

ОТЧЁТ

о результатах проведения экспертно-аналитического мероприятия «Анализ эффективности программы государственных гарантий Калужской области бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области (2010-2016 годы)»

(отчет рассмотрен на заседании коллегии Палаты 02.02.2018, протокол № 3)

1. Основание для проведения мероприятия: пункт 3.17 плана работы Контрольно-счётной палаты Калужской области на 2017 год.

2. Предмет мероприятия: программы государственных гарантий Калужской области бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2010-2016 годы и достижение показателей эффективности, утвержденных в данных программах (далее – Программы).

3. Цели мероприятия:

1. Анализ нормативных правовых и распорядительных документов, регламентирующих Программы.

2. Анализ финансового обеспечения Программ.

3. Анализ объёма медицинской помощи по видам, предоставленной гражданам Калужской области в рамках Программ.

4. Анализ выполнения целевых показателей качества и доступности медицинской помощи, установленных Программами.

4. Исследуемый период: 2010-2016 годы.

Результаты мероприятия

По результатам экспертно-аналитического мероприятия составлена аналитическая записка, структура которой представлена введением, 4 разделами, заключением и приложениями.

Во введении приведены факторы, оказавшие влияние на формирование территориальной программы государственных гарантий Калужской области бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ТПГГ) в 2010-2016 годах, а также информационная база для проведения анализа.

В первом разделе «Анализ нормативных правовых и распорядительных документов, регламентирующих формирование программ государственных гарантий Калужской области бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2010-2016 годы» рассмотрена нормативная правовая база, регулирующая разработку программ государственных гарантий Калужской области бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2010-2016 годы, проведен анализ структуры ТПГГ на 2010-2016 годы.

Во втором разделе «Анализ финансового обеспечения ТПГГ» проведен анализ стоимости ТПГГ по источникам финансирования, анализ формирования и использования средств бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области на реализацию ТПГГ, анализ финансирования ТПГГ за счет всех источников.

В третьем разделе «Анализ нормативов объема медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевых нормативов финансового обеспечения ТПГГ и структуры тарифа» проведен анализ средних нормативов объема медицинской помощи по видам, предоставляемых населению в рамках ТПГГ, рассмотрены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения ТПГГ, тариф на медицинскую помощь.

В четвертом разделе «Анализ выполнения целевых показателей качества и доступности медицинской помощи, установленных ТПГГ» проведен анализ достижения целевых критериев доступности и качества медицинской помощи, а также показателей эффективности использования ресурсов здравоохранения, установленных ТПГГ на 2010-2016 годы.

По результатам анализа ТПГГ соответствующего года сделаны выводы.

Выводы

1. В 2010-2016 годах требования к содержанию ТПГГ существенно изменились.

С 2013 года исключено территориальное закрепление граждан (проживание в Калужской области) для оказания бесплатной медицинской помощи, исключено положение об обеспечении лечебным питанием в соответствии с физиологическими нормами, дополнено положением о размещении пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям. Срок ожидания медицинской помощи (30 календарных дней), оказываемой в плановой форме, возможно продлить до трех месяцев в случае отсутствия ресурсных возможностей медицинской организации.

С 2013 года отдельным категориям и группам населения проводится диспансеризация; по установленному в ТПГГ перечню проводятся мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни.

В 2014 году внесены изменения в условия предоставления медицинской помощи в части определения сроков ожидания медицинской помощи (неотложная форма – не более 2 часов с момента обращения, прием врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 10 рабочих дней с момента обращения, проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 10 рабочих дней, проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 30 рабочих дней, срок ожидания оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме – не более 30 дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки)). В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания и осуществляется информирование граждан о сроках ожидания.

В ТПГГ на 2014 год более подробно изложены условия проведения диспансеризации населения (диспансеризация проводится 1 раз в 3 года следующим категориям населения из групп населения в возрасте 18 лет и старше).

В ТПГГ с 2015 года более подробно описаны условия реализации права на выбор врача и медицинской организации, в частности право выбора гражданином иной медицинской организации не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина), путем обращения в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением.

В ТПГГ на 2015 год впервые изложена в отдельном разделе Программа обязательного медицинского страхования. В 2010-2014 годах программа ОМС излагалась по всей структуре ТПГГ.

