

О Т Ч Е Т

о результатах проведения аудита эффективности использования государственных средств на оказание бесплатной медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга в 2008-2010 годах

Основание проведения аудита

Аудит эффективности использования выделяемых бюджетных ассигнований в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга за 2008-2010 годы, проводился Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга в соответствии с Законом Санкт-Петербурга «О Контрольно-счетной палате Санкт-Петербурга» и планом работы Контрольно-счетной палаты Санкт-Петербурга на 2010-2011 годы.

Цель аудита

Оценка эффективности использования выделяемых бюджетных ассигнований в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2008-2010 годах.

Задачи аудита

Оценка уровня реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на основе согласованных с Комитетом по здравоохранению критериев и показателей.

Обеспечение удовлетворения потребностей различных групп населения в бесплатной медицинской помощи и использование государственных средств, выделенных на эти цели.

Методики аудита

Данное контрольное мероприятие проводилось на основании Методики Счетной палаты Российской Федерации.

Критерии эффективности использования выделяемых бюджетных ассигнований в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга были согласованы с Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга.

Анализ выполнения территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи проводился путем сравнения фактических показателей Санкт-Петербурга с федеральными и территориальными нормативами.

Для оценки исполнения Территориальной программы Санкт-Петербурга по оказанию гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи были использованы данные отраслевой статистической отчетности (формы № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» и № 30 «Сведения об учреждении здравоохранения»), информационные материалы о работе и перспективах развития отрасли «Здравоохранение Санкт-Петербурга» за период 2008-2010 годов, представленных по запросу Контрольно-счетной палаты Санкт-Петербурга Комитетом по здравоохранению, материалы проведенных Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга проверок учреждений здравоохранения, подведомственных Комитету по здравоохранению и администрациям районов Санкт-Петербурга, иные материалы.

Введение

Основной целью начатой в Российской Федерации реализации бюджетной реформы является создание бюджетного механизма, который позволит планировать и направлять финансовые государственные ресурсы на реализацию стратегически важных задач социально-экономического развития страны. Применяемое в настоящее время трехлетнее планирование бюджетов позволяет более гибко использовать бюджетные средства, а предусмотренная возможность перемещения ассигнований между годами позволяет упростить процедуры финансирования при реализации долгосрочных проектов.

В настоящее время одной из основных задач бюджетной политики является бюджетирование, ориентированное на результат, т.е. осуществление финансирования в зависимости от эффективности и соответствия заранее утвержденным критериям результативности работы бюджетополучателя.

Развитие системы здравоохранения как в Санкт-Петербурге, так и в Российской Федерации в целом, также невозможно без использования программно-целевых методов планирования и финансирования отрасли, в том числе и при оказании медицинской помощи населению. Для принятия обоснованных управленческих решений для совершенствования и развития отрасли «Здравоохранение» необходима комплексная оценка совокупных расходов всех имеющихся источников финансирования, а также кадровых и материальных ресурсов.

Для оценки эффективности и результативности реализации государственной политики проводится аудит эффективности, который не только является независимым исследованием по указанным направлениям, но и позволяет разработать полезные рекомендации по совершенствованию используемых государственными органами подходов и процедур.

В связи с изложенным было принято решение о проведении Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга аудита эффективности использования государственных средств на оказание бесплатной медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга. Аудит эффективности, направленный на

повышение эффективности бюджетных расходов, является немаловажным фактором в условиях ограниченных ресурсов государства, позволяет не только оценить степень эффективности использования средств, но и определить необходимые меры по повышению качества управления финансовыми ресурсами.

Рабочей группой Контрольно-счетной палаты Санкт-Петербурга при проведении аудита была предпринята попытка с максимально возможной полнотой и объективностью оценить состояние системы здравоохранения Санкт-Петербурга за 2008-2010 годы, оценить тенденции происходящих и прогнозируемых изменений, а также предложить возможные пути решения существующих проблем отрасли.

1. Характеристика государственного управления в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга за период с 2008 по 2010 годы

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Закон РФ от 22.07.1993 № 5487-1):

❖ к полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан относятся следующие полномочия:

- принятие и изменение федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, надзор и контроль за их соблюдением и исполнением;
- регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья граждан;
- установление и проведение единой государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, санитарно-гигиеническому образованию населения и по другим вопросам в области охраны здоровья граждан;
- организация оказания специализированной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти;
- организация оказания медицинской помощи, предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан Российской Федерации, в том числе формирование государственного задания на оказание этой помощи в медицинских организациях;
- формирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях в порядке, определяемом уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти;

- установление стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и других федеральных стандартов в сфере здравоохранения;

- подтверждение соответствия (регистрация, испытание и разрешение применения) лекарственных и дезинфекционных средств, иммунобиологических препаратов и изделий медицинского назначения, сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических средств, психотропных веществ, контроль за их производством, оборотом и за порядком их использования; подтверждение соответствия продукции, работ и услуг;

- организация и осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи, качества лекарственных и дезинфекционных средств, иммунобиологических препаратов и изделий медицинского назначения, сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических средств, психотропных веществ, качества донорской крови и ее компонентов установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (за исключением контроля, переданного в соответствии с частью первой статьи 5_1 настоящих Основ для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации);

- разработка и утверждение программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования;

- разработка единых критериев и программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей в здравоохранении и номенклатуры организаций здравоохранения;

❖ **к полномочиям Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относятся следующие полномочия:**

- осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (за исключением контроля качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в федеральных организациях здравоохранения);

- лицензирование следующих видов деятельности:

- медицинской деятельности организаций муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи);

- фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения);

- деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (за исключением деятельности, осуществляемой

организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения);

❖ **к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации** в области охраны здоровья граждан относятся:

- принятие законов и иных нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, надзор и контроль за их соблюдением и исполнением;

- защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья граждан;

- разработка, утверждение и реализация региональных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, лекарственному обеспечению, санитарно-гигиеническому образованию населения и по другим вопросам в области охраны здоровья граждан;

- разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя программу обязательного медицинского страхования;

- самостоятельное формирование органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих установленные настоящей статьей полномочия в сфере здравоохранения, установление порядка их организации и деятельности; развитие организаций здравоохранения субъекта Российской Федерации; материально-техническое обеспечение таких организаций;

- формирование расходов бюджета субъекта Российской Федерации на здравоохранение;

- установление медико-экономических стандартов в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи;

- организация оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти);

- организация оказания медицинской помощи, предусмотренной законодательством субъекта Российской Федерации для определенных категорий граждан;

- организация оказания специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи;

- обеспечение лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации;

- организация заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов, организация безвозмездного обеспечения организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации, и муниципальных организаций здравоохранения донорской кровью и ее компонентами, а также обеспечения за плату иных организаций здравоохранения донорской кровью и ее компонентами;
- организация обязательного медицинского страхования неработающего населения;
- осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- координация деятельности органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, иных хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья граждан; охрана здоровья семьи (охрана материнства, отцовства и детства);
- реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;
- регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Органы государственной власти субъекта Российской Федерации имеют право установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже федеральных стандартов медицинской помощи, установленных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и осуществлять контроль за их соблюдением.

Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 25.12.2007 № 1673 «О Комитете по здравоохранению» утверждено Положение о Комитете по здравоохранению, в соответствии с которым Комитет по здравоохранению является исполнительным органом государственной власти Санкт-Петербурга в сфере здравоохранения, уполномоченным на осуществление регионального государственного контроля за соблюдением требований, предусмотренных законодательством Российской Федерации и законодательством Санкт-Петербурга в пределах своей компетенции.

Основными задачами Комитета являются:

- проведение государственной политики Санкт-Петербурга в сфере здравоохранения и санаторно-оздоровительного комплекса;
- координация деятельности организаций в сфере здравоохранения и санаторно-оздоровительного комплекса в Санкт-Петербурге;

- иные задачи в сфере здравоохранения и санаторно-оздоровительного комплекса в соответствии с действующим законодательством.

Комитет по здравоохранению:

- координирует деятельность иных исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга в сфере здравоохранения и санаторно-оздоровительного комплекса;

- разрабатывает и реализует программы по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, лекарственному обеспечению, санитарно-гигиеническому образованию населения Санкт-Петербурга и по другим вопросам в области охраны здоровья граждан;

- разрабатывает и реализует территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования;

- решает вопросы материально-технического и финансового обеспечения деятельности учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Комитета, их развития, определения характера и объема деятельности;

- участвует в осуществлении контроля качества медицинской помощи и фармацевтической деятельности организаций Санкт-Петербурга, оказывающих лечебно-профилактические и фармацевтические услуги населению, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности;

- осуществляет иные полномочия, отнесенные федеральным законодательством и законодательством Санкт-Петербурга к компетенции Комитета;

- устанавливает медико-экономические стандарты в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи;

- устанавливает в порядке, определенном федеральным законодательством, региональные стандарты медицинской помощи и осуществляет контроль за их соблюдением;

- осуществляет иные полномочия в соответствии с действующим законодательством.

В анализируемый период в Санкт-Петербурге осуществлялись мероприятия по реализации Указов Президента, постановлений Правительств Российской Федерации и Санкт-Петербурга, в том числе:

- Концепции модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга на 2004-2010 годы;

- приоритетного национального проекта «Здоровье»;

- по совершенствованию экстренной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения и больным с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения;

- по предупреждению отрицательных последствий социально-значимых заболеваний в рамках реализации Концепции федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями 2007-2009 годов» и реализации плана неотложных

мероприятий по социальной профилактике туберкулеза и обеспечению экологической безопасности функционирования противотуберкулезных учреждений Санкт-Петербурга на 2008-2011 годы;

- Концепции демографического развития Санкт-Петербурга на период до 2015 года;

- развитию психиатрической службы и предупреждению отрицательных социальных последствий психических заболеваний и поведенческих расстройств в Санкт-Петербурге на 2008-2011 годы

- по развитию онкологической службы Санкт-Петербурга по профилактике, раннему выявлению и лечению онкологической патологии на 2008-2011 годы;

- по диагностике, лечению и профилактике сахарного диабета и его осложнений на 2009-2011 годы;

- программы «Комплексные меры по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту в Санкт-Петербурге» на 2009-2012 годы»;

- долгосрочной целевой программы Санкт-Петербурга «Профилактика заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в Санкт-Петербурге на 2010-2012 годы»;

- по совершенствованию материально-технической базы учреждений здравоохранения, осуществляющих родовспомогательную деятельность.

- иных мероприятий, определенных нормативно-правовыми актами Российской Федерации и Санкт-Петербурга.

1.1. Юридические лица, оказывающие медицинскую помощь в Санкт-Петербурге

В оказании медицинской помощи населению Санкт-Петербурга в 2008 году приняли участие 337 медицинских организаций различных типов и уровней подчиненности, в том числе 245 медицинских организаций, работающих в системе ОМС.

Структура медицинских организаций по типам учреждений в 2008 году представлена следующими лечебно-профилактическими учреждениями (далее – ЛПУ) от общего числа медицинских организаций:

- 159 амбулаторно-поликлинических учреждений (в том числе 156 работающих в системе ОМС) – 47,1 %;

- 69 больничных учреждений (в том числе 49 работающих в системе ОМС) – 20,5 %;

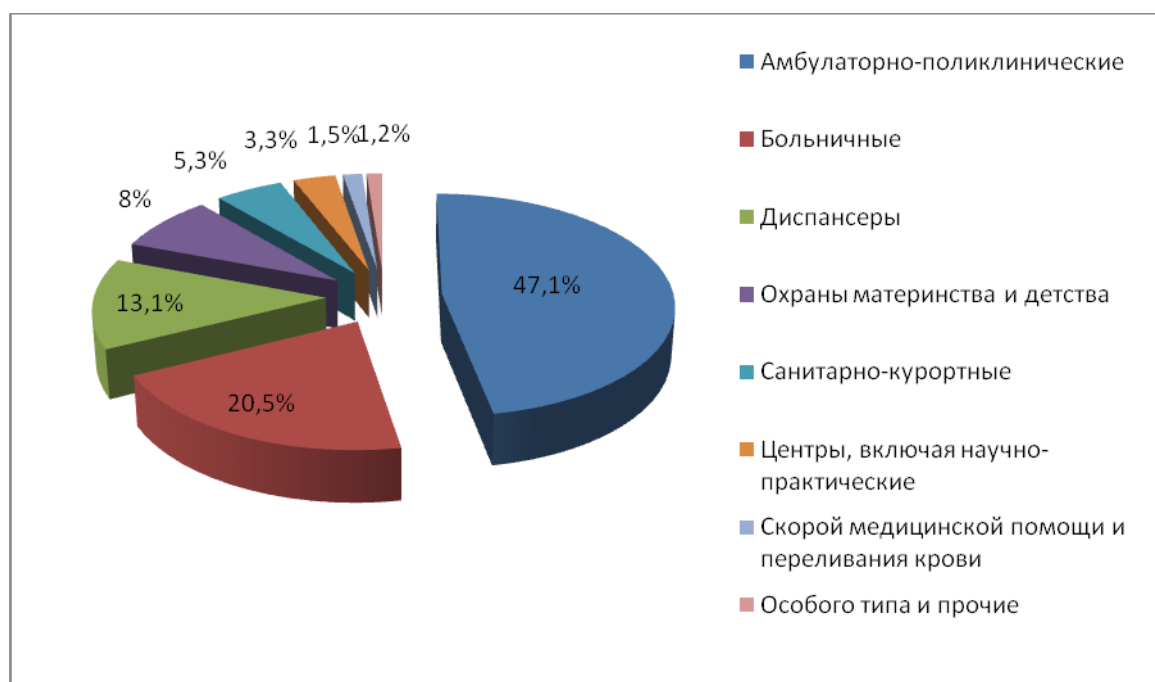
- 44 диспансера (в том числе 15 работающих в системе ОМС) – 13,1 %;

- 27 учреждений охраны материнства и детства (в том числе 15 работающих в системе ОМС) – 8 %;

- 18 санаторно-курортных учреждений – 5,3 %;

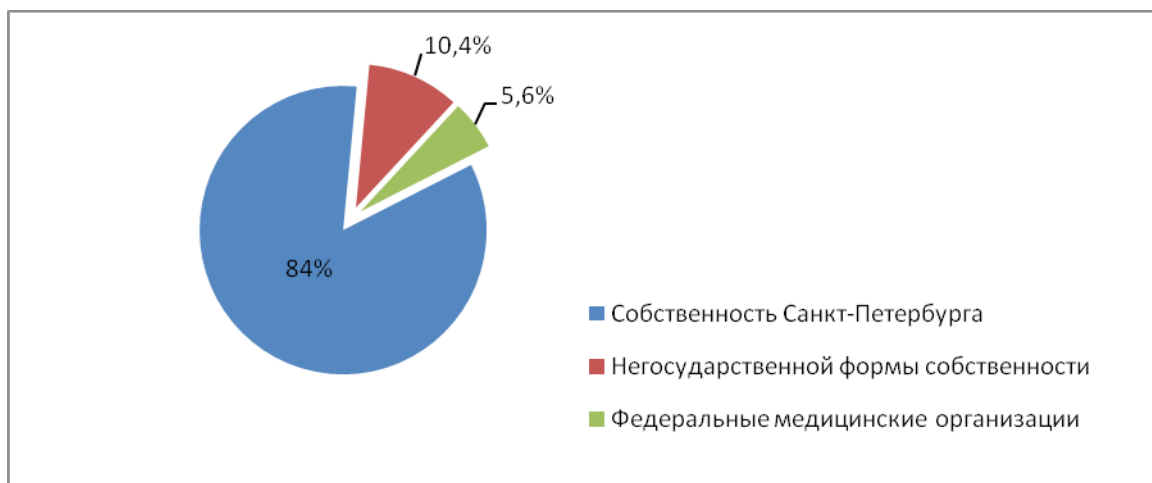
- 11 центров и научно-практических центров (в том числе 10 работающих в системе ОМС) – 3,3 %;
- 5 учреждений скорой медицинской помощи и переливания крови – 1,5 %;
- 4 учреждения особого типа и прочие – 1,2 %.

Структура медицинских учреждений и организаций, участвующих в реализации территориальных программ в 2008 году по типам приведена на диаграмме:



В структуре медицинских организаций по видам собственности, принимавших участие в оказании медицинских услуг населению Санкт-Петербурга в 2008 году, преобладали медицинские учреждения субъекта Российской Федерации - Санкт-Петербурга – 283 ЛПУ, которые составили 84 % от общего числа организаций; медицинские организации негосударственной формы собственности – 35 ЛПУ составляющие 10,4 %; федеральные медицинские организации, подведомственные агентствам, Российской академии медицинских наук (далее – РАМН), другим министерствам и ведомствам – 19 ЛПУ составляющие 5,6 %.

Структура медицинских учреждений и организаций, участвующих в реализации территориальных программ в 2008 году, по формам собственности приведена на диаграмме:



В 2008 году в системе обязательного медицинского страхования работали 245 медицинских учреждений и организаций или 70,5 %, реализующих территориальные программы. Большинство медицинских учреждений работающих в системе ОМС - (77,9 %) по виду собственности принадлежат Санкт-Петербургу – 191 ЛПУ. Доля негосударственных медицинских учреждений, работающих в системе ОМС составляет 35 ЛПУ или 14,3 %, доля федеральных медицинских организаций, подведомственных агентствам, Российской академии медицинских наук (далее – РАМН), другим министерствам и ведомствам – 7,8 % (17).

В 2008 году, по сравнению с предыдущим годом, в структуре организаций, оказывающих медицинскую помощь в Санкт-Петербурге, сократился удельный вес медицинских организаций, находящихся в собственности субъекта Санкт-Петербурга (с 87,9 % до 77,9 %) и увеличился удельный вес медицинских организаций негосударственной формы собственности (с 14,3 % до 7,1 %) и ЛПУ, находящихся в федеральной собственности (с 5,1 % до 7,8 %).

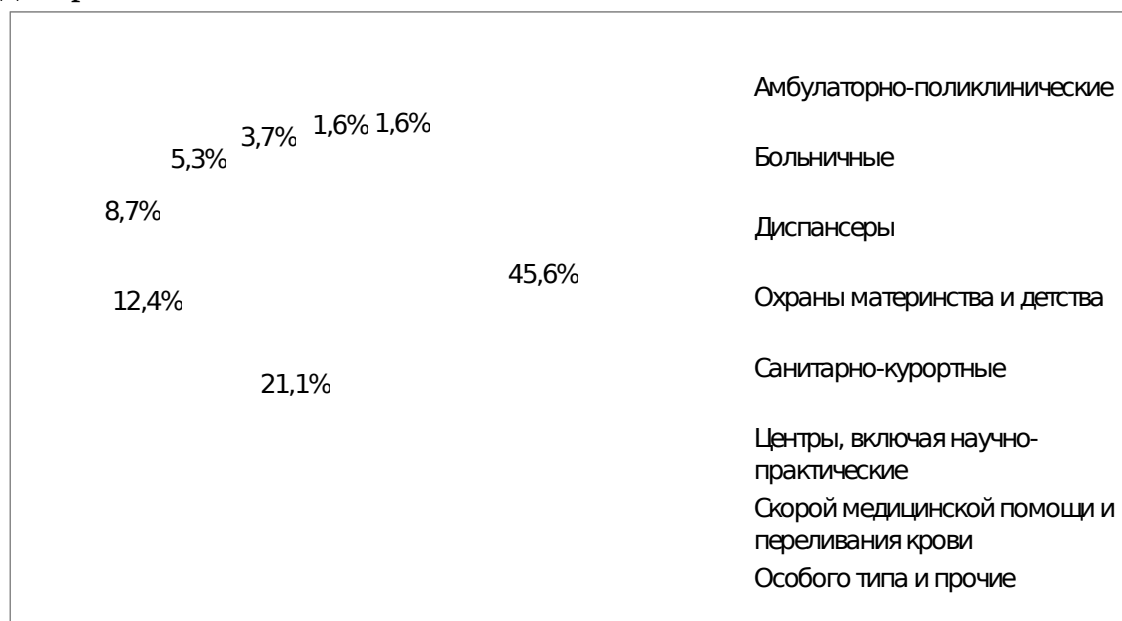
В оказании медицинской помощи населению Санкт-Петербурга в 2009 году приняли участие 322 медицинские организации различных типов и уровней подчиненности (на 15 меньше, чем в 2008 году), в том числе 238 медицинских организаций, работающих в системе ОМС (на 7 меньше, чем в предыдущем году).

Структура медицинских организаций по типам учреждений в 2009 году представлена следующими ЛПУ от общего числа медицинских организаций:

- 147 амбулаторно-поликлинических учреждений – 45,6 %;
- 68 больничных учреждений (в том числе 51 работающих в системе ОМС) – 21,1 %;
- 40 диспансеров (в том числе 15 работающих в системе ОМС) – 12,4 %;
- 28 учреждений охраны материнства и детства (в том числе 15 работающих в системе ОМС) – 8,7 %;
- 17 санаторно-курортных учреждений – 5,3 %;

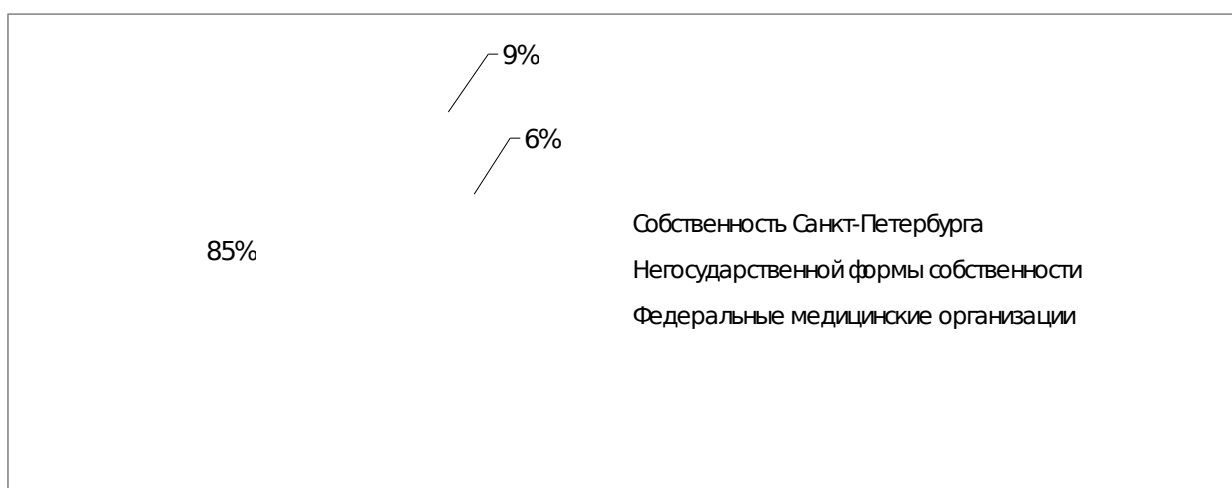
- 12 центров и научно-практических центров (в том числе 10 работающих в системе ОМС) – 3,7 %;
- 5 учреждений скорой медицинской помощи и переливания крови – 1,6 %;
- 5 учреждений особого типа и прочие – 1,6 %.

Структура медицинских учреждений и организаций, участвующих в реализации территориальных программ в 2009 году по типам приведена на диаграмме:



В структуре медицинских организаций по видам собственности, принимавших участие в оказании медицинских услуг населению Санкт-Петербурга в 2009 году, преобладали медицинские учреждения субъекта Российской Федерации - Санкт-Петербурга – 273 ЛПУ, которые составили 84,8 % от общего числа организаций; медицинские организации негосударственной формы собственности – 29 ЛПУ, составляющие 9 %; федеральные медицинские организации, подведомственные агентствам, РАМН, другим министерствам и ведомствам – 20 ЛПУ, составляющие 6,2 %.

Структура медицинских учреждений и организаций, участвующих в реализации территориальных программ 2009 году по формам собственности приведена на диаграмме:



В 2009 году в системе обязательного медицинского страхования работали 238 медицинских учреждений и организаций или 73,9 %, реализующих территориальные программы. Большинство медицинских учреждений работающих в системе ОМС - (79,4 %) по виду собственности принадлежат Санкт-Петербургу – 189 ЛПУ. Доля негосударственных медицинских учреждений, работающих в системе ОМС составляет 29 ЛПУ или 12,2 %, доля федеральных медицинских организаций, подведомственных агентствам, Российской академии медицинских наук (далее – РАМН), другим министерствам и ведомствам – 8,4 % (20 ЛПУ).

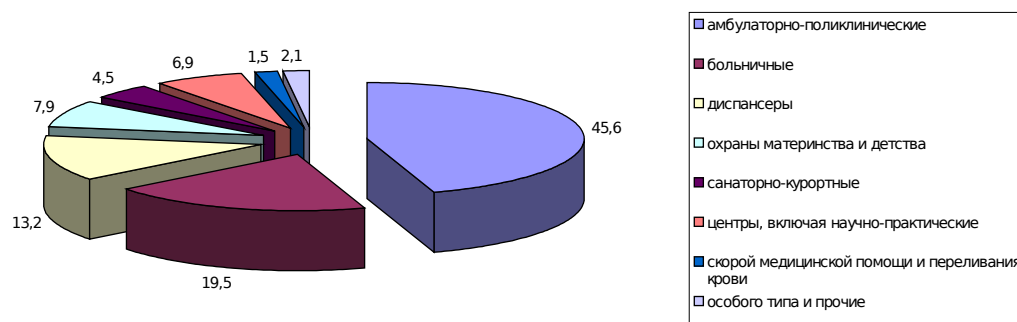
В 2009 году, по сравнению с предыдущим годом, отмечено снижение удельного веса медицинских организаций негосударственной формы собственности (с 14,3 % до 12,2 %) и увеличение удельного веса медицинских организаций, находящихся в собственности субъекта Санкт-Петербурга (с 77,9 % до 79,4 %) и ЛПУ, находящихся в федеральной собственности (с 7,8 % до 8,4 %).

В оказании медицинской помощи населению Санкт-Петербурга в 2010 году приняли участие 331 медицинская организация различного типа и уровня подчиненности, в том числе 244 медицинские организации, работающие в системе ОМС.

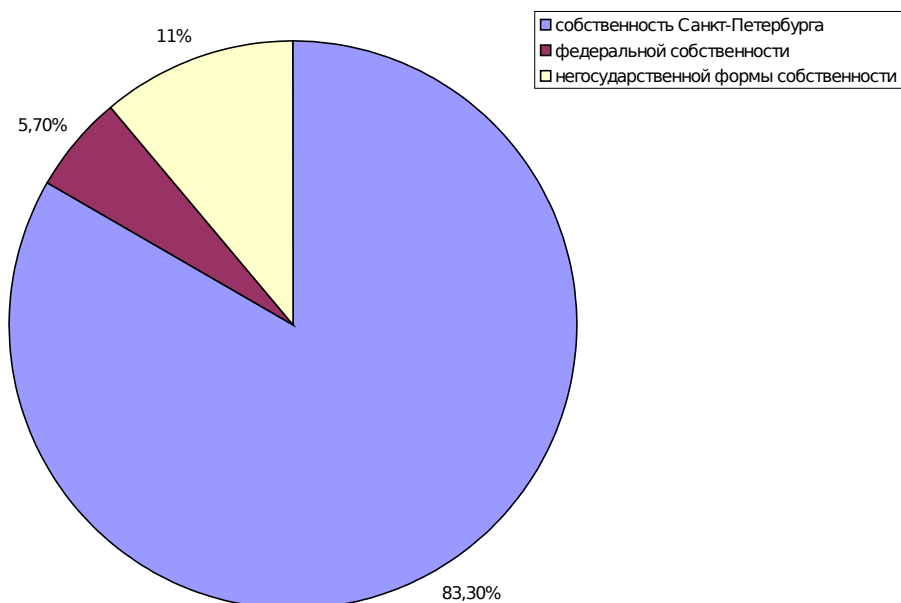
Структура медицинских организаций по типам учреждений в 2010 году представлена следующими ЛПУ от общего числа медицинских организаций:

- 151 амбулаторно-поликлиническое учреждение (в том числе 150 работающих в системе ОМС) – 45,6 %;
- 65 больничных учреждений (в том числе 51 - работающее в системе ОМС) – 19,5 %;
- 44 диспансера (в том числе - 15 работающих в системе ОМС) – 13,2 %;
- 26 учреждений охраны материнства и детства (в том числе 16 работающих в системе ОМС) – 7,9 %;
- 15 санаторно-курортных учреждений – 4,5 %;
- 23 центра и научно-практических центров (в том числе 12 работающих в системе ОМС) – 6,9 %;

- 5 учреждений скорой медицинской помощи и переливания крови – 1,5 %;
- 2 учреждения особого типа – 0,6 %.



В структуре медицинских организаций по видам собственности, принимавших участие в оказании медицинских услуг населению Санкт-Петербурга в 2010 году, преобладали медицинские учреждения субъекта Российской Федерации - Санкт-Петербурга, которые составили 83 % от общего числа организаций; медицинские организации негосударственной формы собственности, составляющие 11 %; федеральные медицинские организации, подведомственные агентствам, РАМН, другим министерствам и ведомствам – ЛПУ, составляющие 5,7 %. Данные приведены на диаграмме:



Таким образом, в Санкт-Петербурге в анализируемый период произошло сокращение общего количества организаций, участвующих в оказании медицинской помощи населению, с 337 в 2008 году до 331 – в 2010 году, в том числе: амбулаторно-поликлинических (159 - в 2008 году, 151 - в 2010 году), диспансеров (с 44 до 40), санаторно-курортных (с 18 до 15).

Основными направлениями развития и размещения объектов здравоохранения на территории Санкт-Петербурга являются:

- повышение эффективности использования территорий и помещений, занятых существующими объектами здравоохранения;
- оптимизация размещения объектов здравоохранения на территории Санкт-Петербурга с учетом сложившейся специфики и перспектив развития планировочной и функциональной структур Санкт-Петербурга;
- обеспечение условий равной доступности объектов здравоохранения для всех жителей Санкт-Петербурга с дифференциацией их по условиям зонирования (городской, межрайонный, районный) с учетом экономических, социологических, демографических и иных условий и особенностей потребностей населения.

Рабочей группой (на основании данных, представленных Комитетом по здравоохранению и отделами здравоохранения административных районов Санкт-Петербурга) проведен анализ обеспеченности медицинскими учреждениями различного типа административных районов Санкт-Петербурга (на 100 тыс. населения) по пяти медико-санитарным зонам:

Северная: Курортный, Приморский и Выборгский районы;

Восточная: Калининский, Красногвардейский и Невский районы;

Центральная: Адмиралтейский, Петроградский, Василеостровский и Центральный районы;

Южная: Фрунзенский, Московский, Колпинский и Пушкинский районы;

Юго-Западная: Кировский, Красносельский, Петродворцовый и Кронштадтский районы

Наиболее обеспечены амбулаторно-поликлинической помощью жители Южной, Центральной и Северной медико-санитарных зон, при этом в наиболее застраиваемых районах Санкт-Петербурга: Фрунзенском и Приморском показатели обеспеченности амбулаторно-поликлинической помощи ниже средних. В Восточной медико-санитарной зоне коэффициент обеспеченности составляет 3,5 учреждения указанного профиля в расчете на 100 тыс. населения (при этом коэффициент обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями жителей Калининского района составляет 3 учреждения на 100 тыс. населения), в Юго-Западной - 3,4 учреждения (при этом коэффициент обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями жителей Красносельского района превышает средний показатель по Юго-Западной медико-социальной зоне и составляет 3,9).

Во всех районах города имеются стоматологические поликлиники или соответствующие отделения при поликлиниках, женские консультации, психоневрологические и кожно-венерологические диспансеры, отделения скорой и неотложной помощи. Психоневрологические диспансеры имеются практически во всех районах города, за исключением Красносельского района, население которого обслуживается диспансером Кировского района, и Приморского района, население которого обслуживается в Петроградском районе.

На территории четырех медико-санитарных зон Санкт-Петербурга: Юго-Западной, Южной, Восточной и Центральной имеются родильные дома, на территории Юго-Западной и Южной – по одному родильному дому в каждом входящем в эти зоны районе, в Восточной - 5 родильных домов, в том числе: в Невском и Калининском районах (с учетом родильного отделения Федерального государственного военного образовательного учреждения высшего профессионального образования Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова) – по два родильных дома, в Красногвардейском районе – один. Наиболее высокая обеспеченность родильными домами в Центральной медико-социальной зоне, а именно: 8 родильных домов приходится на 4 района Санкт-Петербурга, в том числе: в Адмиралтейском – 1, в Василеостровском – 2 (с учетом родильного отделения НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН), в Центральном – 3 (с учетом родильного отделения Городской клинической инфекционной больницы № 30 им. С.П. Боткина), в Петроградском – 2 (с учетом родильного отделения СПб Государственного медицинского университета им. Академика И.П. Павлова).

На территории Северной медико-санитарной зоны, включающей в себя Приморский, Курортный и Выборгский районы (с населением 1 021 200 человек - 21 % от общего населения Санкт-Петербурга) родильных домов нет.

Лечебные учреждения (больницы), обеспечивающие взрослое население Санкт-Петербурга стационарной помощью имеются во всех районах, за исключением Приморского. Ближайшие к Приморскому району стационары находятся в Выборгском, Петроградском и Калининском районах Санкт-Петербурга.

Учреждения, оказывающие стационарную помощь детскому населению, имеются не в каждом районе города. В частности отсутствуют детские больницы в районах:

- Московском (ближайшие стационары расположены в Фрунзенском и Красносельском районах);
- Петроградском (ближайшие стационары расположены в Выборгском и Василеостровском районах);
- Пушкинском (ближайшие стационары расположены в Фрунзенском, Красносельском и Колпинском районах);
- Красногвардейском (ближайшие стационары расположены в Выборгском и Невском районах);
- Калининском (ближайшие стационары расположены в Выборгском районе);
- Петродворцовом (ближайшие стационары расположены в Красносельском и Колпинском районах);
- Приморском (ближайшие стационары расположены в Выборгском районе);
- Кронштадтском и Курортном, при этом в близлежащих к ним районах (Петродворцовом, Приморском) детских стационаров нет.

Согласно отраслевой схеме развития и размещения объектов здравоохранения на территории Санкт-Петербурга на период до 2015 года с учетом перспективы до 2025 года, утвержденной постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 01.07.2008 № 783 планируется новое строительство объектов здравоохранения:

- амбулаторно-поликлинических (районных, межрайонных, городских) – во всех медико-социальных зонах, при этом наибольшее количество объектов – в Приморском районе Северной зоны;
- стационаров – межрайонного (зонального) уровня – во всех медико-социальных зонах, при этом с наибольшей мощностью – в Северной и Юго-западной зонах. В Приморском районе до 2015 года планируется построить детскую многопрофильную больницу, многопрофильный стационар, родильный дом;
- станций скорой медицинской помощи – в 12 административных районах Санкт-Петербурга, в том числе на наибольшее количество санитарных машин – в Калининском, Красносельском, Невском и Приморском районах.

2. Особенности медико - демографической ситуации Санкт-Петербурга в 2008 – 2010 годах

В рассматриваемый период 2008-2010 годов продолжалась реализация Концепции модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга на 2004 - 2010 годы, а также мероприятий Приоритетного национального проекта «Здоровье», с учетом демографических и миграционных процессов, в соответствии с Генеральным планом развития Санкт-Петербурга до 2015 года.

Государственная политика в сфере здравоохранения в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Санкт-Петербурга была направлена на повышение доступности и качества медицинской помощи, а также на сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни.

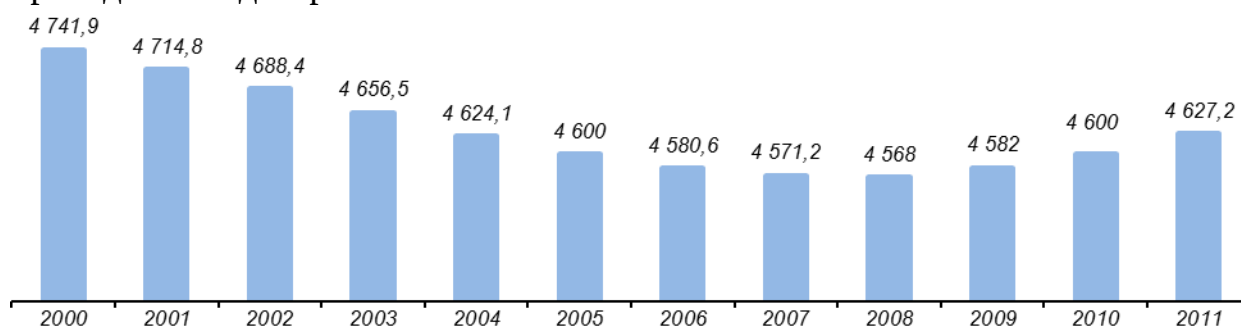
На протяжении последних лет наблюдается некоторое снижение смертности, в том числе населения в трудоспособном возрасте, и рост ожидаемой продолжительности жизни, улучшение демографических показателей, стабилизация показателей по отдельным социально значимым заболеваниям, что свидетельствует о положительном социальном эффекте по отдельным направлениям здравоохранения.

