

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ СИБИРСКОГО И ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ

Результаты исследования

2020

Источник информации

Исследование

«Качество медицинской помощи в регионах Сибирского и Дальневосточного федеральных округов».

Цель исследования

Экспертная оценка эффектов Программы оптимизации здравоохранения в Сибири и на Дальнем Востоке.

Методы исследования

1. Анализ интегральных показателей здравоохранения регионов (интернет клиппинг, кабинетный анализ).
2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах (опрос 130 экспертов 16 региональных общественных советов по защите прав пациентов).

Период и территория

Сбор информации проведен в ноябре – декабре 2020 года на территории СФО и ДФО.

СФО: Алтайский край, Забайкальский край, Иркутская область, Кемеровская область, Омская область, Республика Алтай, Республика Бурятия, Томская область.

ДФО: Амурская область, Еврейская АО, Камчатский край, Магаданская область, Приморский край, Республика Саха (Якутия), Сахалинская область, Хабаровский край, Чукотский АО.



1. Интегральные показатели здравоохранения регионов

Методика исследования

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	

Автор методики

Погодаева Т.В. Типология арктических регионов по уровню развития здравоохранения: к вопросу о направлениях социальной политики // Фундаментальные исследования № 11, 2014

1. Интегральные показатели

Потенциал развития систем здравоохранения

Расходы на здравоохранение в регионах

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

Доля бюджета на здравоохранение в бюджетах регионов (в %)



1. Интегральные показатели

Потенциал развития систем здравоохранения

Обеспеченность врачами

- Обеспеченность врачами выше в ДФО.
- Высокая обеспеченность населения врачами: ДФО – Чукотский АО, Магаданская, Амурская области, Республика 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.

Обеспеченность врачами (человек на 10 тыс. жителей)



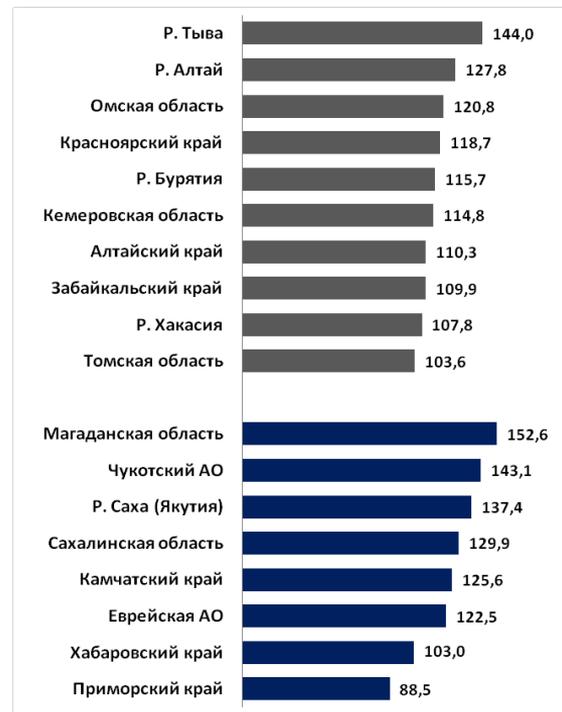
1. Интегральные показатели

Потенциал развития систем здравоохранения

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, Республика Саха (Якутия), Сахалинская область, Камчатский край, Еврейская АО.
- Высокая обеспеченность в СФО – республики Тыва и Алтай, Омская область.

Обеспеченность младшим и средним мед. персоналом



1. Интегральные показатели

Результативность систем здравоохранения

Общий коэффициент смертности

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

Динамика смертности

Регионы с высокими темпами снижения смертности - более 3%:
Чукотский АО, Республика Тыва, Камчатский край.

(В России смертность снижалась темпом - 1,0%).

Коэффициент смертности в регионах (в промилле)



1. Интегральные показатели

Результативность систем здравоохранения

Младенческая смертность

- Показатель младенческой смертности в СФО и ДФО меняется волнообразными скачками (2004-2007 – пик, 2011 – снижение, 2012 – рост, 2013 – 2017 снижение, 2018 – 2020 - спот), но продолжает превышать средне российский уровень.
- Младенческая смертность выше в ДФО.
- Низкие показатели младенческой смертности: СФО – Томская, Новосибирская области, Красноярский край, Омская, Кемеровская обл.; ДФО – Магаданская, Сахалинская области, Хабаровский край.
- Регионы с высоким уровнем младенческой смертности – Чукотский АО, Еврейская АО, Камчатский край; республики Тыва, Алтай и Хакасия.
- Увеличение показателя младенческой смертности – Забайкальский край и Республика Бурятия.