В ТПГГ на 2016 год внесены следующие изменения и дополнения в условия оказания медицинской помощи по сравнению с условиями, установленными ТПГГ за предыдущие годы:

1) детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, медицинская помощь оказывается в приоритетном порядке;

2) сроки ожидания медицинской помощи дополнены новыми пунктами:

- срок ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должен превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

- срок проведения консультаций врачей-специалистов не должен превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

- срок проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должен превышать 14 календарных дней со дня назначения;

- срок проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должен превышать 30 календарных дней со дня назначения.

Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова. С учетом транспортной доступности время доезда бригад скорой медицинской помощи может быть увеличено.

2. В ТПГГ на 2010 и 2011 годы источниками финансирования являлись средства областного бюджета, средства местных бюджетов, средства КО ФОМС. Специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, в том числе высокотехнологичная, оказывалась за счёт средств федерального бюджета.

В связи с передачей с 2012 года муниципальных учреждений здравоохранения в собственности Калужской области из ТПГГ исключены местные бюджеты в качестве источника реализации территориальной программы. За счет областного бюджета в рамках мероприятий целевых программ осуществляется финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, участвующих в реализации программы ОМС, на проведение капитального строительства, капитального ремонта, разработку проектной и сметной документации, приобретение (изготовление) объектов основных средств.

3. С 2013 года в структуру тарифа включаются расходы на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда, на оплату работ, услуг (за исключением

расходов на разработку проектной и сметной документации для строительства), на социальное обеспечение работников медицинских организаций, на приобретение (изготовление) объектов основных средств стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, за исключением расходов на капитальное строительство, прочие расходы.

4. С 2013 года за счёт средств ОМС финансируется скорая медицинская помощь.

С 2014 года за счёт средств ОМС оказывается медицинская помощь застрахованным лицам при заболеваниях и состояниях, предусмотренных ТППГ (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения):

- первичная медико-санитарная, в т.ч. профилактическая помощь;
- скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации);

- специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь;

- проводятся мероприятия по:
диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, указанных в разделе III Программы,

- медицинской реабилитации в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в системе ОМС,

- применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами, за исключением высокотехнологичных вспомогательных репродуктивных технологий.

За счет средств областного бюджета осуществляется финансирование

- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в части медицинской помощи, не включенной в программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в программе ОМС;

- первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ), а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в программе ОМС;

- отдельных видов специализированной медицинской помощи в федеральных медицинских организациях и медицинских организациях других субъектов Российской Федерации при невозможности их оказания в медицинских организациях Калужской области, а также при невозможности их оказания за счет средств федерального бюджета и средств ОМС;

- санаторно-курортного лечения работающих граждан непосредственно после лечения в стационарных условиях;

- паллиативной медицинской помощи;

- высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Калужской области (ТПГГ на 2015 год).

За счет средств бюджетных ассигнований областного бюджета осуществляются:

обеспечение граждан зарегистрированными на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой.

С 2015 года в рамках программы ОМС финансируется высокотехнологичная медицинская помощь.

ТПГГ на 2016 год дополнена следующими расходами, входящими в структуру тарифа ОМС: приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации.

5. С 2012 года можно отметить перенос объемов стационарной помощи на амбулаторно-поликлиническую. Начиная с 2013 года в ТПГГ утверждены средние нормативы объема медицинской помощи в расчете на одного жителя в год, в рамках программы ОМС - на одно застрахованное лицо в год.

С 2014 года показателем объема медицинской помощи в стационарных условиях вместо «койко-день» стал «случай госпитализации». Данное изменение произведено в целях разработки и внедрения способа оплаты стационарной медицинской помощи на основе групп заболеваний (клинико-статистических групп) на уровне субъектов РФ; впервые установлен средний норматив объема медицинской реабилитации в рамках программы ОМС (в койко-днях).

В соответствующих разделах ТПГГ утверждены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в среднем.

6. Норматив финансовых затрат на один вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС увеличился с 1 440,2 руб. в 2013 году до 1 788,4 руб. в 2015 году, или на 24,2 %, в 2016 году данный норматив снизился до 1 747,7 руб., что ниже уровня 2014 года.

Норматив финансовых затрат на один пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств областного бюджета снизился с 501,9 руб. в 2013 году до 370,6 руб. в 2015 году, или на 26,2 %. В рамках программы ОМС данный

норматив увеличился с 571,3 руб. в 2013 году до 1 414,7 руб. в 2015 году, или в 2,5 раза.

Норматив финансовых затрат на один койко-день в больничных учреждениях составлял в 2013 году 1 344,2 руб., в рамках программы ОМС норматив финансовых затрат на один койко-день в больничных учреждениях составил 1 914,1 руб.

