

Всероссийский союз пациентов

Общественный совет по защите прав пациентов при
Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения

Центр гуманитарных технологий и исследований
«Социальная Механика»

**КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ
СИБИРСКОГО И ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО
ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ:
ПЕРВЫЕ ИТОГИ ОПТИМИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

результаты исследования

Москва, 2016



СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
КРАТКАЯ СПРАВКА ОБ ИССЛЕДОВАНИИ	4
1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА	6
2. ОБЩАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ АСПЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ	14
3. ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ С НАЧАЛА ОПТИМИЗАЦИИ	20
4. КАЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	26
5. ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ	29
ВЫВОДЫ	31
ПРИЛОЖЕНИЯ.	
Приложение 1. Анкета опроса экспертов	34
Приложение 2. Регионы СФО и ДФО: характеристика по показателям «потенциала» и «результативности» в здравоохранении. проблемы территории	42

КРАТКАЯ СПРАВКА ОБ ИССЛЕДОВАНИИ

Настоящее исследование «Качество медицинской помощи в регионах Сибирского и Дальневосточного федеральных округов: первые итоги оптимизации здравоохранения» проведено по инициативе и на собственные средства Всероссийским союзом пациентов при организационной и экспертной поддержке Общественного совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и при методической и исследовательской поддержке Центра гуманитарных технологий и исследований «Социальная Механика».

По итогам исследования подготовлено два документа – настоящий Отчет с приложением справочных материалов и Презентация, представляющая основные тенденции, выявленные исследованием.

Цель исследования

Экспертная оценка качества медицинской помощи в регионах Сибири и Дальнего Востока с начала Программы оптимизации здравоохранения.

Задачи исследования:

1. Дать медико-демографическую оценку здравоохранения в регионах Сибири и Дальнего Востока.
2. Оценить различные аспекты оказания медицинской помощи в регионах.
3. Оценить динамику качества оказания медицинской помощи в регионах.
4. Выявить качественные характеристики изменений в системе здравоохранения за 2 года с начала Программы оптимизации в здравоохранении.
5. Дать общую оценку Программы оптимизации здравоохранения в регионах.

Методы исследования:

Исследование построено как комплексное и основывается на сочетании двух методов:

1. Кабинетное исследование. Анализ интегральных медико-демографических показателей здравоохранения регионов. Проведен на основе анализа статистических и отчетных документов, публикаций в СМИ, интернет и иных открытых источников относительно ситуации в 21 регионе СФО и ДФО.
2. Экспертный опрос. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах. Оценка проведена в форме анкетного опроса 130 экспертов из 16 региональных общественных советов по защите прав пациентов при Территориальных органах Росздравнадзора.

Период проведения исследования

Сбор и обработка информации в рамках исследования осуществлялись с 1 июня по 31 августа 2016 г.

География исследования

Анализ интегральных медико-демографических показателей здравоохранения регионов поведен для всех 21 субъектов СФО и ДФО.

Анкеты для опроса экспертов были направлены во все региональные советы. Приняли участие в исследовании 16 советов. Каждый из регионов предоставил 6-10 анкет. Всего было собрано мнение 130 экспертов из следующих субъектов Российской Федерации¹:

Сибирский федеральный округ

1. Республика Алтай
2. Республика Бурятия
3. Алтайский край
4. Забайкальский край
5. Иркутская область
6. Кемеровская область
7. Омская область
8. Томская область

Дальневосточный федеральный округ

1. Амурская область
2. Камчатский край
3. Магаданская область
4. Приморский край
5. Республика Саха (Якутия)
6. Сахалинская область
7. Хабаровский край
8. Чукотский АО

¹ Пять регионов СФО и ДФО не отреагировали на обращение и не прислали анкеты: Красноярский край, Новосибирская область, республики Тыва и Хакасия, Еврейская АО.

1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ СИБИРИ И НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ

Схема оценки развития здравоохранения регионов России

Для оценки развития территориального здравоохранения была использована методика анализа интегральных показателей региона², характеризующих:

- (А)- состояние системы здравоохранения (ее потенциал),
- (Б)- медико-демографические параметры, свидетельствующие о результативности системы здравоохранения.

Рис 1. Методика анализа интегральных показателей здравоохранения регионов России³

Анализ интегральных показателей здравоохранения регионов		
Аспект	Перечень показателей	Использовано в исследовании
А. Потенциал развития здравоохранения (состояние системы)	Доля бюджета здравоохранения в бюджете субъекта	✓
	Расходы бюджета субъекта РФ на здравоохранение на душу населения региона	✓
	Обеспеченность врачами на 10 тыс. человек населения	✓
	Обеспеченность средним и младшим мед. персоналом на 10 тыс. человек населения	✓
	Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 10 тыс. человек населения	
	Обеспеченность больничными койками на 10 тыс. человек населения	
	Доля учреждений здравоохранения, здания которых требуют капитального ремонта	
	Доля приездов скорой помощи в течение 20 минут	
	Среднемесячная заработная плата работников здравоохранения	
Б. Результативность системы здравоохранения (итоги работы)	Общий коэффициент смертности	✓
	Уровень младенческой смертности	✓
	Динамика смертности	✓
	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	
	Смертность населения от болезней системы кровообращения	
	Смертность населения от новообразований	

Другие показатели (обеспеченность больничными койками, аварийность учреждений, смертность от заболеваний) были изучены в рамках кабинетного исследования и легли в основу качественного анализа при описании каждого региона.

² Автор методики Погодаева Т.В. Типология арктических регионов по уровню развития здравоохранения: к вопросу о направлениях социальной политики // Фундаментальные исследования № 11, 2014 <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=35843>

³ Погодаева Т.В. Типология арктических регионов по уровню развития здравоохранения: к вопросу о направлениях социальной политики // Фундаментальные исследования № 11, 2014 <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=35843>

А. Потенциал развития здравоохранения

1. Расходы на здравоохранение

- В СФО расходы на здравоохранение в среднем выше, чем в ДФО.
- Более высокие расходы на здравоохранение в республиках Бурятия, Хакасия, а также в Иркутской области и Алтайском крае.
- Наименьшие расходы на здравоохранение в Р.Саха (Якутия), Чукотском АО, Камчатском крае, а также в Томской и Сахалинской областях, Республике Алтай, Забайкальском крае.

Рис.2. Доля бюджета на здравоохранение в бюджете региона⁴



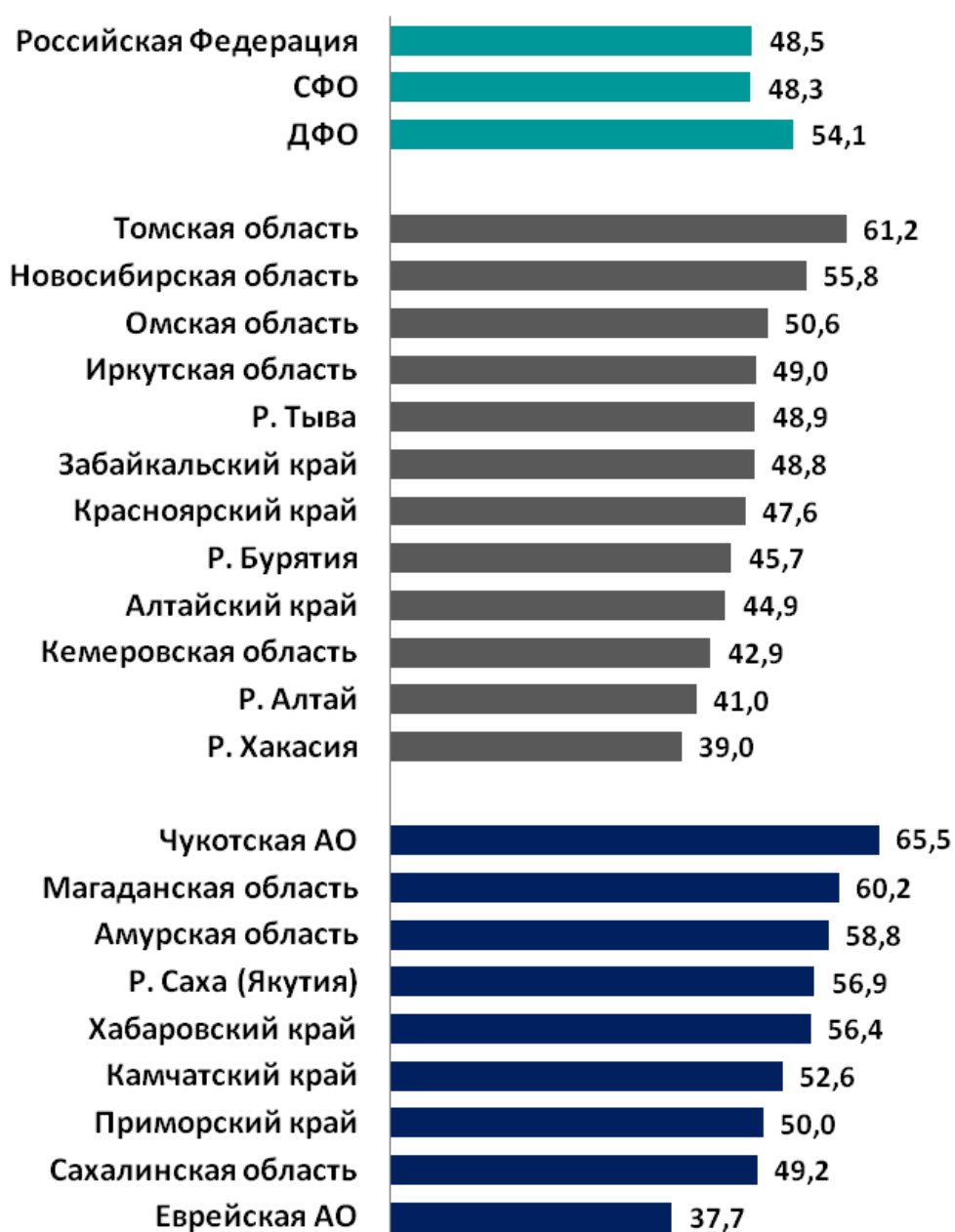
⁴ В открытых источниках не оказалось статданных о бюджете здравоохранения в регионах: Новосибирская, Магаданская обл., Р. Тыва, Еврейская АО.

А. Потенциал развития здравоохранения

2. Обеспеченность врачами

- Обеспеченность врачами выше в ДФО по сравнению с СФО.
- Высокая обеспеченность населения врачами: ДФО – Чукотский АО, Магаданская, Амурская области, Р. Саха (Якутия), Хабаровский, Камчатский, Приморский края; в СФО – Томская, Новосибирская и Омская области
- Аутсайдеры по обеспеченности врачами – в ДФО Еврейская АО, в СФО – республики Хакасия, Алтай, Бурятия, Кемеровская область, Алтайский край.

Рис. 3. Обеспеченность врачами в регионах



А. Потенциал развития здравоохранения

3. Обеспеченность младшим и средним медперсоналом

- Обеспеченность младшим и средним медперсоналом выше в ДФО.
- Высокая обеспеченность младшим и средним медперсоналом в ДФО – Магаданская область, Чукотский АО, Р. Саха (Якутия), Сахалинская область, Камчатский край, Еврейская АО.
- Высокая обеспеченность в СФО – республики Тыва и Алтай, Омская область.

Рис. 4. Обеспеченность младшим и средним медперсоналом



Б. Результативность системы здравоохранения

1. Общий коэффициент смертности

- В ДФО показатель смертности ниже, чем в среднем по стране, в СФО – выше.
- Минимальный уровень смертности: ДФО – Р. Саха (Якутия), Чукотская АО; СФО – республики Тыва и Алтай.
- Высокий уровень смертности: ДФО – Еврейская АО и Амурская обл.; СФО – Кемеровская область, Алтайский край, Бурятия, и Иркутская область

Рис. 5. Коэффициент смертности в регионах



Динамика смертности

Регионы с самыми высокими темпами снижения смертности – более 3% – Чукотский автономный округ, Республика Тыва, Камчатский край»⁵ (по России смертность снижалась более медленными темпами – 1,0).

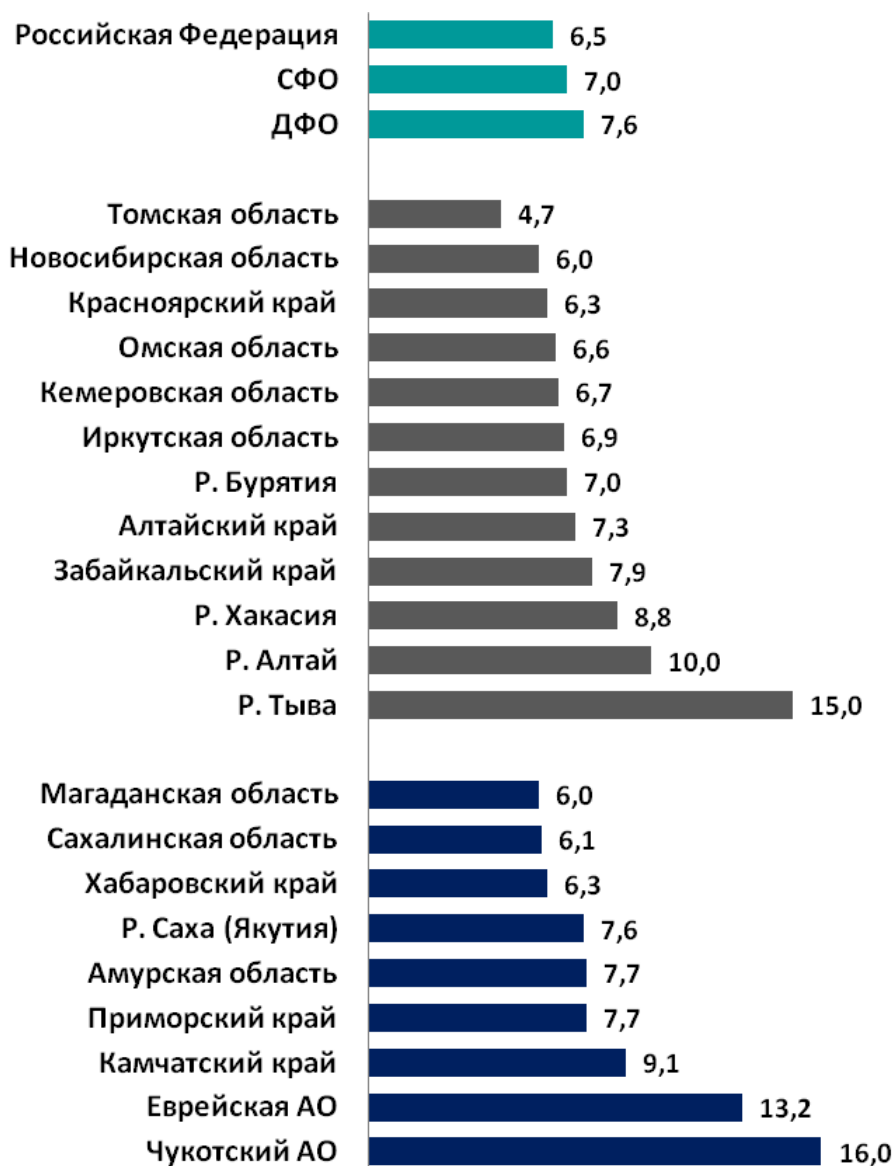
⁵ http://rtyva.ru/press_center/news/society/21741/

Б. Результативность системы здравоохранения

2. Младенческая смертность

- Показатель младенческой смертности в Сибири и на Дальнем востоке меняется волнообразными скачками (2004-07 гг. – пик, 2011 – снижение, 2012 – рост, 2013 – снижение), но продолжает превышать среднероссийский уровень.
- Младенческая смертность выше в ДФО по сравнению с СФО.
- Низкие показатели младенческой смертности: СФО – Томская, Новосибирская обл., Красноярский край, Омская, Кемеровская обл.; ДФО – Магаданская, Сахалинская области, Хабаровский край.
- Регионы с высоким уровнем младенческой смертности: ДФО – республики Тыва, Алтай и Хакасия; ДФО – Чукотский АО, Еврейская АО, Камчатский край.
- Увеличение показателя младенческой смертности – Забайкальский край и Бурятия.