В последние годы медико-демографическая ситуация в Санкт-Петербурге как и в целом по России постепенно стабилизируется. Тенденция роста численности населения, сформировавшаяся в 2008 году, продолжилась в 2009 году и сохранилась в 2010 году.

По данным, предоставленным Комитетом по здравоохранению, численность населения Санкт-Петербурга составила:

- на 01.01.2009 – 4 568 тыс. человек;
- на 01.01.2010 - 4 600 тыс. человек;
- на 01.01.2011 – 4 627,2 тыс. человек.

С 2000 года в Санкт-Петербурге наблюдался процесс сокращения численности населения, который не компенсировался миграционной составляющей и ростом рождаемости. Данные о динамике численности населения Санкт-Петербурга (по состоянию на 1 января каждого года) приведены на диаграмме № 1.



Прирост численности населения Санкт-Петербурга обусловлен сокращением темпов естественной убыли, смертности населения и ростом

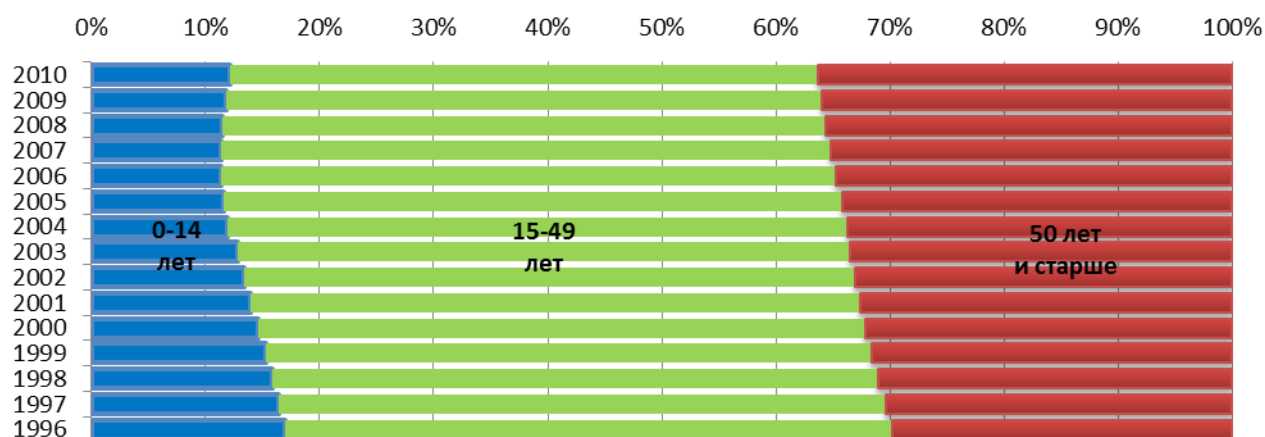
количества родившихся, а также за счет увеличения миграционной составляющей. В течение 2010 года численность населения увеличилась на 26,9 тыс. человек (в 2009 году – на 18 тыс. человек). Отмечается положительная динамика естественного движения населения в Санкт-Петербурге, так, естественная убыль населения в 2010 году составила 9 834 человека, что на 23 % меньше показателей 2009 года, однако число умерших все еще превышает число родившихся. Потери численности населения в значительной степени компенсировал миграционный прирост, который в 2010 году, по сравнению с 2009 годом, увеличился на 18 % и составил 36 797 человек. Динамика показателей естественного движения населения Санкт-Петербурга (на 1000 человек населения) приведена на диаграмме:



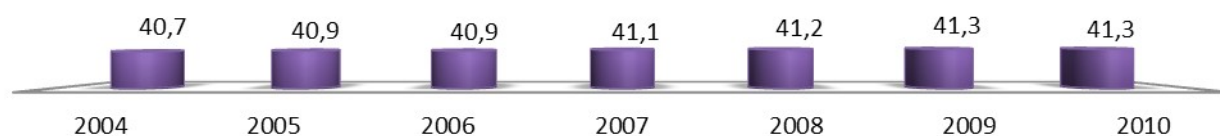
Низкая рождаемость и высокий уровень смертности населения (в частности трудоспособного возраста) привели к серьезным изменениям в структуре населения Санкт-Петербурга. До 2007 года темпы снижения численности детского населения были намного выше, чем темпы сокращения численности населения в целом. С 1991 года по 2007 год численность детей в Санкт-Петербурге сокращалась ежегодно в среднем на 25,6 тысяч человек.

За 2008-2009 годы, за счет возрастающей рождаемости численность населения города в возрасте от 0 до 14 лет увеличилась на 21 тысячу человек. В 2010 году в структуре населения Санкт-Петербурга сохранялась положительная тенденция роста населения в возрасте от 0 до 14 лет, численность данной группы увеличилась за год на 18 тыс. человек (в 2009 году – на 16 тыс. человек, в 2008 году – на 5 тыс. человек).

Возрастная структура населения Санкт-Петербурга в 1996–2010 годах приведена на диаграмме:



Несмотря на то, что число детей перестало сокращаться, превышение числа пожилых над числом детей продолжает расти, в результате чего в Санкт-Петербурге сохраняется регрессивная возрастная структура населения. Продолжается старение населения города: средний возраст населения Санкт-Петербурга на 1 января 2010 года, также как и на 1 января 2009 года, составлял 41,3 года. Данные о *среднем возрасте населения Санкт-Петербурга* приведены на диаграмме (лет):



Возрастная структура населения Санкт-Петербурга по половому признаку приведена на диаграмме (лет):



Одной из причин увеличения среднего возраста населения города является увеличение продолжительности жизни в Санкт-Петербурге. При этом прослеживается положительная динамика в уменьшении разницы продолжительности жизни мужчин и женщин, которая в период с 2007-2010 годов сократилась на 1,2 года.

2.1. Рождаемость и воспроизводство населения

Оценка рождаемости в Санкт-Петербурге производится по динамике нескольких показателей:

- общего коэффициента рождаемости;

- суммарного коэффициента рождаемости.
- возрастного коэффициента рождаемости – число родившихся в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет).

Общий коэффициент рождаемости в 2009 году составил 11,3 на 1000 человек населения, в 2010 году – 12 на 1 000 человек населения.

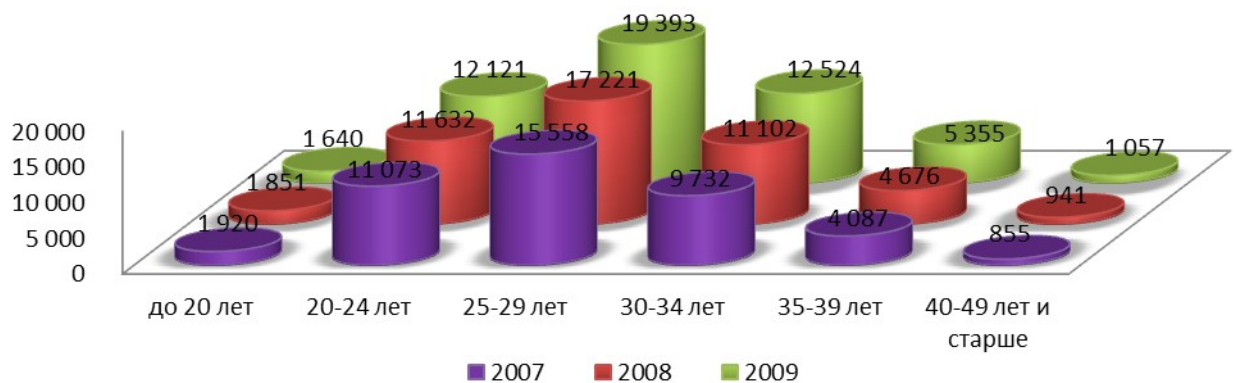
Показатель возрастного коэффициента рождаемости в Санкт-Петербурге значительно ниже, чем по России в целом, за счет значительного постарения всего населения города, в том числе и женщин детородного возраста.

Динамика возрастного коэффициента рождаемости в Санкт-Петербурге и в РФ представлена на диаграмме (лет):



Уровень рождаемости в Санкт-Петербурге остается ниже уровня, обеспечивающего простое замещение родительского поколения поколением детей. Наметившиеся в последнее время стабилизация социально-экономического развития России и Санкт-Петербурга, вступление в репродуктивный возраст поколения, рожденного в более благоприятные в демографическом отношении 80-е годы прошлого века, а также миграционный прирост населения репродуктивного возраста, должны способствовать повышению рождаемости в ближайшие годы.

По данным Петростата, наибольшее число рожденных приходится на матерей в возрасте от 25 до 29 лет. Распределение родившихся по возрасту матери приведено на диаграмме (человек):



Уровень рождаемости в Санкт-Петербурге остается ниже уровня,

обеспечивающего простое замещение родительского поколения поколением детей.

В соответствии с реализуемой в Санкт-Петербурге Концепцией демографического развития Санкт-Петербурга на период до 2015 года основными целями регулирования демографического развития Санкт-Петербурга являются увеличение продолжительности жизни, в том числе здоровой (активной) жизни жителей Санкт-Петербурга, повышение рождаемости, а также оптимизация миграционного движения населения с учетом интересов социального и экономического развития Санкт-Петербурга.

Задачами регулирования демографического развития Санкт-Петербурга являются:

- создание системы формирования, активного сохранения, укрепления или восстановления здоровья людей, реализации потенциала здоровья людей для ведения активной профессиональной, социальной и личной жизни;
- снижение смертности населения, особенно мужчин трудоспособного возраста, от экзогенных факторов - несчастных случаев, травм, отравлений, в том числе психоактивными веществами, убийств и самоубийств;
- обеспечение потребностей семей в медико-социальных и других услугах, связанных с рождением и воспитанием детей;
- улучшение репродуктивного здоровья населения, в том числе снижения уровня бесплодия с учетом применения современных медицинских технологий.

В Санкт-Петербурге работают 15 государственных стационарных родовспомогательных учреждений, в 21 многопрофильном стационаре развернуты гинекологические отделения; функционируют: 50 подразделений амбулаторной службы, 2 государственных и 8 коммерческих центров экстракорпорального оплодотворения, специализированная медицинская помощь оказывается в диагностических центрах (Медико-генетическом центре, консультативно-диагностическом центре «Ювента», Центре планирования семьи и репродукции), введен в эксплуатацию федеральный перинатальный центр на 130 коек при ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова»; в целях оптимизации работы службы родовспоможения созданы 5 объединений родильных домов с женскими консультациями, работающих по принципу «единого акушера».

Каждый родильный дом оснащен необходимым современным реанимационным оборудованием для оказания помощи новорожденным, имеет прямую связь с реанимационно-консультативным центром города и возможность специализированной транспортировки новорожденных в детские больницы. Соотношение показателей антенатальной и ранней неонатальной смертности не соответствуют среднероссийским показателям ввиду регистрации в Санкт-Петербурге мертворожденных с 22 недель. Создана система оказания медицинской помощи новорожденным в целях снижения перинатальной и младенческой смертности. В систему задействованы учреждения как федерального, так и городского подчинения. Медицинская помощь детям с низкой и экстремально низкой массой тела оказывается на

постах неонатальной реанимации в родильных домах (58 коек), в отделениях неонатальной реанимации 4-х детских городских стационаров (83 койки), в учреждениях федерального подчинения (47 коек), учреждения родовспоможения обеспечиваются препаратами для реанимации новорожденных и сурфактантами.

Во исполнение Закона Санкт-Петербурга от 05.02.2007 № 15-7 «Об обеспечении специальным питанием беременных женщин и кормящих матерей в Санкт-Петербурге», пациенткам детских поликлиник и женских консультаций выдаются рецепты на специальное бесплатное питание.

Осуществляется массовый неонатальный скрининг на фенилкетонурию и врожденный гипотериоз (обследованы на наследственные болезни обмена веществ 100 % новорожденных, выявляются больные дети, которым своевременно назначается лечение) и селективный пренатальный скрининг среди беременных женщин.

Благодаря внедрению современных перинатальных технологий в акушерских стационарах, несмотря на рост патологии беременности и родов с 45 % до 70-80 %, основные качественные показатели работы родовспомогательной службы имеют тенденцию к улучшению.

Также реализуются мероприятия приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по вопросам материнства и детства:

- расширенный неонатальный скрининг на адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию осуществляется Санкт-Петербургским государственным учреждением здравоохранения «Диагностический центр (медико-генетический)»;

- аудиологический скрининг: в 16 ЛПУ Санкт-Петербурга поставлено 36 единиц оборудования для проведения аудиологического скрининга новорожденных детей;

- родовые сертификаты: за счет средств, полученных учреждениями по родовым сертификатам, закупается медицинское оборудование и медикаменты (порядка 25 % средств от родовых сертификатов расходуется на приобретение медицинского оборудования, 20 % - медикаментов).

В результате целенаправленной работы городского Центра планирования семьи и репродукции, Центра охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента», кабинетов планирования семьи женских консультаций, молодежных консультаций (деятельность которых направлена на предупреждение инфекций, передаваемых преимущественно половым путем, и нежелательной беременности), в городе сформировались положительные тенденции к снижению числа аборт: с 31 754 в 2005 году до 23 634 в 2009 году, улучшению соотношения числа абортов к 100 родам: с 76,6 в 2005 году до 55,2 в 2009 году.

Законом Санкт-Петербурга «О бюджете Санкт-Петербурга на 2009 год» было предусмотрено выделение 46,9 млн. руб. на лечение бесплодия у 600 пациентов с применением методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Целевой статьей бюджета Санкт-Петербурга на 2010 год предусмотрено выделение средств на общую сумму 47,1 млн. руб. Принимаются меры по снижению предотвратимых перинатальных потерь,

повышению квалификации медицинского персонала и качества оказания специализированной медицинской помощи, разработке протоколов оказания неотложной помощи при основных видах акушерской патологии, обеспечению материально-технической базы родовспомогательных учреждений, укреплению анестезиологической службы.

В Санкт-Петербурге в рамках реализации Программы модернизации здравоохранения Санкт-Петербурга на 2011-2012 годов планируется улучшить материально-техническую базу лечебно-профилактических учреждений, сохранить уровень младенческой, перинатальной смертности, повысить качество оказания медицинской помощи, развитие перинатальных технологий, создать оптимальные условия для выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, повысить доступность и качество оказания первичной медико-санитарной помощи детям, с развитием системы восстановительного лечения детей, диспансеризации детей подросткового возраста, сохранения репродуктивного здоровья детей, оказания доступной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи детям. Проектом Программы модернизации здравоохранения предусмотрено, с учетом выделения 25 % средств на развитие педиатрических и родовспомогательных учреждений, в том числе для родильных домов - в сумме 385 млн. рублей. В целях улучшения качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, развития перинатальных технологий, создания условий по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела планируется приобретение медицинского оборудования для отделений анестезиологии и реанимации новорожденных и женщин, для родильных отделений, операционных родильных домов.

2.2. Структура смертности по причинам смерти

Оздоровление демографической обстановки как в стране, так и в Санкт-Петербурге сдерживается, прежде всего, высоким уровнем смертности населения. По данным Петростата:

- в 2009 году число умерших составило 64 896 человек, что на 3% меньше по сравнению с данными 2008 года;
- в 2010 году число умерших составило 65 394 человека, что на 1 % превысило аналогичный показатель 2009 года.

Показатели смертности по основным классам причин смерти в Санкт-Петербурге и Российской Федерации приведены в таблице 1:

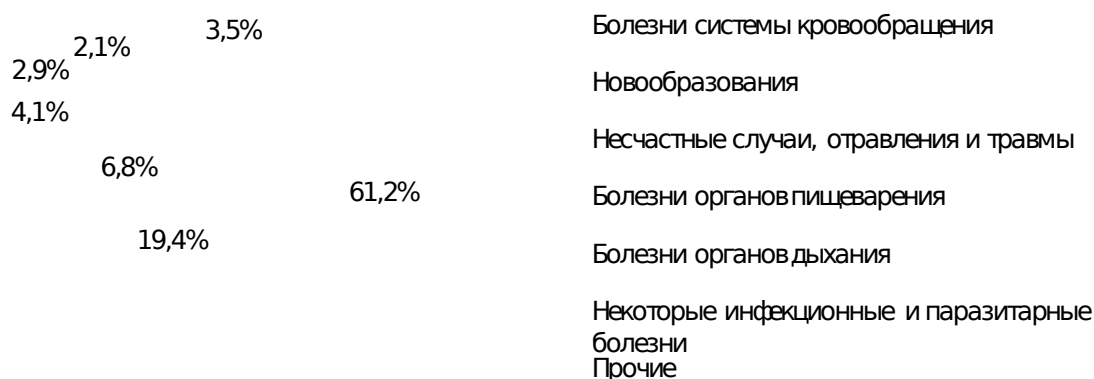
Показатель	человек					
	2008 год		2009 год		2010 год	
	СПб	РФ	СПб	РФ	СПб	РФ
Общая смертность населения	1458,1	1462,4	1413,4	1420,2	1 417,4	1 432,3
Распределение умерших по основным классам причин смерти (на 100 тыс.):						
– болезни системы кровообращения	890,1	835,5	857,1	797,3	868,0	804,2
– новообразования	272,9	203,8	277,8	205,7	275,2	206,2

– травмы и отравления (внешние причины)	112,2	172,2	101,8	150,4	96,3	145,5
из них:						
– дорожно-транспортные происшествия	18,2	16,9	13,7	14,4	11,3	20,1
– случайные отравления алкоголем	6,1	16,9	6,1	11,5	6,6	10,1
– самоубийства	12,0	27,1	12,1	26,2	11,4	23,5
– убийства	9,4	16,7	8,9	14,9	7,9	13,2
– болезни органов пищеварения	60,2	63,7	58,2	61,3	41,5	64,3
– болезни органов дыхания	43,5	56	42,3	54,9	57,5	51,8
– инфекционные и паразитарные болезни	30,4	24,3	30,9	23,4	29,5	23

В 2008 - 2009 годах основная доля приходилась на умерших от болезней системы кровообращения. В 2009 году, по сравнению с 2008 годом, наблюдалось сокращение числа умерших по указанной причине: на 3,7 % – в Санкт-Петербурге и на 4,6 % - по Российской Федерации. В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, количество умерших:

- от болезней системы кровообращения возросло на 1,3 % - в Санкт-Петербурге и на 0,9 % - по Российской Федерации;
- от новообразований сократилось в Санкт-Петербурге на 1 %, незначительно (на 0,2 %) возросло в Российской Федерации;
- в Санкт-Петербурге сократилось количество умерших от травм и отравлений, в том числе в результате убийств и самоубийств; болезней органов пищеварения, инфекционных и паразитарных болезней.

Распределение умерших по причинам смерти приведено на диаграмме:



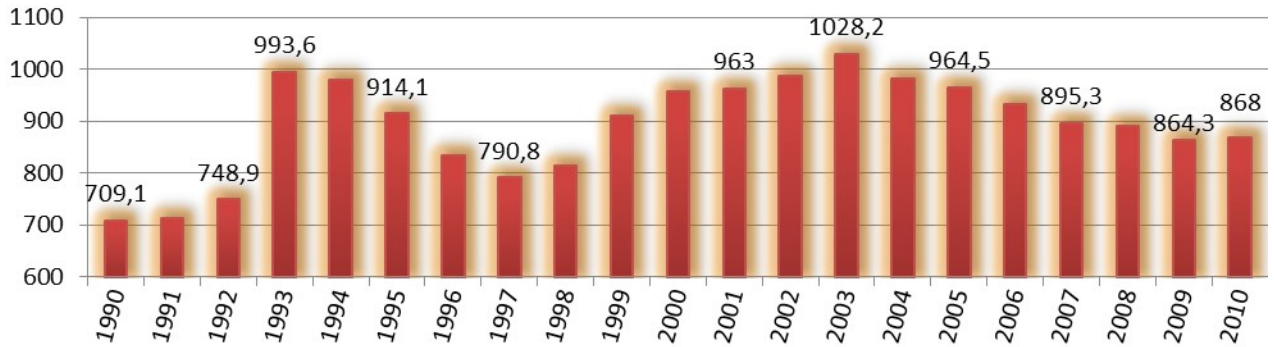
Значительно различаются доли умерших мужчин и женщин по основным классам причин в структуре смертей. Болезни системы кровообращения – это один из немногих классов причин, по которым смертность у женщин в целом превышает смертность у мужчин, а именно на 100 000 человек населения соответствующего пола умерло:

- в 2008 году - 923 женщины и 850 умерших мужчин, разница составляет 8,6 %;

- в 2009 году - 894 женщины и 810 умерших мужчин, разница составляет 10,4 %;

- в 2010 году – 895 женщин и 812 умерших мужчин, разница составляет 10,2 %.

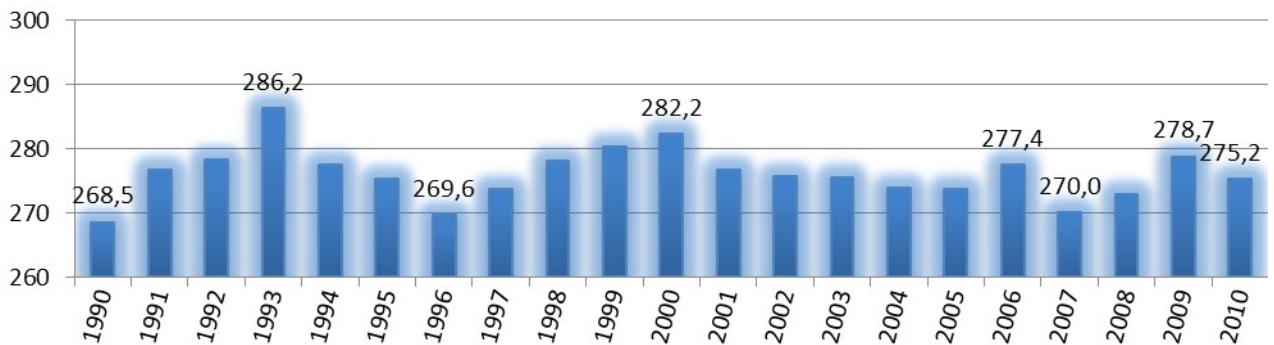
Динамика показателя смертности населения Санкт-Петербурга от болезней системы кровообращения в 1990-2010 годах на 100 000 чел. населения приведена на диаграмме (человек):



Вторым по количеству умерших в Санкт-Петербурге является класс «Новообразования». Показатель смертности мужчин в данном классе выше чем у женщин, в частности на 100 000 человек населения соответствующего пола:

- в 2008 году - 266 женщин и 281 умерший мужчина, разница составляет 5,6 %;
- в 2009 году 273 женщины и 284 умерших мужчин, разница составляет 4 %;
- в 2010 году 281 мужчина и 270 умерших женщин, разница составляет 4,1 %.

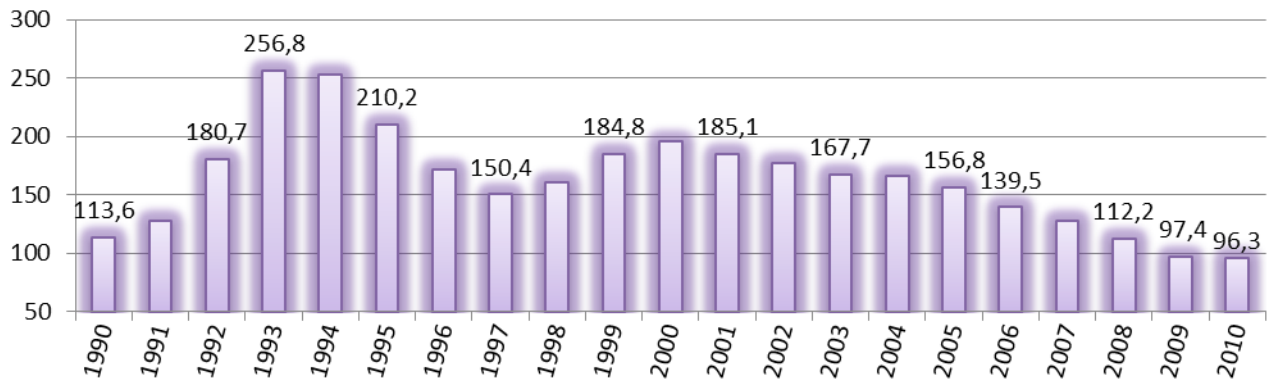
Динамика показателя смертности населения Санкт-Петербурга от новообразований в 1990-2010 годах, на 100 000 чел. населения приведена на диаграмме (человек):



Показатели смертности населения от травм и отравлений на 100 000 человек населения соответствующего пола распределились следующим образом:

- в 2008 году - 16,6 женщин и 40,3 умерших мужчин;
- в 2009 году - 13,7 женщин и 33,9 умерших мужчин;
- в 2010 году – 53 женщины и 164 умерших мужчин.

Динамика показателя смертности населения от травм и отравлений на 100 000 человек представлена на диаграмме:



В показателях смертности по крупным возрастным группам произошли следующие изменения:

- в 2008 году - смертность населения моложе трудоспособного возраста (0-16 лет) выросла на 9 %; среди лиц трудоспособного возраста показатель смертности уменьшился на 5 %; среди лиц старше трудоспособного возраста в 2008 году произошло незначительное снижение в 1 %;
- в 2009 году - смертность населения моложе трудоспособного возраста (0-16 лет) выросла на 11 %; среди лиц трудоспособного возраста показатель смертности уменьшился на 7,8 %; среди лиц старше трудоспособного возраста - произошло снижение на 2,4 %.

Динамика показателя смертности населения по 3-м возрастным группам в Санкт-Петербурге в 2004 – 2009 годы (на 100 тыс. человек соотв. возраста) приведена в таблице:

Год\Возраст	человек		
	Моложе трудоспособного возраста	В трудоспособном возрасте	Старше трудоспособного возраста
2004	83	773	4 726
2005	77	749	4 663
2006	67	672	4 522
2007	58	626	4 357
2008	63	592	4 316
2009	70	546	4 213

2.2.1. Детская и младенческая смертность

С 2006 по 2008 годы наблюдалось снижение детской смертности в Санкт-Петербурге. В 2009 году был зафиксирован небольшой рост показателя младенческой смертности по отношению к минимальному, достигнутому в 2007 году. По статистике Петростата за 2009 год количество детей, умерших в возрасте до 1 года, увеличилось на 36 человек, по сравнению с 2008

годом, а показатель младенческой смертности составил 4,7 умерших детей в возрасте до 1 года в расчете на 1 000 родившихся.

В 2010 году по статистике Петростата количество детей, умерших в возрасте до 1 года увеличилось на 15 человек, по сравнению с 2009 годом, а показатель младенческой смертности составил 46,3 умерших детей в возрасте до 1 года на 10 000 родившихся.

Динамика младенческой смертности в 2008–2009 годы характеризуется увеличением смертности от всех основных причин, за исключением состояний перинатального периода (снижение на 20 %), в 2009–2010 годы характеризуется увеличением смертности от врожденных аномалий (на 10 %).

Данные о младенческой смертности в Санкт-Петербурге приведены в таблице:

	2008 год	2009 год	прирост, снижение (+/-)	2009 к 2008 в %	2010 год	прирост, снижение (+/-)	2010 к 2009 в %
Всего умерших в возрасте до 1 года	208	242	34	105	257	15	98
в том числе от:							
-состояний, возникающих в перинатальный период	111	97	-14	80	102	5	97
-врожденных аномалий	46	64	17	122	76	12	109
-болезней органов дыхания	22	33	11	134	32	-1	89
-внешних причин смерти	9	13	4	132	7	-6	50
-инфекционных и паразитарных болезней	3	11	8	350	8	-3	65

Отсутствие позитивных изменений в величине показателей младенческой смертности обусловлено, в основном, неблагоприятными тенденциями в репродуктивном здоровье населения. В структуре причин младенческой смертности две трети случаев смерти приходится на состояние перинатального периода и врожденные аномалии, т.е. заболевания, связанные со здоровьем матери. Кроме того, из общего числа родов в течение 5-ти последних лет от 21 % до 25 % составляют роженицы из других субъектов Федерации, не состоящих на учете в женских консультациях, не проходящие обследования и не получающие необходимую профилактическую помощь.

2.3. Заболеваемость населения

2.3.1. Первичная и общая заболеваемость и инвалидность населения

В 2009 году в Санкт-Петербурге зарегистрировано 9 876 тыс. случаев острых и хронических заболеваний, что на 5 % больше, чем в предыдущем году. Общая заболеваемость, по данным обращаемости населения, составила 2 155,5 случаев на 1 000 жителей, первичная заболеваемость – 917,5 случаев.

В 2010 году в Санкт-Петербурге зарегистрировано 10 029 тыс. случаев острых и хронических заболеваний, что на 1,6 % больше, чем в предыдущем году. Общая заболеваемость, по данным обращаемости населения, составила 2 180,2 случая на 1000 жителей, первичная заболеваемость – 905,6.

За последние 5 лет существенно увеличилась и общая заболеваемость населения Санкт-Петербурга (на 47 % - у детей, 68 % - у подростков, 53 % - у взрослых). Тенденция к росту заболеваемости, отмечавшаяся на протяжении 90-х годов, сохраняется.

Следует отметить, что в 2010 году темпы роста общей и первичной заболеваемости снизились, а заболеваемость детей уменьшилась в среднем на 3 %.

Динамика показателей заболеваемости населения приведена в таблице (на 1 000 чел. соответствующего возраста):

Показатель	2006	2007	2008	2009	2010	человек	
						Прирост в 2009 к 2008, %	Прирост в 2010 к 2009, %
Общая заболеваемость							
Дети	2 699	2 780	2 888	3 073	2995	6,4	-2,5
Подростки	2 571	2 854	2 979	3 352	3552	12,5	5,9
Взрослые	1 699	1 822	1 914	1 993	2027	4,1	1,7
Первичная заболеваемость							
Дети	2 159	2 231	2 325	2 482	2 406	6,7	-3,1
Подростки	1 416	1 528	1 550	1 842	1 906	18,8	3,5
Взрослые	591	610	661	674	665	1,9	-1,3

По итогам 2010 года по многим классам болезней можно отметить снижение первичной заболеваемости населения Санкт-Петербурга. Наибольшее сокращение показателя в сравнении с 2009 годом отмечается по следующим классам заболеваний:

○ «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» -12,15 %;

○ «болезни системы кровообращения» -9,23 %;

○ «болезни органов пищеварения» -6,87 %.

Однако по некоторым нозологиям отмечается резкое увеличение показателя по сравнению с 2009 годом:

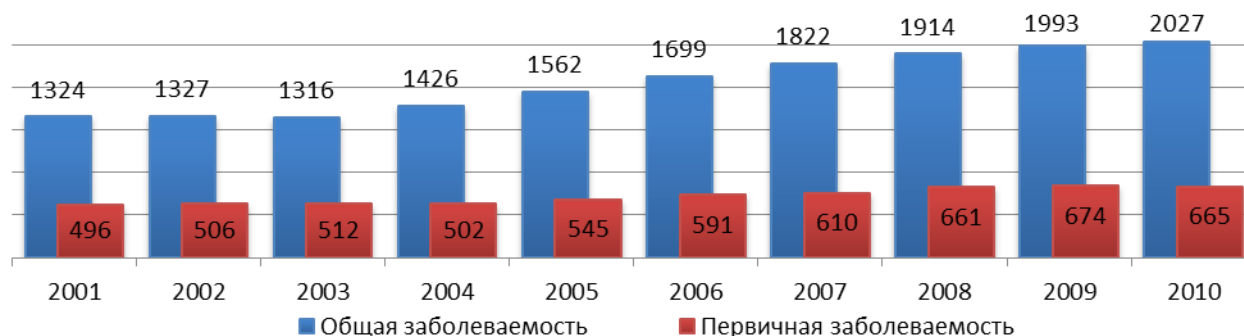
○ по классу «болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» показатель увеличился на 23,53 % (в 2009 году наблюдалось увеличение показателя на 1 % по сравнению с 2008 годом);

○ по классу «беременность, роды и послеродовой период» - на 17,58 % (в 2009 году показатель увеличился на 4,9 % от уровня 2008 года);

О по классу «болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» - на 10,91 % (в 2009 году показатель уменьшился на 3,9 % от уровня 2008 года).

2.3.2. Анализ заболеваемости взрослого населения

Первичная и общая заболеваемость взрослого населения Санкт-Петербурга в последние годы имеет тенденцию к росту. В 2009 году рост общей заболеваемости взрослого населения, по сравнению с 2008 годом, составил 4 %. В 2010 году наблюдается незначительное уменьшение первичной заболеваемости, по сравнению с 2009 годом, на 1,3 %, однако тенденция к росту общей заболеваемости сохранилась, она возросла, по сравнению с 2009 годом, на 1,7 %. Динамика заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга в 1996–2010 годах (на 1000 населения в возрасте 18 лет и старше) приведена на диаграмме:



Структура общей заболеваемости взрослого населения (18 лет и старше) в 2008 и 2010 годах представлена в таблице:

Класс заболеваний	%		
	2008	2009	2010
Болезни системы кровообращения	23,76	22,13	21,71
Болезни органов дыхания	15,56	16,34	15,70
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	10,65	11,2	11,94
Болезни мочеполовой системы	7,77	7,68	7,92
Болезни глаза и его придаточного аппарата	7,05	6,95	7,18
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6,72	6,43	6,15
Болезни органов пищеварения	5,57	5,77	4,85
Прочие	22,91	23,5	24,54

Наибольшую долю в структуре заболеваемости составляют **болезни системы кровообращения – 21,71 %**, по сравнению с 2008 годом, их удельный вес в структуре уменьшился. Общее количество зарегистрированных больных с заболеваниями данного класса уменьшилось на 3 % по сравнению с данными 2008 года, впервые после многих лет стабильного прироста заболеваемости.

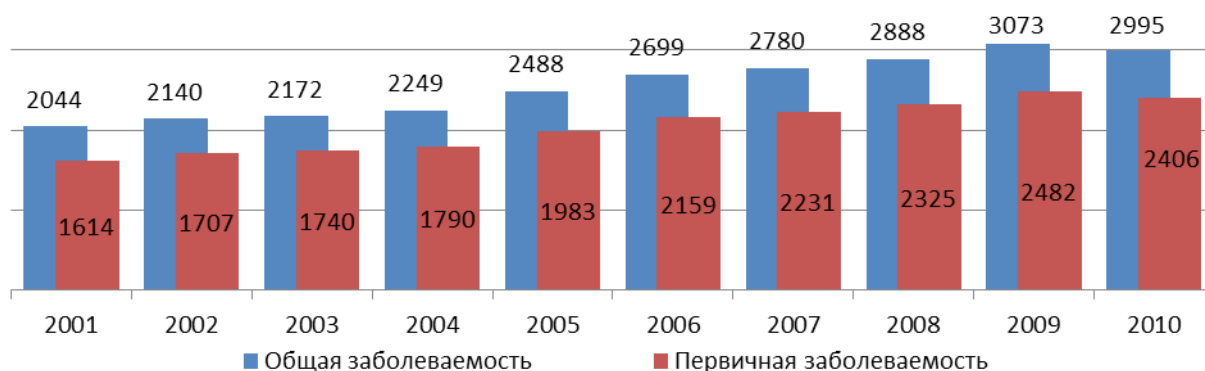
На втором месте в структуре общей заболеваемости взрослого населения находятся **болезни органов дыхания - 15,70 %**. Темп ежегодного

прироста показателя общей заболеваемости по данному классу болезней незначительно снизился в 2009 году.

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают третье место в структуре - **11,94 %**.

2.3.3. Анализ заболеваемости детского населения

Согласно представленным Комитетом по здравоохранению данным, заболеваемость детского населения в последние 9 лет имела тенденцию к росту. Данные приведены на диаграмме (человек):



В 2010 году наблюдается незначительное снижение общей и первичной заболеваемости детского населения Санкт-Петербурга. По сравнению с 2009 годом, уровень общей заболеваемости детского населения снизился на 2,5 %.

Рост показателя общей заболеваемости в 2009 году произошел, в основном, за счет болезней органов дыхания. Кроме того, в 2009 году отмечался **резкий рост заболеваемости новообразованиями, болезнями нервной системы**. В 2010 году в структуре общей заболеваемости детей по-прежнему более половины занимают **заболевания органов дыхания - 52 %**, доля которых в структуре общей заболеваемости по сравнению с 2009 годом, незначительно сократилась, остальные классы (за исключением группы «прочие») имеют малые доли - до 5,5 %.