В 2014 году норматив затрат на одну госпитализацию за счет средств областного бюджета составил 60 316,0 руб., в 2015 году – 53 456,6 руб., в 2016 году – 57 282,3 руб. В рамках программы ОМС данный норматив увеличился с 20 301,7 руб. на одну госпитализацию в 2014 году до 23 719,5 руб. в 2016 году.

Норматив финансовых затрат на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях установлен в зависимости от цели оказания (с профилактической целью, в связи с заболеванием, неотложная помощь). Наибольший норматив финансовых затрат медицинской помощи в амбулаторных условиях за счет средств областного бюджета предусмотрен в отношении оказания помощи в связи с заболеванием: в 2013 году – 773,4 руб., в 2014 году – 711,2 руб., в 2015 году – 1 004,9 руб., в 2016 году – 767,2 руб.

Норматив финансовых затрат медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической целью за счет средств областного бюджета составил в 2013 году 200,4 руб., в 2014 году – 245,3 руб., в 2015 году – 276,4 руб., в 2016 году – 292,3 руб.

Подушевые нормативы финансирования указаны в разделах, содержащих экономическую характеристику территориальных программ. Расчет подушевых нормативов финансирования осуществляется на основании средних нормативов объемов помощи ТПГГ. Объем средств ОМС предусмотрен только на покрытие того объема и структуры медицинской помощи, который определен программой ОМС.

Подушевые нормативы финансирования ТПГГ на 2010-2016 годы по видам медицинской помощи и источникам ее финансирования указаны в приложении 4.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные ТПГГ за счет средств областного бюджета, составляют в 2010 году 2 304,1 руб. на одного человека в год, в 2011 году – 3 133,4 руб., в 2012 году – 3 437,0 руб., в 2013 году – 2 251,5 руб., в 2014 году – 2 916,3 руб., в 2015 году – 2 629,2 руб., в 2016 году – 2 579,0 руб.

Средние подушевые нормативы финансирования за счет средств ОМС на финансирование территориальной программы ОМС составили в 2010 году – 2 861,4 руб., в 2011 году – 3 485,4 руб., в 2012 году – 5 563,8 руб., в 2013 году – 8 008,2 руб., в 2014 году – 8,441,4 руб., в 2015 году – 9 478,7 руб., в 2016 году – 8 853,2 руб. из расчета на одного застрахованного.

7. С 2012 года можно отметить тенденцию к структурным преобразованиям в системе оказания медицинской помощи за счет переноса объемов стационарной помощи на амбулаторно-поликлиническую. Вместе с тем, учитывая снижение объема медицинской помощи в условиях дневных стационаров, рост амбулаторно-поликлинической помощи является не настолько значительным, как сокращение стационарной помощи.

С 2013 года существенно снижен средний норматив объема стационарной помощи: с 2,698 койко-дня на одного жителя в 2013 году до 0,011 случая госпитализации на одного жителя в 2016 году, в рамках базовой программы ОМС – с 2,094 до 0,1729 на одно застрахованное лицо соответственно.

Средний норматив объема медицинской помощи в условиях дневных стационаров также уменьшился с 0,683 пациенто-дня на одного жителя в 2013 году до 0,635 пациенто-дня в 2015 году (или на 0,048 пациенто-дня), в рамках программы ОМС – с 0,670 до 0,587 на одно застрахованное лицо соответственно. В 2016 году норматив объема медицинской помощи в условиях дневных стационаров составил 0,002 случая лечения на одного жителя, в рамках программы ОМС – 0,064 на одно застрахованное лицо.

Медицинская помощь в амбулаторных условиях структурирована в зависимости от цели оказания (с профилактической целью, в связи с заболеванием, неотложная помощь). Наибольший средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях предусмотрен в отношении оказания помощи с профилактической целью. Данный показатель увеличился с 2,616 посещений на одного жителя в 2013 году до 3,127 посещений в 2015 году (или на 0,511 посещений), в рамках программы ОМС – с 2,514 посещений на одно застрахованное лицо в 2013 году до 2,778 посещений в 2015 году (или на 0,264 посещений). В 2016 году средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической целью снижен до 0,363 посещений на одного жителя, в рамках программы ОМС – до 2,43 посещений на одно застрахованное лицо.

Средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеванием снижен с 2,177 обращений на одного жителя в 2013 году до 2,024 обращений в 2015 году (или на 0,153 обращения), в рамках программы ОМС – с 2,083 обращений на одно застрахованное лицо в 2013 году до 1,99 обращений в 2016 году (или на 0,093 обращений). В 2016 году средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеванием снижен до 0,071 обращений на одного жителя.

Средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в рамках программы ОМС увеличен с 0,093 посещений на одно застрахованное лицо в 2013 году до 0,56 посещений в 2016 году (или на 0,467 посещений).

Средний норматив объема скорой медицинской помощи снизился с 0,328 вызовов на одного жителя в 2013 году до 0,300 вызовов на одно застрахованное лицо в 2016 году. Необходимо отметить, что с 2014 года финансирование данного вида медицинской помощи осуществляется за счет средств ОМС.

Средний норматив объема паллиативной медицинской помощи увеличен с 0,089 койко-дня на одного жителя в 2013 году до 0,241 койко-дня в 2016 году (или на 0,152 койко-дня). Паллиативная медицинская помощь – это новый вид медицинской помощи населению, включенный в ТППГ с 2013 года.

8. Утвержденная стоимость ТППГ увеличилась с 5 175,6 млн руб. в 2010 году до 11 432,2 млн руб. в 2016 году, или в 2,2 раза.

9. В целом в 2010-2016 годах структура медицинских организаций в разрезе их типов изменилась следующим образом:

- сократилось количество больниц с 41 до 38;
- сократилось количество санаторно-курортных организаций с 4 до 3.

Количество медицинских организаций особого типа увеличилось с 5 в 2010 году до 8 в 2015 году, затем их количество уменьшилось и составило 5 организаций на конец 2016 года.

В 2010-2016 годах участвовали в реализации ТППГ 4 диспансера. Количество амбулаторно-поликлинических учреждений уменьшилось с 13 в 2010 году до 9 в 2013 году, затем их количество увеличилось и составило 13 учреждений на конец 2016 года.

В реализации ТППГ в 2010 году приняло участие 73 организации различных видов и уровней подчиненности, в 2011 году – 74 организации, в 2012 году – 74 организации, в 2013 году – 73 организации, в 2014 году – 72 организации, в 2015 году – 78 организаций, в 2016 году – 75 организаций.

Общее количество медицинских организаций, участвующих в реализации программы ОМС, за период 2010-2016 годов увеличилось с 59 до 63. В реализации программы ОМС в 2016 году было запланировано 63 медицинских организации различных видов и уровней подчиненности (в 2010 году – 55, в 2011 году – 56, в 2012 году – 57, в 2013 году – 57, в 2014 году – 59, в 2015 году – 65).

Анализ данных показывает, что структура медицинских учреждений за период 2010-2016 годов значительно не изменилась, однако доля государственных учреждений снизилась с 87,7 % в 2010 году до 70,7 % в 2016 году за счет привлечения большего количества негосударственных организаций к участию в реализации ТППГ (с 6 в 2010 году до 15 в 2016 году, или в 2,5 раза).

10. За 2010-2016 годы объём доходов бюджета ТФОМС Калужской области увеличился на 6 393 038,2 тыс. руб., или в 2,9 раза, из них:

- рост объёма межбюджетных трансфертов из федерального бюджета на 8 451 264,7 тыс. руб., или в 19,5 раза;

- рост доходов от других территориальных фондов в виде возмещения расходов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями на территории Калужской области лицам, застрахованным на других территориях Российской Федерации (до 2014 года отражались в налоговых и неналоговых доходах), на 605 457,3 тыс. руб., или в 5,2 раза;

- снижение объёма налоговых и неналоговых доходов на 1 092 815,8 тыс. руб., или на 96,5 %;

- снижение объёма межбюджетных трансфертов из областного бюджета на 1 553 540,8 тыс. руб., или на 100,0 %.

Рост поступлений на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета в объёме доходов бюджета ТФОМС Калужской области увеличился на 8 160 345,1 тыс. руб., или в 21,3 раза.

В бюджет ТФОМС Калужской области из федерального бюджета поступали средства:

- в 2010-2012 годах – на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в сумме 27 987,1 тыс. руб.;

- в 2010-2013 годах – на дополнительную диспансеризацию работающих граждан в сумме 116 724,4 тыс. руб.;

- в 2011-2012 годах и 2014 году – на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения в сумме 4 459 514,6 тыс. руб., из них:

- 3 479 881,5 тыс. руб. – на укрепление материально-технической базы медицинских учреждений;

828 369,0 тыс. руб. – на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи;

151 264,1 тыс. руб. – на внедрение современных информационных систем;

- в 2012-2016 годах – на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в сумме 49 600,0 тыс. руб.;

- в 2015 году – на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ ОМС (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов) в сумме 55 177,1 тыс. руб.;

- в 2016 году – на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, в сумме 335 216,4 тыс. руб.