Рис.6. Коэффициент младенческой смертности в регионах



Типология регионов по уровню развития здравоохранения на основе матрицы «потенциал – результаты»

Рис. 7. Сибирский федеральный округ

Результативность системы здравоохранения \ Потенциал развития здравоохранения в регионе	Низкий	Высокий
	Высокая	Красноярский край Кемеровская область
Низкая	Республика Бурятия Алтайский край Республика Хакасия Республика Алтай	Иркутская область Забайкальский край Республика Тыва

- Для урбанизированных регионов СФО характерны более высокие медико-демографические показатели состояния системы здравоохранения.
- Среди урбанизированных отличаются Красноярский край и Кемеровская область: находятся в худшем положении по потенциалу здравоохранения. Здесь сравнительно высокие показатели – следствие высокой доли городского населения, но не состояния системы здравоохранения.
- Для регионов с большой долей сельского населения характерны низкие показатели потенциала и результативности системы здравоохранения.

Типология регионов по уровню развития здравоохранения на основе матрицы «потенциал – результаты»

Рис. 8. Дальневосточный федеральный округ

Результативность системы здравоохранения \ Потенциал развития здравоохранения в регионе	Низкий	Высокий
	Высокая	
Низкая	Еврейская АО	Р. Саха (Якутия) Приморский край Амурская область Камчатский край Чукотский АО

Типология регионов по уровню развития здравоохранения на основе матрицы «потенциал – результаты»

Рис. 9. Сибирский и Дальневосточный округа

Результативность системы здравоохранения	Потенциал развития здравоохранения в регионе	
	Низкий	Высокий
Высокая	Красноярский край Кемеровская область	Томская область Новосибирская область Магаданская область Сахалинская область Хабаровский край Омская область
Низкая	Республика Бурятия Алтайский край Республика Хакасия Республика Алтай Еврейская АО	Иркутская область Республика Саха (Якутия) Приморский край Амурская область Забайкальский край Камчатский край Республика Тыва Чукотский АО

Регионы Сибири и Дальнего Востока по-разному распределены в рейтинге по оценке развития здравоохранения:

- В Томской, Новосибирской и Омской областях (СФО), Магаданской, Сахалинской областях и Хабаровском крае (ДФО) потенциал системы здравоохранения высок, и высока «отдача» - результативность.
- Один регион ДФО (Еврейская АО), а также четыре региона СФО (республики Алтай, Хакасия, Бурятия, Алтайский край) отличаются низкими показателями как потенциала так и результативности системы здравоохранения.
- Шесть из тринадцати регионов в нижней части таблицы (низкая результативность системы здравоохранения) – это регионы со сравнительно высоким удельным весом бюджета здравоохранения в бюджете региона (Хакасия, Бурятия, Алтайский и Приморский край, Амурская и Иркутская области). Т.е. здесь имеют место серьезные вложения в медицинскую помощь и низкая результативность системы здравоохранения.
- Особое внимание – правый нижний угол таблицы (пять регионов ДФО и три СФО) – эти регионы отличает сравнительно высокий потенциал, но низкая результативность системы здравоохранения.

Высокий потенциал развития здравоохранения и низкая результативность свидетельствуют о низком качестве медицинской помощи.

Типология регионов по уровню развития здравоохранения на основе матрицы «потенциал – результаты»

Верификация результатов исследования с данными ОНФ

Полученные данные перекликаются с результатами исследования, проведенного ОНФ в 2014 г.

В исследовании ОНФ при подготовке карты-рейтинга за основу были взяты 11 показателей Росстата, связанных со здравоохранением, и индикаторы территориальных программ госгарантий оказания бесплатной медпомощи в 2013 и 2014 гг. Если регион достиг целевых показателей программы госгарантий, он автоматически получает 3 балла... За непредоставление или неполное предоставление информации субъект получал отрицательные баллы, которые влияют на общий итог. См. <http://doctorpiter.ru/articles/12583/>

Данные проведенного кабинетного исследования перекликаются с результатами исследования, проведенного ОНФ в 2014 г.⁶:

Доступность и качество медицинской помощи по оценкам экспертов ОНФ (2014 г.):

- Лидер рейтинга по качеству и доступности медицинской помощи из восточных регионов – Томская область (45).
- Аутсайдеры рейтинга – Еврейская АО (19), Чукотский автономный округ (26).
- Улучшение положения в рейтинге в 2014 г. по сравнению с 2013 г.:
 - Омская область,
 - Республика Тыва.
- Ухудшение положения в рейтинге в 2014 г. по сравнению с 2013 г.:
 - Еврейская Автономная область.

⁶ В исследовании ОНФ при подготовке карты-рейтинга за основу были взяты 11 показателей Росстата, связанных со здравоохранением, и индикаторы территориальных программ госгарантий оказания бесплатной медпомощи в 2013 и 2014 гг. Их сравнивали с информацией, представленной на сайте Росстата, а также направленной в ОНФ региональными органами управления здравоохранением. Каждому показателю рейтинга соответствует определенное количество баллов. Если регион достиг целевых показателей программы госгарантий, он автоматически получает 3 балла... За непредоставление или неполное предоставление информации субъект получал отрицательные баллы, которые влияют на общий итог. См. <http://doctorpiter.ru/articles/12583/>

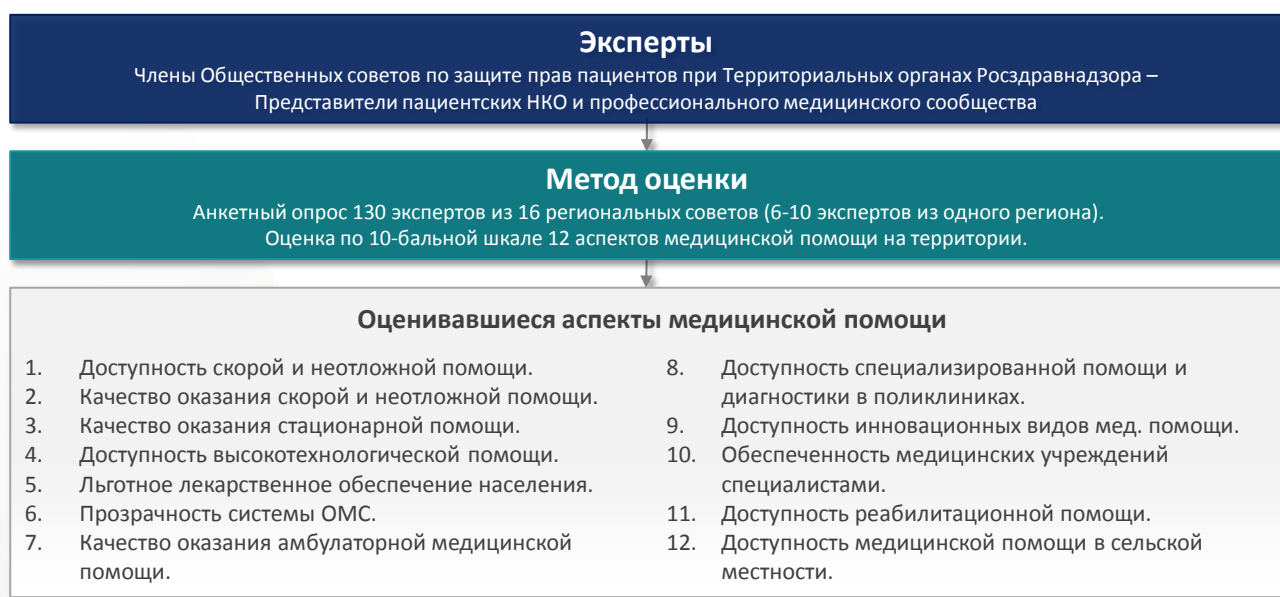
2. ОБЩАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ АСПЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ

Эксперты – члены Общественных советов при ТО РЗН, представители пациентских НКО и профессионального медицинского сообщества.

Метод оценки – анкетный опрос 130 экспертов из 16 региональных общественных советов (6-10 экспертов из одного региона).

Оценка по 10-бальной шкале 12 аспектов медицинской помощи на территории.

Рис. 10. Методика экспертной оценки



Региональные различия в оценках различных аспектов медицинской помощи

- Выше оценивают развитие медицинской помощи в регионах эксперты ДФО, ниже – эксперты СФО.
- Высокие экспертные оценки различных аспектов медицинской помощи – Омская область, Приморский край, Сахалинская область, Камчатский край.
- Низкие экспертные оценки различных аспектов медицинской помощи – Иркутская область, Забайкальский край, Магаданская, Амурская и Кемеровская области.
- Регионы, где эксперты выделяют и сильные, и слабые области в развитии медицинской помощи – Томская область, Хабаровский, Алтайский края, Чукотский АО.

Оценки различных аспектов медицинской помощи немногим выше среднего.

- Общая оценка качества оказания медицинской помощи населению – «удовлетворительно».
- Работа скорой и неотложной помощи – единственный из аспектов, который получил устойчивую «четверку» по «школьной» шкале.
- Качество стационарной помощи, доступность высокотехнологичной помощи, льготное лекарственное обеспечение в регионах – «на три с плюсом».
- Доступность медицинской помощи в сельской местности, доступность реабилитационной помощи и обеспеченность учреждений кадрами оценены ниже среднего – «на три с минусом».

Рис. 11. Общие результаты экспертной оценки по аспектам медицинской помощи в регионах для СФО и ДФО

№	Оценивавшиеся аспекты медицинской помощи	Средний балл по 10 бальной шкале	«Школьная» оценка
1	Доступность скорой и неотложной помощи	7,19	4
2	Качество оказания скорой и неотложной помощи	7,12	4
3	Качество оказания стационарной медицинской помощи	6,73	3+
4	Доступность высокотехнологической помощи (ВМП)	6,52	3+
5	Льготное лекарственное обеспечение населения	6,41	3+
6	Прозрачность системы ОМС	6,29	3
7	Качество оказания амбулаторной медицинской помощи	5,77	3
8	Доступность специализированной помощи и диагностики в поликлиниках	5,76	3
9	Доступность инновационных видов мед. помощи	5,32	3-
10	Обеспеченность медицинских учреждений специалистами	5,00	3-
11	Доступность реабилитационной помощи	5,07	3-
12	Доступность медицинской помощи в сельской местности	4,73	3-
Средний балл качества оказания медицинской помощи в регионах		6,09	3

Рис 12. Региональные различия в оценках различных аспектов медицинской помощи (экспертные оценки)

№	Территория	Качество оказания мед. помощи	Льготное ЛО	Обеспеченность кадрами	Качество амбулаторной помощи	Доступность спец. помощи и диагностики в поликли.	Качество стационарной помощи	Доступность медпомощи в сельской местности	Доступность скорой и неотложной помощи	Качество скорой и неотложной помощи	Доступность ВМП	Доступность инновац. видов помощи	Доступность реабилитационной помощи	Прозрачность системы ОМС
В целом, по выборке		6,09	6,41	5	5,77	5,76	6,73	4,73	7,19	7,12	6,52	5,32	5,07	6,29
СФО		5,92	5,52	4,88	5,52	5,44	6,37	4,65	6,92	6,95	6,17	4,84	4,61	5,13
ДФО		6,26	7,29	5,13	6,02	6,08	7,08	4,81	7,47	7,29	6,87	5,79	5,52	7,34
1	Омская область	7,29	7,67	5,86	6,57	7,14	7,83	7	8,71	8,57	7,86	7,14	5,71	8,29
2	Приморский край	8,4	9,1	5,8	8	7,4	8,56	6,88	8,11	8,44	7,33	7,88	5,3	7,4
3	Сахалинская область	6,88	7,75	6,63	6	6,63	7,75	5,75	8,5	7,75	7,38	6,57	6	8,38
4	Камчатский край	6,6	8,4	4	6,2	5,8	7,2	5,6	8,2	7,4	7,2	5,4	6,6	7,8
5	Томская область	5,75	5,5	5,13	5,38	5,38	6,14	4,86	8,22	8,11	5,38	4	5,25	4,5
6	Хабаровский край	6	6,89	4,4	4,78	5,2	6,5	3,9	7,38	7,33	6,71	5,7	6,33	6,8
7	Алтайский край	6,33	7,6	5	5,5	5,33	6	4,8	7	6,8	5,67	4,33	4,17	8
8	Чукотский АО	5,6	7,8	5,4	5,8	6,22	7,4	3,78	6,8	6,8	7,44	3,89	4,11	8,56
9	Республика Алтай	6,6	5,33	5,1	5,6	6,44	7,38	5,13	7,5	7,2	6,7	5,3	5,67	3,25
10	Республика Саха (Якутия)	6,43	6,43	5,17	5,71	5,71	6,57	4,71	6,43	6,71	6,71	5,71	5,29	6,29
11	Республика Бурятия	5,8	5,5	5,1	5,9	5,3	6,2	4,3	5,9	6,2	6,1	5,14	4,56	5,2
12	Кемеровская область	5,17	4,83	3,33	4,67	4,5	6,67	4,83	8,83	7,67	6,5	4,83	4,67	3,67
13	Амурская область	5,5	5,1	5,4	5,2	5,8	5,9	3,1	7,13	6,63	6,44	5,7	5,4	6,1
14	Магаданская область	3,8	7	2,8	6,6	5,4	6,8	6,4	7,5	7	5,2	5,5	6	8,33
15	Забайкальский край	5,29	3,86	4,57	5,76	4,86	6,43	3,14	5,29	6,33	6	4,29	3,71	3,33
16	Иркутская обл.	5,2	5	4,6	4,7	4,6	5	3,7	4,9	5,3	5,4	3,7	3,3	5,8

Цвета показывают место региона в общем рейтинге по данному направлению

Высокое

Выше среднего

Ниже среднего

Низкое

Региональные различия в оценках оценок различных аспектов медицинской помощи

1. Качество оказания медицинской помощи в регионе

Высокие оценки качества оказания мед. помощи – Приморский край (!), Омская область.

Низкие оценки качества оказания мед. помощи – Магаданская (!), Кемеровская, Иркутская области, Забайкальский край.

2. Льготное лекарственное обеспечение (ЛО) в регионе

Высокие оценки льготного ЛО – Приморский (!) и Камчатский (!) края, Сахалинская, Омская области, Чукотский АО, Алтайский край.

Низкие оценки льготного ЛО – Амурская и Иркутская области.

3. Обеспеченность кадрами

Высокие оценки – Сахалинская и Омская области, Р. Саха (Якутия).

Низкие оценки – Магаданская (!) и Кемеровская области, Камчатский край.

4. Качество оказания амбулаторной помощи

Высокие оценки – Приморский край (!), Магаданская и Омская области, Камчатский край.

Низкие оценки – Иркутская область и Хабаровский край.

5. Доступность специализированной помощи и диагностических процедур в поликлиниках

Высокие оценки – Приморский край, Омская и Сахалинская области, Камчатский край.

Низкие оценки – Иркутская область.

6. Качество оказания стационарной медицинской помощи

Высокие оценки – Приморский край, Омская, Сахалинская области, Р.Саха (Якутия), Чукотский АО, Р. Алтай.

Низкие оценки – Иркутская и Амурская области.

7. Доступность медицинской помощи в сельской местности

Высокие оценки – Омская область (!), Приморский край, Магаданская область, Камчатский край.

Низкие оценки – Амурская и Иркутская области, Чукотский АО.

8. Доступность скорой и неотложной помощи

Высокие оценки – Омская (!), Сахалинская и Кемеровская области, Приморский край.