2.3.4. Анализ заболеваемости подросткового населения

Заболеваемость подростков как общая, так и первичная в 2010 году сохранила тенденцию к росту, составив 1 906 и 3 552 случая (на 1 000 подростков), соответственно. В сравнении с 2009 годом, произошел рост показателя на 5,9 %. Динамика заболеваемости подростков (15-17 лет) в Санкт-Петербурге в 1996–2010 годах приведена на диаграмме (человек):



По итогам 2010 года по большинству классов болезней отмечается **рост как общей, так и первичной заболеваемости подросткового населения Санкт-Петербурга**. По сравнению с 2009 годом, отмечается **резкое увеличение показателя: по классу «Новообразования»** показатель общей заболеваемости вырос на 27,6 %, первичной – на 36,5 %, **по классу «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни»** показатель общей заболеваемости увеличился на 19,1 %, первичной – на 18,9 %; **по классу «Болезни эндокринной системы»** показатель общей заболеваемости по данному классу увеличился на 16,9 %, первичной – на 34,5 %.

Данные о динамике показателя заболеваемости подросткового населения Санкт-Петербурга по основным классам болезней в 2007–2010 годах на 1 000 человек приведены в таблице (заболевших):

Классы заболеваний	Общая заболеваемость по годам					Первичная заболеваемость по годам				
	2007	2008	2009	2010	Прирост 2010 к 2009, %	2007	2008	2009	2010	Прирост 2010 к 2009, %
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	76,2	69,0	71,8	85,5	19,1	63,4	62,0	63,5	75,5	18,9
новообразования	11,3	9,5	14,4	18,4	27,6	3,5	2,8	6,3	8,6	36,5
болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	7,2	6,7	9,5	10,1	6,2	3,2	2,8	2,9	3,3	14,1
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	97,5	107,8	117,5	137,4	16,9	22,6	23,8	22,9	30,8	34,5
болезни нервной системы	147,3	162,3	179,1	200,7	12,1	46,1	48,9	46,5	51,0	9,6
болезни глаза и его придаточного аппарата	264,2	270,5	288,8	318,2	10,2	55,7	56,2	55,3	70,2	26,9
болезни уха и сосцевидного отростка	47,1	41,1	42,6	51,7	21,4	36,4	31,5	32,3	39,9	23,6
болезни системы кровообращения	66,2	69,7	76,5	80,7	5,5	21,9	20,3	21,1	20,4	-3,4

болезни органов дыхания	859,8	879,9	1 112,5	1069,5	-3,9	702,4	706,4	938,8	882,8	-5,9
болезни органов пищеварения	199,0	218,7	228,0	247,5	8,6	55,9	58,8	62,4	73,8	18,3
болезни кожи и подкожной клетчатки	164,8	173,5	193,7	232,1	19,8	108,7	115,8	138,7	164,8	18,8
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	304,0	338,2	362,0	390,3	7,8	58,6	60,4	58,9	71,9	22,1
болезни мочеполовой системы	145,5	165,3	184,4	208,7	13,17	63,9	70,3	92,0	97,9	6,4
беременность, роды и послеродовой период женщин в возрасте 15-17 лет	14,8	13,3	12,0	9,4	-21,7	12,9	10,6	9,4	7,4	-21,5
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	38,6	43,3	46,9	51,4	9,5	3,8	3,9	3,9	5,7	45,5
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	224,2	227,6	242,1	249,1	2,9	204,3	217,6	231,1	239,8	3,7
Всего:	2 853,7	2 979,1	3 351,9	3 553,3	16,9	1 528,4	1 550,5	1 842,4	1906,0	3,5

Показатель травматизма среди детей в возрастной группе от 0 до 14 лет в 2009 году незначительно снизился и составил 149,6 на 1 000 детей этого возраста. Выше городского показателя в Выборгском, Калининском, Красногвардейском, Невском и Центральном районах, что объясняется наличием детских травматологических пунктов. Показатель травматизма среди детей 15-17 лет повысился. Выше городского он в тех же районах.

В 2009 году от травм умерло 73 ребенка в возрасте от 0 до 17 лет, в том числе:

- транспортная травма - 23;
- утопления - 11;
- отравления различными веществами – 15;
- падение с высоты – 9;
- асфиксия, вызванная сыпучим материалом и рвотными массами - 7;
- поражение техническим электричеством – 1;
- убийство – 1;
- самоубийство – 4;
- обстоятельства неизвестны – 2.

2.3.5. Социально значимые заболевания

Из социально значимых заболеваний (по Перечню, утвержденному Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715) в Санкт-Петербурге преобладали: психиатрическая, наркологическая, онкологическая, дерматовенерологическая заболеваемости и туберкулез.

2.3.5.1. Психиатрическая заболеваемость

На конец 2009 года под динамическим наблюдением психоневрологических диспансеров находится 54 130 взрослых пациентов, 11 130 детей и подростков до 17 лет, среди них более 71 % - лица с серьезными психиатрическими диагнозами (шизофрения, эпилепсия). За консультативной помощью обращались 32 750 взрослых и 12 035 детей.

В сравнении с 2008 годом отмечается незначительное снижение заболеваемости психическими расстройствами с 62 случаев на 100 тыс. населения в 2008 году - до 61 случая на 100 тыс. населения в 2009 году. При этом наблюдается некоторый рост первичной инвалидизации по данному классу заболеваний – на 0,05 %.

В 2010 году за психиатрической помощью впервые обратились 9 180 человек. Амбулаторную психиатрическую помощь получали 91 282 человека. В настоящее время под динамическим наблюдением диспансеров находится 53 091 взрослых пациентов, что на 1,9 % меньше чем 2009 году, из них более 70 % имеют серьезные психиатрические диагнозы, 26 252 человека - инвалиды 1 и 2 групп.

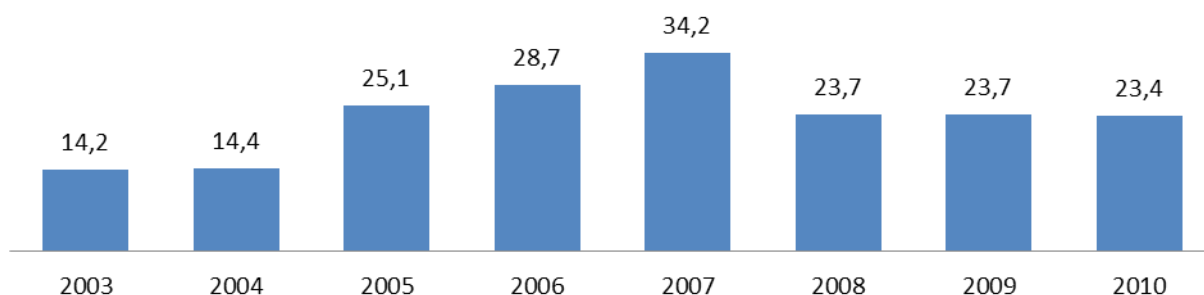
Снижение количества госпитализированных больных, по данным Комитета по здравоохранению, обусловлено, в основном, повышением качества оказания внебольничной психиатрической помощи, обеспечением льготной категории больных дополнительными лекарственными средствами, увеличением количества мест специализированных дневных стационаров, введением и совершенствованием бригадных форм оказания психиатрической помощи.

2.3.5.2. Наркологическая заболеваемость

Начиная с 2008 года, первичная заболеваемость этой группы снизилась с уровня в 34,2 до уровня 23,7 случаев на 100 тыс. населения к концу 2009 года, оставаясь в течение 2-х лет практически на одном уровне.

Число лиц с установленным диагнозом синдрома зависимости от наркотических веществ на конец 2010 года составило 10 755 человек, впервые в жизни данный диагноз установлен 166 лицам, из них - 78 несовершеннолетних. По сравнению с 2009 годом уровень первичной заболеваемости снизился на 0,3 случая на 100 тыс. населения.

Под наблюдением районных наркологических отделений на конец 2009 года находилось 11 018 потребителей наркотических средств и токсических веществ. В ремиссии продолжительностью более 1 года насчитывается 1 636 человек, 9 382 человека находятся либо в стадии активного потребления, либо в стадии становления ремиссии.



Динамика наркологической заболеваемости в СПб за 2003–2010 годах (количество впервые выявленных случаев заболевания в расчете на 100 тыс. населения)

Следует отметить, что показатель первичной заболеваемости среди подростков в 4 раза выше, чем показатель, характеризующий заболеваемость всего населения.

Основным наркотическим средством, которое употребляют больные, наблюдаемые наркологической службой, является героин. Однако, начиная с 2003 года, регистрируется повышенный уровень первичной заболеваемости, связанной с употреблением наркотиков психостимуляторной группы.

В течение последних 5 лет не отмечено значительной положительной динамики показателя ремиссии. Процент больных наркоманией и токсикоманией, находящихся в ремиссии более 2-х лет, составляет от 20 % до 25 %. Процент больных, снимаемых с наблюдения в связи с выздоровлением, колеблется от 1,8 % до 2,5 %.

В течение 2009 года продолжала нарастать высокими темпами заболеваемость подростков, связанная с употреблением алкоголя. Заболеваемость, связанная с употреблением алкоголя всего населения, составила – 64,7 случаев на 100 тысяч населения, среди подростков 15-17 лет показатель составил - 452,9 случаев на 100 тысяч подросткового населения. Таким образом, алкоголизация подростков в 7 раз выше алкоголизации всего населения. В 2008 году это соотношение составляло один к пяти. Сравнение динамики первичной наркологической заболеваемости подросткового населения и совокупной заболеваемости всего населения Санкт-Петербурга, связанной с употреблением алкоголя приведено на диаграмме:



2.3.5.3. Онкологическая заболеваемость

В Санкт-Петербурге сохраняется один из самых высоких уровней онкологической заболеваемости в России, что связано в основном с высоким удельным весом лиц пожилого и старческого возраста.

За последние 30 лет уровень онкологической заболеваемости населения Санкт-Петербурга возрос на 47,6 %. В 2010 году онкологическая заболеваемость населения достигла максимального уровня 411,9 %. Число первичных случаев злокачественных опухолей составило 18 946. В структуре онкологической заболеваемости у мужчин наблюдается существенный рост рака предстательной железы, занявшего второе ранговое место после рака легкого (936 случаев против 775 в 2007 году).

На протяжении последних лет смертность населения Санкт-Петербурга от злокачественных новообразований стабилизировалась. Риск смерти от злокачественных опухолей у мужчин в 2,4 раза больше, чем у женщин. Основными причинами смерти населения Санкт-Петербурга остаются рак легкого и рак желудка, 3 место занял рак ободочной кишки, опередив рак молочной железы.

За прошедший год численность контингентов онкологических больных возросла на 2 395 (2,6 %) и составила 111 991 человек.

2.3.5.4. Заболеваемость туберкулезом

Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в Санкт-Петербурге в 2010 году по-прежнему остаются ниже, чем в Российской Федерации.

Территориальная заболеваемость всеми формами туберкулеза по Санкт-Петербургу в период с 2005 года неуклонно снижалась, достигнув к 2007 году 37,3 случаев на 100 тыс. населения. Начиная с 2008 года отмечается колебание показателя в пределах 6,1-8,6 %. Заболеваемость всеми формами туберкулеза по Санкт-Петербургу в 2010 году составила 43 случая на 100 тыс. населения, что ниже на 8,6 %, чем в 2009 году. Заболеваемость туберкулезом постоянного населения, оставаясь существенно ниже территориального, также подвержена колебаниям. Увеличившись к 2009 году до 36,6 случаев на 100 тыс. населения, в 2010 году показатель снизился до 32,4 случаев на 100 тыс. населения. Среди впервые выявленных больных преобладают лица трудоспособного возраста 18-54 лет, преимущественно мужчины.

Туберкулез органов дыхания остается преобладающей формой инфекции. В 2010 году отмечается снижение на 11,4 % показателя заболеваемости данной формой инфекции до 31,1 случая на 100 тыс. по сравнению с данными 2009 года – 35,1 случая на 100 тыс. населения.

Эпидемическая ситуация по туберкулезу среди детей и подростков в последние 5 лет ухудшалась вплоть до 2010 года. С 2010 года наметилась тенденция к снижению показателей. Показатель территориальной заболеваемости туберкулезом составил 16,7 на 100 тыс. детского населения по сравнению с 20,9 в 2009 году (-20 %), заболеваемость туберкулезом постоянных жителей – 13,8 против 18,3 (-25 %) соответственно. Показатель территориальной заболеваемости туберкулезом подростков составил 25,8 на

100 тыс. подросткового населения по сравнению с 24,3 в 2009 году (+6 %), заболеваемость туберкулезом постоянных жителей 21,2 против 19,3 (+10 %) соответственно. Отмечается снижение процента инфицированности туберкулезом как среди детей – с 27 % в 2009 году до 25 % в 2010 году, так и среди подростков – с 56 % до 52 % соответственно.

Показатель болезненности за последние 5 лет снизился с 117,6 на 100 тыс. населения в 2005 году до 104,2 на 100 тыс. населения в 2010 году.

Эффективность лечения больных за последние пять лет возросла: по закрытию полостей распада с 77,9 % в 2005 году до 82,4 % в 2010 году, так и по прекращению бактериовыделения с 84,2 % в 2005 году до 89,2 % в 2010 году. Это привело к снижению смертности от туберкулеза как территориальной, так и среди постоянного населения. Показатель территориальной смертности составил в 2010 году 7,4 на 100 тыс. населения, снизившись на 83 % по сравнению с данными 2005 года; среди постоянного населения составил 4,3 на 100 тыс. населения, снизившись на 65 % по сравнению с данными 2005 года.

Одной из причин, влияющих на заболеваемость туберкулезом среди всех возрастных групп населения, является проблема трудовой миграции, как из стран ближнего зарубежья, так и различных регионов Российской Федерации. Доля не жителей города среди впервые выявленных больных туберкулезом возросла в Санкт-Петербурге с 12,2 % в 2006 году до 23,6 % в 2010 году.

Показатель болезненности за последние 5 лет неуклонно снижается с 117, 6 случаев на 100 тыс. населения в 2005 году до 107,3 случаев - в 2009 году. Применение современных комплексных методов лечения позволило **сократить болезненность бациллярными формами туберкулеза с 46,9 случаев на 100 тыс. населения в 2005 году до 37, 7 - в 2009 году.**

Следует отметить также неуклонное снижение за последние 5 лет смертности от туберкулеза, которая составила в 2009 году 10,2 случаев на 100 тыс. населения, снизившись на 25 % по сравнению с 2005 годом.

2.3.5.5. Дерматовенерологическая заболеваемость

Эпидемиологическая ситуация по сифилису и другим инфекциям, передающимся половым путем (ИППП), а также заразным заболеваниям кожи остается напряженной. Данные приведены в таблице:

количество заболевших

Название инфекции	Заболеваемость на 100 тыс. населения					Динамика за 5 лет
	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год	2010 год	
Сифилис	46,5	49,0	51,23	50,2	53,3	+15 %
Гонорея	38,1	38,6	35,42	24,9	21,3	-44 %
Хламидиоз	160,3	148,0	135,61	113,2	116,5	-27 %
Трихомониаз	133,9	140,3	100,34	82,2	84,6	-37 %

Урогенитальный герпес	65,1	64,9	51,52	43,8	49,0	-25 %
Венерические бородавки	54,9	53,6	54,97	47,0	51,7	-6 %
Итого 6 инфекций	498,4	488,55	429,04	361,3	376,6	-24 %

В 2010 году показатель заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, на 100 тысяч населения (6 инфекций) составил 376,6 (по сравнению с 2006 годом отмечается снижение заболеваемости на 24 %).

В 2009 году по 6 основным инфекциям, передающимся половым путем, зарегистрировано 16 554 больных, совокупный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 361,3, что ниже 2008 года на 15%.

За последние 5 лет отмечен рост заболеваемости сифилисом на 15 %. Наибольшее количество больных отмечается в возрастной группе 40 лет и старше – 35 %.

Также за 5-летний период отмечено снижение заболеваемости ИППП второго поколения (хламидиозом, трихомониазом, уро-генитальным герпесом, венерическими бородавками) - на 32,5 %.

В течение ряда лет в группе больных ИППП и контактных к ним лиц отмечается высокая выявляемость ВИЧ-инфицированных. В 2009 году она составила 410 случаев на 100 тыс. обследованных (2008 году – 360 случаев).

На 26,7 % за последние 5 лет отмечено снижение заболеваемости чесоткой, ее уровень в 2009 году составил 68,37 случаев на 100 тыс. населения (снижение на 18% по сравнению с 2008 годом). Было выявлено 3 133 больных чесоткой, продолжает отмечаться низкая регистрация ее в стационарах города. Периодически чесотка регистрируется у лиц пожилого возраста после выписки из стационаров. Дети до 14 лет составляют 24,5 % от всех больных. Показатель на 100 тыс. детей – 160,6 случаев (2008 году – 165,5). Активность выявления составляет 27 % (2008 год – 30%). Источники заражения выявлены в 2009 году у 15 % больных (2008 году – 18 %).

За последние 5 лет отмечено снижение заболеваемости дерматофитозами на 1,9 %.

Регистрация болезней кожи и подкожножировой клетчатки за последние 5 лет возросла на 42,3 %. В 2009 году зарегистрировано всего 236 448 больных с болезнями кожи и подкожножировой клетчатки. Отмечен рост заболеваемости на 6,6 % по сравнению с 2008 годом. Интенсивный показатель заболеваемости среди детей (0-14 лет) составил 12 950 случаев на 100 тысяч детского населения, среди подростков 15–17 лет – 16 131 случай на 100 тысяч, среди лиц в возрасте 18 лет и старше – 4 270 случаев.

Следует отметить, что, согласно информации, представленной Комитетом по здравоохранению, истинные цифры заболеваемости искажает неполная регистрация сифилиса, гонореи и других ИППП в хозрасчетных отделениях государственных ЛПУ и коммерческих медицинских учреждениях, что не позволяет в полном объеме осуществлять противоэпидемические мероприятия в очагах. Низким остается показатель серологического обследования населения на сифилис в амбулаторно-

поликлинических учреждениях города, что затрудняет и ограничивает своевременное выявление сифилиса и проведение противоэпидемических мероприятий. В структуре заболеваемости сифилисом неуклонно растет число поздних форм (13 %). Современное течение этой инфекции носит угрожающий характер, что определяет неблагоприятный прогноз ее развития на ближайшие годы и может оказать существенное влияние на ухудшение здоровья населения, в том числе репродуктивного. Недорегистрация отмечается и по чесотке, в основном за счет отсутствия сведений о выявлении их в неспециализированных учреждениях здравоохранения (в т.ч. стационарах).

3. Государственные гарантии оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге

В соответствии с Конституцией Российской Федерации гражданам Российской Федерации медицинская помощь оказывается бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей базовую программу обязательного медицинского страхования. Программа государственных гарантий ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации и определяет виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно за счет бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

Гражданам Российской Федерации на территории Санкт-Петербурга предоставляется:

- **за счет средств федерального бюджета:**

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских организациях в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

- **за счет средств обязательного медицинского страхования (в рамках программы обязательного медицинского страхования):**

первичная медико-санитарная, неотложная и специализированная медицинская помощь, предусматривающая в том числе обеспечение граждан необходимыми лекарственными средствами в соответствии с федеральным законодательством, при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита), при новообразованиях, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный

механизм, болезнях глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха и сосцевидного отростка, болезнях системы кровообращения, болезнях органов дыхания, болезнях органов пищеварения (в том числе болезнях зубов и полости рта), болезнях мочеполовой системы, болезнях кожи и подкожной клетчатки, болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани, при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин, при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях, а также при беременности, родах, в послеродовой период и при абортах. Медицинская помощь в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Территориальная программа ОМС) осуществляется на основе утвержденных в установленном порядке медико-экономических стандартов, согласованных с утвержденными федеральными стандартами медицинской помощи;

- **за счет средств бюджета Санкт-Петербурга:**

- скорая медицинская помощь, в том числе специализированная;
- первичная медико-санитарная помощь и неотложная медицинская помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, заразных заболеваниях кожи (чесотке, микроспории), заболеваниях, вызванных особо опасными инфекциями, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита;

- специализированная медицинская помощь, оказываемая в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, психоневрологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период;

- специализированная медицинская помощь при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Кроме того, за счет средств бюджета Санкт-Петербурга осуществляются:

- диспансеризация (в том числе профилактика и медицинское обслуживание) лиц, занимающихся физкультурой и спортом, во врачебно-физкультурных диспансерах и отделениях;

- обеспечение медицинских организаций лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, донорской кровью и ее компонентами;

- льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан и протезирование (зубное, глазное, ушное) в соответствии с законодательством Санкт-Петербурга;
- вакцинопрофилактика декретированного контингента и населения по эпидемиологическим показаниям;
- проведение профилактических флюорографических обследований в целях раннего выявления заболевания туберкулезом;
- содержание резервных коек в специализированных инфекционных стационарах;
- финансирование деятельности медицинского персонала, обслуживающего государственные образовательные и дошкольные учреждения, имущество которых находится в государственной собственности Санкт-Петербурга;
- медицинская помощь, финансирование которой в соответствии с действующими федеральными законами и законами Санкт-Петербурга должно осуществляться за счет средств бюджета Санкт-Петербурга;
- финансирование целевых программ Санкт-Петербурга.

В качестве дополнения Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью государственными медицинскими учреждениями Санкт-Петербурга предоставлялись платные медицинские услуги (альтернативные виды услуг, услуги с повышенной комфортностью) в рамках договоров со страховыми компаниями по программам добровольного медицинского страхования или по индивидуальным договорам с гражданами.

По отношению к стоимости Территориальной программы госгарантий объем платных медицинских услуг составлял:

- в 2008 году – 12,3 %;
- в 2009 году – 15,5 %;
- в 2010 году – 10,8 %.

Финансирование медицинской помощи за счет предоставления платных медицинских услуг возросло в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, на 3,2 процентных пункта и снизилось в 2010 году, по сравнению с 2009 годом, на 4,7 процентных пункта.

К компетенции органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации относится разработка и утверждение территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающих в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге (далее - Территориальная программа госгарантий) разрабатывается ежегодно Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга совместно с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга (далее - ТФ ОМС), в соответствии с

полномочиями, предоставленными органам государственной власти Санкт-Петербурга ст. 6 Федерального закона от 22.07.93 № 5487-1 «Основы законодательства об охране здоровья граждан».

Территориальная программа госгарантий определяет перечень заболеваний, виды, объемы, условия предоставления государственных медицинских услуг, оказываемых населению бесплатно в медицинских организациях и учреждениях здравоохранения, участвующих в реализации указанной программы, в том числе Территориальной программы ОМС.

Финансирование Территориальной программы госгарантий осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

Гражданам Российской Федерации в Санкт-Петербурге в рамках Территориальной программы госгарантий бесплатно предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь в медицинских организациях государственной и частной систем здравоохранения, в том числе на дому;
- скорая медицинская помощь при состояниях, требующих срочного хирургического вмешательства, осуществляется безотлагательно медицинскими организациями независимо от территориальной ведомственной подчиненности и формы собственности;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или трудоемких медицинских технологий. Предоставляется в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их структурных подразделениях в случаях плановой или экстренной госпитализации.

Медицинская помощь в рамках Территориальной программы осуществляется на основе утвержденных федеральных, региональных стандартов медицинской помощи и стандартов медицинских технологий.

Территориальная программа госгарантий включает в себя Территориальную программу обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации в Санкт-Петербурге.

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге ежегодно утверждается Законом Санкт-Петербурга, содержит территориальные нормативы объемов различных видов медицинской помощи, обеспечивающих реализацию государственных медицинских услуг и финансовые нормативы затрат на их оказание.

Стоимость Территориальной программы должна рассчитываться исходя из территориальных нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в расчете на одного человека в год и численности населения субъекта РФ на начало текущего года.

Следует отметить, что **проекты Законов Санкт-Петербурга** о Территориальных программах государственных гарантий оказания гражданам

Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2008-2010 годы были **внесены в Законодательное Собрание Санкт-Петербурга после принятия бюджетов ТФ ОМС на указанные годы, тем самым нарушается принцип формирования расходов на здравоохранение бюджета Санкт-Петербурга бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга, которые должны основываться на нормативах утвержденной Программы.**

Формирование расходов бюджета Санкт-Петербурга и бюджета ТФ ОМС на очередной финансовый год производится с учетом потребности финансовых ресурсов для реализации Территориальной программы.

Так как в соответствии со ст. 85 БК РФ расходные обязательства субъекта Российской Федерации возникают в результате принятия соответствующих законов и нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации, то **Территориальная программа должна быть утверждена в установленном порядке до принятия законов о бюджете Санкт-Петербурга и бюджете ТФ ОМС Санкт-Петербурга на соответствующий финансовый год.**

4. Финансирование отрасли «Здравоохранение» в Санкт-Петербурге

Для отрасли «Здравоохранение» в 2008-2010 годах характерна **многоканальная система финансирования** с использованием средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования, средств домохозяйств и добровольного медицинского страхования. В итоге, учреждение здравоохранения получает средства из различных источников. Такое многоканальное построение финансирования здравоохранения не обеспечивает должной эффективности использования средств, создает предпосылки для перекрестного финансирования одних и тех же мероприятий, ослабляет контроль целевого использования ресурсов. Объем, структура ресурсов и механизм их направления и использования не соответствует в достаточной мере потребностям здравоохранения и условиям оказания медицинских услуг. Неэффективность сложившейся многоканальной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения, директивная система планирования, не учитывающая потребность населения в конкретных видах медицинской помощи, и, как следствие, несбалансированность территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, неудовлетворительная структура оказываемой населению медицинской помощи препятствуют эффективности использования ресурсов в отрасли и повышению качества предоставляемой населению медицинской помощи.

Следует отметить, что в Санкт-Петербурге, с 2010 года началась подготовка к переходу на одноканальное финансирование учреждений здравоохранения, оказывающих медицинские услуги. Так, с 2010 года оказание специализированной медицинской помощи гемодиализ и перитонеальный диализ, а также медицинская помощь при отдельных

состояниях, возникающих у детей в перинатальный период, осуществлялось за счет средств ОМС (ранее – за счет средств бюджета Санкт-Петербурга). Начиная с 2011 года, в Санкт-Петербурге планируется переход на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС, поэтому в состав затрат для учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, возмещаемых за счет средств ОМС, дополнительно включены расходы на оплату услуг почтовой связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества (за исключением капитального ремонта зданий), расходы на арендную плату за пользование имуществом и прочих работ и услуг.

Кроме того, в период 2011-2012 годов во исполнение требований Федерального закона от 26.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 01.03.2011 № 240 утверждена Программа модернизации здравоохранения в Санкт-Петербурге на 2011-2012 годы.

Финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации осуществляется за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование, средств бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов. Предусмотренные в бюджете Федерального фонда средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации направляются на следующие цели:

- укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, текущий и капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;

- внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

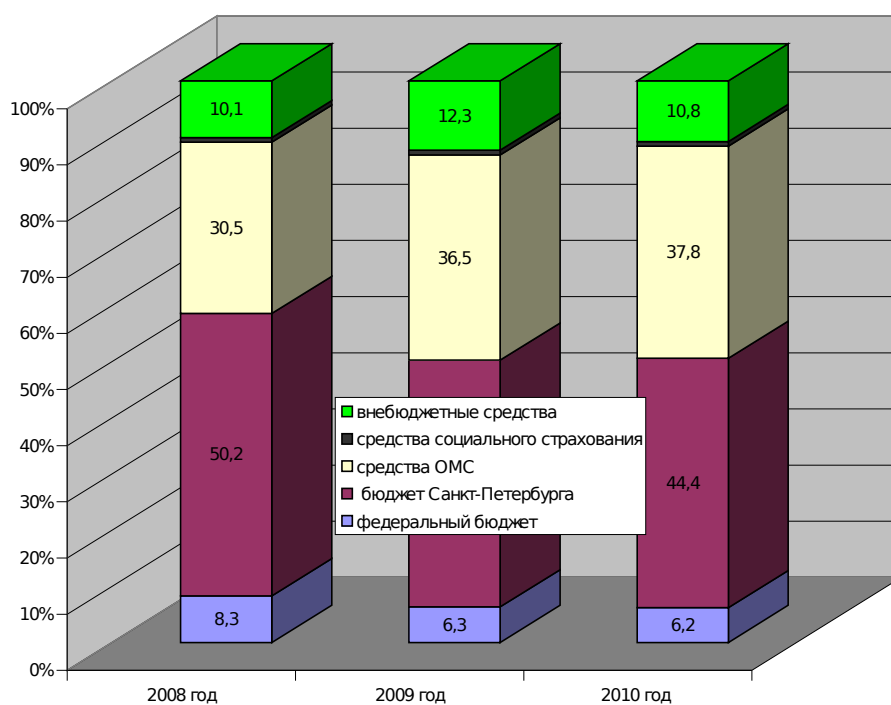
- внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Региональная программа модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации включает в себя паспорт системы здравоохранения субъекта Российской Федерации, перечень и стоимость мероприятий, направленных на реализацию целей, указанных в части 3 настоящей статьи,

целевые значения показателей реализации программы модернизации здравоохранения, а также индикаторы реализации мероприятий указанной программы.

Расходы на финансирование медицинской помощи в Санкт-Петербурге за счет различных источников составили: в 2008 году - 49 814 486,1 тыс. рублей, в 2009 - 49 525 900,4 тыс. рублей (с незначительным сокращением, по сравнению с 2008 годом), в 2010 году – 53 811 582,4 тыс. рублей. В структуре указанных расходов доля финансирования за счет средств:

- федерального бюджета составляла в 2008 году – 8,3 %, в 2009 году – 6,3 %, в 2010 году – 6,2 %;
- бюджета Санкт-Петербурга в 2008 году - 50,2 %, в 2009 году - 43,9 %, в 2010 году – 44,4 %;
- обязательного медицинского страхования: в 2008 году – 30,5 %, в 2009 году – 36,5 %, в 2010 году – 37,8%;
- социального страхования: в 2008 году – 0,8 %, в 2009 году – 0,9 %, в 2010 году – 0,8 %;
- полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности: в 2008 году – 10,1 %, в 2009 году – 12,3%, в 2010 году – 10,8 %.



Таким образом, в анализируемый период **основным источником финансирования здравоохранения** в Санкт-Петербурге, как и в целом в Российской Федерации, **являлись именно государственные средства.**

В период 2008-2009 годов наблюдалась тенденция к снижению доли средств бюджета Санкт-Петербурга в структуре расходов на здравоохранение:

- 50,2 % - в 2008 году;
- 43,9 % - в 2009 году.

В 2010 году доля средств бюджета Санкт-Петербурга, по сравнению с 2009 годом, незначительно увеличивается на 0,5 процентных пункта и составляет 44,4 %.

При этом увеличивается доля расходов за счет ОМС:

- 30,5 % - в 2008 году;
- 36,5 % - в 2009 году;
- 37,8 % - в 2010 году.

Доля расходов, осуществленных за счет средств, полученных от оказания платных услуг, составила: 10,1 % - в 2008 году; 12,3 % - в 2009 году, с ростом, по сравнению с 2009 годом, на 2,2 процентных пункта; в 2010 году сократилась, по сравнению с 2009 годом, на 1,5 процентных пункта и составила 10,8 %.

В структуре расходов на здравоохранение наибольший удельный вес занимают расходы на Территориальную программу: в 2008 году – 80,9 %, в 2009 году – 80,4 %, в 2010 году – 82,2 %.

В последние 5 лет отмечается постоянный рост финансирования Территориальной программы. Так, в 2007 году, по сравнению с 2006 годом, темп роста составил – 26 %, в 2008 году, по сравнению с 2007 годом, - 38 %. В 2009 году, по сравнению с 2008 годом, запланированный прирост должен был составить 15 %, однако из-за финансового кризиса прироста стоимости Территориальной программы не было. В связи с уменьшением в 2009 году налоговых поступлений, в середине года было произведено секвестирование бюджета Санкт-Петербурга и бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга, и, как следствие, изменение стоимости Территориальной программы, которая в итоге стала на 1 514,37 млн. рублей меньше, чем в предыдущем году, и составила 39 334,8 млн. рублей. При этом, несмотря на финансовый кризис и снижение стоимости Территориальной программы на 2009 год, стоимость Территориальной программы ОМС в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, возросла на 1 694,4 млн. рублей. В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, стоимость Территориальной программы государственных гарантий возросла на 11,1 % и составила 44 211,6 млн. рублей.

Сравнительный анализ объемов финансирования Территориальных программ госгарантий за период 2008 – 2010 годы представлен в таблице:

(млн. рублей)

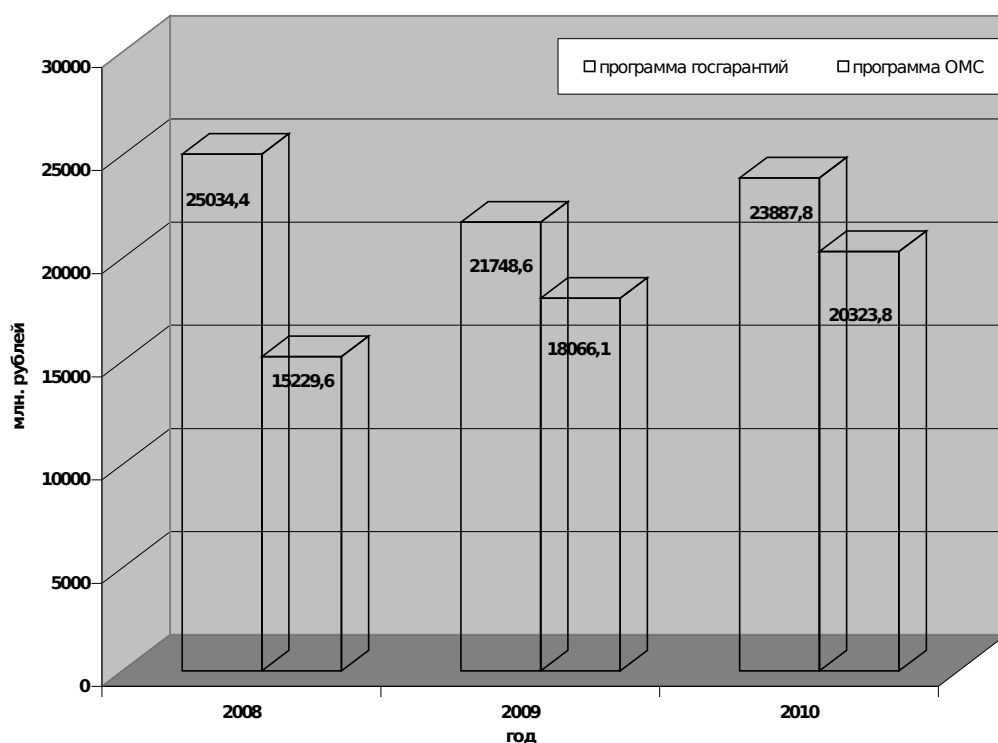
Источники финансирования	Объемы финансирования по годам*			2009/2008	2010/2009
	2008	2009	2010	%	
Всего, в том числе	40 264,0	39 814,7	44 211,6	96,3	111,1
<i>Бюджет Санкт-Петербурга</i>	25 034,4	21 748,6	23 887,8	86,8	109,8
<i>Бюджет ТФ ОМС</i>	15 229,6	18 066,1	20 323,8	118,6	112,5

Справочно: финансирование на 1 жителя, <u>рублей</u> **	8 808,4	8 716,0	9 649,2	96,4	110,6
---	---------	---------	---------	------	-------

*) данные приведены из представленных Комитетом по здравоохранению сведений об оказании и финансировании медицинской помощи населению за 2008-2010 годы по форме № 62;

***) расчет финансирования на одного жителя произведен исходя из численности населения: 4 571,1 тыс. человек – в 2008 году, 4 568 тыс. человек – в 2009 году, 4 581,9 тыс. человек – в 2010 году.

Данные об изменении стоимости Территориальной программы госгарантий и Территориальной программы ОМС на 2006-2010 годы приведены на диаграмме:



Сокращение в 2009 году бюджетной части Территориальной программы с 25 034,4 млн. рублей до 21 748,6 млн. рублей обусловлено снижением, в условиях финансового кризиса, объемов финансирования расходов: на капитальный и текущий ремонт, централизованную закупку оборудования, приобретение не монтируемого оборудования в рамках адресной инвестиционной программы, на мероприятия целевых программ.