Объём доходов бюджета ТФОМС Калужской области за счет межбюджетных трансфертов из областного бюджета уменьшился на 1 553 540,8 тыс. руб., или на 100,0 %.

В бюджет ТФОМС Калужской области из областного бюджета поступали средства:

- в 2010-2011 годах – на обязательное медицинское страхование неработающего населения в сумме 3 255 815,2 тыс. руб. (с 2012 года страховые взносы на ОМС неработающего населения перечисляются в Федеральный фонд ОМС);

- в 2010-2012 годах – на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), в сумме 306 274,7 тыс. руб.;

- в 2012-2015 годах – на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в сумме 4 445 845,5 тыс. руб.;

- в 2014-2015 годах – на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, в сумме 56 539,6 тыс. руб.

11. За 2010-2016 годы объём расходов бюджета ТФОМС Калужской области увеличился на 6 011 944,3 тыс. руб., или в 2,9 раза, в том числе на 5 905 692,0 тыс. руб., или в 3,0 раза, в результате увеличения расходов на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования и на 15 691,1 тыс. руб., или 43,4 %, в результате увеличения расходов на обеспечение деятельности ТФОМС Калужской области.

С 2014 года наблюдается снижение темпов роста расходов на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования. Так, в 2011 году темпы роста к предыдущему году составляли 127,8 %, в 2012 году – 139,9 %, в 2013 году – 144,4 %, в 2014 году – 115,1 %, в 2015 году – 110,3 %, в 2016 году – 91,4 %.

В 2016 году по сравнению с 2015 годом расходы на выполнение программы ОМС уменьшились на 838 350,0 тыс. руб., или на 8,6 %. Наибольший темп роста –

169,2 % – наблюдается по средствам, перечисленным медицинским организациям Калужской области из средств нормированного страхового запаса ТФОМС Калужской области за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации. Объем средств нормированного страхового запаса в виде дополнительных целевых средств страховым медицинским организациям по их обращениям при нехватке средств, сверх объема средств, выделенных на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования по дифференцированным подушевым нормативам, установленным на оплату медицинской помощи для страховой медицинской организации, снизился на 201 739,7 тыс. руб., или на 65,3 %.

За исключением расходов на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования и на обеспечение деятельности ТФОМС Калужской области расходы осуществлялись по следующим направлениям:

- в 2010-2012 годах – на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), в сумме 306 274,4 тыс. руб. и на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в сумме 28 095,6 тыс. руб.;

- в 2010-2013 годах – на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в сумме 116 724,3 тыс. руб.;

- в 2011-2014 годах – на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения в сумме 4 447 844,1 тыс. руб., из них:

3 479 881,5 тыс. руб. – на укрепление материально-технической базы медицинских учреждений;

816 698,5 тыс. руб. – на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи;

151 264,1 тыс. руб. – на внедрение современных информационных систем;

- в 2012-2015 годах – на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в сумме 49 600,0 тыс. руб.;

- в 2016 году – на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу – 212 556,4 тыс. руб. и на финансовое обеспечение иных расходов государственных органов РФ и федеральных казенных учреждений (приобретение и ремонт медицинского оборудования) – 21 833,2 тыс. руб.

12. За 2010-2016 годы объем финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи увеличился на 6 097 981,0 тыс. руб., или в 2,1 раза, из них:

- рост объема финансового обеспечения за счет средств ОМС на территориальную программу ОМС – 6 330 135,1 тыс. руб., или в 3,3 раза;

- рост объема финансового обеспечения за счет средств областного бюджета на 876 539,6 тыс. руб., или в 1,5 раза;

- снижение объема финансового обеспечения за счет средств местных бюджетов на 1 108 693,7 тыс. руб., или на 100,0 %.

13. В ТПГГ 2010-2012 годов установлены целевые значения критериев доступности, качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов в здравоохранении.

Критерии доступности оценивались по достижению утвержденных в ТПГГ нормативов объемов медицинской помощи по федеральным и территориальным нормативам в расчете на одного человека в год.

В перечне критериев качества целевые значения определены, в основном, относительными показателями.

Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения утверждались также в отдельной таблице и, в основном, были связаны с показателями обеспеченности больничными койками, среднегодовой занятости койки, а также относительного показателя работающих в учреждениях здравоохранения (в расчете на 10 тысяч человек населения).