Коэффициент младенческой смертности (в промилле)



1. Интегральные показатели

Типология регионов СФО

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

- Для урбанизированных регионов СФО характерны высокие показатели состояния системы здравоохранения.
- Среди урбанизированных отличаются Красноярский край и Кемеровская область: находятся в худшем положении. 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.

1. Интегральные показатели

Типология регионов ДФО

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

1. Интегральные показатели

Типология регионов СФО и ДФО

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	

Верификация результатов исследования с данными ОНФ

Полученные данные перекликаются с результатами исследования ОНФ 2013 - 2018 гг.

В исследовании ОНФ при подготовке карты-рейтинга за основу были взяты 11 показателей Росстата по здравоохранению и индикаторы территориальных программ госгарантий оказания бесплатной медпомощи в 2013, 2014 и 2018 гг. По достижении каждого показателя программы госгарантий, регион получал 3 балла.

Доступность и качество медицинской помощи по оценкам экспертов ОНФ 2018 г.

- Лидер рейтинга по качеству и доступности медицинской помощи из восточных регионов – Томская область (45 баллов).
 - Аутсайдеры рейтинга – Еврейская АО (19), Чукотский автономный округ (26).
 - Улучшение положения в рейтинге в 2018 г. по сравнению с 2014 г.:
 - Омская область,
 - Республика Тыва.
 - Ухудшение положения в рейтинге в 2018 г. по сравнению с 2014 г.:
 - Еврейская Автономная область.
- 

1. Интегральные показатели

Типология регионов СФО и ДФО

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

- В Томской, Новосибирской и Омской областях (СФО), Магаданской, Сахалинской областях и Хабаровском крае (ДФО) потенциал системы здравоохранения высок и высока ее 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 – Хакасия, Бурятия, Алтайский и Приморский край, Амурская и Иркутская области – это регионы с высоким удельным весом бюджета здравоохранения в бюджете региона. 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 отличаются сравнительно высоким потенциалом, но низкой результативностью системы здравоохранения.
- **Высокий потенциал развития здравоохранения и низкая результативность могут свидетельствовать о низком качестве медицинской помощи.**

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Методика исследования, 2020

Эксперты

Члены Общественных советов по защите прав пациентов при Территориальных органах Росздравнадзора –
Представители пациентских НКО и профессионального медицинского сообщества

Метод оценки

Анкетный опрос 130 экспертов из 16 региональных советов (6-10 экспертов из одного региона).
Оценка по 10-бальной шкале 12 аспектов медицинской помощи на территории.

Оценивавшиеся аспекты медицинской помощи

1. Доступность скорой и неотложной помощи.
2. Качество оказания скорой и неотложной помощи.
3. Качество оказания стационарной помощи.
4. Доступность высокотехнологической помощи.
5. Льготное лекарственное обеспечение населения.
6. Прозрачность системы ОМС.
7. Качество оказания амбулаторной медицинской помощи.
8. Доступность специализированной помощи и диагностики в поликлиниках.
9. Доступность инновационных видов мед. помощи.
10. Обеспеченность медицинских учреждений специалистами.
11. Доступность реабилитационной помощи.
12. Доступность медицинской помощи в сельской местности.

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Общие результаты для СФО и ДФО, 2020



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 по «школьной» шкале устойчивую **«четверку»**.
- 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»**.



2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Общие результаты по аспектам медицинской помощи в регионах для СФО и ДФО, 2020

№	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

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Общие результаты для СФО и ДФО, 2020



Региональные различия в оценках различных аспектов медицинской помощи

- Выше оценивают развитие медицинской помощи в регионах эксперты из ДФО, ниже – эксперты из 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.

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Результаты по аспектам медицинской помощи для регионов СФО и ДФО

№	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

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

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	Тенденция к ухудшению
12	Доступность узких специалистов в поликлиниках	-0,12	

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Динамика качества помощи с начала Программы оптимизации

По мнению экспертов, существенных изменений в 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, и по ним эксперты указывают, что за два года ситуация, скорее, ухудшилась.



2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Динамика качества оказания помощи в СФО и ДФО с начала оптимизации

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

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Типология регионов СФО и ДФО (сопоставление бальных оценок и оценок динамики в здравоохранении)

На общем фоне выделяется **Томская область**. По объективным показателям область первая среди регионов по развитию здравоохранения. 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 (на 3+) 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).