В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, бюджетная часть Территориальной программы возросла на 2 139,2 млн. рублей или на 9,8 %, расходы на Территориальную программу ОМС возросли на 2 257,7 млн. рублей или на 12,5 %.

Данные об объемах финансирования в разрезе видов медицинской помощи приведены в таблице:

Наименование вида	Объемы финансировани	Уд. вес,	тыс. рублей			
			Объемы финансировани	Уд. вес,	Объемы финансировани	Уд. вес,

медицинской помощи	я	%	я	%	я	%
	2008 год		2009 год		2010 год	
Скорая	1 977 150,4	5,0	3 305 476,2	8,3	2 891 912,2	6,5
Амбулаторно-поликлиническая	11 664 705,3	29,0	13 274 263,8	33,3	14 163 691,1	32,0
Стационарная	15 646 503,1	38,9	16 395 868,9	41,2	18 787 097,1	42,5
Оказываемая в дневных стационарах	542 435,8	1,3	724 526,5	1,8	1 528 376,0	3,5
Прочие виды медицинских услуг	10 433 188,8	25,8	6 114 594,8	15,4	6 840 483,4	15,5
Всего	40 263 983,3	100,0	39 814 730,1	100,0	44 211 559,8	100,0

В 2008-2010 годах, как и в предыдущие годы, несмотря на развитие стационарозамещающих технологий, финансирования стационарной медицинской помощи в общем объеме расходов здравоохранения Санкт-Петербурга.

Анализ финансирования здравоохранения по функциям показал, что:

- в 2008 году, по сравнению с 2007 годом, и в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, возросли расходы на оказание скорой медицинской помощи – в 2,6 раза и в 1,6 раза, соответственно. В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, расходы на оказание данного вида медицинской помощи сократились на 12,5 %;

- в 2008 году, по сравнению с 2007 годом, и в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, возросли расходы на услуги, оказываемые в дневных стационарах, - в 1,4 раза и в 1,3 раза, соответственно;

- расходы на амбулаторно-поликлинические услуги возросли в 2008 году, по сравнению с 2007 годом, в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, в 2010 году, по сравнению с 2009 годом, - в 1,2 раза, на 13,7 % и на 6,7 %, соответственно;

- расходы на стационарную помощь возросли в 2008 году, по сравнению с 2007 годом, в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, в 2010 году, по сравнению с 2009 годом, – в 1,4 раза, на 4,7 % и на 14,5 %, соответственно;

- расходы на прочие услуги сократились в 2008 году, по сравнению с 2007 годом, в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, на 34 % и на 41,4 %, соответственно. В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, расходы на прочие услуги возросли на 11,9 %.

Востребованность стационарной помощи свидетельствует о **недостаточной эффективности профилактической работы первичного звена медицинской помощи** (особенно амбулаторного долечивания и патронажа). В результате **стационарная медицинская помощь**, которая, по сути, необходима при заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, сложных методов обследования и лечения с применением современной медицинской техники, оперативных вмешательств, а также постоянного круглосуточного врачебного наблюдения и интенсивного

ухода, фактически является основным уровнем в системе охраны здоровья населения Санкт-Петербурга.

5. Оценка уровня реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге

Комплексная экспертная оценка использования государственных ресурсов на оказание бесплатной медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга была проведена рабочей группой в два этапа на основании Методики, разработанной профессором В.О. Флеком. Были использованы данные о выполнении Территориальной программы государственных гарантий в Санкт-Петербурге в 2008-2010 годах и разработана шкала значений для комплексной экспертной оценки уровня реализации этих программ по показателям: объемов в разрезе видов медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема помощи и финансового обеспечения программы на душу населения.

На первом этапе экспертной оценки был проведен анализ показателей финансового обеспечения Территориальной программы госгарантий и объемов медицинской помощи по видам, в сравнении с федеральными и территориальными нормативами, и определены отклонения от них.

Объемы медицинской помощи являются основой формирования стоимости Территориальной программы госгарантий и, соответственно, расходов бюджета Санкт-Петербурга и бюджета ТФ ОМС на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи.

Сравнительный анализ гарантируемых нормативов объемов медицинской помощи, установленных Территориальными программами госгарантий, нормативам, утвержденным Программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, с фактическими показателями представлен в таблице:

Виды медицинской помощи	Ед. измерения на 1 тыс. человек	Федеральный норматив	Территориальный норматив	фактически	Фактическое выполнение к территориальному нормативам, %
Объемы медицинской помощи					
2008 год					
Скорая медицинская помощь	кол-во вызовов	0,318	0,338	0,361	106,8
Амбулаторно-поликлиническая помощь	посещений	9,198	9,504	8,668	91,2
Стационарная помощь	кол-во койко-	2,812	2,586	2,431	94,0

	дней				
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	пациенто-дней	0,577	0,547	0,406	74,2
2009 год					
Скорая медицинская помощь	кол-во вызовов	0,318	0,338	0,370	109,5
Амбулаторно-поликлиническая помощь	посещений	9,198	9,505	8,726	91,8
Стационарная помощь	кол-во койко-дней	2,812	2,618	2,465	94,1
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	пациенто-дней	0,577	0,477	0,486	101,9
2010 год					
Скорая медицинская помощь	кол-во вызовов	0,318	0,318	0,371	116,7
Амбулаторно-поликлиническая помощь	посещений	9,500	9,525	8,491	0,89
Стационарная помощь	кол-во койко-дней	2,780	2,465	2,411	97,8
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	пациенто-дней	0,590	0,600	0,619	103,2

При формировании территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи установленные федеральные нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей возрастно-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъектов Российской Федерации.

Анализ фактического выполнения нормативов объемов медицинской помощи на одного жителя в год в рамках Территориальной программы за 2008-2010 годы показал, что в течение всего периода не соблюдались разработанные и утвержденные нормативы гарантированных объемов медицинской помощи.

Так, территориальные объемы медицинской помощи:

по скорой медицинской помощи были установлены выше федерального норматива, фактически выполненный объем превышал территориальный норматив на 6,8 % - в 2008 году, на 9,5 % - в 2009 году; на 16,7 % - в 2010 году;

по амбулаторно-поликлинической помощи:

- в 2008 – 2010 годах были установлены выше федерального норматива, но фактически выполненный объем был ниже территориального и федерального нормативов: в 2008 году – на 8,8 %, в 2009 году – на 8,2 %, в 2010 году – на 11 %;

по стационарной помощи: в 2008 - 2010 годах – были установлены ниже федерального норматива, фактический объем был ниже территориального и федерального нормативов: в 2008 году – на 6 %, в 2009 году – на 5,9 %, в 2010 году – на 2,5 %;

по помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров: в 2008 – 2009 годах были установлены ниже федерального норматива, фактический объем был ниже территориального норматива в 2008 году – на 25,8 %; в 2009 году превысил указанный норматив – на 1,9 %, но не достиг уровня федерального норматива. В 2010 году территориальный норматив был установлен выше федерального норматива, фактический объем превысил территориальный норматив на 3,2 %.

Таким образом, сокращение объемов стационарной помощи не было компенсировано соответствующим увеличением других видов медицинской помощи: амбулаторно-поликлинической и оказываемой в условиях дневных стационаров. Более того, **в анализируемый период фактические объемы оказанной амбулаторно - поликлинической помощи не достигают значений территориальных нормативов, установленных с учетом особенностей Санкт-Петербурга, а незначительно превышающие (в 2009 и в 2010 годах) территориальные нормативные значения объемов помощи, оказанной в дневных стационарах, не компенсируют снижение объемов стационарной помощи и недостаточность амбулаторно-поликлинической.**

При этом ежегодно увеличивается число вызовов скорой помощи и количество обслуженных больных, причем преобладает количество вызовов по внезапным заболеваниям и состояниям и госпитализация в критических и неотложных случаях.

Приведенный анализ свидетельствует о несбалансированности объемов медицинской помощи, что приводит к снижению доступности медицинской помощи, особенно профилактической.

Стоимость Территориальной программы госгарантий рассчитывалась на основании нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, которые определялись Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга с тем расчетом, чтобы обеспечить покрытие всех затрат медицинских учреждений по всем статьям расходов на основании представленных ими смет.

При расчете территориальных нормативов финансовых затрат учитывалась реальность обеспечения нормативной загрузки действующей сети амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, в соответствии с рекомендуемыми Минздравом России нормами нагрузки учреждений, адаптированными к местным условиям.

Сравнительный анализ гарантируемых нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальными программами госгарантий, нормативам, утвержденным Программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, с фактическими показателями представлен в таблице:

Виды медицинской помощи	Ед. измерения	Федеральный норматив	Территориальный норматив	Фактически	Фактическое выполнение к террит. нормативам, %
Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи					
2008 год					
Скорая медицинская помощь	вызов	1 213,3	1 304,19	1 199,3	92,0
Амбулаторно-поликлиническая помощь	посещение	133,3	257,08	294,4	114,5
Стационарная помощь	койко-день	758,9	1 074,41	1 407,8	131,0
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	пациенто-день	268,5	305,94	292,1	95,5
2009 год					
Скорая медицинская помощь	вызов	1 710,1	1 304,2	1 953,6	149,8
Амбулаторно-поликлиническая помощь	посещение	218,1	265,97	333,0	125,2
Стационарная помощь	койко-день	1 380,6	1 196,76	1 455,9	121,7
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	пациенто-день	478,0	330,96	326,3	98,6
2010 год					
Скорая медицинская помощь	вызов	1 710,1	1 710,1	1 702,5	99,5
Амбулаторно-поликлиническая помощь	посещение	218,1	317,95	364,1	114,5
Стационарная помощь	койко-день	1 380,6	1 435,52	1 705,9	118,8
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	пациенто-день	478,0	525,88	539,0	102,5

В Санкт-Петербурге **территориальные нормативы финансовых затрат** на единицу оказанной медицинской услуги по скорой медицинской помощи:

- в 2008 году - превышали рекомендованные федеральные нормативы на 7,5 %, фактически финансовые затраты сложились ниже и территориальных и федеральных нормативов на 8 %;

- в 2009 году - были установлены ниже федеральных на 23,7 %, фактические финансовые затраты превышали территориальные нормативы на 49,8 %;

- в 2010 году были установлены на уровне федеральных, фактические затраты сложились ниже на 0,5 %;

по амбулаторно-поликлинической помощи - **превышали рекомендованные федеральные нормативы:** в 2008 году – в 1,9 раза; в 2009 и в 2010 годах - в 1,2 раза. Фактически финансовые затраты превысили территориальные: в 2008 году – на 14,5 %; в 2009 году – на 25,2 %, в 2010 году – на 14,5 %;

по стационарной медицинской помощи

- **были утверждены ниже рекомендованных нормативов:** в 2009 году – на 114%; **Фактически финансовые затраты превысили территориальные нормативы:** в 2007 году – на 9,8 %; в 2008 году – на 31 %; в 2009 году – на 21,7 %;

- **были утверждены выше федеральных нормативов** в 2010 году на 3,9 %, **фактически финансовые затраты превысили федеральный норматив на 23,6 %, территориальный норматив - на 18,8 %;**

по помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров:

- **были установлены выше федерального норматива** в 2008 году – на 13,9 %, **фактически исполнены ниже территориального норматива** на 4,5 %.

- **были установлены ниже федерального норматива** в 2009 году – на 30,8 %, исполнены на 98,6 % от территориального норматива;

- **были установлены выше установленного норматива** в 2010 году - на 10 %, **фактически исполнены выше федерального норматива на 12,8 %, территориального – на 2,5 %.**

Используемые в Санкт-Петербурге **подушевые нормативы финансового обеспечения**, предусмотренные Территориальной программой на 2008-2009 годы в расчете на одного человека в целом по всем видам медицинской помощи в год, **превышают рекомендованные федеральные нормативы:** в 2008 году – в 1,9 раза (утверждены в сумме 8 936,23 рубля), в 2009 году – на 12,8 % (утверждены в сумме 8 610,85 рублей), в 2010 году – на 28,7 % (утверждены в сумме 9 827,39 рублей). **Фактические показатели** за указанный период **сложились ниже территориальных нормативов:** на 1,4 % (8 814,27 рублей) в 2008 году, на 1,5 % (9 678,45 рублей) в 2010 году; выше территориальных нормативов на 1,2 % (8 715,92 рублей) в 2009 году.

Подушевые нормативы по видам медицинской помощи представлены в таблице.

Виды медицинской помощи	Федеральный норматив	Территориальный норматив	По данным отчета Ф № 62		
			Утверждено	Исполнено	Фактическое выполнение к территориальным нормативам (по закону), %
2008 год					
Скорая медицинская помощь	385,83	440,82	440,82	432,52	98,1
Амбулаторно-поликлиническая помощь	1 226,09	2 443,28	2 657,47	2 551,79	104,5
Стационарная помощь	2 134,03	2 778,42	3 447,07	3 422,86	123,2
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	154,92	167,35	228,72	118,66	70,9
2009 год					
Скорая медицинская помощь	543,81	440,82	440,82	723,61	64,2
Амбулаторно-поликлиническая помощь	2 006,08	2 528,0	2 771,01	2 905,89	114,9
Стационарная помощь	3 882,25	3 133,1	3 475,16	3 589,25	110,9
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	275,81	157,87	157,94	158,61	100,5
2010 год					
Скорая медицинская помощь	543,81	543,81	543,8	633,1	116,4
Амбулаторно-поликлиническая помощь	2 071,95	3 028,47	3 211,1	3 100,6	102,4
Стационарная помощь	3 838,07	3 538,56	4 151,3	4 112,7	117,3
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	282,02	315,53	331,3	334,6	106,0

В Санкт-Петербурге подушевые нормативы, использованные при определении объемов финансирования на 2008-2010 годы, указанных в графе утверждено формы № 62, не соответствуют нормативам, утвержденным Законами Санкт-Петербурга о Территориальной программе, по следующим видам медицинской помощи:

- по стационарной установлены выше: на 24,1 % - в 2008 году, на 10,9 % – в 2009 году и на 17,3 % - в 2010 году;

- по амбулаторно-поликлинической помощи установлены выше: на 8,7 % – в 2009 году, на 9,6 % - в 2009 году, на 6 % - в 2010 году;

- по оказываемой помощи в условиях дневных стационаров ниже на 36,7 % - в 2008 году и ниже на 5,8 % - в 2010 году.

В Санкт-Петербурге подушевые нормативы финансирования Территориальной программы:

по скорой медицинской помощи в 2008 году превышали рекомендованные федеральные нормативы на 14,3 %, фактические показатели сложились ниже территориальных нормативов на 1,8 %; в 2009 году – утверждены ниже рекомендованных федеральных нормативов на 18,9 %, фактические показатели сложились выше территориальных нормативов на 64,2 %; в 2010 году – предусмотрены на уровне федеральных нормативов, фактические показатели также выше территориальных нормативов на 16,4 %;

по амбулаторно-поликлинической помощи в 2008-2010 годах – превышали федеральные нормативы: в 2008 году – практически в 2 раза, в 2009 году – на 26 %, в 2010 году – на 46 %; фактические показатели сложились выше территориальных нормативов: в 2008 году - на 4,4 %, в 2009 - на 6,5 % году, в 2010 году – 2,4 %;

по стационарной помощи в 2008 году были установлены выше рекомендованных федеральных на 30,2 %, в 2009-2010 годах - ниже федеральных: на 19,3 % - в 2009 году, на 7,8 – в 2010 году. Фактические показатели сложились выше территориальных нормативов: в 2008 году - на 23,2 %, в 2009 году – на 14,6 %, в 2010 году – на 16,2 %;

по помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, в 2008, 2010 годах превышали рекомендованные федеральные нормативы: на 8 % - в 2008 году, на 24,7 - в 2010 году; в 2009 году – установлены ниже федеральных на 57,2 %. Фактические показатели сложились: в 2008 году ниже территориальных нормативов на 29,1 %, в 2009 году – выше на 0,5 %, в 2010 году – ниже на 4,8 %.

На втором этапе комплексной оценки уровня реализации Территориальной программы произведен анализ показателей на основании методики В.О. Флека по четырем группам:

I группа – высокий уровень реализации Территориальной программы – более 70 % показателей реализации программы соответствовали нормативам;

II группа – средний уровень реализации Территориальной программы – от 50 % до 69 % показателей реализации программы соответствовали нормативам;

III группа – реализация Территориальной программы ниже среднего уровня – от 41 % до 49 % показателей реализации программы соответствовали нормативам;

IV группа – низкий уровень реализации Территориальной программы – менее 40 % показателей реализации программы соответствовали нормативам.

Оценка уровня реализации Территориальной программы госгарантий в Санкт-Петербурге произведена как в сравнении с федеральными, так и с территориальными нормативами, так как последние должны отражать особенности медико-демографической ситуации и половозрастной структуры субъекта.

Шкала показателей объемов по видам медицинской помощи и объемов финансирования для проведения комплексной экспертной оценки

уровня реализации Территориальной программы по сравнению с федеральными нормативами и их оценка по методике профессора В.О. Флека приведена в таблице:

Период	Федеральный норматив	Оценка *			Фактические показатели	
		высокая	средняя	низкая	значение	оценка
Объемы медицинской помощи (в расчете на 1-го жителя)						
Скорая медицинская помощь						
2008 год	0,318 вызвовов	0,318 и менее	0,321-0,366	0,370 и более	0,361	средняя
2009 год	- // -				0,370	низкая
2010 год	- // -				0,371	низкая
Амбулаторно-поликлиническая помощь						
2008 год	9,198 посещений	9,198 и более	7,818-9,106	7,817 и менее	8,668	средняя
2009 год	- // -				8,726	высокая
2010 год	9,500 посещений	9,500 и более	8,075-9,405	8,074 и менее	8,491	средняя
Стационарная помощь						
2008 год	2,812 койко-дней	2,812 и менее	2,813-3,233	3,233 и более	2,431	высокая
2009 год	2,812 койко-дней				2,465	высокая
2010 год	2,780 койко- дней	2,780 и менее	2,781-3,197-	3,198 и более	2,404	высокая
Стационары дневного пребывания						
2008 год	0,577 пациенто- дней	0,577 и более	0,491-0,576	0,490 и менее	0,407	низкая
2009 год	0,577 пациенто- дней				0,486	низкая
2010 год	0,590				0,590 и более	0,502-0,584
Финансовые затраты на единицу объема медицинской помощи						
Скорая медицинская помощь						
2008 год	1 213,3	1 213,3 и более	1 031-1 213	1 030 и менее	1 199,3	средняя
2009 год	1 710,1	1 710,1 и более	1 453-1 710	1 709 и менее	1 953,6	высокая
2010 год	1 710,1	1 710,1 и более	1 454,0-1 69 3,0	1 693,0 и менее	1 702,5	средняя
Амбулаторно-поликлиническая помощь						
2008 год	133,3	133,3 и более	113-133,2	112 и менее	294,4	высокая
2009 год	218,1	218,1 и более	185 – 218,0	184 и менее	333,0	высокая
2010 год	218,1	218,1 и более	185 – 218,0	184 и менее	364,1	высокая
Стационарная помощь						
2008 год	758,9	758,9 и более	645,0-758,0	644 и менее	1 407,8	высокая
2009 год	1 380,6	1 380,6 и более	1 173,0-1 38 0,0	1172 и менее	1 455,9	высокая
2010 год	1 380,6	1 380,6 и более	1 173,0-1 38 0,0	1172 и менее	1 705,9	высокая
Стационары дневного пребывания						
2008 год	268,5	268,5 и более	228,0-268,0	227 и менее	292,1	высокая

2009 год	478,0	478,0 и более	406,0–477,0	405 и менее	326,3	высокая
2010 год	478,0	478,0 и более	406,0–477,0	405 и менее	539,0	высокая
Фактическое подушевое финансирование Территориальной программы						
2008 год	4 503,0	4 503,0 и более	-	-	8 814,27	высокая
2009 год	7 633,4	7 633,4 и более	-	-	8 715,92	высокая
2010 год	7 633,4	7 633,4 и более	-	-	9 678,43	высокая
Подушевое финансирование медицинской помощи за счет средств бюджета Санкт-Петербурга						
2008 год	5 246,86	5 246,86 и более	3 935,14 -5 246,86	3 934,14 и менее	4 836,67	средняя
2009 год	4 548,03	4 548,03 и более	3 411,02 -4 548,03	3 410,02 и менее	4 761,04	высокая
2010 год	3 573,8	3 573,8 и более	-	-	4 633,02	высокая
Подушевое финансирование медицинской помощи за счет средств ОМС (рубли)						
2008 год	2 207,1	2 207,1	-	-	3 333,94	высокая
2009 год	4 059,6	4 059,6 и более	3 044,92 -4 059,6	3 043,92 и менее	3 954,88	средняя
2010 год	4 059,6	4 059,6 и более	3 044,92 -4 059,6	3 043,92 и менее	4 449,11	высокая
Подушевое финансирование медицинской помощи за счет средств ОМС (%)						
2008 год	49,0	49,0 и более	от 41,0 до 48,0	40,0 и менее	37,8	низкая
2009 год					45,4	средняя
2010 год					46,0	средняя
Средства на ОМС неработающего населения на одного жителя						
2008 год						1 311,49
2009 год						1 625,02
2010 год						2 135,98
Процент исполнения Территориальной программы в целом						
2008 год	100,0	86,0 и более	от 51,0 до 85,0	50,0 и менее	100,1	высокая
2009 год					103,0	высокая
2010 год					100,2	высокая

*) высокая – соответствует или превышает норматив (за исключением скорой медицинской помощи); средняя – менее норматива на 1 - 15 %; низкая – менее норматива на 50% и более.

В 2008-2010 годах, в целом, фактические показатели объемов по видам медицинской помощи, по сравнению с федеральными нормативами, достигли среднего уровня, показатели финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи – высокого, показатели финансового обеспечения Территориальной программы на душу населения – высокого. В целом уровень реализации Территориальной программы в Санкт-Петербурге в 2008-2009 годах, по сравнению с федеральными нормативами, - средний, в 2010 году – высокий.

Шкала показателей объемов по видам медицинской помощи и объемов финансирования для проведения комплексной экспертной оценки уровня реализации Территориальной программы по сравнению с утвержденными территориальными нормативами и их оценка по методике профессора В.О. Флека приведена в таблице:

Период	Территориальный норматив	Оценка			Фактические показатели	
		высокая	средняя	низкая	значение	оценка

Объемы медицинской помощи (в расчете на 1-го жителя)						
Скорая медицинская помощь						
2008 год	0,338 вызовов	0,338 и менее	0,339-0,390	0,390 и более	0,361	средняя
2009 год	- // -				0,370	средняя
2010 год	- // -				0,371	средняя
Амбулаторно-поликлиническая помощь						
2008 год	9,504 посещений	9,504 и более	7,745– 9,027	7,744 и менее	8,668	средняя
2009 год	9,505 посещений	9,505 и более	8,079 – 9,409	8,079 и менее	8,726	средняя
2010 год	9,500 посещений	9,500 и более	8,079 – 9,409	8,079 и менее	8,491	средняя
Стационарная помощь						
2008 год	2,586 койко-дней	2,586 и менее	2,585-2,679	2,680 и более	2,433	высокая
2009 год	2,618	2,618 и менее	2,617-2,712	2,713 и более	2,465	высокая
2010 год	2,465	2,465 и менее	2,464-2,834	2,835 и более	2,404	высокая
Стационары дневного пребывания						
2008 год	0,547 пациенто-дней	0,547 и более	0,465-0,546	0,464 и менее	0,407	низкая
2009 год	0,477 пациенто-дней	0,477 и более	0,405-0,476	0,404 и менее	0,486	высокая
2010 год	0,590 пациенто- дней	0,590 и более	0,502-0,589	0,589 и менее	0,619	высокая
Финансовые затраты на единицу объема медицинской помощи						
Скорая медицинская помощь						
2008 год	1 304,2	1 304,2 и более	1 108,6-1 3 04,1	1 108,5 и менее	1 199,3	средняя
2009 год	1 304,2	1 304,2 и более	1 108,6-1 3 04,1	1 108,5 и менее	1 953,6	средняя
2010 год	1 710,1	1 710,1 и более	1 453,5-1 7 09,0	1 453,5 и менее	1 702,5	средняя
Амбулаторно-поликлиническая помощь						
2008 год	257,08	257,08 и более	218,5- 257,07	218,4 и менее	294,4	высокая
2009 год	265,97	265,97 и более	226,07- 265,96	226,06 и менее	333,0	высокая
2010 год	317,95	317,95 и более	270,3-317,8	270,0 и менее	364,1	высокая
Стационарная помощь						
2008 год	1 074,41	1 074,41 и более	913,25-1 074,40	913,24 и менее	1 407,8	высокая
2009 год	1 196,76	1 196,76 и более	1 017,25- 1 196,75	1 017,24 и менее	1 455,9	высокая
2010 год	1 435,52	1 435,52 и более	1 220,0-1 435,0	1 219 и менее	1 705,9	высокая
Стационары дневного пребывания						
2008 год	305,94	305,94 и более	260,05- 305,93	260,04 и менее	292,1	средняя
2009 год	330,96	330,96 и более	281,32- 330,95	281,31 и менее	326,3	средняя
2010 год	525,88	525,88 и более	447,0- 525,0	446,0 и менее	539,0	высокая
Фактическое подушевое финансирование Территориальной программы						
2008 год	8 936,23	8 936,23 и более	6 702,17 – 8 936,23	6 701,17 и менее	8 814,27	средняя
2009 год	8 610,85	8 610,85 и более	6 458,14 -8 610,85	6 457,14 и менее	8 715,92	высокая
2010 год	9 827,39	9 827,39 и более	9 729,1 –	8 353,3 и	9 678,43	средняя

			8 3536,3	менее		
Подушевое финансирование медицинской помощи за счет средств бюджета Санкт-Петербурга						
2008 год	5 246,86	5 246,86 и более	3 935,14 -5 246,86	3 934,14 и менее	4 836,67	средняя
2009 год	4 548,03	4 548,03 и более	3 411,02 -4 548,03	3 410,02 и менее	4 761,04	высокая
2010 год	5 027,31	5 027,31 и более	4 273,2 - 4 977,04	4 230,5	4 633,02	средняя
Подушевое финансирование медицинской помощи за счет средств ОМС (рубли)						
2008 год	4 062,83	4 062,83 и более	3 047,12 - 4 062,83	3 046,12 и менее	3 333,94	средняя
2009 год	3 689,37	3 689,37 и более	2 767,03- 3 689,37	2 766,03 и менее	3 954,88	высокая
2010 год	4 800,08				4 449,11	средняя
Подушевое финансирование медицинской помощи за счет средств ОМС (%)						
2008 год	49,0	49,0 и более	от 41,0 до 48,0	40,0 и менее	37,8	низкая
2009 год					45,4	средняя
2010 год					46,0	средняя
Средства на ОМС неработающего населения на одного жителя						
2008 год						1 311,49
2009 год						1 625,02
2010 год						2 135,98
Процент исполнения Территориальной программы в целом						
2008 год	100,0	86,0 и более	от 51,0 до 85,0	50,0 и менее	100,1	высокая
2009 год					103,0	высокая
2010 год					100,2	высокая

**) высокая – соответствует или превышает норматив (за исключением скорой медицинской помощи); средняя – менее норматива на 1 - 15 %; низкая – менее норматива на 50% и более.*

В 2008-2010 годах, в целом, **фактические показатели:**

- **объемов** по видам медицинской помощи и **финансовых затрат на единицу объема помощи, по сравнению с утвержденными территориальными нормативами достигли среднего уровня,**
- **финансового обеспечения** Территориальной программы на душу населения достигли среднего уровня.

В целом **уровень реализации Территориальной программы в 2008 -2010 годах, по сравнению с территориальными нормативами, - средний.**

Проведенная оценка уровня реализации Территориальной программы Санкт-Петербурга в 2008 - 2010 годах выявила несбалансированность объемов медицинской помощи по нормативу, не выполнение ни федеральных, ни территориальных нормативов, что ограничивает доступность бесплатной медицинской помощи, особенно профилактической. При этом финансовые затраты на единицу объема медицинской помощи (за исключением помощи, оказываемой в дневных стационарах) превышали и федеральные и территориальные нормативы.

5.1. Анализ структуры государственных расходов на оказание медицинской помощи населению по отдельным статьям расходов

Данные о структуре расходов на медицинскую помощь за счет всех источников финансирования за 2008-2010 годы приведены в таблице:

(тыс. рублей)

Расходы	2008		2009		2010	
	Сумма	Удельный вес %	Сумма	Удельный вес %	Сумма	Удельный вес %
Всего расходы на здравоохранение, в т.ч. по отдельным видам:	49 814 486,1	100,0	49 525 900,4	100,0	53 811 582,4	100,0
Оплата труда с начислениями	25 296 309,6	50,8	32 007 374,5	64,6	33 256 616,7	61,8
Оплата коммунальных услуг	1 237 997,3	2,5	1 112 574,8	2,2	1 595 781,4	2,9
Услуги по содержанию имущества	4 282 871,6	8,6	1 934 328,0	3,9	2 840 561,5	5,3
Увеличение стоимости основных средств, из них:	7 658 783,5	15,4	2 052 272,7	4,1	2 864 445,8	5,3
медицинского оборудования	5 593 412,2	11,2	1 571 894,9	3,2	2 294 400,4	4,3
прочих основных средств	1 920 685,1	3,9	396 440,9	0,8	479 386,0	0,8
Увеличение стоимости материальных запасов, их приобретение, из них:	8 560 520,8	17,2	7 609 512,8	15,4	10 359 565,6	19,3
медикаментов и перевязочных средств	6 629 105,0	13,3	5 135 605,7	10,4	7 525 333,6	14,0
медицинского инструментария	104 719,6	0,2	76 768,0	0,2	162 675,8	0,3
продукты питания	907 281,6	1,8	1 295 021,8	2,6	1 275 037,2	2,4
мягкого инвентаря	78 216,6	0,2	61 609,5	0,1	61 339,1	менее 0,1
реактивов и химикатов, стекло и химпосуда	262 744,3	0,5	437 083,8	0,9	624 876,8	1,2
горюче-смазочных материалов	170 133,6	0,3	47 741,7	менее 0,1	50 422,9	1,2
прочих материальных активов	408 320,1	0,8	556 082,4	1,1	659 880,2	1,2

В анализируемый период наблюдалось увеличение расходов на оплату труда с начислениями, доля которых в общем объеме финансирования составляет более 50 %.

В 2009 году, по сравнению с 2008 годом, были существенно сокращены расходы на капитальный и текущий ремонт, централизованную закупку оборудования, приобретение не монтируемого оборудования в рамках адресной инвестиционной программы, что обусловлено финансовым кризисом. Кроме того, были сокращены объемы финансирования на приобретение медикаментов, перевязочных средств и прочие лечебные расходы, оплату коммунальных услуг.

В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, возросла доля расходов на приобретение медикаментов и перевязочных средств, приобретение медицинского оборудования, оплату коммунальных услуг. При этом были незначительно сокращены расходы на приобретение продуктов питания и мягкого инвентаря.

5.1.1 Использование средств, выделенных на оплату труда с начислениями

Наибольший удельный вес в структуре расходов бюджета Санкт-Петербурга на здравоохранение приходился на оплату труда с начислениями.

В анализируемый период численность работников ЛПУ составляла:

в 2008 году – 72 628 человек, из них на 26 549 ставках врачей – 18 849 человек, на 47 851,9 ставках среднего медицинского персонала – 30 772 человека, на 22 037 ставках младшего медицинского персонала – 10 497 человек;

в 2009 году – 74 351 человек, из них на 26 457,5 ставках врачей – 19 086 человек, на 46 275 ставках среднего медицинского персонала – 31 108 человека, на 21 495,5 ставках младшего медицинского персонала – 11 286 человек;

в 2010 году – 74 955 человек, из них на 26 426,3 ставках врачей – 19 230 человек, на 45 631,3 ставках среднего медицинского персонала – 31 086 человек, на 20 824,3 ставках младшего медицинского персонала – 11 534 человека.

Из государственных источников в период с 2007 по 2010 годы бюджетные ассигнования на заработную плату (с начислениями на оплату труда) в сфере «Здравоохранение» Санкт-Петербурга выделялись в сумме:

- в 2007 - 21 177 525,4 тыс. рублей или 43 % общего объема финансирования;

- в 2008 – 25 296 309,6 тыс. рублей или 50,8 % общего объема финансирования;

- в 2009 – 32 007 374,5 тыс. рублей или 64,6 % общего объема финансирования;

- в 2010 - 33 256 616,7 тыс. рублей или 61,8 % от общего объема финансирования.

В 2008 году базовая единица по оплате труда возросла на 13 %, по сравнению с 2007 годом, и составила 4 545 рублей, в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, возросла на 22 % и составила 5 545 рублей, в 2010 году, по сравнению с 2009 годом, возросла с 1 января на 6,4 %, а с 1 сентября еще на 4,4 %.

Средняя заработная плата работников здравоохранения в месяц (с учетом средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности) составила:

в расчете на занятую ставку

- в 2008 году – 11 261 рублей;

- в 2009 году – 13 527 рублей;

- в 2010 году – 15 697 рублей;

в расчете на физическое лицо

- в 2008 году – 17 573 рублей;

- в 2009 году – 19 920 рублей;

- в 2010 году – 23 604 рублей;

по категориям персонала в расчете на занятую ставку, рублей

	2008 год	2009 год	2010 год
врачи	17 628	20 293	24 724
средний медицинский персонал	11 058	13 146	18 403
младший			

медицинский персонал	4 794	6 311	7 838
<u>по категориям персонала в расчете на физическое лицо</u>			
	2008 год	2009 год	2010 год
врачи	23 348	26 286	29 018
средний медицинский персонал	16 621	18 918	22 128
младший медицинский персонал	10 650	12 109	13 144

Нормативная база, регламентирующая вопросы штатной численности учреждений здравоохранения, **носит рекомендательный характер** и в настоящее время **не отвечает современным требованиям медицины**. Используемые для формирования штатной численности медицинского персонала существующие нормативно-правовые акты содержат нормативы по введению утративших актуальность должностей, не содержат достаточно четких норм или рекомендаций по введению отдельных должностей.

Учреждениями здравоохранения должности вводятся, в том числе и сверхнормативные, остаются вакантными, работа выполняется имеющимися в учреждениях сотрудниками. Указанные действия приводят к неправомерному увеличению фонда оплаты труда (с начислениями).