14. Анализ достижения критериев доступности, качества и эффективности использования ресурсов здравоохранения в 2010 году показал, что при оказании стационарной медицинской помощи недообеспеченность больничными койками (ниже на 4,3 % значения целевого показателя) вынуждает сокращать длительность пребывания больных в больнице. При этом показатель среднегодовой занятости койки круглосуточного пребывания ниже только на 2,5 дня (на 0,8%) значения целевого показателя.

Необходимо отметить, что недостижение результата по показателю объема амбулаторной помощи на одного человека в год (ниже утвержденного территориального норматива на 6,8 %, норматива по программе ОМС – на 9,3 %), по показателю объема медицинской помощи в дневных стационарах (ниже утвержденного территориального норматива на 15,3 %, норматива по программе ОМС – на 17,3 %) возможно отразилось и на диагностике заболеваний населения.

О недостатках в диагностике социально-значимых болезней (туберкулез, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением) свидетельствует недостижение значения целевого показателя числа лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом, превышение на 2,1 % значения целевого показателя смертности населения от онкологических заболеваний, а также рост числа лиц в возрасте до 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами в 2010 году (на 29,0 % превышение значения целевого показателя).

В целом, при почти полном соответствии фактического показателя количества работающих в медицинских учреждениях человек целевому показателю на 99,4 % наблюдается несоответствующая целевым показателям эффективность использования ресурсов здравоохранения, на что указывает такой показатель, как удовлетворенность населения медицинской помощью – 43,4 % от числа опрошенных (значение целевого показателя 55,0 % от числа опрошенных).

15. В 2011 году при оказании стационарной медицинской помощи сохранялась недообеспеченность больничными койками (ниже на 4,6 % значения целевого показателя), снизилась средняя занятость койки круглосуточного стационара (ниже на 1,1% значения целевого показателя). В сравнении с 2010 годом длительность пребывания больных в больнице соответствует значению целевого показателя (12,8 дня).

Как и в 2010 году отмечается недостижение результата по показателю объема амбулаторной помощи на одного человека в год (ниже утвержденного территориального норматива на 5,6 %, норматива по программе ОМС – на 5,7 %), по показателю объема медицинской помощи в дневных стационарах (ниже утвержденного территориального норматива на 5,0 %, по программе ОМС – на 5,1 %).

В 2011 году, также как и в 2010 году, значения целевых показателей числа лиц, страдающих социально значимыми болезнями с установленным впервые в жизни диагнозом, ниже целевых значений.

В 2010-2011 годах сохранилось превышение значения целевого показателя смертности населения от онкологических заболеваний (в 2011 году это превышение составило 2,3 %), а также показателя числа лиц в возрасте до 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами в 2011 году (на 4,4 % превышение значения целевого показателя).

В целом, наблюдается несоответствующая целевым показателям эффективность использования ресурсов здравоохранения, на что указывает такой показатель, как удовлетворенность населения медицинской помощью – 36,6 % от числа опрошенных, что на 18,4 процентных пункта ниже целевого показателя (55,0 %) и на 6,8 процентных пункта ниже фактического показателя 2010 года (в 2010 году значение целевого показателя было такое же как и в 2011 году - 55,0 % от числа опрошенных).

16. В 2012 году при оказании стационарной медицинской помощи сохраняется недообеспеченность больничными койками, сокращается длительность пребывания больных в больнице.

В 2012 году отмечается недостижение результата по показателю объема амбулаторной помощи на одного человека в год (ниже утвержденного территориального норматива на 6,0 %, норматива по программе ОМС – на 6,6 %), по показателю объема медицинской помощи в дневных стационарах (ниже утвержденного территориального норматива на 3,2 %, по программе ОМС – на 3,4 %), по показателю объема стационарной помощи (ниже утвержденного территориального норматива на 1,6 %, по программе ОМС – на 1,9 %).

Средняя длительность пребывания больного на койке (без учёта коек для новорожденных) составила 12,4 дня при значении целевого показателя 12,8 дня. Данный показатель свидетельствует о том, что недообеспеченность больничными койками вынуждает сокращать длительность пребывания пациентов в больнице, чтобы принять новых больных.

Недостаточность объемов данных видов помощи населению, возможно, отразилось и на диагностике заболеваний населения, в том числе социально значимыми болезнями. На это также указывают и показатели смертности населения от онкологических заболеваний (фактический показатель на 12,9 % выше целевого), охвата населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления онкологических заболеваний (фактический показатель на 58,4 процентных пункта ниже целевого), охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез (фактический показатель на 29,7 процентных пункта ниже целевого).