Низкие оценки – Иркутская (!) область, Р. Бурятия.

9. Качество оказания скорой и неотложной помощи

Высокие оценки – Омская область, Приморский край.

Низкие оценки – Иркутская обл.(!), Р. Бурятия.

10. Доступность высокотехнологической медицинской помощи

Высокие оценки – Омская область, Сахалинская область, Чукотский АО.

Низкие оценки – Магаданская, Иркутская обл., Алтайский край.

11. Доступность инновационных видов помощи

Высокие оценки – Приморский край (!) и Омская обл.(!), Сахалинская область.

Низкие оценки – Иркутская обл., Чукотский АО, Томская область, Забайкальский и Алтайский края.

12. Доступность реабилитационной помощи

Высокие оценки – Камчатский и Хабаровский края, Сахалинская и Магаданская области.

Низкие оценки – Иркутская обл., Чукотский АО.

13. Прозрачность системы ОМС

Высокие оценки – Омская обл.(!), Чукотский АО, Сахалинская, Магаданская обл., Алтайский и Камчатский края, Приморский край.

Низкие оценки – Р.Алтай(!), Забайкальский край, Кемеровская область, Р.Бурятия.

3. ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ С НАЧАЛА ОПТИМИЗАЦИИ

Эксперты – члены Общественных советов при ТО РЗН – отвечали на вопрос, как изменилось качество различных аспектов медицинской помощи за последние два года.

Индексы динамики оказания помощи – $[-1 ; 1]$, где:

- $[1; 0,5]$ - существенная положительная динамика, $[0,5 ; 0,25]$ – наметившаяся положительная динамика;
- $[-1; -0,5]$ - существенная отрицательная динамика, $[-0,5 ; -0,05]$ – наметившаяся отрицательная динамика⁷;
- $[0 ; 0,1]$ – отсутствие изменений в изучаемом процессе.

Оценки экспертов говорят о том, что серьезных существенных изменений системе здравоохранения на территории не произошло.

Учитывая, что средняя экспертная оценка регионального здравоохранения – «на троечку» - ситуацию благополучной назвать нельзя.

- Рост платных услуг, замена бесплатной медицины платной – основная тенденция.
- Доступность высокотехнологичной медицинской помощи – наметилась некоторая положительная тенденция.
- Доступность узких специалистов в поликлиниках и доступность помощи в сельской местности – тревожная ситуация: эти два аспекта стоят внизу ранжированного ряда 10-бальных оценок. Учитывая, что основная экспертная оценка различных аспектов медицинской помощи – «на три с плюсом», если эксперты указывают, что за два года ситуация, скорее, ухудшилась, это говорит о действительно сложной ситуации.

Рис. 13. Динамика качества помощи с начала программы оптимизации

№	Показатель	Индекс	Интерпретация
	Динамика качества оказания медицинской помощи в целом	+ 0,18	Тенденция к улучшению
1	Динамика платных услуг	+ 0,33	Наметилась тенденция к росту
2	Динамика доступности ВМП	+ 0,29	
3	Динамика доступности инновационных видов помощи	+ 0,19	Нет динамики
4	Динамика качества скорой помощи	+ 0,16	
5	Динамика качества стационарной помощи	+ 0,15	
6	Динамика доступности скорой помощи	+ 0,13	
7	Динамика качества амбулаторной помощи	+ 0,08	
8	Динамика эффективности системы ОМС	+ 0,07	
9	Динамика доступности реабилитационной помощи	+ 0,03	
10	Динамика доступности льготного ЛО	0	
11	Динамика доступности специализированной помощи и диагностических процедур в поликлиниках	0	
12	Доступность узких специалистов в поликлиниках	-0,12	

⁷ Отрицательная динамика – шкала индекса более чувствительна ввиду психологических особенностей оценок (если эксперты указывают на то, что ситуация «скорее ухудшилась» - это говорит о реально намечающейся проблеме). Поэтому «ценность» каждого деления шкалы индекса при движении от нуля в минус значительно выше.

Рис. 14. Региональные различия в оценках динамики различных аспектов медицинской помощи

Регион	Динамика качества оказания мед. помощи	Динамика доступности льготного ЛО	Динамика объема платных услуг	Динамика качества амбулаторной помощи	Доступность узких специалистов в поликлиниках	Доступность спец. помощи и диагностики в поликлиниках	Динамика качества стационарной помощи	Динамика доступности помощи на селе	Динамика доступности скорой помощи	Динамика качества скорой помощи	Динамика доступности ВМП	Динамика доступности инновационной помощи	Динамика доступности реабилитационной помощи
В целом	0,18	0	0,33	0,08	-0,12	0	0,15	-0,13	0,13	0,16	0,29	0,19	0,03
СФО	0,03	0	0,37	0,01	-0,16	-0,07	0,12	-0,12	0,12	0,16	0,31	0,18	-0,05
ДФО	0,32	0	0,29	0,15	-0,08	0,07	0,18	-0,15	0,13	0,15	0,27	0,21	0,12
Омская	0,43	0,29	0,5	0,36	0	0,43	0,43	-0,07	0,43	0,57	0,43	0,43	0,43
Р. Алтай	0,3	0,3	0,4	0,35	0,1	0,3	0,1	0,15	0,4	0,35	0,5	0,4	0,25
Приморский	0,65	0,45	0,1	0,35	0,4	0,3	0,3	0,25	-0,1	0	0,35	0,45	0,1
Сахалинская	0,44	0,31	0,38	0,44	0,06	0,19	0,31	-0,06	0,44	0,31	0,38	0,25	0
Камчатский	0,5	0,4	0,1	0,2	0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3
Бурятия	0,35	0,3	0,4	0,25	0,1	0,05	0,35	0,05	0,15	0,3	0,5	0,3	-0,05
Саха (Якутия)	0,21	0	0,43	0,21	0,07	0,21	0,29	0,14	0,07	0,14	0,5	0,29	0,07
Иркутская	0	0	0	0	0	0	0	-0,05	0	0	0,25	0,05	0
Магаданская	0,3	0	0,6	0,1	-0,4	0,1	0,2	-0,22	0,2	0,2	0	0	0,2
Амурская	0,3	-0,8	0,5	0,05	-0,15	0	0,25	-0,5	0,2	0,3	0,35	0,35	0,35
Хабаровский	0,35	-0,1	0,3	-0,05	-0,15	-0,2	0,05	-0,45	0,2	0,2	0,25	0,05	0
Алтайский	-0,08	0,08	0,33	0	-0,25	-0,17	0	-0,17	-0,08	0	0,25	0,08	-0,33
Томская	-0,28	-0,28	0,44	-0,22	-0,44	-0,28	0	-0,13	0,06	0,06	0	0,06	0,06
Чукотский	-0,1	0	0,05	-0,05	-0,55	-0,1	-0,1	-0,45	-0,05	-0,05	0	0	0
Забайкальский	-0,43	-0,43	0,71	0,1	-0,5	-0,5	0	-0,57	-0,14	0	0,36	0,14	-0,71
Кемеровская	-0,25	-0,5	0,17	-0,5	-0,58	-0,67	0,08	-0,25	0,08	-0,08	0,08	-0,17	-0,25

Цвета показывают место региона в рейтинге по данному направлению

Высокое

Выше среднего

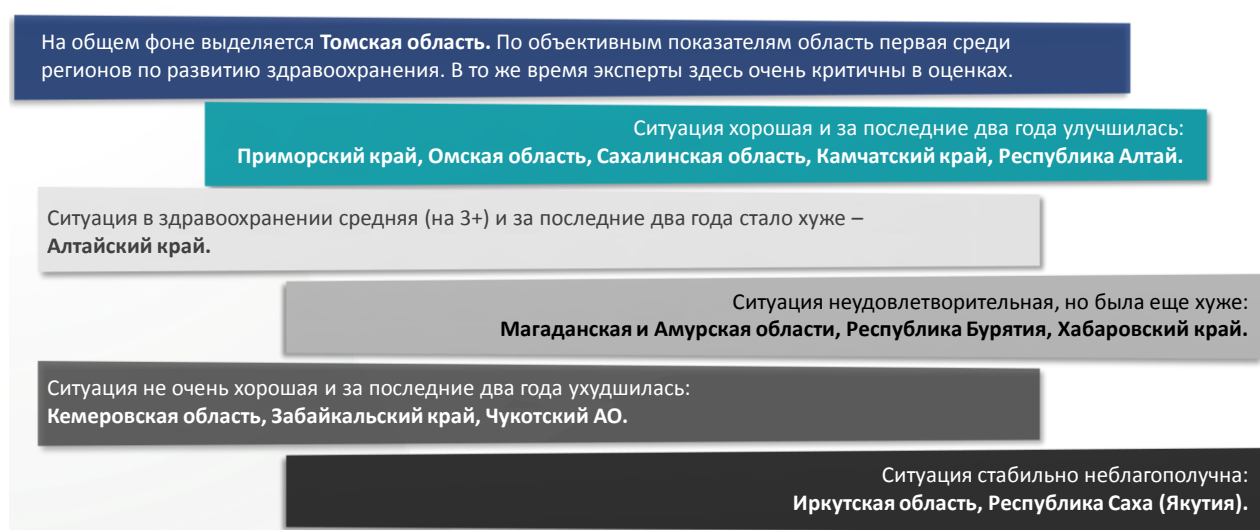
Ниже среднего

Низкое

Региональные различия в оценках динамики различных аспектов медицинской помощи

Сопоставление балльных экспертных оценок актуального состояния системы здравоохранения и экспертных оценок динамики в здравоохранении выявляет разные тенденции в регионах:

Рис 15. Типология регионов СФО и ДФО (сопоставление балльных оценок и оценок динамики в здравоохранении)



Региональные различия в экспертных оценках не всегда совпадают со статистической картиной состояния системы здравоохранения в регионах Сибири и Дальнего Востока. Смещения в оценках могут быть вызваны субъективными факторами:

- Особенности выстроенных взаимоотношений общественных организаций с органами власти на той или иной территории (есть регионы, где отношения конструктивны, есть такие, где общественность и власть находятся в оппозиции друг другу).
- Активность либо формальность деятельности Общественного совета при ТО РЗН на территории, уровень развитости его членов, представителей общественных организаций, уровень их запросов к здравоохранению – другой субъективный фактор, который мог повлиять на смещение экспертных оценок относительно объективной картины.

Возможно, именно этим обстоятельством обусловлены низкие оценки тенденций в здравоохранении, которые поставили эксперты в Томской области.

Региональные различия в оценках динамики различных аспектов медицинской помощи

1. Динамика доступности льготного лекарственного обеспечения

Положительная динамика – Приморский и Камчатский края, Сахалинская, Омская области, Р. Алтай и Бурятия.

Отсутствие динамики – Р. Саха (Якутия), Иркутская, Магаданская области, Алтайский край, Чукотский АО.

Отрицательная динамика – Амурская, Кемеровская области, Забайкальский край, Томская область, Хабаровский край.

2. Динамика объема платных услуг

Отсутствие динамики – Иркутская, Кемеровская области, Приморский и Камчатский края, Чукотский АО.

Высокий рост – Забайкальский край, Магаданская, Омская, Амурская, Томская области, Р. Саха (Якутия), Алтай, Бурятия, Сахалинская область, Алтайский и Хабаровский края.

3. Динамика качества амбулаторной помощи

Положительная динамика – Сахалинская, Омская области, Приморский край, Р. Алтай, Бурятия, Якутия, Камчатский край.

Отсутствие динамики – Иркутская, Магаданская, Амурская области, Алтайский, Забайкальский и Хабаровский края, Чукотский АО.

Отрицательная динамика – Кемеровская, Томская области.

4. Динамика доступности узких специалистов в поликлиниках

Положительная динамика – Приморский край, Р. Алтай и Бурятия.

Отсутствие динамики – Омская, Сахалинская, Иркутская области, Камчатский край, Р. Саха (Якутия).

Отрицательная динамика – Кемеровская область, Чукотский АО, Забайкальский край, Томская, Магаданская области, Алтайский, Хабаровский края, Амурская область.

5. Динамика доступности специализированной помощи и диагностики в поликлиниках

Положительная динамика – Омская область, Р.Алтай, Приморский, Камчатский края, Р.Саха (Якутия), Сахалинская область.

Отсутствие динамики – Р. Бурятия, Иркутская, Магаданская, Амурская области.

Отрицательная динамика – Кемеровская область, Забайкальский край, Томская область, Хабаровский, Алтайский и Чукотский края.

6. Динамика качества стационарной помощи

Положительная динамика – Омская область, Р. Бурятия, Сахалинская область, Приморский край, Саха (Якутия), Амурская область.

Отсутствие динамики – Камчатский край, Магаданская и Иркутская области, Р. Алтай, Кемеровская область, Хабаровский край, Р. Саха (Якутия), Томская область, Алтайский и Забайкальский края.

Отрицательная динамика – Чукотский край.

7. Динамика доступности помощи на селе

Положительная динамика – Приморский и Камчатский края.

Отсутствие динамики – Р. Алтай, Саха (Якутия), Бурятия, Сахалинская, Омская и Иркутская области.

Отрицательная динамика – Забайкальский край, Амурская область, Чукотский и Хабаровский края, Кемеровская и Магаданская области, Алтайский край, Томская область.

8. Динамика доступности скорой помощи

Положительная динамика – Сахалинская, Омская области, Р. Алтай.

Отсутствие динамики – Камчатский и Хабаровский края, Магаданская, Амурская области, Р. Бурятия, Саха (Якутия), Кемеровская, Томская и Иркутская области, Алтайский и Чукотский края.

Отрицательная динамика – Забайкальский и Приморский края.

9. Динамика качества скорой помощи

Положительная динамика – Омская область, Р. Алтай, Сахалинская, Р. Бурятия и Амурская области.

Отсутствие динамики – Камчатский, Хабаровский края, Магаданская область, Р. Саха (Якутия), Томская, Иркутская области, Приморский, Алтайский и Забайкальский края, Чукотский АО, Кемеровская область.

Отрицательная динамика – нет.

10. Динамика доступности ВМП

Положительная динамика – Р. Алтай, Бурятия, Саха (Якутия), Омская, Сахалинская и Амурская области, Забайкальский, Приморский, Камчатский, Хабаровский и Алтайский края, Иркутская область.

Отсутствие динамики – Кемеровская, Томская, Магаданская области, Чукотский АО.

Отрицательная динамика – нет.

11. Динамика доступности инновационной помощи

Положительная динамика – Приморский край, Омская область, Р. Алтай, Амурская область, Р. Бурятия, Саха (Якутия), Сахалинская область, Камчатский край.

Отсутствие динамики – Забайкальский и Алтайский края, Томская область, Хабаровский край, Иркутская и Магаданская области, Чукотский АО.

Отрицательная динамика – Кемеровская область.

12. Динамика доступности реабилитационной помощи

Положительная динамика – Омская, Амурская области, Камчатский край, Р. Алтай, Магаданская область.

Отсутствие динамики – Приморский край, Р. Саха (Якутия), Томская, Иркутская, Сахалинская области, Хабаровский край, Чукотский АО, Р. Бурятия.

Отрицательная динамика – Забайкальский край, Кемеровская область, Алтайский край.

Рис. 16. Сводные результаты оценки. Качество систем здравоохранения и оказания медицинской помощи в регионах СФО и ДФО

№	Территория	Интегральные показатели	Экспертные оценки	Примечания
1	Омская область			Высокие показатели
2	Сахалинская область			
3	Новосибирская область			
4	Красноярский край			Критичные оценки экспертов
5	Хабаровский край			
6	Томская область			
7	Магаданская область			
8	Кемеровская область			Завышенные оценки экспертов
9	Приморский край			
10	Камчатский край			
11	Республика Саха (Якутия)			
12	Республика Алтай			
13	Республика Бурятия			Низкие показатели
14	Алтайский край			
15	Чукотский АО			
16	Амурская область			
17	Иркутская область			
18	Забайкальский край			
19	Республика Тыва			
20	Республика Хакасия			
21	Еврейская АО			

Высокое

Выше среднего

Ниже среднего

Низкое

4. КАЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ответы на вопрос, в чем эксперты видят улучшения, ухудшения и проблемы в отдельных областях оказания медицинской помощи в регионе, позволяют получить качественную картину изменений в системе здравоохранения с начала процесса оптимизации⁸.