В частности, при проведении проверок в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга было установлено:

- СПб ГУЗ «Городская поликлиника № 40» в 2008 году штатная численность персонала превышена на 3,25 единиц, фонд заработной платы - на 360,7 тыс. рублей (0,6 % утвержденного на год фонда оплаты труда учреждения);

- СПб ГУЗ «Городская больница № 36» - на сверхштатные 33,5 ставки фонд заработной платы превышен на 3 110,1 тыс. рублей, в том числе:

- о в 2007 году – на сумму 1 286,3 тыс. рублей (1,8 % утвержденного на год ФОТ);

- о в 2008 году – на сумму 1 823,8 тыс. рублей (2 % утвержденного на год ФОТ);

- СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» на сверхштатные 20 ставок фонд заработной платы превышен на 9 049,7 тыс. рублей, в том числе:

- о в 2009 году - на сумму 4 302,5 тыс. рублей (2 % утвержденного на год ФОТ);

о в 2010 году – на сумму 4 747,2 тыс. рублей или 1,9 % утвержденного на год ФОТ;

- СПб ГУЗ «Клиническая больница № 46 Святой Евгении» (лечебно-диагностический, реабилитационный и научный центр для жителей блокадного Ленинграда) на сверхштатные 12,75 ставок фонд заработной платы завышен на 979,7 тыс. рублей, в том числе:

- о в 2008 году - на сумму 449,3 тыс. рублей или 0,4 % утвержденного на год ФОТ;

- о в 2009 году - на сумму 530,4 тыс. рублей или 0,4 % утвержденного на год ФОТ;

- СПб ГУЗ «Центр планирования семьи и репродукции» на сверхштатные ставки в количестве 54,5 единиц в 2008 году и 43,25 единиц – в 2009 году фонд заработной платы завышен в общей сумме на 11 636,1 тыс. рублей, в том числе:

- о в 2008 году - на сумму 5 515,4 тыс. рублей или 11 % утвержденного на год ФОТ;

- о в 2009 году на сумму 6 120,7 тыс. рублей или 11,2 % утвержденного на год ФОТ;

- СПб ГУЗ Санаторий «Сосновый Бор» на сверхштатные 23 ставки фонд заработной платы завышен на 4 488 тыс. рублей, в том числе:

- о в 2008 году - на сумму 2 007,6 тыс. рублей или на 9,5 %;

- о в 2009 году - на сумму 2 480,4 тыс. рублей или на 10,9 %;

- СПб ГУЗ «Городская Мариинская больница» на сверхштатные 29,5 ставок фонд заработной платы завышен на 6 348,7 тыс. рублей, в том числе:

- о в 2009 году - на сумму 3 088,6 тыс. рублей;

- о в 2009 году - на сумму 3 260,1 тыс. рублей

Необоснованное и неправомерное завышение фонда оплаты труда за счет завышения штатной численности персонала, не обусловленное производственной необходимостью, наличие большого количества вакантных должностей (в основном за счет низкой укомплектованности должностей особенно младшего медицинского персонала) позволяет экономить достаточно большие объемы средств и направлять их впоследствии на выплату различных доплат и надбавок сотрудникам учреждений, причем, в большинстве случаев, административно-управленческому персоналу. Так, в ходе контрольно-ревизионных мероприятий было установлено:

- премирование и выплаты стимулирующего характера должностным лицам учреждений сверх установленной нормы:

- в СПб ГУЗ «Центр планирования семьи и репродукции» - главному врачу в общей сумме 388,5 тыс. рублей, за 2008 год и январь 2009 года;

- в СПб ГУЗ «Клиническая больница № 46 Святой Евгении» - главному врачу в общей сумме 2 959,2 тыс. рублей за 2008 год и 2009 год;

- надбавки «за пролеченных сверх плана больных» при невыполнении учреждением плановых показателей по количеству пролеченных больных:

- в СПб ГУЗ «Клиническая больница № 46 Святой Евгении» - сотрудникам больницы в сумме 32 882,6 тыс. рублей в 2008 году;

- в СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» - четырем заместителям главного врача и главному бухгалтеру в сумме 209,2 тыс. рублей за ноябрь и декабрь 2009 года;

- доплаты и надбавки стимулирующего характера за фактически невыполненный объем работ:

- в СПб ГУЗ «Клиническая больница № 46 Святой Евгении» - в сумме 283,9 тыс. рублей и в сумме 308,4 тыс. рублей, соответственно, за 2008 - 2009 годы;

- в СПб ГУЗ Санаторий «Сосновый Бор» - в сумме 189 тыс. рублей в 2008 году и в сумме 135 тыс. рублей - за 8 месяцев 2009 года;

- в СПб ГУЗ «Городская Мариинская больница» - в сумме 217,8 тыс. рублей в 2009 - 2010 годах;

- доплаты за «дежурство на дому» руководящему составу в СПб ГУЗ «Клиническая больница № 46 Святой Евгении» - в сумме 397,7 тыс. рублей в 2008 году;

- неправомерное начисление и выплата заработной платы (с начислениями на оплату труда)

- в СПб ГУЗ «Городская поликлиника № 40» - в сумме 5 479,1 тыс. рублей – в 2008 году;

- в СПб ГУЗ «Городская больница № 36» - в сумме 520,7 тыс. рублей в 2007 - 2008 годах;

- в СПб ГУЗ «Центр планирования семьи и репродукции» - в сумме 227,1 тыс. рублей в 2008 году, в сумме 225,3 тыс. рублей - за 8 месяцев 2009 года.

В целях экономии фонда оплаты труда учреждения не стремятся заполнить вакантные ставки, а выполнение объема работ теоретически должно выполняться совмещением должностей, расширением зоны обслуживания и методом бригадного подряда. В действительности применение указанной системы приводит к недостаточно оперативному принятию мер и, в результате, к ухудшению качества медицинского обслуживания. В частности, в ходе проведения контрольных мероприятий практически во всех учреждениях устанавливается недостаточное количество физических лиц по младшему медицинскому персоналу (по которому загрузка наибольшая) и среднему медицинскому персоналу. Данный показатель свидетельствует о несоблюдении норм при организации лечебного процесса, при повышенной загрузке младшего и среднего персонала ЛПУ становится невозможным обеспечение уровня производительности труда, необходимого для выполнения учреждением своих функций и обеспечения надлежащего лечения одновременно. Для достижения этих

показателей **необходимо повышение показателя укомплектованности штатов.**

Большинством медицинских учреждений стационарного типа установленные на год плановые задания с утвержденным для выполнения объемом финансирования перевыполняются. Указанное перевыполнение обусловлено, в основном, формированием планового задания исходя из имеющихся объемов финансирования и, соответственно, его занижением. Перевыполнение плановых показателей по объемам медицинской помощи влечет в ряде случаев снижение тарифа при оплате оказанной сверхплановой медицинской помощи, поскольку это предусматривается условиями трехсторонних договоров (между учреждением, Комитетом по здравоохранению и ТФ ОМС) об установлении планового задания. При перевыполнении учреждением плановых объемов медицинской помощи более чем на 5 % счета за пролеченных больных выставляются по новым тарифам, составляющим 35 % от стоимости тарифа, действующего в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга на момент выписки пациента, за исключением счетов при оказании медицинской помощи гражданам, застрахованным вне Санкт-Петербурга, а также при оказании экстренной круглосуточной помощи в ряде стационаров города. В результате, **сформированное под конкретные объемы финансирования, плановое задание оказывается перевыполненным, но учреждение не получает оплату оказанной медицинской помощи в полном объеме. Это тормозит стремление медицинских учреждений пролечить как можно большее количество пациентов за счет интенсификации лечения и, соответственно, сокращения периода пребывания в стационаре. При этом, несмотря на сокращение объемов оплаты в связи с перевыполнением плановых показателей по объемам медицинской помощи, из экономии фонда оплаты труда (за счет вакантных должностей) выплачиваются премии персоналу.**

Указанные факты свидетельствуют о несоблюдении принципа эффективности и результативности, установленного ст. 34 БК РФ.

5.1.2. Расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств

Показатели финансирования медикаментов и перевязочных средств из различных источников финансирования в разрезе видов медицинской помощи представлены в таблице:

тыс. рублей

Источники финансирования	Объемы финансирования по видам медицинской помощи					
	Всего	в том числе:				
		скорая помощь	АПУ	стационары	дневные стационары	иные учреждения
2008 год						
Федеральный бюджет	2 874 036,3 (46,1 %)	-	2 867 399,0 (85,2 %)	6 637,3 (0,3 %)	-	-
Бюджет Санкт-	1 486 767,8	15 235,9	110 652,0	1 242 404,1	29 991,7	88 484,0

Петербурга	(23,9 %)	(100 %)	(3,3 %)	(46,7 %)	(30,7 %)	(100 %)
Фонд ОМС	1 803 814,6 (29 %)	-	357 946,8 (10,6 %)	1 378 226,9 (51,8 %)	67 640,9 (69,2 %)	-
Фонд социального страхования	62 190,8 (1,0 %)	-	30 134,8 (0,9 %)	31 875,7 (1,2 %)	180,3 (0,1 %)	-
Расходы из государственных источников	6 226 809,5 (94 %)	15 235,9 (100 %)	3 366 132,6 (94,1 %)	2 659 144,0 (93,9 %)	97 812,9 (98,3 %)	88 484,0 (84,3 %)
Платные услуги	310 255,4 (77,1 %)	-	154 947,1 (73,6 %)	138 188,8 (79,6 %)	1 287,7 (75,6 %)	15 831,7 (96,3 %)
ДМС	43 716,1 (10,9 %)	-	23 346,0 (11,1 %)	19 954,5 (11,5 %)	415,5 (24,4%)	-
Прочие источники	48 324,0 (12,0 %)	-	32 348,0 (15,3 %)	15 374,0 (8,9 %)	-	602,0 (3,7 %)
Расходы за счет внебюджетных средств	402 295,5 (6,0 %)	-	210 641,1 (5,9%)	173 517,4 (6,1 %)	1 703,2 (1,7 %)	16 433,7 (15,7 %)
Всего	6 629 105, 0 (100 %)	15 235,9	3 576 773,8	2 832 661,4	99 516,2	104 917,7
2009 год						
Федеральный бюджет	8 582,1 (0,2 %)	-	8 582,1 (1,7 %)	-	-	-
Бюджет Санкт-Петербурга	2 488 166,6 (52,2 %)	49 692,1 (100 %)	144 529,1 (28,9 %)	1 342 146,4 (42,3 %)	33 130,3 (26,1 %)	918 668,6 (100 %)
Фонд ОМС	2 184 035,9 (45,8 %)	-	314 644,2 (63,0 %)	1 775 552,6 (56,0 %)	93 839,1 (73,8 %)	-
Фонд социального страхования	87 690,8 (1,8 %)	-	31 836,7 (6,4 %)	55 673,8 (1,7 %)	180,3 (0,1 %)	-
Расходы из государственных источников	4 768 475,4 (92,9 %)	49 692,1	499 592,1	3 173 372,8	127 149,7	918 668,6
Платные услуги	295 521,1 (80,5 %)	-	166 832,9 (83,6 %)	103 939,2 (73,7 %)	2 444,0 (80,4 %)	22 305,0 (95,2 %)
ДМС	44 516,1 (12,1 %)	-	16 844,9 (8,4 %)	27 074,3 (19,2 %)	596,9 (19,6 %)	-
Прочие источники	27 093,1 (7,4 %)	-	15 923,8 (8,0 %)	10 039,9 (7,1 %)	-	1 129,4 (4,8 %)
Расходы за счет внебюджетных средств	367 130,3 (7,1 %)	-	199 601,6	141 053,4	3 040,9	23 434,4
Всего	5 135 605,7	49 692,1	699 193,7	3 314 426,2	130 190,6	942 103,0
2010 год						
Федеральный бюджет	2 160 659,8 (29,9 %)	-	6 366,6 (1,7 %)	202 714,2 (5,6 %)	-	1 951 579,0 (74,0 %)
Бюджет Санкт-Петербурга	2 742 947,7 (37,9 %)	38 646,8 (100 %)	150 600,3 (40,8 %)	1 818 143,1 (50,1 %)	49 191,6 (8,8 %)	686 365,9 (26,0 %)
Фонд ОМС	2 255 069,6 (31,2 %)	-	178 489,2 (48,5 %)	1 570 020,3 (43,3 %)	506 560,1 (91,1 %)	-
Фонд социального страхования	69 896,6 (1,0 %)	-	33 258,9 (9,0 %)	36 383,3 (1,0 %)	254,4	-

Расходы из государственных источников	7 228 573,7	38 646,8	368 715,0	3 627 260,9	556 006,1	2 637 944,9
Платные услуги	249 674,2 (84,1 %)	-	116 746,0 (94,2 %)	105 876,4 (73,3 %)	2 549,0 (82,1 %)	24 502,9 (97,0 %)
ДМС	38 057,0 (12,8 %)	-	2 543,7 (2,1 %)	34 958,7 (24,2 %)	554,6 (17,9 %)	-
Прочие источники	9 028,7 (3,1 %)	-	4 589,6 (3,7 %)	3 689,5 (2,5 %)	-	749,5 (3,0)
Расходы за счет внебюджетных средств	296 759,9	-	123 879,3	144 524,6	3 103,6	25 252,4
Всего	7 525 333,6	38 646,8	292 594,3	3 771 785,5	559 109,7	2 663 197,3

Расходы на медикаменты и перевязочные средства за счет государственных источников в 2010 году, в целом, возросли на 16,1 %, по сравнению с 2008 годом, и в 1,5 раза, по сравнению с 2009 годом. В частности расходы на медикаменты и перевязочные средства:

- по скорой медицинской помощи - в 2010 году сократились на 22,2 %, по сравнению с 2009 годом, и увеличились в 2,5 раза, по сравнению с 2008 годом. Финансирование осуществлялось исключительно за счет средств бюджета Санкт-Петербурга;

- по амбулаторно-поликлиническим учреждениям – в 2010 году существенно сократились: на 26,2 %, по сравнению с 2009 годом, и в 11 раз по сравнению с 2008 годом. Столь резкое сокращение бюджетных ассигнований обусловлено, в основном, сокращением числа граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение в рамках получения набора социальных услуг, в связи с их желанием получать денежную компенсацию вместо набора льгот. Так, в 2008 году от льгот отказалось 68 % граждан, имеющих право на них, в 2009 году – 70 %, в 2010 году – 72 %. Фактически в системе льготного обеспечения граждан лекарственными средствами в амбулаторных условиях остаются наиболее нуждающиеся в регулярном приеме лекарственных средств граждане (онкология, психиатрия, туберкулез, диабет). Основной объем финансирования обеспечивается за счет средств бюджета Санкт-Петербурга (28,9 % - в 2009 году, 40,8 % - в 2010 году) и средств бюджета ТФ ОМС (63 % - в 2009 году и 48,5 % - в 2010 году).

При организации лекарственного обеспечения льготной категории граждан, согласно представленным Комитетом по здравоохранению данным, имели место факты, не способствующие обеспечению доступности лекарственных препаратов и, как следствие ненадлежащего процесса лечения, а именно:

- длительность периода поступления сведений в региональный сегмент Федерального регистра о лицах, имеющих право на получение государственной социальной помощи;

- задержка возмещения денежных средств за отпущенные лекарства, услуги склада и аптечной сети;

- недостаточное количество лекарственных средств по ряду наименований на складе фармацевтической организации;

- востребованность лекарственных препаратов, не предусмотренных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, но необходимых для лечения граждан, имеющих право на оказание дополнительной бесплатной медицинской помощи.

Существующая система льготного обеспечения граждан лекарственными средствами в амбулаторных условиях требует дальнейшего совершенствования, поскольку в настоящее время она не позволяет эффективно планировать и контролировать уровень затрат в связи с тем, что подушевой норматив обеспечения необходимыми лекарственными средствами сформирован, исходя из установленной ежемесячной денежной выплаты. С целью эффективного планирования и контроля за уровнем затрат и обеспечения в необходимых количествах остающихся в системе наиболее нуждающихся в регулярном приеме лекарственных средств граждан, необходимо разработать экономически обоснованный механизм анализа потребностей льготных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и изделиях медицинского назначения;

- по стационарной помощи - в 2010 году увеличились: на 14,3 %, по сравнению с 2009 годом, и в 1,4 раза по сравнению с 2008 годом. Основной объем финансирования обеспечивается за счет средств бюджета Санкт-Петербурга (42,3% - в 2009 году, 50,1 % - в 2010 году) и средств бюджета ТФ ОМС (56 % - в 2009 году и 43,5 % - в 2010 году);

- по дневным стационарам - в 2010 году существенно возросли: в 4,4 раза, по сравнению с 2009 годом, и в 5,7 раз по сравнению с 2008 годом. Основной объем финансирования обеспечивается за счет средств бюджета ТФ ОМС (73,8 % - в 2009 году и 91,1 % - в 2010 году);

- иным учреждениям (федеральные, ведомственные, частные и др.) - расходы на медикаменты в 2010 году существенно возросли: в 2,9 раза, по сравнению с 2009 годом, и в 29,8 раз по сравнению с 2008 годом. В 2008-2009 годах финансирование осуществлялось исключительно за счет средств бюджета Санкт-Петербурга. В 2010 году на долю средств бюджета Санкт-Петербурга приходится 26 % в объеме финансирования и 74 % - на долю средств федерального бюджета.

В 2010 году в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17.10.2007 № 682 за счет средств федерального бюджета в Санкт-Петербург поступили препараты, используемые для проведения дорогостоящей терапии больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей. Поставки препаратов осуществлялись по централизованным закупкам Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Следует отметить, что начиная с 2008 года, в целом, отмечается сокращение расходов на медикаменты и перевязочные средства за счет

внебюджетных источников: в 2010 году - на 19,2 %, по сравнению с 2009 годом, и на 26,2 %, по сравнению с 2009 годом. В 2010 году существенно сокращены расходы на медикаменты в амбулаторно-поликлинических учреждениях: на 37,9 % и на 41,2 %, по сравнению с 2009 и 2008 годами, соответственно. В 2010 расходы на медикаменты в дневных стационарах возросли в 2,1 раза и 1,8 раза, в иных учреждениях в 7,8 раз и 1,5 раза, по сравнению с 2009 и 2008 годами, соответственно.

В ходе проводимых Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга проверок стационарных медицинских учреждений Санкт-Петербурга неоднократно устанавливались факты несоблюдения установленных на соответствующий год нормативов средней стоимости медикаментов на один койко-день (ниже от 2 до 10 раз) как для пациентов, получавших лечение в рамках ОМС, так и для пациентов, получавших лечение за счет средств бюджета Санкт-Петербурга, в ряде случаев имела место неоправданная подмена бесплатной медицинской помощи платной: при наличии необходимых медикаментов, приобретенных за счет средств ОМС, пациентам предлагалось применение данных препаратов за плату.

5.1.3. Эффективность и результативность использования средств, выделенных на питание пациентов, проходящих лечение в учреждениях стационарного типа

Организация лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении является неотъемлемой частью лечебного процесса и входит в число основных лечебных мероприятий.

Совершенствование организации и повышение эффективности клинического питания в комплексном лечении больных с различными заболеваниями является одной из важнейших задач современной медицины.

Вопросы организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях регламентируется, прежде всего, **приказом Министерства здравоохранения РФ от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»** (далее – Приказ № 330), а также рядом приложений к этому приказу: **положениями об организации деятельности врача-диетолога и об организации деятельности медицинской сестры диетической, о Совете по лечебному питанию** лечебно-профилактических учреждений. В Приказе № 330 выделены основные положения о необходимости использования в лечебном питании стандартных и специализированных смесей для энтерального питания и специализированных продуктов лечебного питания.

Данным приказом установлены нормы ежедневного потребления натуральных продуктов питания, регламентированные диетологией, и расширены возможности самостоятельного включения новых специализированных смесей и продуктов диетического питания.

В приказе выделены основные направления лечебного питания, представленные в инструкциях по организации лечебного питания и энтерального питания в лечебно-профилактических учреждениях.

Выбор питания строится на обосновании показаний к применению номенклатуры диет. В случаях необходимости диеты могут быть частично дополнены или полностью заменены продуктами энтерального или специализированного питания.

По данным Института питания РАМН, большая часть больных и пострадавших, поступающих в стационары, уже имеют существенные нарушения пищевого статуса. Исходные нарушения питания в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий, особенно при травмах, ожогах, обширных оперативных вмешательствах и других, увеличивают риск развития септических и инфекционных осложнений, отрицательно влияют на продолжительность пребывания больных в стационаре, ухудшают показатели летальности.

Таким образом, в стратегии лечебных мероприятий у больных терапевтического и особенно хирургического профиля одно из центральных мест должны занимать коррекция нарушений обмена веществ и адекватное обеспечение энергетических и пластических потребностей организма пациента. При этом **лечебное питание должно** не только обеспечивать поддержание энергетических и пластических потребностей пациента, но и **быть самостоятельно воздействующим лечебным фактором.**

Расходы на организацию лечебного питания с 2008 по 2010 год, представлены в таблице:

(тыс. рублей)

Источник финансирования	Годы		
	2008	2009	2010
Бюджет Санкт-Петербурга	317 531,9	695 933,1	725 425,3
Фонд ОМС	536 329,8	546 962,3	496 503,8
Фонд социального страхования	1 429,8	8 294,7	7 078,4
Платные медицинские услуги	51 990,1	43 831,7	46 029,8
Итого расходы	907 281,7	1 295 021,8	1 275 037,2

В анализируемый период наблюдается:

- увеличение доли расходов на организацию лечебного питания за счет средств бюджета Санкт-Петербурга;
- сокращение доли указанных расходов за счет средств ОМС;
- сокращение в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, и рост в 2010 году, по сравнению с 2009 годом, - за счет платных услуг.

Расходы на организацию лечебного питания в учреждениях здравоохранения, по направлениям их деятельности, представлены в таблице

(тыс. рублей)

Профиль учреждений	Годы					
	2008	%	2009	%	2010	%
Амбулаторно-	15 132,2	1,7	10 103,5	0,8	12 401,5	1,0

поликлинические учреждения						
Стационары	749 868,4	82,7	822 961,3	63,5	823 073,2	64,6
Дневные стационары	11 861,0	1,3	7 479,2	0,6	11 109,6	0,9
Иные учреждения (в т.ч. детские санатории)	130 420,0	14,3	454 477,8	35,1	428 453,0	33,6
Итого расходы	907 281,6	100,0	1 295 021,8	100,0	1 275 037,2	100,0

В анализируемый период объемы финансирования на организацию лечебного питания:

- в стационарных учреждениях возрастают в течение всего периода;
- в амбулаторно-поликлинических учреждениях сокращаются в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, и возрастают в 2010 году, по сравнению с 2009 годом;
- в дневных стационарах сокращаются в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, возрастают в 2010 году, по сравнению с 2009 годом;
- в иных учреждениях возрастают в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, и сокращаются в 2010 году, по сравнению с 2009 годом.

В ходе проводимых Контрольно-счетной палатой проверок расходования средств на организацию лечебного питания были установлены факты нарушения требований приказа Министерства здравоохранения РФ от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации», устанавливающего порядок организации питания в стационарах:

- расчетная потребность в средствах на приобретение продуктов питания для больных, находящихся на лечении в стационарах за счет средств ОМС, определялась в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС. Однако в ходе проведения проверок установлено, что в отдельных стационарах **фактические расходы на питание** больных существенно **меньше установленного норматива**;
- учреждениями не соблюдаются среднесуточные нормы питания по продуктам с высокой биологической ценностью: молоку, маслу сливочному, рыбе, яйцу, овощам. При этом, отдельные виды продуктов, являющихся источником углеводов, расходуются в объемах, существенно превышающих утвержденные нормы, в частности: крупы, макаронные изделия, мука пшеничная. При наличии ассигнований, в ряде случаев, не производилась закупки, а значит, и не включались в рацион питания больных продукты, предусмотренные среднесуточными нормами питания, в частности: кефир, печенье, кондитерские изделия. Кроме того, даже в летний и осенний периоды не закупались свежие фрукты, овощи (помидоры, огурцы, тыква, редис, цветная капуста, перец сладкий, баклажаны) и зелень (петрушка, укроп, сельдерей), соки фруктовые, овощные.

Несоблюдение при организации лечебного питания указанных норм, разработанных для сбалансированности рационов и соблюдения требований рационального питания, является негативным фактом, отрицательно влияющим на качество восстановления здоровья больных. Кроме того, при закупках преимущественно приобретаются углеводосодержащие продукты. В результате рекомендованные по нормативам хлебобулочные изделия остаются невостребованными пациентами и утилизируются в значительных объемах;

- не соблюдаются утвержденные для блюд нормы веса одной порции, а также технологии и рецептуры приготовления пищи;
- внедренный в два учреждения Санкт-Петербурга опыт организации лечебного питания сторонней организацией путем доставки в термотаре готовых блюд также имеет свои очень значительные недостатки. А именно:

- значительно увеличиваются расходы бюджета на оплату стоимости услуг поставщика. Кроме того, в настоящее время в Санкт-Петербурге законодательно урегулирован только вопрос со стоимостью питания школьников и учащихся средних профессиональных учреждений, для которых установлен предельный процент накладных расходов. В случае предоставления питания сторонними организациями в учреждениях здравоохранения процент накладных расходов никаким нормативным актом не регламентирован и, фактически, предоставлен для решения поставщику;

- учитывая сложную дорожную обстановку в Санкт-Петербурге (пробки, погодные условия), становится проблематичной своевременная доставка готовых блюд;

- не соблюдаются нормы вложений продуктов при приготовлении пищи;

- завышается стоимость продуктов, используемых для приготовления блюд;

- приобретались продукты питания по завышенным ценам, что повлекло сокращение объемов фактических поставок.

Указанные факты свидетельствуют о расходовании бюджетных средств на питание пациентов с нарушением принципа результативности и эффективности использования бюджетных средств, установленного ст. 34 БК РФ.

5.1.4. Эффективность и результативность использования средств, выделенных на проведение капитальных и текущих ремонтов учреждений здравоохранения

В ходе проверок установлено, что средства, выделяемые учреждениям на проведение текущих и капитальных ремонтов, используются крайне неэффективно, в ряде случаев безрезультатно. Отсутствует система действенного контроля со стороны органа исполнительной власти субъекта – Комитета по здравоохранению за проведением процесса ремонта, начиная со

стадии составления проектно-сметной документации. Кроме того, в процессе производства ремонтных работ в ряде случаев изменяются объемы, виды работ, применяемые материалы, однако акты выполненных работ и, соответственно, их оплата производятся по первоначально утвержденным сметам, изменения в проектно-сметную документацию не вносятся.

Так, в ходе проводимых контрольных мероприятий Контрольно-счетной палатой выявлены нарушения при составлении проектно-сметной документации, в том числе завышение объемов работ и материалов, расценок, включение работ (в том числе и по дорогостоящим технологиям), в выполнении которых нет необходимости в рассматриваемом конкретном случае.

Также об отсутствии надлежащего контроля свидетельствует и ненадлежащий технадзор за производством работ. Поскольку в ходе проверок были установлены факты оплаты фактически не выполненных работ и не использованных материалов, что было квалифицировано как материальный ущерб бюджету субъекта, то оплата услуг организаций, осуществлявших технадзор в таких случаях, является неэффективным и нерезультативным использованием бюджетных ассигнований.

В частности Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга было установлено:

1. На стадии подготовки проведения конкурсных процедур по отбору исполнителя производства ремонтных работ главными распорядителями бюджетных средств ненадлежащим образом осуществляется проверка представленных учреждениями здравоохранения в составе конкурсной документации смет на предмет правильности применяемых расценок, документального подтверждения стоимости материалов, которые предполагается использовать при проведении ремонтных работ, а также стоимости оборудования (прайс-листы), которое после проведения ремонтных работ будет установлено в учреждениях здравоохранения.

2. Учреждениями здравоохранения, с ведома главных распорядителей бюджетных средств, заключаются государственные контракты (договоры) на проведение капитального ремонта зданий с несоблюдением проектных решений, с нарушением технологии производства работ и последовательности их выполнения, а также в отсутствие технических возможностей учреждений здравоохранения (недостаток имеющихся мощностей электроэнергии и тепловой энергии) обеспечивающих нормальное функционирование учреждений здравоохранения после проведения работ и монтажа нового энергоемкого медицинского оборудования. В результате возникает необходимость выполнения дополнительных ремонтных работ в уже отремонтированных ранее помещениях, что приводит к излишним расходам бюджета Санкт-Петербурга (ущербу). А именно:

- в 2008 году между Администрацией Кронштадтского района, Городской Больницей № 36 и ООО «НПФ «Строй-Сервис ЛТД» были заключены два государственных контракта на общую сумму

31 666,3 тыс. рублей на выполнение работ по капитальному ремонту первого этажа акушерско-гинекологического отделения Больницы с устройством системы медгазоснабжения, включая поставку систем распределения медицинских газов и устройств высокотехнологичной системы вентиляции, а также выполнения ремонтно-строительных работ в подвальных помещениях акушерско-гинекологического отделения.

Ранее, а именно в 2007 году, был выполнен капитальный ремонт помещений 2 этажа акушерско-гинекологического отделения Больницы с устройством системы медгазоснабжения для новорожденных и рожениц, по оснащению операционных специализированными средствами медицинского освещения, по устройству высокотехнологичной системы вентиляции.

В ходе выполнения работ по ремонту подвальных помещений и помещений первого этажа, представителями подрядной организацией было установлено, что для выполнения работ по вводу в эксплуатацию системы вентиляции в этих помещениях необходимо произвести установку дополнительного оборудования, не предусмотренного проектной документацией, и выполнить дополнительные работы по выводу и прокладке воздуховодов из подвального помещения и первого этажа на кровлю через помещения второго этажа, что повлекло необходимость пробивки отверстий в бетонных потолках и полах в уже отремонтированных в 2007 году помещениях второго этажа акушерско-гинекологического отделения. Проведение вышеуказанных работ повлекло проведение целого ряда демонтажных работ (системы канализации, электрооборудования, медицинского оборудования, системы отопления и водоснабжения), а затем и отделочных работ в отремонтированных и сданных в эксплуатацию помещениях второго этажа. Стоимость указанных работ (по оценке представителей подрядной организации и технической службы Больницы) составила более одного миллиона рублей.

- в период с 2005 по 2008 годы в Санкт-Петербургском государственном учреждении здравоохранения «Центр планирования семьи и репродукции» производился капитальный ремонт. В ходе проверки было установлено, что для нормального функционирования учреждения, ввода в эксплуатацию нового медицинского оборудования, монтажа приточно-вытяжной вентиляции дополнительно требуется, согласно представленным Центром расчетам:

- 196 кВА мощности электроэнергии, в том числе, только для работы вентиляционного оборудования – 150 кВА;

- для нормального функционирования вновь установленного вентиляционного оборудования также недостаточно объема тепловой энергии, получаемой в настоящее время Центром.

Поскольку на момент проверки (2009 год), спустя почти четыре года после начала проведения работ по капитальному ремонту Центром не был решен вопрос о присоединении дополнительной мощности электроэнергии и тепловой энергии, установленное в период 2006 -2009 годов оборудование не

функционировало, произведенные на его приобретение и установку расходы на сумму не менее 23 000 тыс. рублей оказались безрезультатными.

3. Учреждениями здравоохранения заключаются государственные контракты (договоры) с подрядными организациями на выполнение ремонтных работ в отсутствие утвержденной в установленном порядке проектно-сметной документации. В частности, в 2008-2009 годы в Санкт-Петербургском государственном учреждении здравоохранения «Клиническая больница № 46 Святой Евгении» подрядными организациями были выполнены ремонтные работы в отделениях Больницы.

Поскольку указанное учреждение здравоохранения является объектом культурного наследия и зарегистрировано в «Списке выявленных объектов культурного наследия», утвержденном Приказом председателя КГИОП от 20.02.2001 № 15 все ремонтно-строительные и реставрационные работы по объекту подлежат обязательному согласованию с КГИОП. Однако согласования с КГИОП проектно-сметной документации на выполнение работ по капитальному ремонту интерьеров помещений, проведенных подрядными организациями в 2008-2009 годах, у Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Клиническая больница № 46 Святой Евгении» отсутствовали.

4. Учреждениями здравоохранения заключаются государственные контракты (договоры) на выполнение ремонтных работ с подрядными организациями, не имеющими лицензии на проведение соответствующих ремонтных (например, реставрационных) работ.

В нарушение п.п. 6.7 Закона Санкт-Петербурга от 12.07.2007 № 333-64 «Об охране объектов культурного наследия регионального и местного (муниципального) значения в Санкт-Петербурге», предусматривающего, что научно-исследовательские, изыскательские, проектные и производственные работы по реставрации объекта должны были выполнять лица, имеющие лицензию на право осуществления деятельности по реставрации объектов культурного наследия Санкт-Петербурга, Санкт-Петербургским государственным учреждением здравоохранения «Клиническая больница № 46 Святой Евгении» к выполнению ремонтных работ (оштукатуривание и окраска стен, сводов потолков, тяг, карнизов) в помещениях Больницы были привлечены подрядные организации – ООО «Зодчий» и ООО «ЭМ-Технологии», не имеющие права выполнять данный вид работ, поскольку они не имели лицензии на осуществление деятельности по реставрации объектов культурного наследия.

5. Учреждениями здравоохранения заключались государственные контракты (договоры) с подрядными организациями на выполнение ремонтных работ в помещениях, в которых планируется размещение нового медицинского оборудования, без проведения предварительных мероприятий по обследованию технического состояния несущих строительных конструкций, фундаментов, стен, а именно:

- в 2008 году Санкт-Петербургским государственным учреждением здравоохранения «Городская больница № 36» был заключен государственный контракт с ЗАО «Ландор» от 21.02.2008 № 2600/034-1 на сумму 2 415 тыс. рублей на выполнение работ по модернизации рентген кабинета с использованием специализированных рентгенозащитных средств для монтажа комплекса рентгенодиагностического КРД ОКО для одного рабочего места и аппарата рентгенографического цифрового АРЦ-01-ОКО для второго и третьего рабочих мест по адресу: ул. Газовый завод, д. 3 литер А (в пристройке первого этажа центрального корпуса Больницы).

На момент проверки Контрольно-счетной палаты ЗАО «Ландор» были выполнены демонтажные работы нагревательных, сантехнических приборов, трубопроводов, электропроводки и осветительных приборов, дверных полотен и оконных переплетов; работы по отбивке штукатурки с поверхностей стен, а также в помещениях пристройки были установлены оконные блоки из ПВХ.

После подписания указанного государственного контракта и начала работ ООО «Ландор» Больницей был подписан договор с ООО «Мегаполис-Проект» на выполнение работ по обследованию технического состояния и степени благоустройства помещений рентгенологического отделения Больницы с целью оценки целесообразности восстановления пристройки.

В связи с невозможностью продолжения ремонтных работ, обусловленной необходимостью проведения обследования технического состояния здания, контракт был расторгнут. За выполненные ООО «Ландор» работы в помещениях пристройки, подлежащей сносу, Больницей произведена оплата в сумме 709,1 тыс. рублей.

В результате того, что Больницей перед разработкой рабочего проекта на выполнение ремонтных работ в указанных помещениях не было выполнено обследование технического состояния здания и не были своевременно приостановлены демонтажные работы, было осуществлено безрезультатное расходование средств бюджета Санкт-Петербурга в сумме 709,1 тыс. рублей.

6. Учреждениями здравоохранения осуществлялась оплата стоимости указанных в актах о приемке выполненных работ материалов, оборудования (в текущем уровне цен), приобретенных подрядчиком, при отсутствии подтверждающих документов (счетов-фактур, накладных), особенно в тех случаях, когда их стоимость значительно превышала среднерыночные цены.

Так, в 2008 году Санкт-Петербургским государственным учреждением здравоохранения «Центр планирования семьи и репродукции» был заключен государственный контракт «ПСК «ПетроБалт» на сумму 24 798,6 тыс. рублей на выполнение работ по капитальному ремонту помещений 1-го гинекологического отделения, аптеки, по монтажу систем вентиляции отделений: лучевой диагностики, центрального стерилизационного и 1-го гинекологического.

В результате проведенной проверки было установлено:

- из-за необоснованного применения подрядной организацией более дорогостоящих материалов для выполнения выравнивающей стяжки полов, стоимость указанных работ была завышена на сумму 807,4 тыс. рублей;

- стоимость работ по ремонту штукатурки в отделениях Центра, из-за необоснованного применения расценки была завышена на сумму 248,1 тыс. рублей;

- подрядной организацией **была необоснованно завышена стоимость приобретенного оборудования на общую сумму не менее 1 677 тыс. рублей**, в том числе:

- трех рентгенозащитных окон на сумму не менее 345 тыс. рублей;

- трех рентгенозащитных дверей – на сумму не менее 332 тыс. рублей;

- вентиляционного оборудования – на сумму не менее 750 тыс. рублей;

- двух компрессорно-конденсаторных блоков – на сумму не менее 250 тыс. рублей;

Завышение стоимости выполненных работ из-за необоснованного применения расценок, а также завышение стоимости применяемых материалов и приобретенного оборудования повлекло избыточные расходы (ущерб) бюджета Санкт-Петербурга на сумму 2 732,5 тыс. рублей.

7. Учреждениями здравоохранения допускались случаи производства ремонтных работ без оформления договорных отношений, не заключались дополнительные соглашения к государственным контрактам в случаях внесения изменений в отдельные виды и объемы работ, а именно:

- в 2008-2009 годы в Санкт-Петербургском государственном учреждении здравоохранения «Клиническая больница № 46 Святой Евгении» тремя подрядными организациями (ООО «ЭМ-Технологии», ООО «Зодчий», ООО «Проектно-строительное объединение «Реставратор») были выполнены ремонтные работы в отделениях Больницы без оформления договорных отношений. Указанными подрядными организациями были предъявлены к оплате работы на общую сумму 30 597 тыс. рублей.

8. Учреждениями здравоохранения производилась оплата подрядным организациям за ремонтные работы, не предусмотренные государственными контрактами (договорами), выполненные в нарушение технологии их производства, а также за использование необоснованно замененных одних строительных материалов на другие.

Так в 2008 году Санкт-Петербургским государственным учреждением здравоохранения «Центр планирования семьи и репродукции» был заключен государственный контракт с ООО «ПСК ПетроБалт» на сумму 10 499,1 тыс. рублей на выполнение работ по капитальному ремонту большой операционной и помещений 2-го этажа Центра. В ходе ведения ремонтных работ сторонами были внесены изменения в сметную документацию с составлением и утверждением «Исполнительной сметы» в пределах стоимости работ настоящего государственного контракта.

В результате проверки было установлено, что произведена оплата не требующихся для выполнения по технологии производства отдельных видов работ, а именно:

- по выполнению выравнивающей стяжки на основе самовыравнивающегося отделочного ровнителя:

Рабочим проектом и первоначальной сметой к государственному контракту было предусмотрено, что при устройстве полов из керамической плитки и линолеума устройство выравнивающих стяжек выполняется цементно-песчаным раствором.