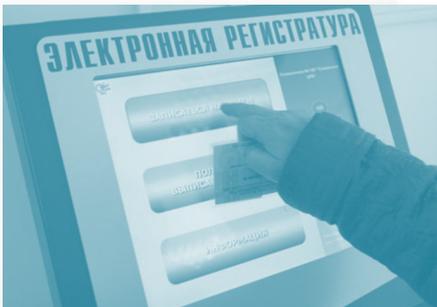
Сводные результаты оценки

Качество систем здравоохранения и оказания медицинской помощи в регионах СФО и ДФО

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

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Улучшения в качестве оказания медицинской помощи



Улучшения в качестве оказания медицинской помощи за последние 2 года

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



2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Ухудшения в качестве оказания медицинской помощи

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.
- Ветхость сельских больниц.
- Закрытие специализированных отделений.
- Сокращение сроков лечения.

ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Дефицит и отток кадров.
- Снижение доступности и качества медицинской помощи.
- Сокращения и объединение медучреждений, особо - в селах.
- Низкая оплата труда и материальная незаинтересованность.
- 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.
- Дефицит транспорта, особо для отдаленных районов.
- Нарушения этики и деонтологии.
- Низкий уровень контроля.

Проблемы лекарственного обеспечения

- Законодательные ограничения закупок.
- Ограничения по льготным категориям.

Проблемы скорой помощи

- Недоступность отдаленных районов, долгий срок приезда.
- Износ и дефицит автопарка.
- «Выгорание» персонала.
- Дороговизна санитарной авиации.

Проблемы специализированной помощи

- Сложности в получении. реабилитационных услуг.
- Недоступность для отдаленных.
- Долгий срок ожидания.
- Неотлаженная маршрутизация.
- Низкая информированность об услугах.
- Низкое качество диагностики.

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Обязательное медицинское страхование

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 медицинские услуги 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 *(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)*.
- 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 медицинских организаций.
- Конфликт интересов страховых компаний и медучреждений.
- Спекуляции медицинских учреждений на ОМС *(поликлиники намеренно принимают больше людей, чтоб деньги шли из фонда ОМС, в ущерб качеству обслуживания)*.

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Отношение к оптимизации здравоохранения

Экспертная оценка необходимости оптимизации здравоохранения – 1,5 балла из 10.

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

- Более половины опрошенных настроены категорично: поставили «1» балл «Оптимизация 2015 – 2018 гг. была совершенно не нужна»;
- В целом, более 70% опрошенных экспертов считают оптимизацию неоправданной.
- Только 3 эксперта из 130-ти оценили необходимость проведения оптимизации на балл «6» (чуть выше среднего).
- Высокие оценки оптимизации (баллы «7»-«10») не дал ни один эксперт.

Оценка необходимости проведения Программы оптимизации (% экспертов)



2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Отношение к оптимизации здравоохранения

Некачественное планирование Программы оптимизации в здравоохранении

Неоправданность оптимизации в той форме, в которой она была проведена:

- Имеющийся дефицит кадров – плохая база для сокращения численности.
- Неоправданность ликвидации ФАПов в отдаленных районах.
- Некомпетентность управленцев, проводящих оптимизацию в регионах.

Негативные последствия Программы оптимизации

Кадровый потенциал здравоохранения

- Рост нагрузки на персонал.
- Задержки в оплате труда.
- Отток кадров в коммерческие учреждения.
- Потеря специалистов, усугубившийся дефицит кадров.

Доступность и качество медицинской помощи

- Снижение доступности и качества медицинской помощи.
- Малые села остаются без медицинской помощи.
- Рост платной медицины.

Состояние системы здравоохранения

- Усугубление проблем в здравоохранении.
- Разрушение системы здравоохранения (*«окончательное разрушение медицинской помощи в стране»*).

Социально-демографические последствия

- Ухудшение здоровья населения.
- Рост заболеваемости и смертности.
- Увеличение смертности госпитальной и домашней.
- Рост напряженности.

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в регионах

Отношение к оптимизации здравоохранения

Условия современной грамотной оптимизации:

1. Оптимизация должна быть направлена на повышение качества и своевременности оказания медицинских услуг, а не на сокращение численности.
2. Оптимизация должна начинаться с реформы структуры управления здравоохранения и оптимизации численности в органах управлений 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.
6. Оптимизация должна учитывать недостатки выявленные условиями пандемии covid-19 в 2020 году



3. Анализ публикаций

Примеры локальных проблем регионов СФО

Томская область

Недостаточное оснащение ФАПов: из 257 медпунктов полностью оснащенных по стандарту нет. Укомплектованы основным на 30%. Нехватка оборудования по всей области составляет около 45 млн. рублей.