Улучшения в качестве оказания медицинской помощи в регионах за последние 2 года:

- Улучшение МТБ центральных учреждений
- Рост доступности ВМП, появление новых методов диагностики и лечения
- Рост отлаженности и координированности действий по получению медуслуг – «стало больше порядка» (внедрение информационных технологий в аптеках, поликлиниках, службе скорой помощи, появление маршрутизации)
- Рост оперативности работы скорой помощи

Общие проблемы качества оказания медицинской помощи:

- Дефицит и отток кадров
- Снижение доступности и качества оказания помощи
- Сокращения и объединение медучреждений, ЛПУ в селах
- Низкая оплата труда и материальная незаинтересованность медперсонала
- Рост нагрузки на медперсонал
- Уменьшение финансирования
- Устаревание и дефицит оборудования
- Ухудшение МТБ, устаревание и дефицит оборудования
- Ухудшение ЛО медучреждений и служб скорой помощи
- Замена бесплатных услуг платными, рост стоимости препаратов и услуг
- Дефицит спецтранспорта, проблема транспортировки из отдаленных районов
- Нарушения этики и деонтологии
- Низкий уровень контроля

⁸ Экспертам задавались открытые вопросы об изменениях и проблемах в здравоохранении. Поэтому здесь и далее представлен качественный анализ ответов; ответы представлены в ранжированном порядке уменьшения их значимости.

Проблемы амбулаторной помощи

- Долгий срок ожидания диагностических процедур
- Рост бумажной работы и сокращение времени приема

Проблемы стационарной помощи

- Сокращение и дефицит коек в стационарах
- Плохие социально-бытовые условия в стационарах
- Отсутствие средств реабилитации и гигиены
- Ветхое состояние сельских больниц
- Закрытие специализированных отделений
- Сокращение сроков лечения

Проблемы скорой помощи

- Недоступность отдаленных районов, долгий срок доезда
- Износ и дефицит автопарка
- «Выгорание» персонала
- Высокие тарифы на санавиацию

Проблемы специализированной помощи

- Сложности в получении реабилитационных услуг
- Недоступность для отдаленных районов
- Долгий срок ожидания
- Неотлаженная маршрутизация между центрами
- Низкая информированность об услугах
- Низкий уровень диагностических процедур

Проблемы в лекарственном обеспечении

- Законодательные ограничения закупок
- Ограничения по льготным категориям

Оценка обязательного медицинского страхования

Эффективность системы ОМС по оценкам экспертов, сомнительна. Среди оценок экспертов присутствуют заявления о бесполезности системы ОМС, страховых компаний.

Проблемы системы ОМС

ОМС непрозрачна

- «Где деньги, Зин» (*непонятно, на что тратятся деньги... финансирование системы ОМС происходит произвольно...*)
- Высокие расходы на содержание страховых компаний (*на содержание аппарата страховых...*)
- Неэффективность контроля страховых компаний (*нет контроля за страховыми, которые работают неэффективно*)

ОМС не решает задачи оплаты лечения

- Низкие тарифы на медуслуги и дефицит расходов на ОМС
- Ограниченный перечень услуг по ОМС

Страховые компании плохо выполняют свои защитные функции

- Страховые не контролируют оказание медицинской помощи
- Страховые не защищают права больного (*проводимая страховыми экспертиза качества не ведет к улучшению качества... защищает интересы не людей, а страховых... плохо реагируют на обращения граждан, не защищают в конфликтных ситуациях*)
- Страховые не информируют людей об их правах и возможностях (*система ОМС людям непонятна... нет информации о бесплатных услугах по ОМС для простых людей*)
- Страховые не рассказывают о своей деятельности (*нет освещения деятельности страховых компаний*).

Система использования лечебными учреждениями ресурсов ОМС не урегулирована

- Страховые – лишнее промежуточное звено движения денег из бюджета к медучреждениям.
- Неурегулированное взаимодействие ФОМС, страховых и медорганизаций
- Конфликт интересов страховых компаний и медучреждений
- Спекуляции медицинских учреждений на ОМС (*поликлиники намеренно принимают большое количество людей, за которых поступают деньги из фонда ОМС, в ущерб качеству обслуживания*).

5. ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ

Экспертная оценка необходимости оптимизации здравоохранения – 1,5 балла из 10-ти!

Абсолютное большинство экспертов убеждено в неоправданности проведения оптимизации здравоохранения в регионе:

- Более половины опрошенных настроены категорично: поставили «1» балл «Оптимизация совершенно не нужна»;
- В целом, более 70% опрошенных экспертов считают оптимизацию неоправданной.
- Только 3 эксперта из 130 оценили необходимость проведения оптимизации на балл «6» (чуть выше среднего).
- Высокие оценки оптимизации (баллы «7»-«10») не дал ни один эксперт.

Рис. 17. Оценка необходимости проведения Программы оптимизации



Рис 18. Проблемы оптимизации

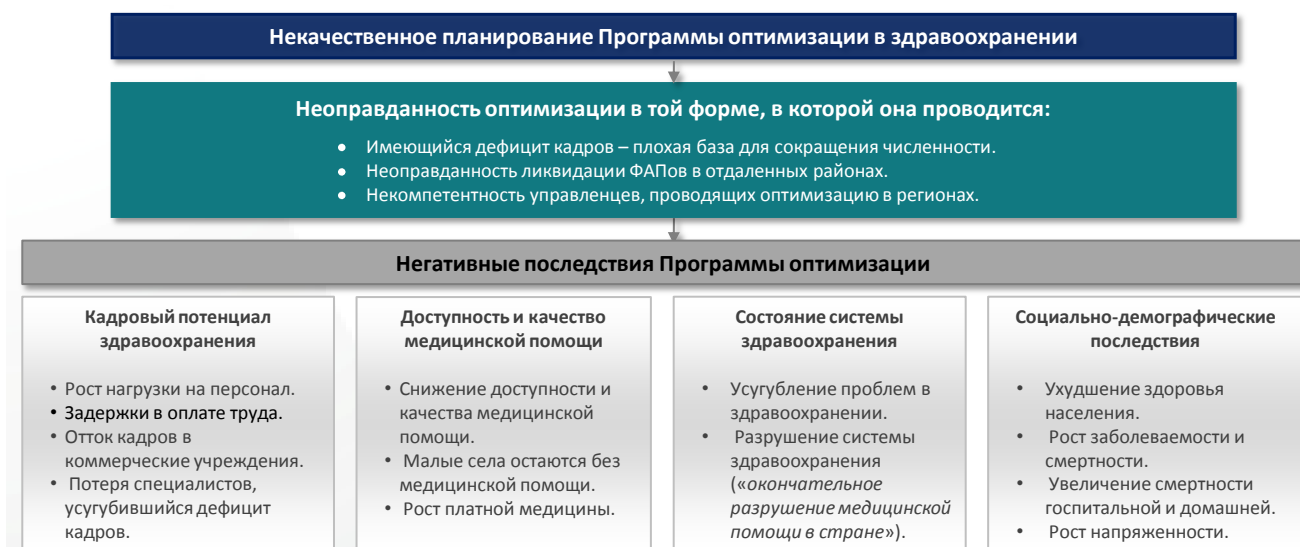
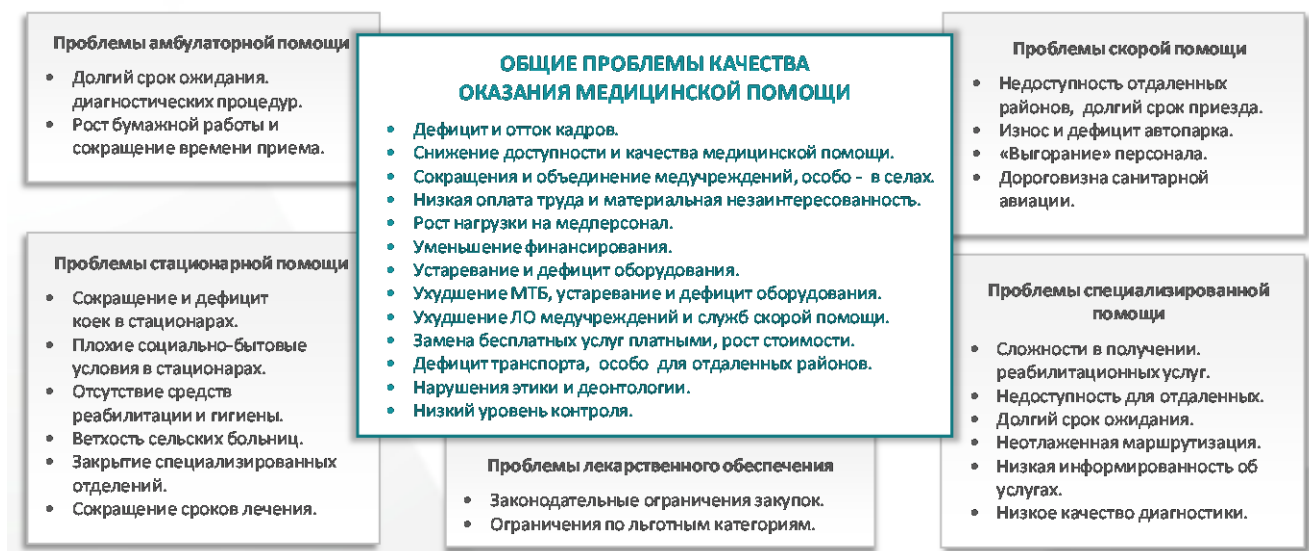


Рис 19. Проблемы оказания медицинской помощи после оптимизации



Условия грамотной оптимизации (оценки экспертов)

1. Оптимизация должна быть направлена на повышение качества и своевременности оказания медуслуг, а не на сокращение численности.
2. Оптимизация должна начинаться с реформы структуры управления здравоохранения и оптимизации численности в органах управления здравоохранением за счет сокращения управленческого персонала и дублирующих функций.
3. Оптимизация должна коснуться отчетности – оптимизация бюрократической работы.
4. Дифференцированный подход к сокращениям в регионах.
5. Оптимизацию нужно делать постепенно, сохраняя существующую сеть медицинских организаций.

ВЫВОДЫ

Оценка качества оказания медицинской помощи в регионах

- Существенных изменений в системе здравоохранения за последние два года не произошло. Однако благополучной ситуацию назвать нельзя: общая оценка качества оказания медицинской помощи населению на территории – «удовлетворительно».
- Рост платных услуг, замена бесплатной медицины платной – очевидная тенденция.
- Работа скорой и неотложной помощи, а также доступность высокотехнологичной медицинской помощи – два аспекта регионального здравоохранения, где наметилась некоторая положительная тенденция.
- Доступность медицинской помощи в сельской местности, доступность реабилитационной помощи, инновационной помощи и обеспеченность учреждений кадрами (прежде всего, поликлиник узкими специалистами) – те аспекты регионального здравоохранения, где ситуация ухудшилась.
- Качество оказания амбулаторной и стационарной помощи, доступность специализированной помощи и диагностики в поликлиниках, лекарственное обеспечение – ситуация стабильно «на троечку».
- ОМС – к системе существует много претензий и вопросов (система непрозрачна, не урегулирована и не решает задачи оплаты лечения, не защищает пациентов).

Региональные особенности функционирования системы здравоохранения

- По объективным интегральным статистическим показателям развития здравоохранения сравнительно благополучная ситуация в 8 регионах из 21. Остальные 13 регионов Сибири и Дальнего Востока отличает низкая результативность и низкое качество медицинской помощи.
- Томская область выделяется на общем фоне: по объективным показателям регион – позитивный лидер. В то же время эксперты здесь очень критичны в оценках.
- Ситуация хорошая и за последние два года улучшилась: Приморский край, Омская область, Сахалинская область, Камчатский край, Республика Алтай.
- Ситуация в здравоохранении средняя и за последние два года стало хуже – Алтайский край.
- Ситуация неудовлетворительная, но была еще хуже: Магаданская и Амурская области, Республика Бурятия, Хабаровский край.
- Ситуация не очень хорошая и за последние два года ухудшилась: Кемеровская область, Забайкальский край, Чукотский АО.
- Ситуация стабильно неблагополучна: Иркутская область, Республика Саха (Якутия).

Оценка эффективности Программы оптимизации здравоохранения

- Абсолютное большинство экспертов убеждено в неоправданности проведения оптимизации здравоохранения.
- По мнению экспертов, некачественное планирование Программы и некомпетентность управленцев, проводящих оптимизацию в регионах, привели к усугублению имеющегося дефицита кадров; неоправданность ликвидации ФАПов усугубила проблему доступности помощи в отдаленных районах.
- Негативные последствия Программы оптимизации здравоохранения – рост нагрузки на медперсонал, отток кадров в коммерческие учреждения, снижение доступности и качества медицинской помощи, ухудшение здоровья населения, рост заболеваемости и смертности, увеличение социальной напряженности.
- Условия грамотной оптимизации – дифференцированный подход, постепенность, смещение ориентиров с сокращения численности к повышению качества и своевременности оказания помощи, оптимизация управленческого аппарата и бюрократической работы.

Приложение 1. АНКЕТА ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА

**АНКЕТА
«ОЦЕНКА СИТУАЦИИ В СИСТЕМЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

Регион	Заполнил (ФИО, должность в Общественном совете)	Дата

Уважаемые коллеги!

Просим Вас заполнить данную анкету.

Нам важно и ценно мнение членов вашего Совета как экспертов в данной сфере.

От регионального общественного совета необходимо заполнить 10 анкет. Заполненные анкеты в электронном виде в формате MS Word необходимо прислать до 17 июня 2016 года на почту Совета sovetrzn@yandex.ru.

Все вопросы, которые возникнут у Вас по заполнению и предоставлению анкет, адресуйте секретарю Общественного совета при Росздравнадзоре Нине Рудольфовне Русанович по телефону +7(499)5780297 или на почту sovetrzn@yandex.ru.

*При заполнении анкеты вариант ответа, который лучше всего отражает Ваше мнение, нужно выделить удобным для Вас способом (**жирным шрифтом** или **заливкой**).*

Вопросы с 10-бальными шкалами предполагают, что «1» - минимальное значение / низкий уровень / абсолютно не согласен, «10» - максимальное значение / высокий уровень / абсолютно согласен.

В открытых вопросах (нет вариантов ответов) нужно написать свой ответ в ячейке.

Пожалуйста, ответьте на все вопросы анкеты, это важно для полноценного сравнения данных между регионами.

Для наиболее квалифицированного заполнения анкеты при необходимости можно привлекать экспертов по узким вопросам.

Результаты опроса будут представлены его участникам и федеральным органам власти.

I. КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ

1. Оцените по 10-бальной шкале аспекты системы здравоохранения в Вашем регионе:

Дайте ответ по каждой строке таблицы: выделите **заливкой** или **жирным шрифтом** соответствующий Вашему мнению балл.

Критерий оценки	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98- Трудно сказать
	Низкая оценка	
1.1. Качество оказания медицинской помощи населению региона	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.2. Льготное лекарственное обеспечение населения	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.3. Обеспеченность медицинских учреждений специалистами	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.4. Качество оказания амбулаторной медицинской помощи	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.5. Доступность специализированной медпомощи и диаг. процедур в поликлиниках	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.6. Качество оказания стационарной медицинской помощи	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.7. Доступность медицинской помощи в сельской местности	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.8. Доступность скорой и неотложной помощи	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.9. Качество оказания скорой и неотложной помощи	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.10. Доступность высокотехнологической медицинской помощи	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.11. Доступность инновационных видов мед. помощи, новых препаратов...	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.12. Доступность реабилитационной помощи	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98
1.13. Прозрачность системы обязательного медицинского страхования	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	98

2. Качество оказания медицинской помощи в регионе за последние 2 года...