Однако, ООО «ПСК ПетроБалт» на основании исполнительной сметы и актов приемки выполненных работ, вместо выравнивающей стяжки толщиной 70 мм из цементно - песчаного раствора предъявил к оплате работы: «устройство стяжек цементных на основе пластификаторов и фиброволокна» с использованием «смеси для полов сухих на цементно-песчаной основе», то есть фактически произведена замена цементно-песчаного раствора на дорогостоящий материал – самовыравнивающийся отделочный ровнитель.

Таким образом, из-за необоснованного применения ООО ПСК «ПетроБалт» более дорогостоящих материалов для выполнения выравнивающей стяжки полов, стоимость указанных работ безосновательно завышена на сумму 1 857 тыс. рублей;

- по выполнению прочих строительных работ:

сметой предусмотрен и актами приемки выполненных работ предъявлен к оплате не требующий выполнения (лишний) вид работ «стёсывание неровностей с поверхности стен толщиной до 40 мм» при выполнении работ по отбивке штукатурки с внутренних поверхностей кирпичных стен, по объёму соответствующий объёму работ по виду «отбивка штукатурки». Завышение стоимости работ составляет 1 446,7 тыс. рублей.

Завышение стоимости выполненных работ из-за необоснованного включения в смету отдельных видов работ, в выполнении которых не было необходимости, а также завышение стоимости применяемых материалов при выполнении капитального ремонта большой операционной и помещений 2-го этажа Центра повлекло избыточные расходы бюджета Санкт-Петербурга на общую сумму 3 303,7 тыс. рублей.

9. Ненадлежащее осуществление специализированными организациями технического надзора за строительно-монтажными, ремонтными работами в учреждениях здравоохранения, а именно:

- в 2009 году Санкт-Петербургским государственным учреждением здравоохранения «Городская больница Святого Великомученика Георгия» был заключен на осуществление технического надзора за производством работ по текущему ремонту в помещениях Больницы с ООО «Стройтехнадзор», которым была проверена смета и приняты работы по текущему ремонту помещений Больницы и инженерных коммуникаций без каких-либо замечаний. При этом комиссией в ходе проверки было

установлено, что отдельные работы подрядными организациями не были выполнены вообще, а по некоторым - были значительно завышены объемы работ и использованных материалов а общую сумму 1 525 тыс. рублей:

Однако установленные Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга факты невыполнения подрядными организациями ремонтных работ и не использовавшихся материалов при их производстве на общую сумму не менее 1 525 тыс. рублей, свидетельствуют о ненадлежащем осуществлении ООО «Стройтехнадзор» обязанностей технического надзора. Следовательно, бюджетные средства в сумме 53,1 тыс. рублей, направленные Больницей на оплату услуг ООО «Стройтехнадзор», израсходованы с нарушением принципа результативности и эффективности использования бюджетных средств, установленного ст. 34 БК РФ.

6. Аудит эффективности использования государственных ресурсов здравоохранения в Санкт-Петербурге

Территориальная программа государственных гарантий и ее составная часть - Территориальная программа ОМС являются основными программами, направленными на обеспечение доступности и качества медицинской помощи. В связи с этим необходима оценка эффективности использования государственных средств, результативности этих программ с использованием методов экономического анализа и методик оценки эффективности.

Реализация Территориальной программы госгарантий связана с оптимизацией процесса по следующим направлениям: обеспечение гарантированных объемов медицинской помощи, ее доступности при высоком качестве услуг (медицинский эффект), реальном улучшении состояния здоровья населения (социальный эффект) в рамках финансирования здравоохранения, определенного подушевым нормативом (экономическая эффективность). Целью оптимизации является получение наивысшего медицинского и социального эффекта в рамках финансовых возможностей, предоставляемых бюджетами всех уровней и системой ОМС.

Для получения объективной оценки деятельности органов исполнительной власти субъекта в сфере здравоохранения, ТФ ОМС Санкт-Петербурга, государственных учреждений здравоохранения рабочей группой Контрольно-счетной палаты Санкт-Петербурга были определены критерии и показатели оценки эффективности использования государственных ресурсов при оказании гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, которые были согласованы с Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга.

Для оценки использования государственных ресурсов на оказание бесплатной помощи в Санкт-Петербурге во взаимосвязи с качеством оказываемой помощи применялась комплексная оценка по трем критериям:

- уровень достаточности ресурсов (финансовых, материальных, кадровых);

- доступность бесплатной квалифицированной медицинской помощи;
- качество бесплатной медицинской помощи.

6.1. Критерий «Достаточность ресурсов для оказания бесплатной медицинской помощи»

(показатели уровня обеспеченности ресурсами (финансовыми, материальными, кадровыми)

6.1.1. Финансовые ресурсы

В Санкт-Петербурге в 2008-2010 годах наблюдался рост расходов на здравоохранение. При этом в структуре финансирования расходов на оказание бесплатной медицинской помощи преобладала доля средств бюджета Санкт-Петербурга, хотя, начиная с 2009 года, наблюдается тенденция сокращения расходов за счет указанного источника и увеличения расходов за счет средств ОМС.

Обеспеченность финансовыми ресурсами:

- за счет средств государственных источников (федеральный бюджет, бюджет Санкт-Петербурга, бюджеты государственных внебюджетных фондов) составила:

- в 2008 году – 44 805 218,4 тыс. рублей, в расчете на душу населения - 9,8 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (8,94 тыс. рублей) на 0,9 тыс. рублей;

- в 2009 году – 43 441 906,1 тыс. рублей, в расчете на душу населения - 9,5 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (8,65 тыс. рублей) на 0,9 тыс. рублей;

- в 2010 году - 47 973 061,2 тыс. рублей, в расчете на душу населения - 10,5 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (9,83 тыс. рублей) на 0,7 тыс. рублей.

Обеспеченность финансовыми ресурсами за счет средств государственных источников в анализируемый период превышала установленные нормативные показатели в расчете на душу населения, что свидетельствует о достаточности финансовых ресурсов за счет средств государственных источников;

- за счет средств бюджета Санкт-Петербурга (без учета страховых взносов на ОМС неработающего населения):

- в 2008 году - 25 034 408,9 тыс. рублей, в расчете на душу населения 5,48 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (5 тыс. рублей) на 0,48 тыс. рублей;

- в 2009 году - 21 748 651,9 тыс. рублей, в расчете на душу населения – 4,76 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (4,5 тыс. рублей) на 0,26 тыс. рублей;

- в 2010 году – 23 887 837,4 тыс. рублей в расчете на душу населения 5,2 тыс. рублей, что соответствует утвержденному нормативу (5,2 тыс. рублей).

Обеспеченность финансовыми ресурсами за счет средств бюджета Санкт-Петербурга в анализируемый период **превышала или соответствовала нормативным показателям** в расчете на душу населения, что свидетельствует о **достаточности финансовых ресурсов** за счет средств указанного источника;

- за счет средств обязательного медицинского страхования:

- в 2008 году – 15 229 574,4 тыс. рублей, в расчете на душу населения 3,33 тыс. рублей, что ниже утвержденного норматива (4,8 тыс. рублей) на 1,5 тыс. рублей;

- в 2009 году – 18 066 075,3 тыс. рублей, в расчете на душу населения – 3,95 тыс. рублей, что ниже утвержденного норматива (4,1 тыс. рублей) на 0,15 тыс. рублей;

- в 2010 году – 20 323 722,4 тыс. рублей в расчете на душу населения 4,4 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (3,7 тыс. рублей) на 0,7 тыс. рублей.

Обеспеченность финансовыми ресурсами за счет средств обязательного медицинского страхования в 2008 -2009 годах не достигала нормативных значений, что свидетельствует о недостаточности финансовых ресурсов указанного источника. Лишь в 2010 году обеспеченность финансовыми ресурсами за счет средств обязательного медицинского страхования незначительно превышала установленные нормативы в расчете на душу населения;

- за счет негосударственных финансовых ресурсов (показатели платности медицинской помощи):

- в 2008 году – 5 009 267,7 тыс. рублей (с ростом к предыдущему году на 3 %) или 10,1 % в общем объеме финансирования оказания бесплатной медицинской помощи, из них: расходов домашних хозяйств 3 797 203,1 тыс. рублей (со снижением к предыдущему году на 1,8 %), добровольного медицинского страхования – 521 798,4 тыс. рублей (с ростом к предыдущему году на 34,6 %). В расчете на душу населения показатель платности медицинских услуг составил в 2008 году 1,1 тыс. рублей, в том числе расходы домашних хозяйств – 0,83 тыс. рублей, ДМС – 0,11 тыс. рублей;

- в 2009 году – 6 083 994,3 тыс. рублей (с ростом к предыдущему году на 21,5 %) или 12,3 % в общем объеме финансирования оказания бесплатной медицинской помощи, из них: расходов домашних хозяйств - 4 311 291,5 тыс. рублей (с ростом к предыдущему году на 13,5 %), добровольного медицинского страхования – 705 357,6 тыс. рублей (с ростом к предыдущему году на 35,2 %). В расчете на душу населения показатель платности медицинских услуг составил в 2009 году 1,3 тыс. рублей, в том числе расходы домашних хозяйств – 0,94 тыс. рублей, ДМС – 0,15 тыс. рублей;

- в 2010 году – 5 838 521,2 тыс. рублей (со снижением к предыдущему году на 4 %) или 10,8 % в общем объеме финансирования оказания бесплатной медицинской помощи, из них: расходов домашних хозяйств 4 593 645,7 тыс. рублей (с ростом к предыдущему году на 6,5 %), добровольного медицинского страхования – 752 112,3 тыс. рублей (с ростом к предыдущему году на 6,6 %). В расчете на душу населения показатель платности медицинских услуг составил в 2010 году 1,28 тыс. рублей, в том числе расходы домашних хозяйств – 1 тыс. рублей, ДМС – 0,16 тыс. рублей.

В 2009 – 2010 годах доля расходов за счет внебюджетных средств составляла немногим более 10 % в общем объеме расходов на здравоохранение. В 2008-2009 годах возросли объемы средств, направленных на оплату медицинской помощи, предоставляемой на платной основе, при этом наиболее значительно - в рамках ДМС, что свидетельствует о неудовлетворенности населения предоставляемой бесплатной медицинской помощью и возникновением в связи с этим необходимости оплаты медицинских услуг из личных средств;

- за счет средств всех источников:

- в 2008 году -49 814 486,1 тыс. рублей, в расчете на душу населения - 10,9 тыс. рублей;

- в 2009 году – 49 525 900,4 тыс. рублей, в расчете на душу населения -10,8 тыс. рублей

- в 2010 году – 53 811 582,4 тыс. рублей, в расчете на душу населения – 11,8 тыс. рублей.

Таким образом, **результаты анализа финансового обеспечения предоставления гражданам медицинской помощи за счет различных источников свидетельствуют о достаточности финансовых ресурсов.**

Однако, выявляемые в ходе контрольно-ревизионных мероприятий **факты нерационального, неэффективного, необоснованного и неправомерного использования бюджетных ассигнований свидетельствуют о недостаточно эффективном управлении должностными лицами медицинских учреждений финансовыми ресурсами.**

6.1.2. Кадровые ресурсы

Данные о численности работников ЛПУ за период 2008-2010 годов приведены в таблице:

(человек)

Наименование должности	За 2008 год				За 2009 год				За 2010 год			
	Количество ставок		% заня- тости	Число физ. лиц	Количество ставок		% заня- тости	Число физ. лиц	Количество ставок		% заня- тости	Число физ. лиц
	штатных	занятых			штатных	занятых			штатных	занятых		
Всего должностей, из них:	127 419,0	117 628,0	92,3	72 628	120 637,5	114 329,0	94,8	74 351	119 659,9	111 026,4	92,8	74 955
Врачи	28 130,5	26 459,8	94,1	18 849	27 608,0	26 457,5	95,8	19 086	27 996,0	26 426,3	94,4	19 230
Средний мед. персонал	50 943,0	47 851,8	93,9	30 772	48 450,5	46 275,0	95,5	31 108	48 578,8	45 631,3	93,9	31 086
Младший мед. персонал	24 992,3	22 037,8	88,2	10 497	23 244,3	21 495,5	92,4	11 286	23 331,3	20 824,8	89,3	11 534
Прочий персонал	21 517,0	19 619,5	91,2	11 483	19 589,3	18 436,3	94,1	11 817	19 753,8	18 144,0	91,9	12 089

Количество работников (физических лиц) ЛПУ значительно меньше количества штатных ставок. Так, количество работников (физических лиц):

- занимающих **врачебные должности** составляло всего 67 % штатной численности – в 2008 году; 67,1 % - в 2008 году и 68,7 % - в 2010 году;

- занимающих должности **среднего медицинского персонала** составляло всего 60,4 % штатной численности - в 2008 году, 64,2 % - в 2009 году и 64 % - в 2010 году;

- занимающих должности **младшего медицинского персонала** составляло всего 42 % штатной численности - в 2008 году, 48,6 % - в 2009 году и 49,4 % - в 2010 году.

Сопоставление штатной и фактической численности персонала показало, что нагрузка на одно физическое лицо, в среднем составила

	<u>2008 год</u>	<u>2009 год</u>	<u>2010 год</u>
врачи	1,5 ставки	1,4 ставки	1,5 ставки
средний медицинский персонал	1,7 ставки	1,6 ставки	1,6 ставки
младший медицинский персонал	2,4 ставки	2,1 ставки	2 ставки

Уровень укомплектованности персонала составил:

	<u>в 2008 году:</u>	<u>в 2009 году:</u>	<u>в 2010 году</u>
врачей	94,1 %	95,8 %	94,4 %
среднего медицинского персонала	93,9 %	95,5 %	93,9 %
младшего медицинского персонала	88,2 %	92,4 %	89,3 %
прочего персонала	91,2 %	94,1 %	91,9 %

Укомплектованность штатной численности младшего медицинского персонала в течение 2008 - 2010 годов составляла в среднем 88,2 %, 92,4 %, 89,3 %, соответственно.

Показатели обеспеченности кадровыми ресурсами приведены в таблице:

Показатели обеспеченности кадровыми ресурсами:	2008 год	2009 год	2010 год
врачами на 10 тыс. населения (человек)	41,3	41,7	41,6
средним медицинским персоналам на 10 тыс. населения (человек)	67,4	67,9	67,8

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала (%)	61,3	61,4	61,9
Объем нагрузки врачей амбулаторно-поликлинических учреждений (число посещений в год на 1 врача)	3 203,5	3 191,4	3 096,2
Среднее число дней работы койки (в стационарах)	315,0	321,3	327,1
Средняя длительность пребывания в стационаре	13,1	13,3	13,4
Средняя заработная плата в отрасли «Здравоохранение» (на физическое лицо), в том числе:	17 573	19 864	23 604
- врачи	23 348	26 263	29 018
- ср. мед. персонал	16 621	18 925	22 128
- мл. мед. персонал	10 650	12 075	13 144
- прочий персонал	16 386	18 768	20 581

В 2008 - 2010 годах обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения составила в среднем 41,5 и 67,5 специалиста. Соотношение врачей и среднего медицинского персонала составило в среднем 61,5 %.

В 2009 - 2010 годах, по сравнению с 2008 годом, наблюдается незначительное увеличение обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом на 1 % и 0,7 %, соответственно. Соотношение врачей и младшего медицинского персонала также возросло на 0,2 % и 1 %, соответственно.

Согласно данным, приведенным в информации о проведенной ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ» в 2011 году комплексной оценке кадрового состава системы здравоохранения, в Российской Федерации средний показатель обеспеченности врачами в 2010 году сложился на уровне 44,1 человек на 10 тыс. населения, средним медицинским персоналом – на уровне 93,6 человек на 10 тыс. населения.

Таким образом, **Санкт-Петербург относится к регионам, уровень обеспеченности врачами в которых стремится к среднему показателю, а уровень обеспеченности средним медицинским персоналом является низким** (менее 80 человек персонала на 10 тыс. населения).

В 2009 и 2010 годах по сравнению с 2008 годом объем нагрузки врачей амбулаторно-поликлинических учреждений снизился на 0,4 % и 3,3 %, а среднее число дней работы койки в стационарах увеличилось на 2 % и 3,8 %, в связи с чем, увеличилась и средняя длительность пребывания в стационаре на 1,5 % и 2,3 %, соответственно.

В 2009 - 2010 годах, по сравнению с 2008 годом, средняя заработная плата в целом по отрасли «Здравоохранение» (на физическое лицо) возросла на 13 % и 18,8 %, в том числе: врачей - на 12,5 % и 24,3 %, среднего медицинского персонала - на 13,7 % и 33,1 %, младшего медицинского персонала - на 13,4 % и 23,4 % и прочего – на 14,5 % и 25,6 %.

В 2009 - 2010 годах, по сравнению с 2008 годом, наблюдается незначительное увеличение обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом на 1 % и 0,7 %, соответственно. Соотношение

врачей и младшего медицинского персонала также возросло на 0,2 % и 1 %, соответственно.

В соответствии с данными отчетов формы № 30 работа врачей поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации приведена в таблице:

Наименование должностей	Число посещений врачей, включая профилактические		
	2008	2009	2010
Врачи всего	33 779 653	33 939 232	34 024 033
терапевты - всего	7 159 981	7 230 878	7 212 556
<i>из них: терапевты</i>			
<i>участковые</i>	6 299 189	6 382 602	6 418 737
<i>врачебных амбулаторий</i>	7 088	12 792	7 288
<i>цеховых</i>	116 131	107 478	96 305
<i>терапевты подростковых кабинетов</i>	169 553	166 745	150 422
пульмонологи	161 632	171 947	163 877
ревматологи	146 823	151 429	142 786
кардиологи	553 860	584 117	579 172
гастроэнтерологи	259 655	294 522	275 415
диетологи	305	672	803
нефрологи	103 214	106 901	101 663
эндокринологи	781 732	725 470	760 116
диабетологи	22 860	18 727	7 356
аллергологи-иммунологи	226 029	210 634	197 610
гематологи	43 293	43 978	48 861
инфекционисты	511 596	564 655	539 480
физиотерапевты	733 248	727 576	688 062
врачи по лечебной физкультуре	367 773	342 344	298 611
врачи по спортивной медицине	515 335	500 010	560 282
хирурги	1 708 844	1 676 006	1 658 420
сердечно-сосудистой хирургии	22 535	24 026	23 742
колопроктологи	16 616	21 187	23 514
травматологи-ортопеды	1 700 191	1 648 628	1 594 822
врачи мануальной терапии	33 169	24 172	17 039
урологи	585 468	587 587	574 366
нейрохирурги	4 165	4 656	4 453
эндоскописты	6 705	7 480	2 095
онкологи	493 843	530 822	545 743
радиологи	6 894	7 353	10 034
челюстно-лицевые хирурги	1 572	2 084	4 833
акушеры-гинекологи	2 776 393	2 855 164	2 803 080
педиатры-всего	3 141 913	3 376 101	3 503 771
<i>из них участковые педиатры</i>	2 945 799	3 129 279	3 211 727
детские хирурги	345 414	344 809	379 016
детские онкологи	5 897	5 247	6 025
детские эндокринологи	113 967	114 641	113 814
неонатологи	22 796	10 339	10 966
офтальмотологи	1 996 873	1 909 614	1 928 697
отоларингологи	1 662 339	1 629 954	1 587 604
сурдологи-оториноларингологи	17 489	19 101	17 744
фтизиатры	1 316 505	1 268 614	1 236 723
неврологи	2 000 135	1 940 045	1 887 325
психиатры	593 054	575 268	587 630
<i>в том числе психиатры</i>			
<i>участковые</i>	449 708	443 195	455 150
<i>психиатры детские</i>	90 838	92 419	90 732

Наименование должностей	Число посещений врачей, включая профилактические		
<i>в том числе психиатры участковые</i>	80 480	83 301	81 182
<i>психиатры подростковые</i>	35 483	30 916	30 386
<i>в том числе психиатры участковые</i>	32 836	28 628	28 511
наркологи	315 721	309 786	292 548
психотерапевты	120 749	125 154	121 860
дерматовенерологи	1 411 757	1 377 495	1 346 988
сексологи	-	2 829	2 109
генетики	31 820	32 279	31 615
гериатры	117 996	113 943	120 217
профпатологи	78 221	64 018	60 702
рефлексотерапевты	59 240	57 328	53 120
общей практики (семейные)	1 120 804	1 202 564	1 262 330
интерны	6 185	9 581	1 852
прочие	61 172	97 417	361 046
<i>из них:</i> <i>врачи здравпункта</i>	-	-	49 295
<i>врачи по ушному протезированию</i>	-	-	3 045
<i>паразитологи</i>	-	-	4 910
<i>врачи восстановительной медицины</i>	-	-	75 526
<i>врачи приемного отделения</i>	-	-	228 270

В 2009 году, по сравнению с 2008 годом, в целом число посещений врачей увеличилось на 0,5 %, из них: терапевтов участковых – на 1,3 %, терапевтов врачебных амбулаторий – на 80 %. Наибольший рост числа посещений отмечается у врачей: диетологов – в 2,2 раза, челюстно-лицевой хирургии – на 32,6 %, колопроктологов – на 27,5 %, гастроэнтерологов – на 13,4 %, нейрохирургов и эндоскопистов – 11,8 % и 11,6 %, соответственно и инфекционистов – на 10,4 %. Продолжает развиваться служба врачей общей практики.

При этом значительное снижение числа посещений отмечается у врачей: неонатологов – на 54,6 %, мануальной терапии – на 27,1 %; диабетологов – на 18,1 %, психиатров подростковых – на 12,9 %, нейрохирургов и эндоскопистов – на 11,8 % и 11,6 %, соответственно.

В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, число посещений врачей в целом увеличилось на 0,3 %, из них: терапевтов участковых на - 0,6 %, педиатров - на 3,8 %. Наибольший рост числа посещений - в 3,7 раза отмечается у прочих врачей, к которым относятся врачи: здравпунктов, по ушному протезированию, паразитологов, восстановительной медицины и приемного отделения.

При этом значительное снижение числа посещений отмечается у врачей: диабетологов - на 60,7 %, терапевтов врачебных амбулаторий – на 43,4 %, мануальной терапии – на 29,5%.

Таким образом, обеспеченность населения медицинским персоналом не соответствует потребностям населения и вызывает необходимость совместительства. Обеспечение выполнения фронта работ

совмещением профессий, расширением зоны обслуживания и т.п. не способствуют достижению надлежащей доступности и качества оказываемой медицинской помощи.

6.1.2.1. Повышение квалификации медицинского персонала

В 2009 году в лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга отмечается увеличение числа специалистов высшей категории при уменьшении количества сотрудников - первой и второй. Так прирост врачей и среднего медицинского персонала высшей категории в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, составил 2,07 % и 1,84 % соответственно. В Санкт-Петербурге наблюдается увеличение притока молодых специалистов в медицинские учреждения. Кадровая политика Комитета по здравоохранению основана на поддержке молодых специалистов и направлена на повышение уровня их профессиональной подготовки. Ежегодно в клинической ординатуре Комитета по здравоохранению обучается около 120 врачей: в 2008 году – 117, в 2009 году – 118.

В лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга в период 2008-2009 годы наблюдается динамика к росту числа сертифицированных специалистов из числа среднего медицинского персонала. В 2008 году число сертифицированных медицинских работников увеличилось на 1,1 %, в 2009 году – на 0,7 %.

В 2009 году в городских учреждениях здравоохранения работало – 88 082 человека, в том числе: врачей – 21 965 чел., среднего медицинского персонала – 36 471 чел., младшего медицинского персонала – 13 691 чел.

Ежегодный прирост медицинского персонала составляет:

- врачей – на 1,3 % в 2008 году, их количество составляло 21 456 человек, в 2009 году – на 2,4 % (21 965 человек);
- среднего медицинского персонала – на 1,6 % в 2009 году и составило 36 471 человек.

За 2008-2009 годы в лечебных учреждениях наблюдается рост укомплектованности штатных должностей всеми медицинскими кадрами, так в 2009 году:

- врачами – на 1,5 %, укомплектованность составила 95 %, среднего медицинского персонала – на 1,8 % и составила 94,9 %.

Несмотря на ежегодный прирост физических лиц медицинского персонала и укомплектованности штатных должностей в лечебных учреждениях остается достаточно высокий коэффициент совместительства должностей:

в 2008 году: врач - 1,4 ставки, средний медицинский персонал – 1,53 ставки;

в 2009 году: врач – 1,37 ставки, средний медицинский персонал – 1,48 ставки.

Профессиональный состав врачей и среднего медицинского персонала учреждений и организаций, оказывающих медицинскую помощь

населению, свидетельствует о наличии реальной возможности оказания качественной и квалифицированной медицинской помощи.

Однако недостаточность кадровых ресурсов, обусловленная, в основном, неудовлетворенностью медицинского персонала уровнем заработной платы, довольно высокая степень нагрузки среднего и младшего медицинского персонала, влечет несоблюдение установленных норм медицинского обслуживания, что приводит к снижению качества и доступности оказания гражданам медицинской помощи.

6.1.3. Обеспеченность материальными ресурсами

6.1.3.1. Скорая медицинская помощь

В Санкт-Петербурге объемы скорой медицинской помощи перераспределяются между Городской станцией скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

В 2008 году Городская станция скорой медицинской помощи выполнила 30 % всех вызовов, станции и отделения скорой медицинской помощи при городских поликлиниках и пригородных районах – 70 %, в 2009 году - 37,6 % и 62,4 %, соответственно, в 2010 году – 25,5 % и 74,5 %, соответственно.

В 2008-2009 годах количество бригад скорой медицинской помощи в целом, в расчете на 1 000 чел. населения увеличивается: в 2008 году - 0,232; в 2009 году – 0,237, в том числе:

- отделений скорой медицинской помощи при городских поликлиниках в 2008 году – 0,075, в 2009 году – 0,077;

- пригородные станции и отделения скорой медицинской помощи в 2008 году – 0,109 бригад, в 2009 году - 0,112.

Количество бригад скорой помощи Городской станция скорой медицинской помощи не изменилось и составило 0,048.

За 2010 год службой скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга выполнено 1 784 231 вызовов, что на 25 695 больше, чем в 2009 году, из них доставка пациентов на гемодиализ и обратно составила 175 558 вызовов.

Объемы скорой медицинской помощи в 2010 году перераспределялись между Городской станцией скорой медицинской помощи (СПб ГУЗ ГССМП) и амбулаторно-поликлиническими учреждениями Санкт-Петербурга следующим образом:

- СПб ГУЗ ГССМП выполнила 25,5 % всех вызовов;
- отделения скорой медицинской помощи для взрослого населения при городских поликлиниках - 51 % вызовов;
- отделения скорой медицинской помощи для детского населения при городских поликлиниках - 11,2 % вызовов;
- станции и отделения СМП пригородных районов - 12,3 %.

Во исполнение постановления Правительства Санкт-Петербурга от 07.07.2007 № 731 «О Плане мероприятий по совершенствованию и развитию материально – технической базы учреждений скорой медицинской помощи

Санкт-Петербурга на 2007-2011 годы» были проведены мероприятия, например:

в 2008 году:

- закуплено медицинское оборудование для оснащения выездных бригад (наркозные аппараты, кислородные ингаляторы, дефибрилляторы, электрокардиографы, аппараты искусственной вентиляции легких, ларингоскопы, глюкометры и другое оборудование);

- для СПб ГУЗ «Автобаза скорой и неотложной помощи» приобретено 64 автомобиля скорой медицинской помощи марки «Форд»;

- выполнено оснащение охранной и пожарной сигнализацией СПб ГУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» и 15 отделений скорой медицинской помощи;

- для оснащения выездных бригад приобретены рации, навигационные комплексы;

в 2009 году:

- выполнено оснащение охранной и пожарной сигнализацией СПб ГУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» и 11 отделений скорой медицинской помощи;

- закуплено медицинское оборудование для оснащения выездных бригад СПб ГУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» и для 31 станции в 14 районах;

- введена в эксплуатацию система управления выездными бригадами скорой медицинской помощи с помощью GPS - навигации и резервная сотовая связь;

- закуплены средства радио и телефонной связи для 21 станции в 14 районах;

- производилась замена лифтового оборудования;

в 2010 году:

- закуплено медицинское оборудование для оснащения выездных бригад СПб ГУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи»;

- закуплено оборудование телефонной и радио связи;

- начата разработка программного обеспечения автоматизированной системы вызовов «03» СПб ГУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи».

Выполнение и перевыполнение гарантированных объемов скорой медицинской помощи по количеству вызовов на душу населения свидетельствует о достаточности материальных ресурсов по данному виду помощи.

6.1.3.2. Стационарная помощь

В 2008-2010 годах в Санкт-Петербурге число коек в лечебных учреждениях изменялось незначительно: в 2008 году в стационарах системы Комитета по здравоохранения имелось 31 965 коек из них для взрослых – 28 490 коек, для детей - 3 485 койки, в 2009 году - 31 926 койки, в том числе:

для взрослых - 28 441, для детей – 3 485, в 2010 году – 31 711 койки, в том числе: для взрослых – 28 244, для детей – 3 467.

Однако результаты проверок учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга свидетельствуют о недостаточности обеспеченности населения Санкт-Петербурга больничными койками. В стационарах Санкт-Петербурга сверх утвержденной Комитетом по здравоохранению коечной мощности разворачиваются дополнительные койки.

В соответствии с требованиями п. п. 3.4 Санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 06.06.2003 № 124, площадь основных помещений палатных отделений следует принимать (в палатах на 2 и более коек) из расчета не менее 7 кв. м на одну койку.

Однако стремление учреждений получать доходы не только от оказания медицинских, но и сервисных услуг приводит к созданию палат повышенной комфортности, площадь в которых значительно превышает нормативные значения. Создание палат повышенной комфортности производится в ущерб размещению других пациентов стационаров.

При проведении проверок Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга практически во всех стационарах города устанавливаются нарушения требований Санитарно-эпидемиологических правил и нормативов. Так, в палатах повышенной комфортности на одну койку приходится от 7,1 кв. м до 20 кв. м площади, а на одну койку в обычных палатах от 3 кв. м до 6 кв. м.

Таким образом, практически во всех случаях, в палатах повышенной комфортности площадь помещений превышает минимально установленную, а в обычных палатах – не достигает минимума.

Кроме того, для приема пациентов сверх установленной мощности в учреждении устанавливаются дополнительные койки, в том числе и в коридорах, что влечет нарушение **требований Санитарно-эпидемиологических правил и нормативов.**

Например, при проверках было установлено, что в СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» в некоторых четырехместных палатах было установлено по шесть коек; в СПб ГУЗ «Городская больница № 40 Курортного административного района» в некоторых четырехместных палатах было установлено по восемь коек; в СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» в некоторых четырехместных палатах было установлено по шесть коек.

Несоблюдение требований законодательства в отношении гигиенических и иных нормативов не позволяет в полной мере обеспечить санитарно-эпидемиологическое благополучие пациентов - одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья, установленных Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Кроме того, вследствие продолжительного времени эксплуатации большинство зданий требуют капитального ремонта и реконструкции. В связи

с этим ежегодно значительное количество коек в стационарах сворачивается на время проведения ремонтных работ.

Таким образом, указанные факты свидетельствуют о **недостаточности обеспеченности населения Санкт-Петербурга больничными койками.**

6.1.3.3. Амбулаторно-поликлиническая помощь

В 2008-2009 годах в Санкт-Петербурге наблюдается незначительный рост мощностей амбулаторно-поликлинических учреждений (посещения в смену на 10 000 тыс. человек). В 2008 году мощность увеличилась, по сравнению с 2007 годом, на 1,2 % и составила 292,4 посещения в смену, в 2009 году – увеличилась на 0,9 % и составила 295 посещения в смену. В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, мощность уменьшилась на 1,3 % и составила 291,3 посещения в смену.

Фактически в 2009 году количество посещений амбулаторно-поликлинических учреждений увеличилось, по сравнению с 2008 годом, на 236 908 посещений и составило 39 860 705 посещений.

В 2010 году количество посещений амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось, по сравнению с 2009 годом, на 957 333 посещения и составило 38 903 372 посещения. Число посещений в смену в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, возросло на 1 549 посещений и сократилось в 2010 году, по сравнению с 2009 годом, на 331 посещение.

Данные о мощности (число посещений в смену) амбулаторно-поликлинических учреждений в Санкт-Петербурге в 2008-2010 годах приведены в таблице:

Структуры амбулаторно-поликлинического звена	число посещений в смену		
	2008 год	2009 год	2010 год
Поликлиники	82 507	82 820	81 439
Детские поликлиники	27 804	28 513	28 613
Женские консультации	7 975	7 885	7 925
Диспансерные отделения	15 293	15 293	15 293
Амбулатории	-	67	67
Консультативно-диагностические центры	-	550	1 390
Итого	133 579	135 128	134 797

В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, отмечено сокращение числа посещений поликлиник, незначительный рост числа посещений детских поликлиник и женских консультаций и резкий рост (в 2,5 раза) числа посещений консультативно-диагностических центров.

В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, уменьшилось число посещений врачами на дому на 5,3 % и число посещений платных кабинетов населением Санкт-Петербурга на 12,3 %.

Динамика числа посещений амбулаторно-поликлинических учреждений Санкт-Петербурга в 2008-2010 годах приведены в таблице:

Показатель	Абсолютное число (тыс.)			На 1 жителя в год			Посещения платных кабинетов	
	в поликлинике	на дому	всего	в поликлинике	на дому	всего	абс. (тыс.)	на 100 жителей
2008	34 743,3	3 479,2	38 222,5	7,6	0,8	8,4	1 582,3	34,6
2009	35 002,1	3 639,6	38 641,7	7,6	0,8	8,4	1 419,4	31
2010	35 255,2	3 445,3	38 700,5	7,7	0,8	8,4	1 249,6	27,2

В анализируемом периоде наблюдается увеличение абсолютного числа посещений в поликлинике и сокращение показателей: посещений на дому и посещений платных кабинетов.

В то же время фактическое число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в расчете на одного жителя – 8,4 не достигало в анализируемый период нормативных значений – 9,5. **На основании произведенного анализа может быть сделан вывод о недостаточности обеспеченности населения мощностями амбулаторно-поликлинических учреждений.**

6.1.3.4. Дневные стационары

В Санкт-Петербурге развивается сеть дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях. В 2008 году произошло увеличение количества коек, по сравнению с 2007 годом, на 7,4 % и составило 4 752 койки, в 2009 году – на 2,6 % и составило 4 875 коек, в 2010 году количество коек сократилось на 0,2 % и составило 4 865 коек.

В 2009 году средняя занятость койки дневного стационара в амбулаторно-поликлинических учреждениях, по сравнению с 2008 годом, возросла на 13,6 % и составила 351 день, увеличилось количество пролеченных больных на 13,2 % и составило 169 099 человек.

В 2010 году средняя занятость койки дневного стационара в амбулаторно-поликлинических учреждениях, по сравнению с 2009 годом, возросла на 26,2 % и составила 443 дня, при этом количество пролеченных больных возросло на 1 % и составило 170 771 человек.

Данные об основных показателях деятельности дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга в 2008-2010 годах приведены в таблице:

Показатель	2008 год	2009 год	2010 год
Число учреждений, имеющих дневные стационары	130	135	116
Число коек: всего	4 752	4 875	4 865
Лечилось больных: всего	130 918	144 231	134 831
Проведено дней лечения	1 469 866	1 712 208	2 154 809
Средняя длительность пребывания больного в дневном стационаре АПУ (дни)	11,2	11,9	16,0
Средняя занятость койки дневного стационара АПУ в год (дни)	309	351	443

В 2009 году, по сравнению с 2008 годом, наблюдался рост количества учреждений, имеющих дневные стационары (на 3,8 %), незначительный рост числа коек в дневных стационарах (на 2,5 %), увеличение (на 10 %) количества пациентов, проходящих в них лечение, при практически неизменной средней длительности пребывания больного в дневном стационаре. В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, сократилось количество учреждений, имеющих дневные стационары и, соответственно число коек в них и количество пролеченных больных. При этом значительно увеличилась (на 34 %) средняя длительность пребывания больного в дневном стационаре.

Фактическое количество пациенто-дней в 2008 году не достигало уровня территориального норматива, в 2009-2010 годах – превышало.

Выполнение и перевыполнение гарантированных объемов по данному виду медицинской помощи свидетельствует о достаточности материальных ресурсов по данному виду помощи.