Омская область

Нехватка медработников на селе превысила 1600 чел. Жалобы на навязывание платных услуг возросли в 2019-2020 году в 2 раза.

Красноярский край

Бюджет здравоохранения в 2019 г. уменьшен на 2 млрд. рублей. Кредиторская задолженность в медучреждениях в конце года составит 1,5 млрд. рублей.

Кемеровская область

Дефицит врачей и среднего медицинского персонала в области составляет 3805 врачей и 13826 медицинских работников со средним образованием. Злоупотребления в детских домах, приводящие к смерти детей от голода.



3. Анализ публикаций

Примеры локальных проблем регионов СФО

Новосибирская область

В ЦГБ г.Бердск по итогам 2019 г. заполнены 55% ставок врачей и 60% - ставок медсестер.

Забайкальский край

Зарплаты медиков растут не за счет фактического увеличения заработка, а через увеличение нагрузки на одного работника. В краевой клинической психиатрической больнице и Забайкальском краевом госпитале для ветеранов войн врачи не получают зарплату, организуют акции протеста, пикеты.

Республика Алтай

В общероссийском рейтинге качества жизни по уровню обеспеченности объектами социальной инфраструктуры Республика на 78 месте из 82. Летом 2019 г. в г. Ая умер мужчина от сердечного приступа, потому что «скорая» отказалась к нему ехать, а в ближайшей больнице не оказалось нужного оборудования.

Республика Бурятия

Всплеск смертности в 2020 г. Трудно записаться к терапевту и к специалистам. Не хватает даже фельдшеров.



3. Анализ публикаций

Примеры локальных проблем регионов ДФО

❑ Хабаровский край

Необоснованные цены на платные медицинские услуги. В органах управления здравоохранением не разработана нормативная база предоставления разрешений на платные медицинские услуги.

❑ Амурская область

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. Родильные дома Амурской области признаны самыми худшими в России. Отсутствие системы переобучения медперсонала.

❑ Приморский край

Учреждения здравоохранения укомплектованы врачами на 56%, средним персоналом – на 55 процентов.

❑ Еврейская АО

По обеспеченности врачами Еврейская АО занимает последнее место в ДФО. Перебои с поставками в стационары противотуберкулезных препаратов повлекли смерть пациентов (ряд лекарств закончился в апреле, поставки ожидаются в июле). Коммерциализирована единственная лаборатория, которая оказывает медицинские услуги жителям Биробиджана.

3. Анализ публикаций

Примеры локальных проблем регионов ДФО

□ Алтайский край

Нехватка специалистов и оборудования в мелких населенных пунктах (в г. Зарийск до февраля не было главврача ЦГБ, в отдаленных районах не хватало врачей узкой практики, очереди в регистратуру поликлиник занимались до открытия).

□ Республика Хакасия

Затянута стройка республиканского перинатального центра. Ближайший находится в 600 км в Красноярске. Неправомерная поставка медикаментов хозяйствующими субъектами, не имеющими лицензий на фармацевтическую деятельность повлекла нарушения на сумму 189,2 млн. рублей. Нецелевое использование лекарственных препаратов и расходных материалов за счет средств ОМС в ГБУЗ РХ «РКБ имени Г.Я. Ремишевской» на 2,7 млн. рублей. Нарушения в организации питания больных более чем на 57 млн. рублей в 4-х проверенных ЛПУ.

□ 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 ОНФ.

□ Сахалинская область

Дефицит кадров. Сахалинская скорая помощь укомплектована сотрудниками лишь на треть.

Выводы

Оценка качества оказания медицинской помощи в регионах

- Существенных изменений в системе здравоохранения за 2018 -2019 годы не произошло. Однако благополучной ситуацию на начало пандемии назвать было нельзя: общая оценка качества оказания медицинской помощи населению на территории была – «удовлетворительно».
- Пандемия в 2020 году резко осложнила ситуацию. Однако эксперты надеются, что эта ситуация - временна.
- 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 тройку».
- ОМС – к системе существует много претензий и вопросов (система непрозрачна, не урегулирована и не решает задачи оплаты лечения, не защищает пациентов).