Выделите один ответ.

- 1- Существенно улучшилось
- 2- Улучшилось
- 3- Осталось на том же уровне
- 4- Ухудшилось
- 5- Существенно ухудшилось
- 98-Трудно сказать

- 3. В чем Вы видите улучшение качества оказания медицинской помощи в регионе.**
Опишите, где произошло улучшение, назовите конкретные примеры.

- 4. В чем Вы видите ухудшение качества оказания медицинской помощи в регионе.**
Опишите, где произошло ухудшение, назовите конкретные примеры.

- 5. Льготное лекарственное обеспечение в регионе за последние 2 года...**
Выделите один ответ.

- 1- Существенно улучшилось
- 2- Несколько улучшилось
- 3- Осталось на том же уровне
- 4- Несколько ухудшилось
- 5- Существенно ухудшилось
- 98-Трудно сказать

- 6. С чем Вы связываете изменение ситуации в регионе с лекарственным обеспечением?**

- 7. Объем платных медицинских услуг в регионе за последние 2 года...**
Выделите один ответ.

- 1- Существенно увеличился
- 2- Увеличился
- 3- Остался на том же уровне
- 4- Уменьшился
- 5- Существенно уменьшился
- 98-Трудно сказать

II. ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ

8. Качество оказания медицинской помощи в поликлиниках региона за последние 2 года...

Выделите один ответ.

- 1- Существенно улучшилось
- 2- Улучшилось
- 3- Осталось на том же уровне
- 4- Ухудшилось
- 5- Существенно ухудшилось
- 98-Трудно сказать

9. В чем Вы видите улучшение.

Опишите, где произошло улучшение, назовите конкретные примеры.

10. В чем Вы видите ухудшение.

Опишите, где произошло ухудшение, назовите конкретные примеры.

11. Доступность узких специалистов в поликлиниках региона за последние 2 года...

Выделите один ответ.

- 1- Существенно улучшилась
- 2- Улучшилась
- 3- Осталась на том же уровне
- 4- Ухудшилась
- 5- Существенно ухудшилась
- 98-Трудно сказать

12. Доступность специализированной мед. помощи и диагностических процедур (сроки ожидания приема специалиста, проведения УЗИ и др.) в поликлиниках региона за последние 2 года...

Выделите один ответ.

- 1- Существенно повысилась
- 2- Повысилась
- 3- Осталась на том же уровне
- 4- Снизилась
- 5- Существенно снизилась
- 98-Трудно сказать

13. Назовите основные проблемы в работе поликлиник в вашем регионе:

III. ОКАЗАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ

14. **Качество оказания медицинской помощи в стационарах региона за последние 2 года...** *Выделите один ответ.*

- 1- Существенно улучшилось
- 2- Улучшилось
- 3- Осталось на том же уровне
- 4- Ухудшилось
- 5- Существенно ухудшилось
- 98-Трудно сказать

15. **В чем Вы видите улучшение.**

Опишите, где произошло улучшение, назовите конкретные примеры.

16. **В чем Вы видите ухудшение.**

Опишите, где произошло ухудшение, назовите конкретные примеры.

17. **Назовите основные проблемы в работе стационаров в вашем регионе.**

IV. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

18. **Доступность медицинской помощи в сельской местности за последние 2 года...**

Выделите один ответ.

- 1- Существенно повысилась
- 2- Повысилась
- 3- Осталась на том же уровне
- 4- Снизилась
- 5- Существенно снизилась
- 98-Трудно сказать

19. **До 2018 года в регионах планируется сокращение числа фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПы) с частичной заменой их на офисы врачей общей практики. На Ваш взгляд, как повлияет это на доступность медицинской помощи в сельской местности в Вашем регионе?**

Выделите один ответ.

- 1- Существенно повысит
- 2- Скорее, повысит
- 3- Оставит без изменений
- 4- Скорее, понизит
- 5- Существенно снизит
- 98-Трудно сказать

V. ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

20. Доступность скорой и неотложной медицинской помощи в регионе за последние 2 года...

Выделите один ответ.

- 1- Существенно повысилась
- 2- Повысилась
- 3- Осталась на том же уровне
- 4- Снизилась
- 5- Существенно снизилась
- 98-Трудно сказать

21. Качество оказания медицинской помощи бригадами скорой и неотложной помощи в регионе за последние 2 года...

Выделите один ответ.

- 1- Существенно улучшилось
- 2- Улучшилось
- 3- Осталась на том же уровне
- 4- Ухудшилось
- 5- Существенно ухудшилось
- 98-Трудно сказать

22. В чем Вы видите улучшение.

Опишите сфере, где произошло улучшение, назовите конкретные примеры.

23. В чем Вы видите ухудшение.

Опишите сфере, где произошло ухудшение, назовите конкретные примеры.

24. Назовите основные проблемы, существующие в работе скорой и неотложной медицинской помощи в вашем регионе.

VI. ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ

25. Доступность высокотехнологичной медицинской помощи в регионе за последние 2 года...

Выделите один ответ.

- 1- Существенно повысилась
- 2- Повысилась
- 3- Осталась на том же уровне
- 4- Снизилась
- 5- Существенно снизилась
- 98-Трудно сказать

26. Доступность инновационных видов медицинской помощи, новых препаратов, современных методик лечения в регионе за последние 2 года...

Выделите один ответ.

- 1- Существенно повысилась
- 2- Повысилась
- 3- Осталась на том же уровне
- 4- Снизилась
- 5- Существенно снизилась
- 98-Трудно сказать

27. Доступность реабилитационной помощи в регионе за последние 2 года...

Выделите один ответ.

- 1- Существенно повысилась
- 2- Повысилась
- 3- Осталась на том же уровне
- 4- Снизилась
- 5- Существенно снизилась
- 98-Трудно сказать

28. Назовите основные проблемы, существующие в вашем регионе с организацией специализированной медицинской помощи:

--

VII. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

29. Эффективность системы ОМС в регионе за последние 2 года...

Выделите один ответ.

- 1- Существенно улучшилась
- 2- Улучшилась
- 3- Осталась на том же уровне
- 4- Ухудшилась
- 5- Существенно ухудшилась
- 98-Трудно сказать

30. Оцените необходимость реформирования системы ОМС

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

*Совершенно не нужно
необходимо*

Остро

98-Трудно сказать

31. Прокомментируйте свой ответ. Почему нужно или не нужно, на Ваш взгляд, реформировать систему ОМС.

32. Назовите основные проблемы, существующие в организации системы ОМС в вашем регионе.

VIII. ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ ПРОИСШЕСТВИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

33. Какие ЧП произошли в области здравоохранения в регионе за последний год:

Оцените по 10- бальной шкале необходимость проведения в Вашем регионе Программы оптимизации здравоохранения (сокращения численности медучреждений и медперсонала):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Совершенно не нужна

Остро необходима

98-Трудно сказать

34. Прокомментируйте свой ответ. Почему нужно или не нужно, на Ваш взгляд, реализовывать Программу оптимизации здравоохранения. В чем ее плюсы и минусы.

СПАСИБО!

Приложение 2.
РЕГИОНЫ СФО И ДФО: ХАРАКТЕРИСТИКА ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ
«ПОТЕНЦИАЛА» И «РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ» В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.
ПРОБЛЕМЫ ТЕРРИТОРИИ

СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

Томская область

Потенциал развития здравоохранения

- Самая высокая обеспеченность врачами в регионе (1 место в СФО).
- Высокая обеспеченность больничными койками (3 место в СФО).
- В 10-ке лучших регионов РФ в сфере здравоохранения.

Результативность системы здравоохранения

- Самая низкая младенческая смертность (1 место в СФО).

Проблемы

- Недостаточное оснащение ФАПов:
 - В области 257 медпунктов, полностью оснащенных по стандарту практически нет.
 - В одних районах ситуация по расхождению комплектации медпунктов незначительная, в других по важным позициям очень плохая.
 - Укомплектованы медпункты по основным 5-ти позициям⁹ только на треть.
 - Нехватка оборудования по всей области составляет около 45 млн. рублей.
 - В целом, оснащение ведется, но денег для полного доведения всех медпунктов до соответствующего стандарта, в бюджете депутатами не выделено.¹⁰

⁹ 1. Электрокардиограф, 6-ти или 3-х канальный; 2. Автоматический дефибриллятор; 3. Анализатор уровня сахара портативный; 4. Экспресс-анализатор уровня холестерина в крови; 5. Экспресс-анализатор кардиомаркеров.

¹⁰ http://tomsk-e.ru/news/sobitiya/6972_luchshiyi-izbranniyi-verblyud-tomskoyi-oblasti.html

Новосибирская область

Потенциал развития здравоохранения

- Сравнительно высокая обеспеченность врачами (2 место в СФО).
- Обеспеченность больничными койками выше среднего показателя по СФО.

Результативность системы здравоохранения

- Низкая младенческая смертность (2 место в СФО).

Проблемы

- ЦГБ г.Бердск – сложная кадровая ситуация в: в 2015 г. было закрыто 55% ставок врачей и 60% - ставок медсестер. Остро стоит проблема сверхнагрузок на персонал и сложности попасть к узким специалистам¹¹.
- Центральная детская больница г.Бердск – в 2015 г. обращение горожан по поводу разрухи¹².

¹¹ <http://berdsk-online.ru/news/obshchestvo/ministr-zdravoohraneniya-nso-v-berdske-politicheskie-processy-vliyayut-na-medicinu>

¹² <http://berdsk-online.ru/news/obshchestvo/razruha-v-bolnicah-berdska-aktivisty-shturmovali-kabinet-glavvracha>

Омская область

Потенциал развития здравоохранения

- Сравнительно высокая обеспеченность врачами (3 место в СФО).
- Низкая обеспеченность больничными койками (предпоследнее место в СФО).
- Недостаточное оснащение ФАПов и дефицит кадров имеют место.

Результативность системы здравоохранения

- Сравнительно невысокая младенческая смертность (4 место в СФО).

Проблемы

- Смерть в ситуации невозможности получить скорую помощь в отдаленных сельских районах (дер. Максимовка – смерть младенца при родах в ситуации отказа ближайшего ФАПа приехать на роды)¹³.
- Нехватка медработников превысила 1600 чел. Несмотря на федеральную программу «Земский врач», ехать в сельские районы медработники не соглашаются.
- Низкие оклады (в 2015 г. 7 тыс. руб. у хирурга).
- Несовершенство системы оплаты труда. «Некоторым фельдшерам выдают такой план, что у него по умолчанию столько больных быть не может. Ему приходится тащить всех кого попало. У пожарных же нет плана по пожарам.»¹⁴.
- Навязывание платных медицинских услуг. В 2015 году количество жалоб на неправомерное требование денег за оказание медицинской помощи возросло в 2 раза.

«По данным организаций системы обязательного медицинского страхования, за девять месяцев 2015 года рост документально зафиксированных обращений граждан, возмущенных взиманием денежных средств за медицинскую помощь по программам обязательного медицинского страхования, составил 109 % (2014 г. — 406, 2015 г. — 850)», — из доклада Уполномоченного по правам человека Омской области В. Лохичева депутатам Заксобрания.

Количество жалоб на навязывание платных медицинских услуг увеличилось на 97 % (со 142 в 2014 году до 280 в 2015 году). По сравнению с 2014 годом участились жалобы на нарушения в действиях медработников (с 441 до 516), на недостаток дополнительного лекарственного обеспечения (с 260 до 440), на грубость персонала учреждений здравоохранения (со 100 до 133)¹⁵.

¹³ <http://shraibikus.com/omskie-novosti/42897-mizulina-obespoilas-sistemoi-zdravoohraneniya-v-omskoi-oblasti>

¹⁴ <http://ngs55.ru/news/2149612/view/>

¹⁵ <http://ngs55.ru/news/more/2436933/>

Республика Тыва

Потенциал развития здравоохранения

- Рост обеспеченности врачами (48,9 на 10 тыс.нас.).
- Высокая обеспеченность средним медицинским персоналом (144 на 10 тыс.нас.).
- Самая высокая обеспеченность больничными койками (1 место в СФО).
- Обеспеченность койками в 1,5 раза выше, чем в среднем по РФ.

Результативность системы здравоохранения

- Самая высокая младенческая смертность по СФО и РФ (несмотря на высокие темпы снижения общей смертности, высокую рождаемость и естественный прирост населения).
- Высокая смертность от инфекционных и паразитарных болезней, от туберкулеза.
- Рост смертности от онкологических заболеваний.

Проблемы

- Низкая материально-техническая база онкологической и амбулаторно-поликлинической служб ⇒ Недостаточная степень выявления злокачественных новообразований на ранних стадиях медицинскими организациями первичного звена¹⁶.

¹⁶ <http://www.minzdrav.tuva.ru/news/2017/>

Иркутская область

Потенциал развития здравоохранения

- Обеспеченность врачами 49 на 10 тыс.нас.
- Высокая обеспеченность больничными койками (2 место в СФО).
- Низкая удовлетворенность населения медицинской помощью.
- Низкая оплата труда и отток кадров в службе скорой помощи.
- Низкое качество работы службы скорой помощи (длительность ожидания).

Результативность системы здравоохранения

- Младенческая смертность – на уровне средней по СФО (выше общероссийской).
- Высокая общая смертность (13,8 по сравнению с 13,2 в СФО).

Проблемы

- Низкая удовлетворенность населения медицинской помощью. По данным общероссийских исследований, по удовлетворенности населения медицинской помощью Иркутская область находится ниже Республики Алтай, Башкортостана, Новосибирской области, Бурятии и Красноярского края. По данным опросов, население области, в первую очередь сельских районов, дает невысокие оценки изменениям в системе здравоохранения¹⁷.
- Рост жалоб от населения¹⁸.
- Низкая оплата труда и отток кадров в службе скорой помощи. На одной из станций «скорой помощи», работает в 4 раза меньше сотрудников, чем положено. При этом областное Министерство здравоохранения утверждает, что со штатом и с зарплатами здесь все в порядке¹⁹.
- Длительность ожидания скорой помощи в отдаленных районах (не соблюдается временной норматив доезда до места аварии в течение 20 минут)²⁰.

¹⁷ По данным опроса сельского населения области, проведенного активистами ОНФ в 2015 г., 66% опрошенных не видят особых изменений в качестве обслуживания. Еще 20,6% респондентов заявили, что ситуация ухудшилась. И только 13,4% людей отметили, что ситуация изменилась к лучшему.

<http://liveangarsk.ru/news/20150614/onf-naselenie>

¹⁸ <http://irkutsk.aldana.ru/new/view/id/47665>

¹⁹ <http://www.otr-online.ru/news/11010.html>

²⁰ <http://www.бсмп->

ангарск.пф/news/ministr_zdravookhraneniija_irkutskoj_oblasti_oleg_jaroshenko_otmetil_polozhitelnyj_opyt_rabot_y_angarskoj_stancii_skoroj_pomoshhi/2015-12-03-191

Красноярский край

Потенциал развития здравоохранения

- Сравнительно низкая обеспеченность врачами (47,6 на 10 тыс.нас.).
- Низкая обеспеченность больничными койками.
- Дефицит кадров в ФАПах.
- Огромные долги медицины региона. Недофинансирование. Кредиторская задолженность медучреждений. Недостаточно средств для оказания специализированной помощи, развития высокотехнологичной помощи.

Результативность системы здравоохранения

- Снижение и низкий показатель младенческой смертности (3 место в СФО).