6.2. Критерий «Доступность бесплатной квалифицированной медицинской помощи»

(показатели обеспечения доступности бесплатной медицинской помощи)

Данные по фактическим показателям объемов и финансирования по скорой медицинской помощи приведены в таблице:

Показатели	Показатели, рассчитанные на основании территориальных нормативов	По отчетным данным по форме № 62	
		Утверждено	Исполнено
2008 год			
Число вызовов скорой медицинской помощи	1 545 060,2	1 633 540,0	1 648 630,0
Число обслуженных лиц	-	1 798 042,0	1 671 918,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	2 015 070,0	2 015 070,0	1 977 150,4
2009 год			
Число вызовов скорой медицинской помощи	1 544 000,0	1 543 000,0	1 691 975,0
Число обслуженных лиц	-	1 775 452,0	1 711 641,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	2 013 700,0	2 013 700,0	3 305 476,2
2010 год			
Число вызовов скорой медицинской помощи	1 452 639,0	1 452 634,0	1 698 547,0
Число обслуженных лиц за год	-	1 633 458,0	1 715 260,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	2 484 150,0	2 484 150,0	2 891 912,2

Анализ показателей объемов и стоимости скорой медицинской помощи показал:

- в 2008 году – фактическое число вызовов скорой медицинской помощи составило 1 648 630 случаев, что на 6,7 % больше числа вызовов,

рассчитанных исходя из территориального норматива. При этом стоимость единицы объема медицинской помощи составила 1 199,2 рублей, что на 8 % меньше территориального норматива;

- в 2009 году – фактическое число вызовов скорой медицинской помощи составило 1 691 975 случаев, что на 9,6 % превысило число вызовов, рассчитанное исходя из территориального норматива. По сравнению с 2008 годом, в 2009 году стоимость единицы объема медицинской помощи увеличилась в 1,6 раза и составила 1 953,6 рублей, с превышением территориального норматива на 49,8 %.

Столь существенное превышение утвержденного норматива обусловлено, в основном, чрезвычайными ситуациями с медицинскими последствиями. В частности: для оказания медицинской помощи в ликвидации медицинских последствий террористического акта на железной дороге на границе Тверской и Новгородской областей 27.11.2009 года (поезд «Невский экспресс») и пожара в ночном клубе «Хромая лошадь» в г. Пермь 05.12.2009 года привлекались на догоспитальном этапе 42 и 32 бригады скорой медицинской помощи, соответственно. Финансовое обеспечение осуществлялось за счет городского резерва медицинского имущества для ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций в Санкт-Петербурге и средств страховых медицинских компаний.

- в 2010 году – фактическое число вызовов скорой медицинской помощи составило 1 698 547 случаев, что на 16,9 % превысило число вызовов, рассчитанное исходя из территориального норматива. При этом, стоимость единицы объема медицинской помощи составила 1 702,6 рублей, что на 0,5 % ниже территориального норматива.

В 2010 году, по сравнению с предыдущими годами, сократилось количество больных доставленных в стационар, по отношению к количеству выполненных вызовов с оказанием медицинской помощи, почти в 2 раза. При этом среднее время выполнения одного вызова практически не изменилось и составляло 1 час.

В 2010 году, по сравнению с 2008 годом, количество обращений в службу скорой помощи (на 1 000 населения) существенно возросло - на 32,3 %, и на 5,9 %, по отношению к 2009 году.

Данные по фактическим показателям объемов и стоимости по помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, приведены в таблице:

Показатели	Показатели, рассчитанные на основании территориальных нормативов	По отчетным данным по форме № 62	
		Утверждено	Исполнено
2008 год			
Число пациенто-дней	2 500 437,6	2 551 590,0	1 857 142,0
Число пролеченных больных, чел..	-	276 970,0	149 315,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	1 045 530,0	1 045 530,0	542 435,8
Средняя стоимость лечения одного больного, рублей	-	3 774,9	3 632,8

Средние сроки лечения, дни	-	9,2	12,4
Средняя стоимость лечения одного пациента-дня, рублей	418,1	409,8	292,1
Уровень лечения в дневных стационарах на 1 000 жителей	-	-	32,7
2009 год			
Число пациенто- дней	2 178 958,4	2 178 958,0	2 220 251,0
Число пролеченных больных, чел..	-	179 400,0	169 099,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	792 800,0	721 500,0	724 526,5
Средняя стоимость лечения одного больного, рублей	-	4 021,7	4 284,6
Средние сроки лечения, дни	-	12,1	13,1
Средняя стоимость лечения одного пациента-дня, рублей	363,8	331,1	326,3
Уровень лечения в дневных стационарах на 1 000 жителей	-	-	37,0
2010 год			
Число пациенто-дней	2 740 828,2	2 877 633,0	2 835 531,0
Число пролеченных больных, чел..	-	206 033,0	170 771,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	1 513 290,0	1 513 290,0	1 528 376,0
Средняя стоимость лечения одного больного, рублей	-	7 344,9	8 949,9
Средние сроки лечения, дни	-	14,0	16,6
Средняя стоимость лечения одного пациента-дня, рублей	552,1	525,9	539,0
Уровень лечения в дневных стационарах на 1 000 жителей	-	-	37,4

Анализ показателей объемов и стоимости дневных стационаров показал:

- в 2008 году – фактическое число пациенто-дней составило 1 857 142, что на 25,7 % ниже числа пациенто-дней, рассчитанных на основании территориального норматива. Стоимость единицы объема медицинской помощи составляла 292,1 рублей, что на 30,1 % меньше территориального норматива;

- в 2009 году – фактическое число пациенто-дней составило 2 220 251, что на 1,9 % выше числа пациенто-дней, рассчитанных на основании территориального норматива. Стоимость единицы объема медицинской помощи составляла 326,3 рублей, что на 10,3 % меньше территориального норматива;

- в 2010 году - фактическое число пациенто-дней составило 2 835 531, что на 3,5 % выше числа пациенто-дней, рассчитанных на основании территориального норматива. Стоимость единицы объема медицинской помощи составляла 539 рублей, что на 2,4 % меньше территориального норматива.

Начиная с 2008 года, отмечается постепенный рост показателя числа пролеченных больных в дневных стационарах: в 2010 году, по сравнению с 2008 и 2009 годами, отмечен прирост на 14,4 % и на 1 %, соответственно. Показатель уровня лечения в дневных стационарах на 1 000 жителей возрос в 2010 году, по сравнению с 2008 и 2009 годами, на указанные проценты.

В 2010 году, по сравнению с 2008 и 2009 годами, стоимость лечения одного пациента увеличилась в 2,5 и 2,1 раза, соответственно. Одной из причин увеличения стоимости лечения одного больного явилось увеличение продолжительности лечения одного больного - в 1,3 раза.

Данные по фактическим показателям объемов и стоимости по стационарной помощи, приведены в таблице:

Показатели	Показатели, рассчитанные на основании территориальных нормативов	По отчетным данным по форме № 62	
		Утверждено	Исполнено
2008 год			
Число койко-дней		11 608 315,0	11 114 312,0
Число пролеченных больных, чел..	-	857 491,0	850 449,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	14 348 710,0	15 757 180,0	15 646 503,1
Средняя стоимость лечения одного больного, рублей	-	18 375,9	18 397,9
Средняя стоимость одного койко- дня, рублей	1 213,8	1 357,4	1 407,8
Средние сроки лечения, койко-дни	-	13,5	13,1
Уровень госпитализации на 1000 жителей	-	-	186,2
2009 год			
Число койко дней	11 959 147,0	11 959 147,0	11 261 871,0
Число пролеченных больных, чел..	-	898 836,0	880 029,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	15 995 600,0	15 874 675,6	16 395 868,9
Средняя стоимость лечения одного больного, рублей.	-	17 661,4	18 631,1
Средняя стоимость одного койко- дня, рублей	1 337,5	1 357,4	1 455,9
Средние сроки лечения, дни	-	13,3	12,8
Уровень госпитализации на 1000 жителей	-	-	192,6
2010 год			
Число койко - дней	11 260 235,9	11 972 519,0	11 013 124,0
Число пролеченных больных, чел..	-	800 889,0	856 834,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	17 923 600,0	18 963 330,0	18 787 097,1
Средняя стоимость лечения одного больного, рублей	-	23 677,9	21 926,2
Средняя стоимость лечения одного койко-дня, рублей	1 591,8	1 583,9	1 705,9
Средние сроки лечения, дни	-	14,9	12,9
Уровень госпитализации на 1000 жителей	-	-	187,6

Анализ показателей объемов и стоимости стационарной помощи показал:

- в 2008 году – фактическое число койко-дней составило 11 114 312, что на 6 % меньше количества, рассчитанного исходя из территориального

норматива. Стоимость единицы объема медицинской помощи фактически составляла 1 407,8 рублей, что на 16 % больше территориального норматива, принятого для расчета стоимости Территориальной программы;

- в 2009 году – фактическое число койко-дней составило 11 261 871, что на 5,8 % меньше количества, рассчитанного исходя из территориального норматива. Стоимость единицы объема медицинской помощи составляла 1 455,9 рублей, что на 8,9 % больше территориального норматива;

- в 2010 году - фактическое число койко-дней составило 11 013 124, что на 2,2 % меньше количества, рассчитанного исходя из территориального норматива. Стоимость единицы объема медицинской помощи составляла 1 705,9 рублей, что на 7,2 % больше территориального норматива.

В 2009 году, по сравнению с 2008 годом, увеличилось на 3,5 % число пролеченных больных (с 850 449 до 880 029), следовательно, и показатель уровня госпитализации на 1 000 жителей - на 3,5 % (с 186,2 до 192,7). Сократились средние сроки лечения одного больного на 2,3 % (с 13,1 до 12,8), незначительно - на 1,3 % увеличилась средняя стоимость лечения одного больного (с 18 397,9 до 18 631,1 рублей).

В 2010 году, по сравнению с 2009 годом, незначительно сократилось на 2,6 % число пролеченных больных (с 880 029 до 856 834), следовательно, снизился и показатель уровня госпитализации на 1 000 жителей - на 2,6 % (с 192,6 до 187,6). Средние сроки лечения одного больного остались практически на уровне 2009 года (с 12,8 до 12,9 койко-дня). В 2010 году существенно (на 17,7 %) возросла средняя стоимость лечения одного больного (с 18 631,1 рублей до 21 926,2 рублей).

Данные по фактическим показателям объемов и стоимости по амбулаторно-поликлинической помощи, приведены в таблице:

Показатели	Показатели, рассчитанные на основании территориальных нормативов	По отчетным данным по форме № 62	
		Утверждено	Исполнено
2008 год			
Число посещений за год	43 444 532,7	39 872 373,0	39 623 797,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	12 147 780,0	12 147 780,0	11 664 705,3
Средняя стоимость одного посещения, рублей	279,6	304,7	294,4
2009 год			
Число посещений за год	43 419 286,7	43 419 286,0	39 860 705,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	12 446 200,0	12 658 424,4	13 274 263,8
Средняя стоимость одного посещения, рублей	286,7	291,5	333,0
2010 год			
Число посещений за год	43 510 648,0	46 133 763,0	38 903 372,0
Объемы финансирования, тыс. рублей	14 668 230,0	14 668 230,0	14 163 691,1
Средняя стоимость одного посещения, рублей.	337,1	318,0	364,1

Анализ показателей объемов и стоимости амбулаторно-поликлинической помощи показал:

- в 2008 году – фактическое число посещений за год составило 39 623 797, что на 9,8 % меньше числа посещений, рассчитанного исходя из территориального норматива. Стоимость единицы объема медицинской помощи составляла 294,4 рубля, что на 5,3 % больше территориального норматива;

- в 2009 году – фактическое число посещений в год составило 39 860 705, что на 8,2 % меньше количества, рассчитанного исходя из территориального норматива. Стоимость единицы объема медицинской помощи составляла 333 рубля, что на 16,1 % выше территориального норматива;

- в 2010 году – фактическое число посещений за год составило 38 903 372, что на 10,4 % меньше числа посещений, рассчитанного исходя из территориального норматива. Стоимость единицы объема медицинской помощи составляла 364,1 рубля, что на 8 % больше территориального норматива.

Таким образом, в анализируемый период **по стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи при снижении фактических объемов медицинской помощи, по сравнению с утвержденными территориальными нормативами, стоимость оказания указанных видов помощи превышала территориальные показатели.**

Отмеченное в указанный период **сокращение объемов стационарной помощи не было компенсировано соответствующим увеличением амбулаторно-поликлинической и оказываемой в условиях дневных стационаров помощи, при этом ежегодно увеличивается число вызовов скорой помощи и количество обслуженных больных, что свидетельствует о несбалансированности объемов медицинской помощи и приводит к снижению доступности медицинской помощи.**

Кроме того, немаловажными факторами, влияющими на показатели обеспечения доступности бесплатной медицинской помощи являются: **наличие достаточного количества врачей и среднего медицинского персонала, длительность работы амбулаторно-поликлинических учреждений, отсутствие очередей и листов ожидания.**

В 2010 году Комитетом по здравоохранению проведены мероприятия по обеспечению доступности граждан в первичной и специализированной амбулаторно-поликлинической помощи.

В 18 районах Санкт-Петербурга организованы и работают телефонные центры организации записи на приём к врачам, ведущим амбулаторный прием в поликлиниках.

Также в поликлиниках Санкт-Петербурга создана общегородская автоматизированная информационная система «Информационные услуги Санкт-Петербурга. Запись на приём» (АИС «Электронная регистратура»).

Серьезной проблемой для Санкт-Петербурга остается развитие системы ранней диагностики заболеваний. В 2010 году в городе были открыты Центры здоровья, созданные в ряде государственных учреждений здравоохранения, являются важным элементом системы медицинской профилактики, поскольку в них может обратиться каждый гражданин и бесплатно пройти обследование.

Врач на основании результатов тестирования на аппаратно-программном комплексе и обследования проведет оценку наиболее вероятных рисков, резервов организма с учетом возрастных особенностей, даст прогноз состояния здоровья, составит индивидуальную программу по здоровому образу жизни. При необходимости врач порекомендует динамическое наблюдение в центре здоровья с проведением повторных исследований в соответствии с выявленными факторами риска. В случае, если в процессе обследования в центре здоровья выявляется подозрение на какое-либо заболевание, врач рекомендует гражданину обратиться в лечебно-профилактическое учреждение к соответствующему специалисту для дальнейшего наблюдения и лечения. Согласно представленным Комитетом данным услуги Центров здоровья оказались востребованы, наблюдается увеличение количества обращений. Однако следующим звеном в данной цепочке являются амбулаторно-поликлинические учреждения, в которые будет направлен прошедший обследование гражданин для продолжения диагностических исследований или лечения. Уровень укомплектованности штатов амбулаторно-поликлинических учреждений Санкт-Петербурга и существующая нагрузка на врачей и средний медицинский персонал не позволяет обеспечить надлежащую доступность населения к профилактической медицинской помощи.

Кроме того, в целях продолжения развития стационарозамещающих видов медицинской помощи в 2010 году в Санкт-Петербурге в амбулаторно-поликлинических учреждениях дополнительно открыто 69 коек дневных стационаров. Новые койки дневных стационаров открыты в поликлиниках для взрослых и для детей, женских консультациях семи районов Санкт-Петербурга.

В целях увеличения мощности дневных стационаров, дневные стационары переводятся на двухсменную работу. Более половины дневных стационаров работают в 2 смены, 4 дневных стационара - в 3 смены.

В 2010 году в Санкт-Петербурге в амбулаторно-поликлинических учреждениях функционировало 135 дневных стационаров (108 в АПУ для взрослых и 27 в АПУ для детей) на 4 875 мест. В 2008 году в дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений Санкт-Петербурга пролечено 126,1 тыс. человек (из них по ОМС 109,1 тыс. человек, по бюджету – 17 тыс. человек), в 2009 году – 140,9 тыс. человек (из них по ОМС – 119,4 тыс. человек, по бюджету – 21,5 тыс. человек), в 2010 году – 141,3 тыс. человек (из них по ОМС 120,3 тыс. человек, по бюджету – 21 тыс. человек).

Таким образом, в Санкт-Петербурге проводится работа по повышению доступности бесплатной медицинской помощи.

6.2.1. Оказание населению высокотехнологичной медицинской помощи

Высокотехнологичная медицинская помощь (далее - ВМП) оказывается жителям Санкт-Петербурга за счет средств федерального и городского бюджета.

Государственное задание по ВМП и порядок ее оказания гражданам РФ регламентируются ежегодными приказами Минздравсоцразвития России «О государственном задании на оказание высокотехнологичной медицинской помощи Гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета». Всего для федеральных специализированных медицинских учреждений утверждено 20 профилей ВМП, объединяющих 143 вида медицинской помощи.

Динамика числа выделенных квот по профилям в Санкт-Петербурге в 2008-2010 годах представлена в таблице:

	Профили высокотехнологичной медицинской помощи	Кол-во выделенных квот в 2008 году	Количество выделенных квот на 2009 год Плановое задание/ значение с учетом корректировок	Количество выделенных квот на 2010 год Плановое задание/ значение с учетом корректировок
1	Абдоминальная хирургия	124	123/154	85/202
2	Акушерство и гинекология (из них ЭКО)	184	135/217(127/210)	454/481 (68/69)
3	Гастроэнтерология	13	8/22	8/31
4	Гематология	341	433/136	148/143
5	Дерматовенерология	305	301/397	151/376
6	Комбустиология	13	8/10	2/7
7	Неврология	103	89/147	45/254
8	Нейрохирургия	353	525/612	503/738
9	Онкология	6 025	5 920/5 941	6 450/7 197
10	Оториноларингология	61	57/61	48/75
11	Офтальмология	848	587/593	563/728
12	Педиатрия	349	281/422	230/430
13	Ревматология	695	628/990	316/870
14	Сердечно - сосудистая хирургия	2033	3 672/4 779	4 237/6 075
15	Торакальная хирургия	101	100/186	64/186
16	Травматология и ортопедия	1318	2 219/2 236	1 385/2 480
17	Трансплантация	71	17/73	70/70
18	Урология	466	400/463	230/404
19	Челюстно-лицевая хирургия	106	68/71	38/63
20	Эндокринология	693	518/741	264/889
	ИТОГО	14 202	16 089/18 251	15 363/21 770

В 2010 году за оформлением квот на ВМП обратилось 58 588 жителей Санкт-Петербурга, что на 25 100 человек больше чем в 2008 году и на 10 602 человек превышает показатели 2009 года.

Федеральным агентством по высокотехнологичной медицинской помощи на оказание ВМП за счет средств федерального бюджета в 2010 году выделено для федеральных медицинских учреждений и учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Санкт-Петербурга, 21 770 квот на оказание ВМП, что на 3 519 больше чем в 2009 году и на 7 568 больше чем в 2008 году.

За счет средств федерального бюджета для федеральных медицинских учреждений (далее – ФМУ) жителям Санкт-Петербурга в 2010 году выделено 19 622 квоты.

Федеральные медицинские учреждения оказывали высокотехнологичные услуги по 20 профилям, объединяющим 143 вида. Практически все виды указанной помощи оказывались 16 федеральными учреждениями Санкт-Петербурга и 10 иногородними.

На 01.01.2011 пролечено по выданным направлениям 26 568 пациентов (24 461 человек - в федеральных учреждениях и 2 107 человек – в городских), что на 3 084 больше чем в 2009 году и на 10 036 больше чем в 2008 году.

Количество выполненных квот на 4 798 превышает количество выделенных за счет использования резервных квот, имеющих в федеральных учреждениях для других регионов. Санкт-Петербургские учреждения оказывали высокотехнологичную помощь по следующим видам: онкология - 763, сердечно - сосудистая хирургия - 709, нейрохирургия - 190, травматология и ортопедия - 61, эндопротезирование - 324, трансплантация - 60. План выполнен на 98,1 %. Некоторые виды указанной помощи в дополнение к федеральным квотам выполнялись учреждениями здравоохранения Санкт-Петербурга за счет средств бюджета города.

Только за счет средств городского бюджета выполнялись коронарография, ангиография для определения показаний к установке кава-фильтров, ангиография у детей. Дополнительно к федеральным квотам осуществлялись слухопротезирующие операции детям, лечение бесплодия, лечение ожогов, лечение лейкозов у взрослых и детей, проведение химиотерапии и лучевой терапии онкологическим больным, эндопротезирование тазобедренных суставов, трансплантация почки и костного мозга, кардиохирургические и нейрохирургические вмешательства, потребность в которых очень велика и не могла быть реализована только за счет средств, выделяемых федеральным бюджетом.

В течение 2010 года 5 825 пациентам (18 %) отказано в оказании высокотехнологичной медицинской помощи (среднее значение по Российской Федерации - 20,1 %, по Северо-Западному федеральному округу - 20,2 %); из них обоснованно отказано 1 703 пациентам, что составило - 5,3 % (среднее значение по Российской Федерации - 6,9 %, по Северо-Западному федеральному округу 6,1 %). В течение 2009 года – 3 733 (13,7 %) пациентам отказано в оказании указанной помощи (среднее значение по Российской Федерации - 19,8 %, по Северо-Западному федеральному округу - 19,1 %); из них обоснованно отказано 1 168 пациентам, что составило - 4,3 % (среднее значение по Российской Федерации - 7,9 %, по Северо-Западному федеральному округу 7 %).

Показатель обеспеченности населения Санкт-Петербурга высокотехнологичной медицинской помощью по квотам за счет средств федерального бюджета на 100 000 населения вырос с 511,49 в 2009 году до 577,5 в 2010 году, а по квотам за счет средств федерального и городского бюджета включительно составил в 2010 году - 809,53.

Несмотря на возрастающие объемы высокотехнологичной медицинской помощи в 2010 году потребность населения Санкт-Петербурга во многих ее видах удовлетворялась не полностью, а лишь на 63,3 %, за счет средств городского бюджета - 82,1 %, что незначительно превышает уровень, достигнутый в 2009 году - 62,7 %.

На 01.01.2010 в листе ожидания на квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств федерального бюджета находилось 8 590 человек, нуждающихся в оказании помощи по следующим видам: сердечно-сосудистая хирургия – 2 154 человека, травматология и ортопедия – 4 250, онкология – 1 020, нейрохирургия - 441, ЭКО - 207, прочие - 518. На 01.01.2011 в листе ожидания находилось 10 790 человек по следующим видам: сердечно-сосудистая хирургия – 1 587, травматология и ортопедия – 6 387, онкология - 498, нейрохирургия - 496, ЭКО - 571, прочие – 1 431.

На 01.01.2010 в листе ожидания на квоты на ВМП за счет средств городского бюджета находилось 1 797 человек, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, по следующим видам: сердечно-сосудистая хирургия - 713, травматология и ортопедия - 57, онкология - 56, нейрохирургия - 41 человек, ЭКО - 883, прочие - 47. На 01.01.2011 в листе ожидания находилось 1 129 человек по следующим видам: сердечно-сосудистая хирургия - 526 и ЭКО - 403, прочие - 200.

Указанные факты свидетельствуют о недостаточно высокой степени доступности высокотехнологичной медицинской помощи для населения Санкт-Петербурга.

6.3. Критерий «Качество бесплатной медицинской помощи»

С 2008 года в городе внедряется система управления качеством медицинской помощи (КМП). Создана необходимая нормативная база, реализуется Закон Санкт-Петербурга от 26.11.2008 № 750-142 «О контроле качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге», основными направлениями которого являются:

- обеспечение в Санкт-Петербурге права граждан на охрану здоровья путем улучшения качества медицинской помощи на основе предупреждения и устранения причин несоблюдения медицинских технологий и причин неэффективного использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и медицинского страхования;

- осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным и региональным стандартам медицинской помощи.

Реализация указанного закона осуществляется по трем основным направлениям:

- 1) разработка региональных стандартов;
- 2) создание системы обеспечения (управления) качеством медицинской помощи (далее – КМП) в Санкт-Петербурге, включающей в том числе мониторинг дефектов КМП и контроль качества медицинской помощи (внутренний) в организациях, предоставляющих медицинскую помощь;
- 3) государственный контроль соответствия КМП установленным федеральным (и региональным) стандартам, осуществляемый Комитетом по здравоохранению.

Эталонными показателями качества в системе здравоохранения, безусловно, являются стандарты, которые устанавливают правильную технологию и определяют оптимальность использования ресурсов здравоохранения. А медико - экономические стандарты (далее - МЭС) кроме установления правильной технологии еще и позволяют рассчитать потребность в финансовых средствах, необходимых для обеспечения условий выполнения стандартов.

В 2010 году, как и в 2009 году **на федеральном уровне не было принято ни одного стандарта медицинской помощи, а большинство принятых ранее, уже утратили свою актуальность.** Однако в Санкт-Петербурге совместными усилиями учреждений, главных специалистов, профессиональных ассоциаций, методических центров **активно разрабатывались и последовательно внедрялись медико-экономические стандарты.** На 01.01.2011 всего разработано 2 417, внедрено 1 606 МЭС (на 01.01.2010 – 1 392 предварительных МЭС).

Внедрение МЭС осуществлялось исходя из финансовых возможностей. Во взрослой амбулаторной сети в 2010 году внедрено 167 МЭС по основным заболеваниям в 6 пилотных учреждениях, 53 МЭС (в том числе 37 для дневных стационаров) - во всех амбулаторно - поликлинических учреждениях.

Для стационарных учреждений в 2010 году разработано 171 МЭС. Из них по социально - значимым направлениям: 18 - для сосудистых центров, 22 - по сочетанной травме, 18 - по родовспоможению. Внедрено исходя из финансовых возможностей 37 МЭС по нейроонкологии, в том числе по восстановительному лечению, и по челюстно-лицевой хирургии. Мониторинг (около 3 2000 экспертиз) исполнения применяемых МЭС и корректировка перечня диагностических и лечебных мероприятий, входящих в его структуру позволяет грамотно, исходя из потребностей пациентов в зависимости от структуры заболеваемости, планировать подготовку кадров, формировать заявки на приобретение медицинского оборудования.

В целом **внедрение МЭС в систему здравоохранения Санкт-Петербурга позволит рассчитать реальную стоимость необходимых медицинских услуг для населения и перейти к оплате за оказанный объем и результат медицинской помощи, и, следовательно, повысить доступность и качество медицинской помощи населению.**

Анализ деятельности учреждений здравоохранения по развитию систем управления качеством медицинской помощи осуществляется на основании

данных Паспорта качества, управленческих решений, принятых по результатам экспертиз КМП и проверок сотрудниками отдела контроля качества медицинской помощи населению Комитета по здравоохранению с выходом на место.

С целью дальнейшего развития единой системы управления качеством медицинской помощи постановлением Правительства Санкт-Петербурга ежегодно утверждается план мероприятий на текущий год. Для реализации поставленных задач за 2 года разработано и утверждено 21 распоряжение Комитета по здравоохранению.

Во всех медицинских учреждениях создана нормативная база, определены основные направления для улучшения качества медицинской помощи, проводятся целевые (по жалобам) и тематические (по самым актуальным темам) экспертизы, анализируются результаты, на основании которых принимаются управленческие решения.

Для системы управления КМП планомерно по единой методике готовятся специалисты, применяются унифицированные методы сбора и обобщения информации о качестве медицинской помощи. Всего за 2010 год проведено более 1 300 000 экспертиз, в 2009 году - 1 054 532 экспертизы в рамках внутреннего контроля, за 2008 год – 884 642 экспертизы.

Создается система мониторинга деятельности учреждений здравоохранения по управлению и экспертизе качества, постоянно осуществляется анализ выявляемых дефектов медицинской помощи, в том числе, недоиспользование или перерасход ресурсов здравоохранения, принимаются управленческие решения для улучшения организации и качества медицинской помощи.

По результатам тематических экспертиз в 2010 году принято 2 850 управленческих решений.

Динамика показателей свидетельствует о том, что в результате реализации управленческих решений достигнуто уменьшение типичных ошибок обследования и лечения больных, (по результатам повторных экспертиз в среднем в 2 раза), оптимизация использования ресурсов здравоохранения, уменьшилось количество жалоб пациентов и в Комитет по здравоохранению и на «Горячую линию» Комитета по здравоохранению в 1,2 раза.

Все дефекты лечебно-диагностического процесса, выявленные при экспертизах, были детально описаны и проанализированы. Работа по контролю и экспертизе качества медицинской помощи позволяет мониторить выявляемые дефекты, и принимать управленческие решения по предупреждению и устранению причин несоблюдения медицинских технологий и причин неэффективного использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и медицинского страхования.

Данные приведены в таблице:

Показатели	2008 год	2009 год	2010 год
Медицинский эффект:			

всего умерших (на 100 тыс. человек населения), в том числе по причинам:	1 461,3	1 413,4,0	1 417,4
<u>от заболеваний</u> , из них:			
- болезни системы кровообращения	8,92	8,57	8,68
- от новообразований	2,74	2,78	2,75
<u>от внешних причин</u> (случайного отравления алкоголем, убийств, самоубийств)	1,12	1,02	0,96
доля умерших по причинам заболеваний (в % к общему числу умерших)	79,8	80,2	96,5
распределение умерших по полу и причинам (на 100 тыс. человек населения):			
- <u>мужчины</u> ,	1 553,9	1 487,2	1 491,0
из них от заболеваний:			
- системы кровообращения	8,49	8,10	8,12
- от новообразований	2,81	2,84	2,84
- <u>женщины</u> ,	1 380,5	1 354,7	1 357,0
из них от заболеваний:			
- системы кровообращения	9,23	8,94	8,96
- от новообразований	2,66	2,73	2,74
абсолютный показатель летальности в стационаре (человек)	14 553,0	14 709,0	13 542,0
относительный показатель летальности в стационаре	3,07	3,01	3,09
летальность в стационаре к общему числу патологоанатомических исследований умерших (в %), в том числе:	57,2	60,4	60,2
- детей (0-17 лет включительно)	178	180	182
- лиц трудоспособного возраста	--	2 029	2 066
3.2. Социальный эффект:			
3.2.1. средняя продолжительность предстоящей жизни	70,48	71,19	-
- мужчин	64,88	65,91	-
- женщин	75,76	76,08	-
3.2.2. естественная убыль населения	- 19,3	- 12,8	-12,7
3.2.3. младенческая смертность на 1000 родившихся живыми и мертвыми	4,5	4,7	4,6
3.2.4. материнская смертность	22	25,9	16,2
3.2.5. уровень первичной инвалидности среди взрослого населения			
- количество впервые признанных инвалидами (человек)	6,580	4 955	5 808
- интенсивный показатель на 10 тыс. населения	16,9	12,6	14,69
- количество впервые признанных инвалидами среди лиц трудоспособного возраста (человек)	3 300	2 605	2 663
- интенсивный показатель на 10 тыс.населения	11,9	9,5	9,6
3.2.6. уровень первичной инвалидности у детей (показатель интенсивности на 10 тыс.человек населения)	27,7	28,5	-
3.2.8. смертность лиц трудоспособного возраста на 100 тыс. населения, из них:	592,2	543,9	513,3
- мужчин:			
из них от заболеваний:	915,3	838,5	
- системы кровообращения			
- от новообразований	399,0	359,1	
- женщин	110,2	105,5	
из них от заболеваний:	266,6	250,3	
- системы кровообращения			
- от новообразований	84,3	74,2	
	64,7	65,7	
3.2.9. прирост (убыль) смертности трудоспособного возраста в % к общему числу умерших трудоспособного населения к показателю предыдущего периода	- 7,5	- 7,8	-5,6

3.2.9. заболеваемость важнейшими социально - значимыми болезнями на 10 тыс. человек населения			
- психиатрические заболевания	6,2	6,1	5,7
- наркомания	2,4	2,4	2,3
- туберкулез	4,4	4,7	4,3
Экономическая эффективность:			
Расходы бюджета Санкт-Петербурга и средств ОМС на единицу объема медицинской помощи по видам:			
стационарная (стоимость 1 койко-дня) всего:	1 407,8	1 455,9	1 705,9
- по ТПОМС	1 088,6	1 261,2	1 382,4
скорая медицинская помощь (стоимость 1 вызова)	1 199,3	1 953,6	1 702,6
амбулаторно-поликлиническая (стоимость 1 посещения)	294,4	333,0	364,1
дневные стационары (стоимость одного пациенто-дня)	292,1	326,3	539,0
уровень платных медицинских услуг, в том числе по добровольному медицинскому страхованию к объему финансирования ТППГ, %	10,6	15,5	10,8

Главным результатом системы управления качества медицинской помощи является наметившаяся положительная динамика в показателях здоровья населения и стойкое уменьшение количества жалоб от населения.

Оздоровление демографической обстановки как в стране в целом, так и в Санкт-Петербурге, сдерживается, прежде всего, **высоким уровнем смертности населения**. Если с 2007 по 2009 годы **коэффициент смертности** имел тенденцию к снижению, то в 2010 году, по сравнению с данными 2009 года, вырос на 1 %.

По данным Петростата, в 2008 году число умерших в городе составило 66,7 тыс. человек, что на 1 % меньше по сравнению с прошлым годом, в 2009 году – 64,9 тыс. человек, что на 2,7 % меньше по сравнению с 2008 годом, в 2010 году – 65,4 тыс. человек, что на 1 % больше по сравнению с 2009 годом.

Объективным фактором, отчасти объясняющим сохраняющийся высокий уровень смертности, является сложившаяся возрастная структура населения и продолжающееся постарение населения города. Резко выраженная регрессивная возрастная структура населения складывается в Санкт-Петербурге в результате сокращения детского населения и роста доли лиц старших возрастных групп.

Для исследования показателей медицинского эффекта качества медицинской помощи, оказываемой населению Санкт-Петербурга использованы такие показатели, как количество умерших на 100 тыс. человек населения по причинам заболеваний и от внешних причин (случайного отравления алкоголем, убийств, самоубийств и прочих непредвиденных причин).

Следует отметить, что в Санкт-Петербурге **отмечается положительная динамика в сторону уменьшения показателя умерших по причинам заболеваний в целом**. В 2008 году данный показатель составлял 1461,3 случая на 100 тыс. человек, в 2009 году – 1413,4 случаев, что на 3,2 % меньше уровня 2008 года, в 2010 году – 1 417,4 случаев, что на 0,3 % выше уровня 2009 года.

По основным группам заболеваний показатели умерших на 100 тыс. человек населения по причинам заболеваний:

- **системы кровообращения уменьшаются:** в 2008 году составлял 891,9; в 2009 году – 856,7 или на 4 % меньше чем в 2008 году, в 2010 году – 854 или на 0,3 % меньше чем в 2009 году;
- **от новообразований (онкология) увеличился:** в 2008 году составлял 273,5; в 2009 году – 277,8 или на 1,6 % больше 2008 года, в 2010 году – 279 или на 0,4 % больше 2009 года.

В структуре причин остаются высокими показатели смертности от болезней системы кровообращения, от новообразований и от внешних причин.

Показатели умерших по полу в наиболее значимых группах заболеваний составили на 100 тыс. человек населения:

- **мужчины:** от заболеваний системы кровообращения: в 2008 году – 8,49; в 2009 году – 8,1 или с уменьшением на 4,6 %, в 2010 году – 8,12 **или с увеличением на 0,2 %**; **от новообразований:** в 2008 году – 2,81; в 2009 году – 2,84 **или с увеличением на 0,9 %**, в 2010 году – 2,84 на уровне предыдущего 2009 года;
- **женщины:** от заболеваний системы кровообращения в 2008 году – 9,23; в 2009 году – 8,94 или с уменьшением на 3,1 %, в 2010 году – 8,96 или с увеличением на 0,2 %; **и от новообразований** – в 2008 году – 2,66; в 2009 году – 2,73 **или с увеличением на 2,6 %**, в 2010 году – 2,74 **или с увеличением на 0,3 %**.

Несмотря на снижение общего уровня смертности от заболеваний системы кровообращения в обеих группах, **уровень смертности, как у мужчин, так и у женщин по причинам заболеваний от новообразований возрастает.** В то же время смертность по причинам заболеваний системы кровообращения среди женщин выше, чем у мужчин в 2008 году – на 8,6 %; в 2009 году – на 10,4 %, в 2010 году – на 10,3 %.

Однако **показатель смертности мужчин трудоспособного возраста** остается довольно высоким.

Если средний показатель **смертности лиц трудоспособного возраста** на 100 тыс. человек населения Санкт-Петербурга в 2008 году составлял 592,2, то в 2009 году он составил 546 случаев, что на 7,8 % меньше уровня предыдущего года. Так у мужчин смертность в трудоспособном возрасте в 2008 году – 915,3 человека на 100 тыс. человек, что в 3,4 раза больше чем у женщин (266,6); в 2009 году у мужчин – 838,5, что также как и в предыдущем году в 3,4 раза больше показателя у женщин (250,3). Данные о показателях смертности лиц трудоспособного возраста в Санкт-Петербурге за 2010 год отсутствуют.

Положительная динамика наблюдается по естественной убыли населения Санкт-Петербурга, составлявшая в 2008 году 19,3 %, в 2009 году она уменьшилась на 6,5 процентных пункта и составила 12,8 %, в 2010 году уменьшилась незначительно всего на 0,6 процентных пункта и составила 12,7 %.

