицинской помощи, предоставленной в рамках Территориальной программы госгарантий, за период 2010-2012 годы имеется позитивная динамика следующих показателей: смертность населения на 1000 жителей; смертность населения в трудоспособном возрасте; смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний; материнская смертность; число лиц в возрасте 18 лет и старше впервые признанных инвалидами; число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом на 100 000 населения по онкологии, по психиатрии, наркологии.

17. Результаты социологического опроса показали, что население республики акцентирует внимание в работе лечебных учреждений на качество медицинской помощи. Отмечается взимание платы за медицинские услуги, в

основном за лабораторные, инструментальны методы исследования. Часть опрошенных отмечает о недостаточной информированности о порядке оказания бесплатной медицинской помощи.

Рекомендации.

По результатам аудита рекомендовать Министерству здравоохранения Республики Татарстан принять меры по повышению эффективности использования государственных средств, направленных на реализацию Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан, в том числе:

1. В целях повышения качества планирования медицинской помощи и своевременного утверждения субъектами РФ Территориальных программ госгарантий обратиться в Минздрав России о необходимости доведения до субъектов РФ рекомендаций по формированию и экономическому обоснованию Территориальной программы государственных гарантий не позднее двух недель со дня утверждения Правительством Российской Федерации Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Российской Федерации.
2. В целях исключения фактов невыполнения, либо перевыполнения, медицинскими организациями доведенных плановых заданий, совместно с Фондом ОМС Республики Татарстан формировать плановое задание на медицинскую помощь в рамках Территориальной программы госгарантий на следующий год с учетом потребности населения, а также объемов и структуры расходов медицинской помощи за предыдущие периоды.
3. Для стимулирования субъектов в целях повышения качества оказываемой медицинской помощи инициировать перед Федеральным Фондом ОМС возможность формирования целевого резерва в бюджете Федерального Фонда, исходя из выполнения основных показателей: высокая продолжительность жизни населения, снижение смертности, укрепление материальной базы для оказания дорогостоящей медицинской помощи, диагностических и инструментальных исследований.
4. Совместно с Министерством финансов Республики Татарстан разработать план мероприятий по доведению региональных финансовых нормативов до федерального уровня и усилить контроль исполнения Территориальной программы госгарантий, в том числе Территориальной программы ОМС, в соответствии с утвержденными нормативами.
5. Инициировать перед Минздравом РФ рассмотрение вопроса об утверждении контролируемых показателей: сроки ожидания плановых

госпитализаций, консультаций, диагностических исследований при получении первичной медико-санитарной помощи.

6. Разработать план мероприятий по усилению работы по информированию населения, в том числе через средства массовой информации, о правах на получение бесплатной медицинской помощи.

7. Рассмотреть возможность создания дополнительных сервисов для населения, например, «личный кабинет пациента», предоставит возможность просмотра результатов медицинских исследований, получить необходимую консультацию у врача или справку в электронном виде без посещения медицинской организации.

8. Для повышения доступности населения в оказании бесплатной медицинской помощью и качества оказания медицинских услуг разработать мероприятия по устранению дефицита кадрового обеспечения здравоохранения.

9. Обратиться в Министерство образования Российской Федерации и Министерство здравоохранения Российской Федерации по вопросу разработки нормативных документов, устанавливающих обязательную трехлетнюю отработку в государственных медицинских организациях для специалистов, окончивших интернатуру, а также возможность бесплатного целевого обучения в ординатуре, что позволит сократить дефицит кадров в государственном здравоохранении.

10. Внести предложения по увеличению доли целевого приёма в образовательные учреждения по программам высшего и среднего профессионального образования с учетом кадрового дефицита и предусмотреть ответственность обучающихся по целевому набору в части возврата бюджетных средств, затраченных на обучение в случае нежелания идти работать в систему.

11. Продолжить работу по структурному преобразованию в здравоохранении, увеличению объемов неотложных услуг в поликлиниках, развивать систему дневных стационаров.

12. В Территориальных программах госгарантий указывать четкий перечень бесплатных услуг и правила их предоставления, исключающий возможность замещения бесплатной медицинской помощи платной.

13. Оценить возможности Территориальной программы госгарантий на 2013-2015 годы, проанализировать финансовые риски, внести коррективы, направленные на снижение последствий возможных рисков и повышение уровня гарантированности достижения предусмотренных Программой конечных результатов.

14. Для решения проблемы дефицита кадров инициировать вопрос по увеличению возрастного ценза медицинских работников, переехавших на работу в сельскую местность, для получения стимулирующей единовременной компенсационной выплаты в размере 1 миллион рублей.