Выводы

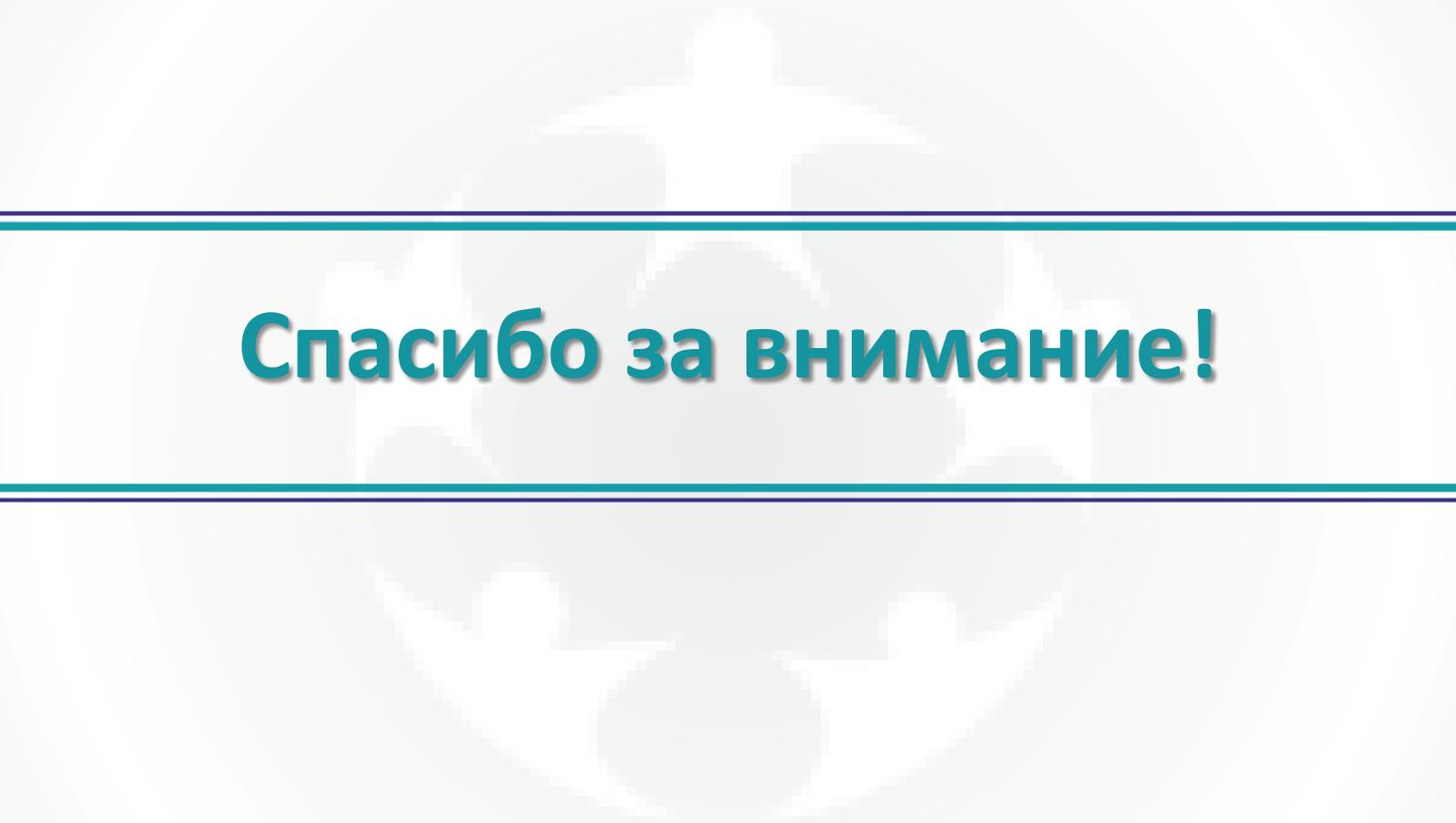
Региональные особенности функционирования системы здравоохранения

- 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 экспертные оценки 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 перед пандемией 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).

Выводы

Оценка эффективности Программы оптимизации здравоохранения

- Абсолютное большинство экспертов исследования убеждено в неоправданности проведения оптимизации здравоохранения в 2015 – 2018 гг.
- 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.
- Эксперты полагают что пандемия covid-19 вскрыла негативный эффект программы «оптимизации». Выявленные проблемы организации системы необходимо учесть при дальнейшем развитии системы.



Спасибо за внимание!