17. С 2013 года в ТПГГ в системе критериев доступности и качества предпочтение отдано не абсолютным, а относительным показателям, рассчитанным, например, на 100 тыс. чел. населения, 10 тыс. человек населения, 1 тыс. чел. населения и т.п.

Критерии доступности и качества медицинской помощи объединены в одну таблицу.

В ТПГГ на 2013 год установлены 26 критериев доступности и качества медицинской помощи.

Из 26 целевых значений показателей не достигнут результат по 14 показателям.

Сохраняется отрицательная тенденция роста смертности населения от новообразований (в том числе злокачественных). В 2013 году данный показатель составил 239,6 случаев в расчете на 100 тыс. чел. населения, что выше на 8,1 % целевого значения (221,6 случаев на 100 тыс. чел. населения). Как и в предыдущие годы в 2013 году не улучшилась ситуация по диагностике злокачественных новообразований: показатель больных злокачественными новообразованиями, выявленными на ранних стадиях, в общем количестве впервые выявленных, составил 40,4 %, что на 34,5 процентных пункта ниже целевого показателя (74,9 %).

В 2013 году в отличие от предыдущих периодов наблюдается рост показателей материнской, младенческой смертности и смертности детей в возрасте от 0-14 лет:

показатель материнской смертности на 89,9 % выше целевого показателя;

показатель младенческой смертности на 16,0 % выше целевого показателя;

показатель смертности детей в возрасте 0-14 лет на 13,3 % выше целевого показателя.

Снизилось обеспеченность врачами с 31,5 человек в расчете на 10 тыс. человек населения в 2011 году до 26,8 чел. в 2013 году, или на 14,9 %.

Осуществляет автоматизированную запись 21 медицинская организация, что на 45,1% ниже целевого значения показателя (39 организаций).

Необходимо отметить, что формирование и сбор данных по показателям критериев доступности и качества медицинской помощи осуществляется по отдельным показателям вне системы государственного статистического наблюдения и ведомственного статистического мониторинга, что свидетельствует о недостатках и сложностях в системе отслеживания и систематизирования результатов исполнения целевых показателей ТПГГ.

18. На 2014 год в ТПГГ установлены 33 критерия доступности и качества медицинской помощи. Из 33 целевых значений показателей доступности и качества медицинской помощи, по которым проводится оценка реализации ТПГГ, не достигнут результат по 7 показателям.

Целевое значение по показателям смертности превышено по следующим показателям смертности:

- смертность населения от новообразований, в том числе от злокачественных – 226,2 случаев в расчете на 100 тыс. чел. населения (целевое значение – 221);

- смертность населения в трудоспособном возрасте – 652,9 случаев в трудоспособном возрасте на 100 тыс. чел. населения (целевое значение – 645,1).

Не превышено целевое значение, но, как и в предыдущие годы, сохраняется высокая смертность населения от болезней системы кровообращения (857,3 случаев в расчете на 100 тыс. населения при целевом значении 888,9) и смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (194,1 случаев в расчете на 100 тыс. населения при целевом значении 200,0).

Также остался достаточно высоким уровень детской смертности:

смертность детей в возрасте от 0-4 лет составила 198,8 случаев в расчете на 100 тыс. чел. соответствующего возраста (целевое значение – 270,0);

смертность детей в возрасте от 0-17 лет составила 94,2 случаев в расчете на 100 тыс. чел. соответствующего возраста (целевое значение 97,0).

В сравнении с результатами за 2013 год можно отметить снижение показателя материнской смертности и младенческой смертности.

19. Целевое значение по показателям эффективности системы здравоохранения не достигнуто по следующим показателям:

- обеспеченность населения средним медицинским персоналом, в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях – 79,2 в расчете на 10 тыс. человек, что на 1,7 % ниже целевого значения (80,6);

- использование коечного фонда – 312,1 койко-дней, что на 15,9 койко-дней ниже целевого значения (328,0 койко-дней);

- доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу – 7,3 %, что на 2,2 процентных пункта меньше целевого значения (9,5 %). При этом доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу составила 1,2 %, что на 0,1 процентный пункт больше целевого значения (1,1 %), а доля расходов на оказание паллиативной медицинской помощи в общих расходах на территориальную программу – 1,7 %, что на 0,9 процентных пункта меньше целевого значения;