Проблемы

- Миллиардные долги медицины региона. Беспрецедентный рост кредиторской задолженности краевых медучреждений перед поставщиками оборудования, расходных материалов, лекарственных средств. Дефицит составляет несколько миллиардов рублей. Это в разы больше, чем в Новосибирской области, в Республике Алтай. Общее финансовое обеспечение здравоохранения по сравнению с предыдущим годом в 2015-ом уменьшено более чем на два миллиарда рублей. Кредиторская задолженность в медучреждениях растет, как снежный ком, и на конец года прогнозируется около 1,5 млрд рублей.
- Клиники Красноярского края вынуждены выбирать между дешёвыми медицинскими средствами и дефицитом. При формировании трехлетнего бюджета края ряд показателей в регионе изначально формировался ниже нормативов стоимости медицинской помощи, установленных Федерацией.
- Медицине не хватает денег для выполнения программы госгарантий по системе обязательного страхования.
- Не предусмотрены средства на капитальный ремонт зданий, ремонт оборудования, на мероприятия по устранению требований надзорных органов, а это около 600 млн рублей.
- Недостаточно выделено средств для оказания специализированной медицинской помощи (это наркология, психиатрия, туберкулез).
- Не предусмотрены и средства на развитие высокотехнологичной помощи. Здесь недофинансирование составляет 290 млн рублей. Под угрозу поставлены планы не только тиражирования и развития, но и хотя бы сохранения на прежних уровнях высокоэффективной помощи больным.
- В 2015 году региональное здравоохранение пережило ещё одну новацию - уменьшение финансирования со стороны федерации, которая на 80 процентов формирует бюджет территориального фонда ОМС. Край выкрутился: на 30-40 процентов снизил нормативы стоимости медпомощи (слова председателя комитета по здравоохранению и социальной политике ЗС Данильченко).
- На практике долги превращаются в судебные иски к главным врачам медучреждений.

Кемеровская область

Потенциал развития здравоохранения

- Низкая обеспеченность врачами (3 «место с конца» в регионе, 43 на 10 тыс.нас.)
- Низкая обеспеченность больничными койками (ниже среднего в СФО).
- Растущий дефицит кадров, в т.ч. в службе скорой помощи..
- Низкая оплата труда

Результативность системы здравоохранения

- Младенческая смертность – на уровне средней по СФО (выше общероссийской).
- Самая высокая общая смертность, несмотря на тенденцию снижения. Продолжительность жизни ниже, чем в РФ. Причины высокой смертности, во многом, внешние (экологическая ситуация и опасные производства).

Проблемы

- Дефицит врачей и среднего медицинского персонала в области составляет 3805 врачей и 13826 медицинских работников со средним образованием²¹.
- В "Скорой помощи" большая нехватка людей. Бывает, вместо 8 машин на выезде лишь 4. Зарплаты низкие и у врачей, и у водителей. Средний подъезд 3-4 часа²².
- Перебои с поставкой инсулина (со слов одного из экспертов).
- Злоупотребления в детских домах, приводящие к смерти детей от голода (г. Мыски, интернат для умственно отсталых детей, 2011 г. – возбуждение уголовного дела против директора по факту смерти 27 детей, 2015 г. – 5 смертей и многочисленные нарушения по результатам проверки интерната Роспотребнадзором²³).
- По результатам экспертиз качества медицинской помощи (за 9 месяцев 2014 г. выполнено более 500 тыс. экспертиз) выявлено 23,7% страховых случаев с нарушениями, допущенными медицинскими организациями при оказании медицинской помощи, что составляет порядка ¼ от объема случаев медицинской помощи, оказанной гражданам.

В структуре выявленных нарушений основные нарушения составляет невыполнение порядков, стандартов медицинской помощи и сложившейся клинической практики -- 66,0%. Из них половина нарушений привела к негативным экономическим последствиям и/или неблагоприятным последствиям для здоровья застрахованных граждан. При этом дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению ЭКМП, составили всего 17,9% от общего количества нарушений. Таким образом, каждый 6-й страховой случай содержит нарушения, связанные с невыполнением порядков и стандартов медицинской помощи. При этом в каждом 12-м случае оказания медицинской помощи неисполнение порядков и стандартов привело к негативным экономическим последствиям или неблагоприятным последствиям для жизни и здоровья больного²⁴.

Причины сохранения нарушений – отсутствие экономической заинтересованности медицинской организации устранять нарушения; значительное снижение финансовых санкций к медицинским организациям за допущенные нарушения; отсутствие личной ответственности администрации медицинских организаций за уровень медицинской помощи.

21

http://www.kemsma.ru/mediawiki/index.php/%D0%90%D0%BA%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D1%8B%D1%80%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F

22 <http://o-gorod.net/news/352387/>

23 Проверка выявила факты перебоев в обеспечении питанием, нерационального питания, противоречащего нормам, списания продуктов, запрещенных технологий приготовления и др. <http://o-gorod.net/news/352387/>

24 <http://www.remedium.ru/health/detail.php?ID=68273>

Забайкальский край

Потенциал развития здравоохранения

- Обеспеченность врачами выше среднего 48,9 на 10 тыс.нас. Но заявляемый дефицит кадров и рост нагрузки на врачей.
- Высокая обеспеченность больничными койками
- Задержки в оплате труда. Отток кадров в коммерческие учреждения.

Результативность системы здравоохранения

- Высокая младенческая смертность (7,9 по сравнению с 7 в СФО). Несмотря на высокие темпы снижения общей смертности.
- Рост смертности на дому и внутрибольничной летальности.

Проблемы в здравоохранении

- На территории края реформа привела к ухудшению состояния медицинского обслуживания населения, о чём свидетельствует статистика. Независимые эксперты Счётной палаты РФ, оценивая промежуточные результаты проходящей реформы в крае, также отметили сокращение доступности медицинской помощи, уменьшение числа врачей, рост смертности населения, увеличение сроков ожидания медицинской помощи и рост объема платных медицинских услуг почти на четверть.²⁵
- Преобразования в медицинской отрасли были больше похожи на сокращение бюджета за счет уменьшения количества медицинских учреждений и пациентов, которые могут получить бесплатную помощь.
- Зарплаты медиков растут не за счет фактического увеличения заработка, а через увеличение нагрузки на одного работника (когда вместо положенных восьми часов врач работает 12 и более) и сохранения высокого уровня совместительства при недокомплектованности штатов.
- Отток врачей и медицинских специалистов и дефицит узких специалистов (неврологов, окулистов, рентгенологов, патологоанатомов, отоларингологов), участковых терапевтов и педиатров. Только за 2014 год медицинские учреждения края потеряли 130 педиатров. При наличии медицинской академии в краевом центре подобная ситуация с обеспеченностью врачами-специалистами сложилась впервые за много лет²⁶.
- Сокращение койко-мест²⁷. За 2014 год в крае не стало 1 530 коек, что на 1030 коек больше, чем даже планировалось по дорожной карте. В связи с этим коечный фонд оказался несбалансированным и не соответствующим потребностям населения. Попасты на стационарное лечение стало крайне сложно. Диспансерные больные с хронической патологией ожидают госпитализации по две и более недель, а то и совсем не могут получить стационарную помощь²⁸.
- Постепенное замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами: по статистике, с января по июнь 2015 г. население стало на 13% больше платить за медицинские услуги в государственных учреждениях²⁹.

²⁵ <https://kprf.ru/party-live/regnews/145311.html>

²⁶ <https://kprf.ru/party-live/regnews/145311.html>

²⁷ <http://rusrand.ru/response/rychagi-vyjivaniya-v-medicine>

²⁸ <https://kprf.ru/party-live/regnews/145311.html>

²⁹ http://zabmedia.ru/articles/4348/problemy_mediciny_dostupnost_zarplata_i_platnye_uslugi/

- Выросли смертность на дому и внутрибольничная летальность³⁰.

Снижение общей смертности в регионе сопровождается повышением госпитальной летальности, снижением числа госпитализаций и ростом «домашней смертности»³¹.

Основными причинами роста смертности является неправильная организация и снижение доступности медицинской помощи. В небольших городах и сёлах края медицина просто разваливается. Территориальная отдалённость, плохие дороги, отсутствие регулярного автобусного сообщения от отдалённых сёл до ближайших медицинских пунктов и центральных районных больниц оставляют людей без медицинской помощи вовсе³².

- Дефицит краевого бюджета и задержки в оплате труда. На протяжении 2015 года врачи региона не раз выказывали недовольство организацией собственного труда. Дефицит краевого бюджета привел летом к задержке заработных плат сотрудникам ЛПУ, разбираться с которыми пришлось комиссии Минздрава России. О долгах по заработной плате заявили в конце декабря и врачи краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского. Сотрудники вышли на пикет³³. Зарплату не получают и в Забайкальском краевом госпитале для ветеранов войн³⁴.
- Оплата труда в Забайкальском крае ниже, чем в Новосибирской области (специалисты на полной ставке получают 15 тыс. рублей, с дежурствами сумма может быть чуть выше³⁵). Это приводит к оттоку кадров в коммерческие учреждения.
- Федеральный «Минздрав» строит диалог с регионами в ходе оптимизации здравоохранения с позиции финансового давления, используя полномочия главного распорядителя бюджетных средств.

Губернатор края официально заявил, что «Минздрав» требует от властей Забайкальского края сокращения коечного фонда для соответствия планам реформы здравоохранения, чтобы оказывать региону финансовую помощь (ставит регионам ультиматум: сокращайте койки или не будет финансирования)³⁶. *«Нас возмущает политика «выкручивания рук» регионам в ходе оптимизации здравоохранения»* (директор Фонда "Здоровье" Э.Гаврилов)

«Минздрав» России неоднократно подчеркивал, что не имеет отношения к реализуемой в регионах оптимизации здравоохранения, хотя «дорожные карты» этого процесса согласовывались с головным ведомством. Сегодня, вместо того чтобы скорректировать программы оптимизации в пользу реального повышения качества и доступности медпомощи, министерство ревностно следит, сокращены ли все койки по плану. А планы эти заведомо не были выверены», - говорит директор Фонда независимого мониторинга «Здоровье», член Общественной палаты России Эдуард Гаврилов. Он напомнил, что в 2014 году в РФ при сокращении более 30 тысяч коек число смертей в стационарах выросло, по официальным данным Росстата, на 3,7%. В 2014 году жители Забайкальского края также стали чаще умирать дома: зафиксировано 5,5 тысячи таких случаев, рост составил 3,7%³⁷.

- Краевой перинатальный центр – выявлены нарушения в условиях хранения лекарственных средств на сумму около 1,5 млн. руб. (экспертный опрос).

³⁰ <https://kprf.ru/party-live/regnews/145311.html>

³¹ <http://r-v-s.su/statia/kak-minzdrav-s-obshchestvennostyu-govoril>

³² <https://kprf.ru/party-live/regnews/145311.html>

³³ <http://www.medvestnik.ru/content/Kodeks-professionalnoi-etiki-medrabotnikov-nachal-deistvovat-v-Zabaikalskom-krae.html>

³⁴ <http://rusrand.ru/response/rychagi-vyjivaniya-v-medicine>

³⁵ <http://zabmedia.ru/articles/4348/problemy-mediciny-dostupnost-zarplata-i-platnye-uslugi/>

³⁶ <http://r-v-s.su/statia/kak-minzdrav-s-obshchestvennostyu-govoril>

³⁷ <http://r-v-s.su/statia/kak-minzdrav-s-obshchestvennostyu-govoril>

Республика Алтай

Потенциал развития здравоохранения

- Обеспеченность врачами – одна из самых худших в регионе (41 на 10 тыс.нас.). Дефицит кадров.
- Низкая обеспеченность больничными койками (предпоследнее место в СФО).
- Доля медучреждений в аварийном состоянии или требующих капремонта – 61%.
- Ограниченность ресурсов скорой помощи. Сравнительно низка доля выездов бригад скорой помощи, доезжающих до места вызова в течение 20 мин. (ДТП – 68%, в среднем по стране – 88%).
- Труднодоступность лекарственной помощи для отдаленных сел

Результативность системы здравоохранения

- Высокая младенческая смертность..
- Средняя продолжительность жизни ниже, чем по России на 2,9 года
- Самая высокая доля инвалидов в населении региона.
- Рост заболеваемости туберкулезом.

Проблемы в здравоохранении

- В общероссийском рейтинге качества жизни по уровню обеспеченности объектами социальной инфраструктуры республика оказалась на 78 месте из 82-ух. В эту группу показателей входит обеспеченность врачами (40 на 10 тыс. населения); мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (287 на 10 тыс. человек); число больничных коек (86 на 10 тыс.); средняя занятость койки (323 дня в году); доля учреждений здравоохранения, здания которых находятся в аварийном состоянии или требуют капитального ремонта (61%); доля выездов бригад скорой помощи, доезжающих до места вызова в течение 20 минут (77%, в среднем по стране дела обстоят получше – 84,15%); доля выездов бригад скорой помощи, доезжающих до места ДТП в течение 20 минут (68%, в среднем по стране – 88,21%)³⁸.
- Ограниченность ресурсов скорой помощи и неуккомплектованность сельских больниц приводит к смертельным случаям. Летом 2015 г. в Ае умер мужчина от сердечного приступа, потому что «скорая помощь» отказалась к нему ехать, а в ближайшей больнице не оказалось необходимого оборудования. Айская скорая помощь в тот момент отправила машину в село Алтайское, служба 112 отказалась направлять машину не «не свою территорию». По номеру 112 отвечала «скорая помощь» райцентра Майма из Республики Алтай, до нее около 20 км, а до райцентра Алтайского района около 50 км. От озера до села Ая, где есть больница, 5 км, но там не оказалось нужного оборудования. В результате мужчина скончался в приемном отделении³⁹.
- В мае 2016 г. в г. Горно-Алтайск прокуратура провела проверку по факту неоказания медицинской помощи пятилетнему ребенку: ни скорая помощь, ни республиканская больница не оказали медицинскую помощь, не провели осмотр и отказали в постановке инъекции иммуноглобулина, ссылаясь на отсутствие информации о работе учреждения со страховой компанией, медицинский полус которой имелся у ребенка⁴⁰.

³⁸ <http://www.gorno-altaisk.info/news/20495>

³⁹ <http://www.gorno-altaisk.info/news/37808>

⁴⁰ <http://www.genproc.gov.ru/smi/news/news-1082112/>

- Средняя продолжительность жизни населения Республики Алтай, которая пока ниже, чем по России на 2,9 года, обусловлена высоким уровнем смертности населения от внешних причин, онкологических заболеваний, а также труднодоступностью лекарственной помощи для населения отдаленных сел, слабым развитием восстановительной медицины, реабилитации и санаторно-курортного дела и недостаточным кадровым обеспечением врачами медицинских организаций⁴¹.
- Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Алтай остается стабильно-напряженной. Первичная заболеваемость повысилась на 3,4% по сравнению с аналогичным периодом и составила 72,5 на 100 тыс. населения (155 чел.), (в 2014 году по РА - 70,1 (148 чел.), СФО-98,8; РФ-59,5). В практику врачей внедрён скрининговый метод «Диаскинтест» и компьютерная томография, передвижные флюорографы работают ежегодно в соответствии с графиком во всех муниципальных образованиях, в том числе в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах. Это способствует раннему выявлению малых форм туберкулеза среди детей, подростков и взрослых. Этим объясняется и рост первичной заболеваемости. По опыту других территорий такая тенденция продолжится еще 2-3 года⁴².

⁴¹ http://elkurultay.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=3203:2015-02-03-04-37-20&catid=1:all-news&Itemid=2

⁴² <http://minzdrav.med04.ru/about/info/news/5024/>

Республика Бурятия

Потенциал развития здравоохранения

- Сравнительно низкая обеспеченность врачами (45,7 на 10 тыс.нас.).
- Обеспеченность больничными койками ниже среднего в СФО.
- Доля учреждений в аварийном состоянии или требующих капремонта, - 45%.
- Дефицит кадров. Острая проблема укомплектованности ФАПов.