- удельный вес пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленными на ранних стадиях, в общем количестве пациентов с впервые выявленными злокачественными новообразованиями, составил в 2014 году 42,9 %, что на 4,1 процентный пункт ниже целевого значения (47,0%), что может свидетельствовать о сохранении проблем диагностики данных заболеваний в системе здравоохранения области;

- доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента вызова в общем количестве вызовов составила 60 %, что на 25,5 процентных пункта ниже целевого значения (85,5 %);

Значительно выше целевого значения сложился в 2014 году показатель удельного веса числа лиц в возрасте 18 лет и старше, прошедших диспансеризацию, в общем количестве лиц в возрасте 18 лет и старше, подлежащих диспансеризации, в том числе проживающих в городской и сельской местности – 85,0 %, что на 69,0 процентных пунктов выше целевого значения (16,0 %).

Также выше значений целевых показателей сложились показатели работы учреждений здравоохранения по оказанию медицинской помощи больным с инфарктом миокарда.

Удовлетворенность населения медицинской помощью отметили 65,6 % от числа опрошенных, что на 24,6 процентных пункта выше целевого значения показателя (41,0 %).

20. В ТПГГ на 2015 год перечень критериев доступности и качества медицинской помощи, по которым проводится оценка реализации ТПГГ, расширен до 36 показателей (введены 4 показателя смертности населения на дому).

Из 36 целевых значений показателей доступности и качества медицинской помощи, по которым проводится оценка реализации ТПГГ, не достигнут результат по 7 показателям.

Целевое значение превышено по следующим показателям смертности:

- смертность детей в возрасте 0 - 17 лет – 95,9 случаев в расчете на 100 тыс. чел. населения (целевое значение – 85,0);

- младенческая смертность – 8,8 случаев на 1000 родившихся живыми (целевое значение – 8,1).

Целевое значение не достигнуто по следующим показателям эффективности системы здравоохранения:

- использование коечного фонда – 308,3 койко-дней, что на 22,7 койко-дня ниже целевого значения (331,0 койко-дней);

- доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу –1,8 %, что на 0,4 процентных пункта меньше целевого значения (2,2 %). При этом доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу составила 8,6 %, что на 0,6 процентных пункта больше целевого значения (8,0 %);

- число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь, составило 231,2 человека на 1000 человек сельского населения, что на 38,8 человека ниже целевого значения (270 человек);

- доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента вызова в общем количестве вызовов составила 73,9 %, что на 12,5 процентных пункта ниже целевого значения (85,5 %). При этом, данный показатель выше уровня 2014 года на 13,9 %.

21. В ТПГГ на 2016 год перечень критериев доступности и качества медицинской помощи, по которым проводится оценка реализации ТПГГ, сокращен до 33 показателей относительно 2015 года. Из 33 целевых значений показателей не достигнут результат по 10 показателям.

Целевое значение превышено по следующим показателям смертности:

- смертность населения от злокачественных новообразований – 228,3 случаев в расчете на 100 тыс. чел. населения (целевое значение – 222,6);

- доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года - 5,7 % (целевое значение - 4,5 %);

- доля умерших в возрасте 0 - 4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 – 4 лет - 7,5 % (целевое значение - 5,5 %).

Целевое значение не превышено, но, как и в предыдущие годы, сохраняется высокая смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (192,8 случаев в расчете на 100 тыс. населения при целевом значении 195,5) и смертность населения от болезней системы кровообращения (785,1 случай при целевом значении 792,1).

Обеспеченность населения врачами сократилась с 30,3 чел. в 2015 году до 30,1 чел. на 10 тыс. чел. населения в 2016 году.

Обеспеченность средним медицинским персоналом сократилась с 81,3 чел. в 2015 году до 79,8 чел. на 10 тыс. чел. населения в 2016 году.

Общая стоимость ТПГГ за 2016 год составила 11 511 870,4 тыс. руб., или 101,4 % утвержденной стоимости (11 350 997,1 тыс. руб.) и 93,6 % расчетной стоимости (12 296 012,9 тыс. руб.).

В 2016 году наблюдается увеличение объемов обращений за медицинской помощью в амбулаторных условиях по поводу заболеваний и сокращение числа единократных посещений и посещений в профилактических целях.

В целом за период 2013-2016 годов отмечена положительная тенденция достигаемости целевых показателей (с 46,2 % в 2013 году до 69,7 % в 2016 году).

Приложение: аналитическая записка «Анализ эффективности программы государственных гарантий Калужской области бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области (2010-2016 годы)» на 141 л.