Результативность системы здравоохранения

- Всплеск смертности в 2016 г. Рост младенческой смертности.
- Показатели общей заболеваемости по региону имеют тенденцию к росту.
- Ожидаемая продолжительность жизни стабильно ниже уровня по СФО и РФ.

Проблемы в здравоохранении⁴³

- Доля учреждений, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, по-прежнему высока и составляет 45%.
- Недостаточная обеспеченность отрасли квалифицированным персоналом. Несмотря на ежегодный приток кадров, обеспеченность врачами остаётся ниже средне федеративных на 29,5 %, а СФО – на 33%. *Острой остаётся проблема с укомплектованностью фельдшерско-акушерских пунктов.*
- Процесс оптимизации районной сети учреждений здравоохранения (увеличение числа врачебных амбулаторий, сокращение фельдшерско-акушерских пунктов, сокращение участковых больниц) был подвергнут жёсткой критике как со стороны экспертов, так и со стороны населения.
 - Принцип, по которому строятся новые ФАПы не понятен, их строительство не согласовывалось с администрацией района и местными жителями.
 - Обеспеченность койками в Бурятии ниже общероссийских показателей, за исключением коек для детей (все профили) и для беременных и рожениц, а также коек для туберкулёзных больных (как взрослых, так и детей).
 - Проведённую оптимизацию сети ЛПУ целесообразно подвергнуть тщательному социолого-экономическому анализу с учётом экономической эффективности, провести дополнительные расчёты по влиянию оптимизации сети ЛПУ РБ на демографическую и миграционную ситуацию.
- Всплеск смертности в 2016 г. связан с проблемами в системе здравоохранения.

«Жители Бурятии зачастую не могут получить самую элементарную медицинскую помощь, не говоря уже о высокотехнологичной. Зачастую даже к терапевту записаться на прием проблематично, а не только к узкому специалисту. Очереди в поликлиниках расписаны на недели вперед! Особенно страдают пациенты в возрасте. Известны случаи, когда посмертный диагноз «смерть от старости» ставился людям, едва дожившим до 65 лет... Печальная обстановка в сёлах республики. Показательно открываются лечебные амбулатории, в которых некому работать – низкая зарплата, нет желающих. Не хватает терапевтов, кардиологов, педиатров, рентгенологов, анестезиологов, онкологов... Нет даже фельдшеров...»⁴⁴

⁴³ Башкуева Е.Ю. Региональные проблемы системы здравоохранения в условиях модернизации (по материалам Республики Бурятия). // Ойкумена. 2015. № 1

⁴⁴ <http://www.infpol.ru/news/society/115423-irinchev-matkhanov-situatsiya-v-meditsine-segodnya-kriticheskaya/>

Алтайский край

Потенциал развития здравоохранения

- Сравнительно низкая обеспеченность врачами (44,9 на 10 тыс.нас.).
- Обеспеченность больничными койками выше среднего в СФО.
- Неудовлетворительное качество работы скорой помощи в сельской местности (большие расстояния и качество дорог).
- Дефицит кадров в мелких населенных пунктах.

Результативность системы здравоохранения

- Сравнительно высокая детская смертность (выше, чем в среднем в СФО).
- Высокая смертность – по уровню общей смертности на 2 месте после Кемеровской области (14,1).

Проблемы в здравоохранении

- Неудовлетворительное качество работы службы скорой помощи. В сельских районах ее сбои связаны с большими расстояниями и качеством дорог, в городах накладки случаются из-за плотности населения или нехватки персонала⁴⁵.
- Нехватка специалистов и оборудования в мелких населенных пунктах (в Зарийске до февраля 2016 г. не было главврача ЦГБ, в отдаленных районах не хватало врачей узкой практики, очереди в регистратуру поликлиник занимались до открытия⁴⁶).
- Злоупотребление должностными полномочиями и коррупция: 2015 г, главные врачи Лебяженской туберкулезной больницы и Егорьевской ЦРБ нарушают трудовое законодательство и используют финансовые махинации с бюджетными средствами как способ наживы для себя и своих семей (оформление себе нескольких ставок, преувеличение количества больных в стационаре, оформление на работу родственников с машинами, не соответствующими медицинским нормам)⁴⁷.

45

http://m.nsktv.ru/news/medicine/chto_izmenilos_v_sisteme_zdravookhraneniya_v_sibirskikh_regionakh_za_poslednie_gody/

⁴⁶ <http://www.ap22.ru/paper/Vrachi-vozvrashchayutsya.html>

⁴⁷ <http://www.bankfax.ru/news/96181/>

Республика Хакасия

Потенциал развития здравоохранения

- Самая низкая в СФО обеспеченность врачами (39 на 10 тыс.нас.). Дефицит кадров.
- Самая низкая в СФО обеспеченность больничными койками.
- В рейтинге доступности и качества медицинской помощи 65 место по РФ (2013 г.).

Результативность системы здравоохранения

- Высокая младенческая смертность (8,8 по сравнению с 7 в СФО).
- Высокая заболеваемость, в т.ч. детская.

Проблемы в здравоохранении

В 2013 году *в рейтинге доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации Хакасия заняла 65 место*. Доступностью и качеством бесплатных медицинских услуг были удовлетворены лишь 37,5% населения Хакасии (для сравнения в Алтайском крае — 89,3%).⁴⁸

- Укомплектованность врачами-педиатрами - 63,1 % , врачами-неонатологами - 57 %, врачами-акушерами – 35% (данные за 2011 г.49). За 2012-2014 гг. в республику привлечено 320 врачей, но дефицит врачебных кадров в 2015 г. составлял около 800 человек, в том числе 80% в первичном звене поликлиники⁵⁰.
- Амбулатории и медицинское оборудование в сельских населенных пунктах появляются в рамках благотворительной деятельности бизнеса, нежели плановых действий органов власти.
- Затянувшаяся стройка республиканского перинатального центра (сопровождается громкими уголовными делами, сменой подрядчика и проч.). Ближайший перинатальный центр находится в Красноярске, в транспортной доступности более 8 часов. Расстояние до перинатального центра составляет до 600 км из отдаленных территорий Хакасии.
- В общем объеме финансовых нарушений и недостатков неправомерное использование средств на региональном и муниципальном уровнях в Хакасии в 2015 году составило 308,6 млн рублей, неэффективное - 46,8 млн рублей. Наибольший удельный вес нарушений (почти 85%) приходится на сферу здравоохранения (196,2 млн рублей)⁵¹.
- Неправомерная поставка медикаментов хозяйствующими субъектами, не имеющими лицензий на фармацевтическую деятельность в 2015 г. повлекла нарушения на сумму 189,2 млн рублей. Здесь оптовая торговля лекарственными средствами, приобретением лекарственных препаратов, не предусмотренных соответствующим Перечнем для бесплатного обеспечения медикаментами населения, использованием завышенных оптовых надбавок и применением розничных надбавок при оптовых поставках жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов⁵².

⁴⁸ <http://www.19rus.info/index.php/ekonomika-i-finansy/item/47019-fond>

⁴⁹ <http://mintrudrh.ru/ministry-documents/records-and-reports/doklad-o-polozhenii-detej-v-respublike-xakasiya-2011-god.html>

⁵⁰ <http://adi19.ru/2015/03/13/v-ushedshem-godu-medikam-hakassii-udalos-snizit-smertnost-naseleniya-srazu-ponekolkim-pokazatelyam/>

⁵¹ <http://www.19rus.info/index.php/obshchestvo/item/46693-zazerkale-meditsiny-v-khakasii>

⁵² <http://www.19rus.info/index.php/obshchestvo/item/46693-zazerkale-meditsiny-v-khakasii>

- Нецелевое использование лекарственных препаратов и расходных материалов, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС), для оказания медицинской помощи пациентам, не застрахованным в системе ОМС или получающим медицинскую помощь на платной основе, в общей сумме 2,7 млн рублей (ГБУЗ РХ «РКБ имени Г.Я. Ремишевской») ⁵³.
- Заключение договоров на поставку лекарственных средств с нарушением порядка ведения совместных торгов (Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской и Республиканский клинический онкологический диспансер) ⁵⁴.
- Нарушения и злоупотребления в организации питания больных: более 7 млн рублей финансовых нарушений установлены в ходе проверки в 3 лечебных учреждениях обоснованности и эффективности использования средств бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования РХ на приобретение продуктов питания в 2014 - 2015 годах. Более 6,6 млн рублей связанных с неосвоением бюджетных средств за счет необоснованного снижения расходов на питание больных, а также на приобретением низкосортной продукции, не соответствующей условиям контракта, закупкой продуктов, не входящих в рацион лечебного питания; списанием продуктов с истекшим сроком годности. Нецелевые расходы в сумме 0,4 млн рублей допущены республиканской клинической больницей при приобретении за бюджетный счет продуктов пациентам, получающим медпомощь на платной основе ⁵⁵.
- Нарушения, связанные с формированием документации о закупках и исполнением государственных контрактов по закупкам продуктов питания на сумму 50,2 млн рублей (Республиканской клинической больнице, Абаканской межрайонной клинической больнице и Усть-Абаканской районной больнице) ⁵⁶.
- Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РХ утверждена с дефицитом за счет средств республиканского бюджета в 2014 году в размере 1 370 млн рублей (48,1%) и в 2015 году - 1 095,9 миллионов (43,7%). Это приводит к снижению объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат по отдельным видам медицинской помощи.
- Злоупотребления и нарушения в оплате труда. В деятельности 3 учреждений здравоохранения РХ установлены недостатки действующего механизма системы оплаты труда медицинских работников. Комплекс недостатков связан с несоблюдением требований трудового законодательства РФ и утвержденного Примерного положения об оплате труда работников госучреждений здравоохранения республики в части выплат стимулирующего характера. За совмещение должностей без соответствующего оформления совмещения, выплат за интенсивность и напряженность труда без учета степени важности выполняемых работ.

В нарушение требований постановления правительства РХ от 01.02.2013 № 45 без учета результатов работы установлены стимулирующие выплаты врачебному персоналу, медицинским работникам ФАПов и фельдшерам скорой помощи.

С нарушением приказа Минздрава Хакасии осуществлялось назначение премиальных выплат главным врачам, как в части необоснованного лишения премии, так и необоснованного ее установления. Утвержденным Примерным

⁵³ <http://www.19rus.info/index.php/obshchestvo/item/46693-zazerkale-meditsiny-v-khakasii>

⁵⁴ <http://www.19rus.info/index.php/obshchestvo/item/46693-zazerkale-meditsiny-v-khakasii>

⁵⁵ <http://www.19rus.info/index.php/obshchestvo/item/46693-zazerkale-meditsiny-v-khakasii>

⁵⁶ <http://www.19rus.info/index.php/obshchestvo/item/46693-zazerkale-meditsiny-v-khakasii>

положением об оплате труда не установлена методика определения размеров персональных повышающих коэффициентов для руководителей и работников учреждений⁵⁷.

- В территориальной программе на 2014 год республиканская аудиторская служба отмечает занижение как нормативов объема медицинской помощи, так и нормативов финансовых затрат за счет средств республиканского бюджета.

Как следствие, с каждым годом растет объем платных медицинских услуг. По [данным](#) Хакасстата, в 2015 году затраты населения Хакасия на платную медицину составили 660,4 млн рублей. Рост к предыдущему году – 110,4%.

- В 2012 году передача полномочий по организации деятельности системы здравоохранения на региональный уровень привела к тому, что муниципальные образования республики сегодня не имеют ни средств, ни сколько либо значимых полномочий в этой сфере. Это противоречит 1-ому пункту статьи 15 федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «К полномочиям органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов в сфере охраны здоровья относится создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Следствие – отсутствие заинтересованности муниципалитетов в решении проблем в сфере охраны здоровья и множество примеров снижения качества и доступности медицинского обслуживания, кадрового дефицита в медицине⁵⁸.

⁵⁷ <http://www.19rus.info/index.php/obshchestvo/item/46693-zazerkale-meditsiny-v-khakasii>

⁵⁸ <http://abakan-news.ru/2016/02/19/%D0%B7%D0%B0%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B2%D1%88%D1%83%D1%8E-%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%83-%D1%85%D0%B0%D0%BA%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%B8-%D1%80%D0%B5%D1%88%D0%B8%D0%BB%D0%B8/>

ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

Магаданская область

Потенциал развития здравоохранения

- Высокая обеспеченность врачами (60,2 на 10 тыс.нас.).
- Сравнительно высокая обеспеченность больничными койками.
- Дефицит кадров – заявляемая проблема.

Результативность системы здравоохранения

- Самая низкая младенческая смертность в ДФО.
- Низкая смертность (4 место в ДФО, ниже чем в среднем в РФ).

Региональные проблемы в здравоохранении. Магаданская область

- Плохое финансирование службы «скорой помощи»: на горячей линии с Президентом водитель скорой помощи из Магаданской области Сергей Зеленков рассказал о хроническом дефиците финансирования службы, тема взята под контроль ОНФ⁵⁹.
- Дефицит медицинских кадров.
- Дефицит спецтранспорта⁶⁰.

⁵⁹ <http://onf.ru/2015/09/09/onf-prodolzhit-monitoring-situacii-v-zdravoohranenii-do-resheniya-vseh-problem-podnyatyh/>

⁶⁰ <http://rusrand.ru/response/rychagi-vyjivaniya-v-medicine>

Сахалинская область

Потенциал развития здравоохранения

- Сравнительно высокая обеспеченность врачами (49,2 на 10 тыс.нас.).
- Высокая обеспеченность больничными койками (3 место в ДФО).
- Дефицит кадров. Скорая помощь обеспечена кадрами на 1/3.

Результативность системы здравоохранения

- Самая низкая младенческая смертность.
- Высокая смертность (выше, чем в среднем в ДФО). Рост смертности с 2014 г. Причина – старение населения и миграция.

Региональные проблемы в здравоохранении. Сахалинская область

- Дефицит кадров. Сахалинская скорая помощь укомплектована сотрудниками лишь на треть⁶¹.
- Вымогательство в больницах (Задержание в феврале 2016 г. замминистра здравоохранения региона Е. Кривченко по статьям превышение должностных полномочий, злоупотребление должностными полномочиями и мошенничеств). По данным правоохранительных органов, Е. Кривченко создала незаконную схему по взиманию денежных средств от руководителей подведомственных учреждений. Начаты проверки медучреждений области на предмет подобных нарушений⁶².

⁶¹ <http://astv.ru/news/society/sahalinskaya-skoraya-pomoshch-ukomplektovana-lish-na-tret>

⁶² <http://www.medvestnik.ru/content/Minzdrav-Sahalinskoi-oblasti-budet-borotsya-s-vymogatelstvom-v-bolnicah.html>

Хабаровский край

Потенциал развития здравоохранения

- Сравнительно высокая обеспеченность врачами (56,4 на 10 тыс.нас.).
- Низкая обеспеченность больничными койками.
- Урезание расходов на здравоохранение в 2016 г.

Результативность системы здравоохранения

- Низкая младенческая смертность (3 место в ДФО).
- Сравнительно высокая смертность (выше, чем в РФ) ввиду старения населения.

Проблемы в здравоохранении

- Урезание расходов на здравоохранение. Если в 2015 году фактические расходы на эту сферу (без учета доли ФОМС и расходов на оплату труда) составили более 5 млрд рублей, то в 2016 эта сумма недотягивает и до 4 млрд. руб.⁶³
- Уголовные дела в отношении Хабаровской городской больницы № 11 по статье «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей» (2015 г. – 2 факта смерти, по которым были заявления)⁶⁴.
- Необоснованное установление цен на платные медицинские услуги. По результатам проверок Росздравнадзора, на востоке страны в органах управления здравоохранением Якутии, Хабаровского края и Сахалинской областей не была разработана нормативная база, регламентирующая условия предоставления специального разрешения на платные медицинские услуги⁶⁵.
- Нарушения сан-эпид.требований. Управление Роспотребнадзора по Хабаровскому краю временно запретило деятельность инфекционного и фтизиатрического отделений Вяземской центральной районной больницы в связи с нарушениями санитарно-эпидемиологических требований, сообщает сайт управления⁶⁶.

⁶³ <http://amurmedia.ru/news/politics/13.11.2015/472716/byudzhethnie-rashodi-na-sotsialku-v-habarovskom-krae-planiruyut-sokratit.html>

⁶⁴ Уголовное дело по факту неоказания помощи: <http://www.dvnovosti.ru/khab/2015/12/18/44058/>. Уголовное дело по факту смерти от аппендицита вследствие неверно поставленного диагноза: <http://www.vostokmedia.com/n240983.html>

⁶⁵ <http://www.vitaminov.net/rus-news-0-0-20811.html>

⁶⁶ <http://opochka-crb.ru/uncategorized/471-rosпотреbnadzor-zakryl-dva-otdeleniya-bolnicy-v-xabarovskom-krae/>

Камчатский край

Потенциал развития здравоохранения

- Сравнительно высокая обеспеченность врачами (52,6 на 10 тыс.нас.).
- Высокая обеспеченность больничными койками.

Результативность системы здравоохранения

- Сравнительно высокая младенческая смертность (выше, чем в ДФО и в РФ).
- Низкая смертность (3 место в ДФО, ниже чем в среднем в РФ).

Проблемы в здравоохранении

- Нехватка кадров – основная проблема, с которой сталкиваются учреждения здравоохранения и основная причина наличия очередей на приём к врачам узких специализаций. Выраженный дефицит – по специальностям - анестезиология и реаниматология, терапия, неврология, нейрохирургия, эндокринология, сердечно-сосудистая хирургия, педиатрия, а также детские кардиология, хирургия, эндокринология⁶⁷.

⁶⁷ <http://www.prava41.ru/shownews/896/>

Республика Саха (Якутия)

Потенциал развития здравоохранения

- Сравнительно высокая обеспеченность врачами (56,9 на 10 тыс.нас.).
- Высокая обеспеченность больничными койками.

Результативность системы здравоохранения

- Сравнительно высокая младенческая смертность в ДФО (выше среднероссийской).
- Самая низкая смертность в ДФО (ниже, чем в среднем в РФ).

Особенности здравоохранения. Республика Саха (Якутия)

Положительный опыт защиты населения от радикальных реформ здравоохранения – в Якутии не ликвидирована система больниц в отдаленных и труднодоступных поселках, но финансируются они за счет бюджета Республики Саха (Якутия). Государственное собрание республики выступает с законодательной инициативой о внесении соответствующих изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», но пока не находит понимания в Государственной Думе России. Рационально было бы также на законодательном уровне рассмотреть возможность финансирования из бюджета муниципальных образований дополнительных подстанций скорой помощи на их территории⁶⁸.

⁶⁸ http://krayniy-sever.ru/?page_id=1639

Чукотский АО

Потенциал развития здравоохранения

- Самая высокая обеспеченность врачами, высокие расходы бюджета на здравоохранение, высокая мощность медучреждений.
- Самая высокая в ДФО обеспеченность больничными койками.
- Высокий уровень обеспеченности населения услугами здравоохранения.

Результативность системы здравоохранения

- Сверхвысокая растущая младенческая смертность (в 3 раза выше, чем в целом в ДФО).

Амурская область

Потенциал развития здравоохранения

- Сравнительно высокая обеспеченность врачами (3 место в ДФО). Но острый дефицит кадров в отдаленных районах – свыше 60% (Сковороднинский район, обеспеченность медработниками 14,3 на 10 тыс.чел. при норме 41).
- Дефицит кадров в скорой помощи.
- Сравнительно высокая обеспеченность больничными койками (но ниже среднего по ДФО).
- Плохая оснащенность скорой помощи и больниц в отдаленных сельских районах
- Сверхзадолженность медучреждений.
- Родильные дома признаны самыми худшими в России.
- Неудовлетворительное лекарственное обеспечение.

Результативность системы здравоохранения

- Высокая смертность (2 место в антирейтинге)
- Уровень общей заболеваемости увеличился. Уровень смертности от туберкулеза снизился, но заболеваемость туберкулезом превышает общероссийскую в 1,5 раза.

Проблемы в здравоохранении

- Сверхзадолженность медучреждений. Ситуацию в больницах Амурской области называют катастрофой, жители Приамурья каждый день рискуют столкнуться с отсутствием медицинской помощи из-за растущей кредиторской задолженности учреждений. Об этом говорится в обращении депутата Госдумы Ивана Абрамова (ЛДПР) к Генпрокурору РФ Юрию Чайке⁶⁹.
- Низкое качество обслуживания. Проверки ОНФ в Амурской области показали, что несмотря на то, что в большинстве поликлиник прием участковыми терапевтами и врачами других специальностей ведется до 19 часов, а также по субботам, в городских поликлиниках установлены терминалы и есть возможность записаться к врачу через Интернет, жалобы на некачественное медицинское обслуживание не прекращаются. Региональные СМИ неоднократно сообщали о фактах непрофессионализма и безответственности медперсонала, в результате которых пациенты погибали или становились инвалидами⁷⁰.
- Дефицит кадров. В 2016 г. больницам области не хватает около 500 врачей и свыше 400 фельдшеров и медсестер. В тройку самых дефицитных специальностей входят терапевты, педиатры и реаниматологи⁷¹. Самые «дефицитные» специальности в области сегодня – анестезиологи-реаниматологи, акушеры-гинекологи, хирурги, педиатры, врачи скорой помощи и кардиологи. Нехватка врачебных кадров, среднего медицинского персонала в сельской местности – 10,1%. Отдельные ФАПы остаются без постоянных медицинских работников (24 ФАПа из 330 (7,1%)⁷².
- Дефицит кадров в службе «скорой помощи» ввиду низкой оплаты труда, нерешенности вопроса обеспеченности медиков жильем и др. условий соцпакета. Катастрофической можно назвать обстановку, сложившуюся на станциях скорой

⁶⁹ <https://regnum.ru/news/society/2139549.html>

⁷⁰ <http://asn24.ru/blogs/9/73/>

⁷¹ <http://asn24.ru/blogs/9/73/>

⁷² http://www.prokamur.ru/news_cont.php?idnews=3913

помощи. Только в Благовещенске бригады укомплектованы врачами на 65–70 % от необходимого. В районах ситуация с неотложками хуже⁷³.

- Отдаленный Сковороднинский район: дефицит кадров – 66%. «Показатель обеспеченности медицинскими работниками в районе – 14,3 на 10 000 человек при норме 41,2. В районе остро необходимы анестезиолог-реаниматолог, кардиолог, педиатр, офтальмолог»⁷⁴.
- Плохая оснащенность скорой помощи и больниц в отдаленных сельских районах (проверки по факту публичного заявления фельдшера пос. Ерофей Павлович Сковороднинского района: «Помощь оказывать нечем. Медикаменты часто за свой счет покупаем, мочегонные, лейкопластырь... На «скорой» кислорода нет, пеногасителя нет, а без него отек легкого просто не снять. Сама машина ничем не оснащена, в ней даже стоек для капельницы нет, печка зимой вечно не работает, иней в салоне шубой висит, а у нас морозы под пятьдесят. А тяжелых больных на этой машине возим в районную больницу, до которой двести километров... Приходилось болевой шок при отрезанных поездом ногах простым анальгином снимать, и мочевой катетер в трахею заталкивать, спасая от отека Квинке... На все наши вопросы ответ один: денег нет»⁷⁵.

После публичного освещения ситуации в Сковороднинском районе проблема начала решаться. Однако до ее снятия еще далеко.

- Родильные дома Амурской области признаны самыми худшими в России.
- Неудовлетворительное лекарственное обеспечение. Среди ключевых проблем здравоохранения региона эксперты ОНФ отмечают явную неспособность бюджета Амурской области обеспечить нуждающихся в лекарственных препаратах больных редкими (орфанными) заболеваниями. Сегодня в области проживает свыше 60 больных редкими заболеваниями. Для каждого организовано бесплатное лечебное питание. Вместе с тем, лишь единицы из них обеспечены необходимыми медицинскими препаратами за счет областного бюджета: в основном — дети⁷⁶.
- Злоупотребления платными услугами медучреждений. Всего в 2013-2014 г.г. органами прокуратуры области выявлено свыше 30 нарушений законодательства, регламентирующего платные медицинские услуги, внесено 12 представлений (рассмотрены, удовлетворены), привлечено к дисциплинарной ответственности 10 виновных лиц. Нарушения обнаружены в ГБУЗ АО «Амурская областная онкологическая больница», ГБУЗ АО «Михайловская больница», ООО «Авиценна», ГБУЗ АО «Шимановская городская больница» и др.⁷⁷
- Отсутствие системы переобучения медперсонала. Амурские доктора крайне редко проходят переподготовки и учебы на ведущих кафедрах России, причина одна - нет средств. Пятнадцать лет работаю врачом, за все эти годы всего один раз проучилась в Хабаровске, а все остальные учебы - на базе нашей медакадемии, это все для галочки. Варимся в собственном соку (врач областного роддома). В области было несколько уголовных дел по факту непрофессионализма врачей, приведшему к гибели новорожденных⁷⁸.

⁷³ <http://asn24.ru/blogs/9/73/>

⁷⁴ <http://amurskayazvezda.ru/article/88802/>

⁷⁵ 2014 г. <http://www.medvestnik.ru/archive/Kak-Sorokoumov-Erofeu-Pavlovichu-pomog.html>

⁷⁶ <http://asn24.ru/blogs/9/73/>

⁷⁷ http://www.prokamur.ru/news_cont.php?idnews=3913

⁷⁸ <https://rg.ru/2009/01/15/rody.html>

Приморский край

Потенциал развития здравоохранения

- Сравнительно высокая обеспеченность врачами (50 на 10 тыс.нас.).
- Дефицит кадров. Укомплектованность медучреждений медперсоналом – на 55%.
- Сравнительно высокая обеспеченность больничными койками (но ниже среднего по ДФО).
- Перебои с лекарственным обеспечением (в 2016 г. несколько месяцев не было инсулина).

Результативность системы здравоохранения

- Сравнительно высокая младенческая смертность в ДФО (выше среднероссийской).
- Сравнительно высокая смертность (выше, чем в среднем в РФ).

Проблемы в здравоохранении

- Дефицит кадров. Учреждения здравоохранения укомплектованы врачами на 56 процентов, средним персоналом – на 55 процентов⁷⁹. Коэффициент совместительства и у врачей, и у средних медицинских работников доходит до 1,6⁸⁰.
- Перебои с обеспечением инсулином (в начале 2016 г. несколько месяцев приморцы не могли получить инсулин Лантус по льготным рецептам)⁸¹.
- Проверка межучреждений Контрольно-счетной палатой Приморского края выявила ряд нарушений: в разных медицинских учреждениях была отмечена разная стоимость одних и тех же услуг, плату за определенные услуги, которые положено оплачивать за счет средств ТФОМСа, брали с населения⁸².
- Злоупотребления при оказании платных услуг. Контрольно-счетная палата Приморского края провела проверку законности и эффективности использования имущества в краевых медицинских учреждениях при оказании платных услуг в 2015 г. В ходе проверки по некоторым учреждениям выявлено безосновательное взимание с пациентов платы за получение выписок из амбулаторных карт и из истории болезни, за предоставление пациенту бланков на обследование. В отдельных случаях установлено значительное увеличение цен (от 60% до 300% во Владивостокской поликлинике №3). При этом цены на одни и те же услуги в учреждениях здравоохранения Приморского края существенно различаются. Расхождение между максимальной и минимальной ценой по отдельным услугам достигает в среднем 3,5-4 раза⁸³.
- Рост объема платных медуслуг. В Приморском крае население заплатило за медицинские услуги 10,3 млрд рублей, что на 13% больше, чем в 2014 году (стоимость ТППГ Приморского края на 2015 год — 26,3 млрд рублей)⁸⁴.

⁷⁹ <http://deita.ru/news/politics/03.03.2014/4656666-primorskim-bolnitsam-ne-khvataet-vrachey/>

⁸⁰ Е.Б. Кривелевич, М.В. Волкова, В.В. Кузнецов, В.Н. Рассказова. Кадровая политика и ее особенности в системе здравоохранения Приморского края. // Тихоокеанский медицинский журнал, 2015, № 1

⁸¹ <http://deita.ru/news/society/03.03.2016/5076019-ischeznuvshiy-insulin-poyavitsya-v-primorskikh-aptekakh-cherez-2-nedeli/>

⁸² <http://deita.ru/news/society/26.05.2016/5124280-vracham-zapretyat-navyazyvat-patsientam-platnye-uslugi-v-primore/>

⁸³ <http://primamedia.ru/news/politics/14.04.2016/500715/zakon-o-platnoy-meditsinskoy-pomoschi-v-gosuchrezhdeniyah-mozhet-poyavitsya-v-primore.html>

⁸⁴ <https://www.oprf.ru/ru/press/news/2016/newsitem/34248?PHPSESSID=beh0di7eo13src5pg9iag5gap5>

Еврейская АО

Потенциал развития здравоохранения

- Самая низкая в ДФО обеспеченность врачами (37,7 на 10 тыс.нас.).
- Самая высокая в ДФО обеспеченность больничными койками.
- Высокие расходы на здравоохранение для привлечения врачей.
- Перебои с поставками лекарств (в 2016 г. задержки поставок противотуберкулезных препаратов на несколько месяцев)

Результативность системы здравоохранения

- Младенческая смертность – несмотря на снижение, одна из самых высоких в регионе.
- Самая высокая смертность в регионе. Рост смертности. По многим показателям смертности от болезней первое место в ДФО.

Проблемы в здравоохранении

В 2014 году регион стал одним из лидеров в ДФО по расходам на здравоохранение в расчете на душу населения. Проводится политика, направленная на привлечение врачей льготными условиями работы в регионе.

- Системные проблемы в сфере здравоохранения ЕАО, высветившиеся особенно остро в 2015 году, вывели медицину в печальные лидеры неблагополучных отраслей региона. Свое развитие в 2015 году получила и история с проверкой региональной системы здравоохранения центральным аппаратом Росздравнадзора. Проводить детальный разбор причин, почему не выполнены рекомендации по итогам проверки 2014 года, глава ведомства Михаил Мурашко прибыл после личного распоряжения президента Владимира Путина⁸⁵.
- По обеспеченности врачами Еврейская АО занимает последнее место в ДФО⁸⁶.
- Перебои с поставками в стационары противотуберкулезных препаратов повлекли смерть пациентов (ряд лекарств закончился в апреле, поставки ожидаются в июле 2016 г.)⁸⁷.
- Коммерциализирована единственная лаборатория, которая оказывает медицинские услуги жителям Биробиджана⁸⁸.
- Нарушения прав больных. Прокуратура и Следком ЕАО проверяют областную психиатрическую больницу после публикации в местных СМИ о том, что пациентов медучреждения кормят на 43 рубля в день. Глава профильного ведомства спешно покинул свой пост за несколько дней до разразившегося скандала⁸⁹.

⁸⁵ <http://eaomedia.ru/news/society/04.01.2016/482297/konvulsii-meditsini-eao-otpravili-otrasl-v-lideri-problemnih-sfer-d.html>

⁸⁶ http://www.eastrussia.ru/material/eao_itogi_goda/

⁸⁷ <https://kprf.ru/party-live/regnews/155884.html>

⁸⁸ <http://rusrand.ru/response/rychagi-vyjivaniya-v-medicine>

⁸⁹ <http://pasm.ru/archive/145074>