Показатель средней продолжительности предстоящей жизни населения Санкт-Петербурга составлял в среднем: в 2008 году – 70,48 лет, в 2009 – 71,19 лет или на 1 % больше показателя прошлого года. За 2010 год данные о средней продолжительности предстоящей жизни населения в целом и фактической продолжительности жизни обоих полов (мужчин и женщин) Санкт-Петербурга отсутствуют.

Социальный эффект здравоохранения характеризуется улучшением здоровья всего (группы) населения, снижением заболеваемости, преждевременной смертности, изменением демографических показателей, возрастанием удовлетворенности населения медицинской помощью.

На протяжении последних лет наблюдается некоторое снижение смертности, в том числе населения в трудоспособном возрасте, и рост ожидаемой продолжительности жизни, улучшение демографических показателей, стабилизация показателей по отдельным социально - значимым заболеваниям (психические заболевания и наркомания), что свидетельствует о положительных медицинском и социальном эффекте по отдельным направлениям здравоохранения.

В то же время средний показатель продолжительности предстоящей жизни населения Санкт-Петербурга не отражает сложившуюся диспропорцию между продолжительностью жизни мужчин и женщин. Средняя продолжительность жизни составляла в 2008 году у мужчин – 64,88 года, у женщин – 75,76 лет или на 16,8 % больше, чем у мужчин; в 2009 году у мужчин – 65,91 лет, у женщин – 76,06 лет или на 15,4 % больше, чем у мужчин.

Экономическая эффективность оказания медицинской помощи

В анализируемый период расходы на оказание единицы объема всех видов медицинской помощи имели тенденцию к росту, при этом из-за несбалансированности объемов предоставляемой медицинской помощи основной объем средств направлялся на оплату дорогостоящей стационарной помощи, а стационарозамещающие виды медицинской помощи, несмотря на увеличение объемов их финансирования, не достигали необходимых для удовлетворения потребности в них населения объемов.

Для оптимизации процесса оказания медицинской помощи в Санкт-Петербурге и достижения наибольшего экономического эффекта от использования финансовых ресурсов, необходимо сокращение и рационализация использования дорогостоящей стационарной помощи при одновременном увеличении объемов, повышении доступности и качества стационарозамещающих технологий, т.е. развитие сети и увеличение мощности дневных стационаров и повышение доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи.

Осуществление контроля качества медицинской помощи

Организация и проведение экспертизы качества медицинской помощи

По качеству медицинской помощи, оказанной населению Санкт-Петербурга в 2008 году была организована и проведена 271 экспертиза, в 2009 году – 321 экспертиза.

Из 271 составленного экспертного заключения в 2008 году – 66,8 % или 181 заключение подтверждало случай оказания медицинской помощи ненадлежащего качества.

Наибольшее количество случаев оказания медицинской помощи ненадлежащего качества по медицинским специальностям относится к специальностям: терапевтического профиля – 40,9 % или 74 случая; хирургического профиля – 23,8 % или 43 случая; неврологического профиля – 16,6 % или 30 случаев; травматологического профиля – 13,3 % или 24 случая.

Анализ экспертиз по различным типам ЛПУ показывает, что случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи преобладают в городских больницах – 64 % или 116 случаев и в городских поликлиниках – 16 % или 29 случаев. В федеральных учреждениях показатель составляет 9,9 % или 18 случаев оказания медицинской помощи ненадлежащего качества.

В 2009 году по результатам экспертиз было установлено 21 случай ненадлежащего качества медицинской помощи. Анализ экспертиз по медицинским специальностям и в разрезе типов ЛПУ в отчете Комитета по здравоохранению по отрасли за 2009 отсутствует.

Работа с обращениями граждан

С целью оценки деятельности отрасли здравоохранения, как критерий доступности и качества медицинской помощи, применяется показатель удовлетворенности граждан взаимодействием с системой здравоохранения, который подразумевает, кроме возможности получения качественной медицинской помощи, возможность обращения граждан в орган исполнительной власти по проблемам, возникшим при получении медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга.

Работа по обращениям граждан проводится на базе Комитета по здравоохранению Санкт-Петербургским государственным учреждением здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр» СПб МИАЦ.

Текущий сбор и анализ информации о проблемах граждан при оказании им медицинской помощи показывает, что среди всех претензий (жалоб), поступивших от граждан в Комитет по здравоохранению, в абсолютных показателях:

в 2008 году из 14 167 обращений:

на первом месте жалобы на лекарственное обеспечение – 81 % или 11 481 обращение; на втором организация медицинской помощи – 9,2 % или 1 308 обращений; на третьем финансирование медицинских услуг – 5,6 % или 794 обращения; на четвертом качество медицинской помощи – 3 % или 437 обращения;

в 2009 году из 12 732 обращений:

на первом месте жалобы на лекарственное обеспечение – 55,6 % или 7 064 обращения; на втором организация медицинской помощи – 40,5 % или 5 154 обращения, **что в 4,4 раза выше показателя предыдущего периода и свидетельствует о явном ухудшении мнения населения Санкт-Петербурга об организации медицинской помощи**; на третьем на качество медицинской помощи – 2,6% или 335 обращений (аналогично уровню показателей предыдущего года);

в 2010 году из 1 6987 обращений:

на первом месте жалобы на лекарственное обеспечение – 52 % % или 8 935 обращения; на втором месте на организацию медицинской помощи – 45 % или 7 554 обращения, что на 7 % раза выше показателя предыдущего периода; на третьем месте на качество медицинской помощи – 2 % или 321 обращение (на 4,2 % ниже уровня показателей предыдущего года).

Среди жалоб, поступивших на горячую линию Комитета по здравоохранению по телефону:

в 2008 году из 1 457 обращений: на первом месте претензии по организации медицинской помощи – 52 % или 757 обращений; на втором на лекарственное обеспечение – 19% или 267 обращений; на третьем качество медицинской помощи – 15 % или 227 обращений;

в 2009 году из 1 207 обращений: на первом месте претензии по организации медицинской помощи – 61 % или 737 обращений; на втором лекарственное обеспечение 15% или 176 обращений; на третьем качество медицинской помощи 10 % или 118 обращений;

в 2010 году из общего количества – 822 обращения: на первом месте претензии по организации медицинской помощи – 64 % или 521 обращение; на втором качество медицинской помощи – 8 % или 65 обращений; на третьем лекарственное обеспечение – 7 % или 61 обращение.

Среди жалоб, поступивших во время приема в Комитете по здравоохранению:

в 2008 году 12 502 обращения:

на первом месте — претензии на лекарственное обеспечение – 90 % или 11 210 обращений, на втором — финансирование медицинских услуг – 5,5 % или 702 обращения, на третьем — организация медицинской помощи – 4 % или 537 обращений;

в 2009 году из 11 307 обращений:

на первом месте — претензии на лекарственное обеспечение – 61 % или 6 888 обращений, на втором — организация медицинской помощи – 39 % или 4 415 обращений, **что в 8,2 раза превышает показатель предыдущего года**

и свидетельствует об ухудшении мнения населения об организации медицинской помощи в ЛПУ Санкт-Петербурга;

в 2010 году из общего количества – 15 911 обращений:

на первом месте - претензии на лекарственное обеспечение – 56 % или 8 873 обращений, на втором - организация медицинской помощи – 44 % или 7 030 обращений, **что в 1,6 раза превышает показатель предыдущего года и свидетельствует об ухудшении мнения населения об организации медицинской помощи в ЛПУ Санкт-Петербурга.**

Среди письменных жалоб, поступивших на рассмотрение в Комитет по здравоохранению:

в 2008 году из 208 обращений:

на первом месте претензии по качеству медицинской помощи – 88 % или 183 обращения, на втором — организация медицинской помощи – 6,7 % или 14 обращений;

в 2009 году из 218 обращений наибольшее количество составили претензии по качеству медицинской помощи – 99 % или 216 обращений, что на 18 % превышает показатель предыдущего года.

в 2010 году из - 254 обращений наибольшее количество составили претензии по качеству медицинской помощи – 98 % или 249 обращений, что на 15 % превышает показатель предыдущего года.

Следует отметить, что в Санкт-Петербурге в 2008-2010 годах остается на высоком уровне количество претензий граждан по лекарственному обеспечению, качеству и организации медицинской помощи.

Из общего количества жалоб граждан на телефонную «горячую линию» в 2008 году в количестве 19 185 претензий, зарегистрированные составили не более 6,3 % или 1 207 обращений, в том числе 227 – на качество медицинской помощи, 89 – на взимание денег при оказании медицинской помощи.

В 2009 году общее количество обращений на горячую линию составило 21 109 жалоб, из них зарегистрированы были не более 6,9 % или 1 457 обращений, в том числе 118 – жалобы на качество медицинской помощи, 37 – на взимание денег при оказании медицинской помощи.

В 2010 году общее количество обращений на горячую линию составило 21 109 жалоб, из них зарегистрированы были не более 6,9 % или 1 457 обращений, в том числе 118 – жалобы на качество медицинской помощи, 37 – на взимание денег при оказании медицинской помощи.

При этом в общем количестве письменных обращений в адрес Комитета по здравоохранению не только преобладают жалобы именно на качество медицинской помощи (2008 – 88 %, 2009 – 99 %), но и отмечается увеличение их количества на 18 % в 2009 году и на 15 % - в 2010 году.

Также **наблюдается увеличение** обращений (претензий, жалоб) поступающих от населения **по вопросам оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях** Санкт-Петербурга по всем формам обращений, **что является дополнительным подтверждением**

остроты проблемы и свидетельствует об ухудшении мнения населения об организации медицинской помощи в ЛПУ Санкт-Петербурга.

***Реализация мероприятий
приоритетного национального проекта «Здоровье»***

Согласно представленной Комитетом по здравоохранению информации, в целях развития первичной медико-санитарной помощи, медико-санитарной помощи профилактического направления, в рамках реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2008-2010 годах:

1) за счет средств федерального бюджета:

- проведена подготовка и переподготовка врачей;
- проведены профилактические мероприятия по выявлению и лечению инфицированных вирусами гепатита В, С и иммунодефицита, а также иммунизации населения в рамках Национального календаря прививок государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения. Обследовано с целью выявления ВИЧ-инфицированных и инфицированных вирусом гепатитов В и С 1 464 700 человек, 1 388 193 человека, 1 388 193 человек, соответственно;
- проведена иммунизация населения, вакцинация (ревакцинация) против: полиомиелита, гепатита В (детей, подростков, взрослых, не привитых ранее), краснухи (детей до 14 лет, лиц до 25 лет, не привитых ранее), гриппа (детей дошкольного возраста, учащихся, взрослых старше 60 лет, медработников и работников образовательных учреждений, дифтерии, коклюша, столбняка (детей до 1 года, в возрасте 18 месяцев, 6 лет, 14 лет, взрослые в возрасте 25, 35, 45, 55 лет и старше), кори и эпидемического паротита (дети в возрасте 1 года и 6 лет), туберкулеза;
- проведены профилактические мероприятия по выявлению и лечению туберкулеза на сумму 27 552,3 тыс. рублей;
- произведена оплата медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности, родов и детям первого года жизни первого года жизни, а также за проведенный неонатальный скрининг на галактоземию, муковисцидоз и аденогенитальный синдром, аудиологический скрининг детей первого года жизни;
- произведены денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам фельдшерам и медсестрам скорой медицинской помощи;
- произведена оплата высокотехнологичной медицинской помощи;
- проведены мероприятия, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями;
- проведены мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака;

- созданные в 2009 году 22 Центра здоровья на базе государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга в 2010 году дооснащены комплектами оборудования;

- 7 детских Центров здоровья оснащены комплектами оборудования;

2) за счет средств субсидий, предоставляемых из Федерального Фонда обязательного медицинского страхования бюджету Санкт-Петербурга и направляемых из бюджета Санкт-Петербурга в форме межбюджетных трансфертов в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга, осуществлены ежемесячные денежные выплаты медицинским работникам (из расчета – 10 тыс. рублей в месяц врачам и 5 тыс. рублей медицинским сестрам);

3) за счет средств Федерального Фонда обязательного медицинского страхования:

- проведена диспансеризация находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в учреждения здравоохранения;

- проведена дополнительная диспансеризация работающих граждан;

4) за счет средств бюджета Санкт-Петербурга:

- проведена профилактика инфекционных заболеваний, иммунизация населения (совершенствование Национального календаря профилактических прививок, обеспечение населения групп риска необходимыми иммунобиологическими препаратами), в том числе:

- против гриппа, дифтерии, коклюша, столбняка – детей дошкольного возраста, учащихся, взрослых старше 60 лет, медработников и работников образовательных учреждений;

- произведены расходы на мероприятия по профилактике и борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией);

- проведена диспансеризация государственных гражданских служащих.

Результаты проведенных контрольных мероприятий учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга

В соответствии с планом работы Контрольно-счетной палаты Санкт-Петербурга на 2008-2010 годы, проведены выборочные проверки законности и целевого использования средств бюджета Санкт-Петербурга, полноты учета в бюджете Санкт-Петербурга администрируемых доходов, в том числе от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, эффективности и законности использования собственности Санкт-Петербурга рядом Санкт-Петербургских государственных учреждений здравоохранения, в ходе которых установлен ряд нарушений, а именно:

1) нарушения бюджетного законодательства, приведшие к недополучению доходов бюджетом Санкт-Петербурга);

2) факты нецелевого и незаконного расходования средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга;

3) факты нецелевого, незаконного и нерационального расходования средств бюджета Санкт-Петербурга, причинения материального ущерба государству, в лице его субъекта Санкт-Петербурга;

4) нарушения законодательства при размещении учреждениями государственных заказов.

5) самостоятельного распоряжение государственным имуществом, собственником которого является Санкт-Петербург, - незаконное предоставление в пользование сторонним организациям части недвижимого имущества, находящегося в их оперативном управлении.

За период 2008-2010 годов Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга выборочно проверена финансово-хозяйственная деятельность 22 учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, в результате установлены нарушения на общую сумму 360 698,5 тыс. рублей, в том числе по видам:

- нецелевое расходование бюджетных средств – на сумму 26 020,6 тыс. рублей;

- неправомерные выплаты по заработной плате – на сумму 186 709,3 тыс. рублей;

- оплачены фактически не выполненные ремонтные работы и не применяемые материалы, чем нанесен ущерб бюджету Санкт-Петербурга – на сумму 18 611,9 тыс. рублей;

- сдача помещений учреждениями здравоохранения сторонним организациям без взимания арендной платы и компенсации потребленных коммунальных услуг – на сумму 4 655 тыс. рублей;

- расходование бюджетных средств с нарушением принципа результативности и эффективности использования бюджетных средств, установленного ст. 34 БК – на сумму 104 884,7 тыс. рублей;

- нарушения требований Федерального закона от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» - на сумму 16 853,7 тыс. рублей;

- прочие – на сумму 2 963,3 тыс. рублей.

Кроме того, в ходе проверок стационаров Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга установлены нарушения:

- требований приказа Министерства здравоохранения РФ от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации», в части соблюдения норм, технологий и рецептур приготовления пищи при организации лечебного питания;

- требований Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;

- гигиенических требований к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров,

утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 06.06.2003 № 124 (Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.1375-03);

- факты принятия обязательства по оплате расходов в отсутствие утвержденных лимитов бюджетных обязательств, что является нарушением требований п. 3 ст. 219 БК РФ;

- факты нарушений порядка ведения бухгалтерского и бюджетного учета, а также кассовой дисциплины, установленного Федеральным законом от 21.11.96 № 129-ФЗ «О бухгалтерском учете», раздела 1 части 3 Инструкции по бюджетному учету, утвержденной приказами МФ РФ от 10.02.2006 № 25н, от 30.12.2008 № 148н, что приводило к искажению бюджетной отчетности учреждений;

- факты расходования бюджетных средств с нарушением требований бюджетной классификации Российской Федерации;

- нарушения требований ст. 284 ТК РФ, устанавливающих предельно возможную продолжительность рабочего времени при работе по совместительству;

- в нарушение требований п. 6 ст. 12 Закона Санкт-Петербурга от 12.07.2007 № 333-64 «Об охране объектов культурного наследия регионального и местного (муниципального значения в Санкт-Петербурге)», на объектах культурного наследия регионального значения, без письменного разрешения и задания уполномоченного органа, и без документации или не в соответствии с документацией, согласованной уполномоченным органом, осуществлялись ремонтно-строительные работы;

- в нарушение требований п. 3 ст. 45 Федерального закона от 25.06.2002 № 73-ФЗ «Об объектах культурного наследия (памятниках истории и культуры) народов Российской Федерации» к реставрационным работам допускались подрядчики, которые не имели лицензии на данный вид деятельности;

- нарушения размера предельно-допустимых надбавок на изделия медицинского назначения, установленных постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 05.04.2007 № 367 «Об установлении торговых надбавок к ценам на лекарственные средства и изделия медицинского назначения»;

- осуществление деятельности в нарушение требований п. 3 ст. 49 ГК РФ, п. 1 ст. 7 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», п.1 ст. 8 Федерального закона от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;

При администрировании доходов и непосредственном оказании платных услуг установлены нарушения на общую сумму 89 337,7 тыс. рублей:

- получены доходы от не уставных видов деятельности на сумму 1 161,7 тыс. рублей;

- при отсутствии специального разрешения Комитета по здравоохранению неправомерно оказывались платные медицинские услуги – на сумму 77 992,3 тыс. рублей;

- в результате ненадлежащего выполнения должностных обязанностей сотрудниками учреждений, недополучены доходы за оказанные медицинские и сервисные услуги, арендной платы в сумме 289,9 тыс. рублей;

- в ряде случаев имела место неоправданная подмена бесплатной медицинской помощи платной: при наличии необходимых медикаментов, приобретенных за счет средств ОМС, пациентам предлагалось применение данных препаратов за плату.

Выводы

Результаты аудита эффективности использования государственных средств на оказание бесплатной медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга показали:

1. Основные показатели функционирования системы здравоохранения в Санкт-Петербурге:

1.1. Расходы на финансирование медицинской помощи в Санкт-Петербурге за счет различных источников составили: в 2008 году - 49 814 486,1 тыс. рублей, в 2009 - 49 525 900,4 тыс. рублей (с незначительным сокращением, по сравнению с 2008 годом), в 2010 году – 53 811 582,4 тыс. рублей.

1.1.1. В структуре указанных расходов доля финансирования за счет средств:

- федерального бюджета составляла в 2008 году – 8,3 %, в 2009 году – 6,3 %, в 2010 году – 6,2 %;

- бюджета Санкт-Петербурга: в 2008 году - 50,2 %, в 2009 году - 43,9 %, в 2010 году – 44,4 %;

- обязательного медицинского страхования: в 2008 году – 30,5 %, в 2009 году – 36,5 %, в 2010 году – 37,8%;

- социального страхования: в 2008 году – 0,8 %, в 2009 году – 0,9 %, в 2010 году – 0,8 %;

- полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности: в 2008 году – 10,1 %, в 2009 году – 12,3 %, в 2010 году – 10,8 %.

Основным источником финансирования здравоохранения в Санкт-Петербурге, как и в целом в Российской Федерации, являлись государственные средства, при этом в анализируемый период наблюдалась тенденция к снижению доли средств бюджета Санкт-Петербурга в структуре указанных расходов и увеличение доли расходов за счет средств обязательного медицинского страхования.

Характерная для отрасли здравоохранения Санкт-Петербурга в 2008 - 2010 годах **многоканальная система финансирования** (с использованием средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования, средств домохозяйств и добровольного медицинского страхования) **не обеспечивала должной эффективности использования**

средств, создавала предпосылки для перекрестного финансирования одних и тех же мероприятий, **ослабляла контроль целевого использования ресурсов. Объем, структура ресурсов и механизм их направления и использования не соответствовали** в достаточной мере **потребностям здравоохранения и условиям оказания медицинских услуг.** Неэффективность сложившейся многоканальной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения, директивная система планирования, не учитывали потребность населения в конкретных видах медицинской помощи.

1.1.2. В 2008-2010 годах, как и в предыдущие годы, несмотря на развитие стационарозамещающих технологий, **преобладала доля финансирования стационарной медицинской помощи** в общем объеме расходов здравоохранения Санкт-Петербурга:

- в 2008 году - 15 646 503,1 тыс. рублей или 38,9 %;
- в 2009 году – 16 395 868,9 тыс. рублей или 41,2 %;
- в 2010 году – 18 787 097,1 тыс. рублей или 42,5 %.

Доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи составляла:

- в 2008 году - 11 664 705,3 тыс. рублей или 29 %;
- в 2009 году – 13 274 263,8 тыс. рублей или 33,3 %;
- в 2010 году – 14 163 691,1 тыс. рублей или 32 %.

Удельные веса объемов финансирования скорой медицинской помощи и помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, составляли: в 2008 году - 5 % и 1,3 %, соответственно; в 2009 году – 8,3 % и 1,8 %, соответственно; в 2010 году – 6,5 % и 3,5 %, соответственно.

Востребованность стационарной помощи свидетельствует о **недостаточной эффективности профилактической работы первичного звена медицинской помощи** (особенно амбулаторного долечивания и патронажа). В результате **стационарная медицинская помощь**, которая по сути необходима при заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, сложных методов обследования и лечения с применением современной медицинской техники, оперативных вмешательств, а также постоянного круглосуточного врачебного наблюдения и интенсивного ухода, **фактически является основным уровнем в системе охраны здоровья населения Санкт-Петербурга;**

1.1.3. **Наибольший удельный вес (более 50 %) в расходах на финансирование отрасли составляли средства на оплату труда с начислениями**, доля которых в общем объеме финансирования отрасли составляет, а именно:

- в 2008 – 25 296 309,6 тыс. рублей или 50,8 % от общего объема финансирования;
- в 2009 – 32 007 374,5 тыс. рублей или 64,6 % от общего объема финансирования;

- в 2010 - 33 256 616,7 тыс. рублей или 61,8 % от общего объема финансирования.

1.1.4. Расходы на медикаменты и перевязочные средства за счет государственных источников в 2010 году, в целом, возросли на 16,1 %, по сравнению с 2008 годом, и в 1,5 раза, по сравнению с 2009 годом. В частности расходы на медикаменты и перевязочные средства:

- по скорой медицинской помощи - в 2010 году сократились на 22,2 %, по сравнению с 2009 годом, и увеличились в 2,5 раза, по сравнению с 2008 годом. Финансирование осуществлялось исключительно за счет средств бюджета Санкт-Петербурга;

- по амбулаторно-поликлиническим учреждениям – в 2010 году существенно сократились: на 26,2 %, по сравнению с 2009 годом, и в 11 раз, по сравнению с 2008 годом, что обусловлено, в основном, сокращением числа граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение в рамках получения набора социальных услуг, в связи с их желанием получать денежную компенсацию вместо набора льгот;

- по стационарной помощи - в 2010 году увеличились: на 14,3 %, по сравнению с 2009 годом, и в 1,4 раза по сравнению с 2008 годом. Основной объем финансирования обеспечивался за счет средств бюджета Санкт-Петербурга (42,3% - в 2009 году, 50,1 % - в 2010 году) и средств бюджета ТФ ОМС (56 % - в 2009 году и 43,5 % - в 2010 году);

- по дневным стационарам - в 2010 году существенно возросли: в 4,4 раза, по сравнению с 2009 годом, и в 5,7 раз по сравнению с 2008 годом. Основной объем финансирования обеспечивался за счет средств бюджета ТФ ОМС (73,8 % - в 2009 году и 91,1 % - в 2010 году);

- иным учреждениям (федеральные, ведомственные, частные и др.) - расходы на медикаменты в 2010 году существенно возросли: в 2,9 раза, по сравнению с 2009 годом, и в 29,8 раз, по сравнению с 2008 годом.

При этом, начиная с 2008 года, в целом, отмечается сокращение расходов на медикаменты и перевязочные средства за счет внебюджетных источников: в 2010 году - на 19,2 %, по сравнению с 2009 годом, и на 26,2 %, по сравнению с 2008 годом.

1.1.4.1. В ходе проводимых Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга проверок стационарных медицинских учреждений Санкт-Петербурга устанавливались следующие факты:

- **в ряде случаев фактические расходы на приобретение медикаментов** были существенно меньше установленного норматива (норматив стоимости медикаментов при пребывании в стационаре на один койко-день составлял: 240 рублей – в 2008 году; 267 рублей – в 2009 году; 254 рубля – в 2010 году) фактические расходы **от 2 до 10 раз** как для пациентов, получавших лечение в рамках ОМС, так и для пациентов, получавших лечение за счет средств бюджета Санкт-Петербурга;

- в ряде случаев имела место неоправданная подмена бесплатной медицинской помощи платной: при наличии необходимых медикаментов,

приобретенных за счет средств ОМС, пациентам предлагалось применение данных препаратов за плату.

1.1.5. Организация лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении является неотъемлемой частью лечебного процесса и входит в число основных лечебных мероприятий. **Лечебное питание должно** не только обеспечивать поддержание энергетических и пластических потребностей пациента, но и **быть самостоятельно воздействующим лечебным фактором.**

На организацию лечебного питания в анализируемый период было направлено: 907 281,6 тыс. рублей – в 2008 году, 1 295 021,8 тыс. рублей – в 2009 году, 1 275 037,2 тыс. рублей – в 2010 году.

В анализируемый период наблюдалось увеличение доли расходов на организацию лечебного питания за счет средств бюджета Санкт-Петербурга и сокращение доли указанных расходов за счет средств ОМС.

Основной объем средств был направлен на оплату питания в стационарных учреждениях (749 868,4 тыс. рублей – в 2008 году, 822 961,3 тыс. рублей – в 2009 году, 823 073,2 тыс. рублей – в 2010 году).

1.1.5.1. В ходе проводимых Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга проверок расходования средств на организацию лечебного питания были установлены следующие нарушения:

- требований приказа Министерства здравоохранения РФ от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации», устанавливающего порядок организации питания в стационарах;

- **в ряде случаев фактические расходы на питание** больных были существенно **меньше установленного норматива** на 20 - 35 % (норматив стоимости питания при пребывании в стационаре на один койко-день составлял: 80 рублей – в 2008 году; 87 рублей – в 2009 году; 80 рублей - в 2010 году);

- учреждениями **не соблюдались среднесуточные нормы питания по продуктам с высокой биологической ценностью** (молоку, маслу сливочному, рыбе, яйцу - на 20 - 60 %, овощам на 25 – 60 %). При этом, **отдельные виды продуктов, являющихся источником углеводов, расходовались в объемах, существенно превышающих утвержденные нормы** (крупы, макаронные изделия, мука пшеничная превышали нормы от 2 до 8 раз). При наличии ассигнований, в ряде случаев, не производилась закупки, а значит, и не включались в рацион больных продукты, предусмотренные среднесуточными нормами питания, в частности: кефир, печенье, кондитерские изделия. Кроме того, даже в летний и осенний периоды **не закупались свежие фрукты, овощи и зелень, соки фруктовые и овощные;**

- приобретались продукты питания по завышенным ценам, что повлекло сокращение объемов фактических поставок;

- формальное проведение контроля за качеством готовой пищи (бракеража) в стационарных учреждениях создавало благоприятные условия недобросовестным сотрудникам пищеблоков для хищений и злоупотреблений, в результате чего не соблюдались утвержденные нормы веса одной порции, технологии и рецептуры приготовления пищи при организации лечебного питания и пациенты учреждений не обеспечиваются полноценным лечебным питанием;

- внедренный в два учреждения Санкт-Петербурга опыт организации лечебного питания сторонней организацией путем доставки в термотаре готовых блюд также имеет свои недостатки, а именно:

- значительно увеличиваются расходы бюджета на оплату стоимости услуг поставщика. Кроме того, в настоящее время в Санкт-Петербурге законодательно урегулирован только вопрос со стоимостью питания школьников и учащихся средних профессиональных учреждений, для которых установлен предельный процент накладных расходов. В случае предоставления питания сторонними организациями в учреждениях здравоохранения процент накладных расходов никаким нормативным актом не регламентирован и устанавливается самим поставщиком;

- учитывая сложную дорожную обстановку в Санкт-Петербурге (пробки, погодные условия) становится проблематичной своевременная доставка готовых блюд.

Несоблюдение при организации лечебного питания указанных норм, разработанных для сбалансированности рационов и соблюдения требований рационального питания, является негативным фактом, отрицательно влияющим на качество восстановления здоровья больных.

1.1.6. В Санкт-Петербурге в анализируемый период произошло сокращение общего количества организаций, участвующих в оказании медицинской помощи населению, с 337 в 2008 году до 331 – в 2010 году, в том числе: амбулаторно-поликлинических на 8 единиц (159 - в 2008 году, 151 - в 2010 году), диспансеров на 4 единицы (с 44 до 40), санаторно-курортных на 3 единицы (с 18 до 15), в основном за счет реорганизации с целью укрупнения или специализации.

Наиболее обеспечены амбулаторно-поликлинической помощью жители Южной, Центральной и Северной медико-санитарных зон, при этом в наиболее застраиваемых районах Санкт-Петербурга: Фрунзенском и Приморском показатели обеспеченности амбулаторно-поликлинической помощью ниже средних.

Во всех районах города имеются стоматологические поликлиники или соответствующие отделения при поликлиниках, женские консультации, психоневрологические и кожно-венерологические диспансеры. Психоневрологические диспансеры имеются практически во всех районах города, за исключением Красносельского района, население которого

обслуживается диспансером Кировского района, и Приморского района, население которого обслуживается в Петроградском районе.

На территории четырех медико-санитарных зон Санкт-Петербурга: Юго-Западной, Южной, Восточной и Центральной имеются родильные дома.

На территории Северной медико-санитарной зоны, включающей в себя Приморский, Курортный и Выборгский районы (с населением 1 021 200 человек - 21 % от общего населения Санкт-Петербурга) родильных домов нет.

Лечебные учреждения (**больницы**), обеспечивающие взрослое население Санкт-Петербурга стационарной помощью **имеются во всех районах, за исключением Приморского**. Ближайшие к Приморскому району стационары находятся в Выборгском, Петроградском и Калининском районах Санкт-Петербурга.

Учреждения, оказывающие стационарную помощь детскому населению, имеются не в каждом районе города. В частности отсутствуют детские больницы:

- в Московском районе (ближайшие стационары расположены в Фрунзенском и Красносельском районах);
- в Петроградском районе (ближайшие стационары расположены в Выборгском и Василеостровском районах);
- в Пушкинском районе (ближайшие стационары расположены в Фрунзенском, Красносельском и Колпинском районах);
- в Красногвардейском районе (ближайшие стационары расположены в Выборгском и Невском районах);
- в Калининском районе (ближайшие стационары расположены в Выборгском районе);
- в Петродворцовом районе (ближайшие стационары расположены в Красносельском и Колпинском районах);
- в Приморском районе (ближайшие стационары расположены в Выборгском районе);
- в Кронштадтском и Курортном районах, при этом в близлежащих к ним районах (Петродворцовом, Приморском) детских стационаров нет.

1.2. Кадровая политика и оплата труда в здравоохранении:

1.2.1. В анализируемый период **штатная численность работников ЛПУ** составляла:

- в 2008 году – 72 628 человек, при этом на 26 549 ставках врачей работало 18 849 человек, на 47 851,9 ставках среднего медицинского персонала – 30 772 человека, на 22 037 ставках младшего медицинского персонала – 10 497 человек;

- в 2009 году – 74 351 человек, при этом на 26 457,5 ставках врачей – 19 086 человек, на 46 275 ставках среднего медицинского персонала – 31 108 человека, на 21 495,5 ставках младшего медицинского персонала – 11 286 человек;

- в 2010 году – 74 955 человек, при этом на 26 426,3 ставках врачей – 19 230 человек, на 45 631,3 ставках среднего медицинского персонала – 31 086 человек, на 20824,3 ставках младшего медицинского персонала – 11 534 человека.

Таким образом, количество работников (физических лиц):

- занимающих **врачебные должности** составляло всего 67 % штатной численности – в 2008 году; 67,1 % - в 2009 году и 68,7 % - в 2010 году;

- занимающих должности **среднего медицинского персонала** составляло всего 60,4 % штатной численности - в 2008 году, 64,2 % - в 2009 году и 64 % - в 2010 году;

- занимающих должности **младшего медицинского персонала** составляло всего 42 % штатной численности - в 2008 году, 48,6 % - в 2009 году и 49,4 % - в 2010 году.

1.2.2. **Уровень укомплектованности персонала** в 2008-2010 годах составил:

- врачей – 94,1 %, 95,8 %, 94,4 %, соответственно;

- среднего медицинского персонала - 93,9 %, 95,5 %, 93,9 %, соответственно;

- младшего медицинского персонала - 88,2 %, 92,4 %, 89,3 %, соответственно.

1.2.3. **Нагрузка на одно физическое лицо**, в среднем, в 2008-2010 годах составила:

- врачи -1,5, 1,4, 1,5 ставки, соответственно;

- средний медицинский персонал - 1,6, 1,5, 1,6 ставки, соответственно;

- младший медицинский персонал – 2,4, 2,1 ,2 ставки, соответственно.

1.2.4. В 2008 - 2010 годах **обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом** на 10 тыс. населения составила в среднем 41,5 и 67,5 специалиста.

Согласно данным, приведенным в информации о проведенной ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ» в 2011 году комплексной оценке кадрового состава системы здравоохранения, в Российской Федерации средний показатель обеспеченности врачами в 2010 году сложился на уровне 44,1 человек на 10 тыс. населения, средним медицинским персоналом – на уровне 93,6 человек на 10 тыс. населения.

Таким образом, **Санкт-Петербург относится к регионам, уровень обеспеченности врачами в которых стремится к среднему показателю, а уровень обеспеченности средним медицинским персоналом является низким** (менее 80 человек персонала на 10 тыс. населения).

1.2.5. В 2008 году **базовая единица по оплате труда** возросла на 13 %, по сравнению с 2007 годом, и составила 4 545 рублей, в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, возросла на 22 % и составила 5 545 рублей, в 2010 году, по сравнению с 2009 годом, возросла с 1 января на 6,4 %, а с 1 сентября - еще на 4,4 %.

1.2.6. Средняя заработная плата работников здравоохранения в месяц (с учетом средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности) составила в 2008 - 2010 годах:

в расчете на занятую ставку – 11 261 рублей, 13 527 рублей, 15 697 рублей, соответственно;

в расчете на физическое лицо – 17 573 рублей, 19 920 рублей, 23 604 рублей, соответственно;

по категориям персонала в расчете на занятую ставку:

врачи - 17 628 рублей, 20 293 рублей, 24 724 рублей, соответственно;

средний медицинский персонал - 11 058 рублей, 13 146 рублей, 18 403 рублей, соответственно;

младший медицинский персонал - 4 794 рублей, 6 311 рублей, 7 838 рублей, соответственно;

по категориям персонала в расчете на физическое лицо:

врачи - 23 348 рублей, 26 286 рублей, 29 018 рублей, соответственно;

средний медицинский персонал - 16 621 рублей, 18 918 рублей, 22 128 рублей, соответственно;

младший медицинский персонал - 10 650 рублей, 12 109 рублей, 13 144 рублей, соответственно.

В 2009 - 2010 годах, по сравнению с 2008 годом, средняя заработная плата в целом по отрасли «Здравоохранение» (на физическое лицо) возросла на 13 % и 18,8 %, соответственно, в том числе: врачей - на 12,5 % и 24,3 %, среднего медицинского персонала - на 13,7 % и 33,1 %, младшего медицинского персонала - на 13,4 % и 23,4 % и прочего – на 14,5 % и 25,6 %.

1.2.7. Нормативная база, регламентирующая вопросы штатной численности учреждений здравоохранения, носит рекомендательный характер и в настоящее время **не отвечает современным требованиям.**

1.3. Показатели медико-демографической ситуации:

1.3.1. Прирост численности населения Санкт-Петербурга начался в 2008 году, когда значительно сократились темпы естественной убыли и увеличился миграционный прирост (данные приведены в таблице)

Наименование показателя	2008	2009	2010
численность населения (тыс. человек)	4 568,0	4 600,0	4 627,2
средний возраст населения (лет)	41,2	41,3	41,3
коэффициент рождаемости (тыс. человек)	10,4	11,3	12,0
коэффициент смертности (тыс. человек)	14,6	14,1	14,2
коэффициент естественной убыли (тыс. человек)	4,2	2,8	2,2

1.3.2. В структуре населения Санкт-Петербурга **сохраняется положительная тенденция роста населения в возрасте от 0 до 14 лет**: в 2008 году прирост составил 5 тыс. человек, в 2009 году – 16 тыс. человек, в 2010 году – 18 тыс. человек.

1.3.3. В 2008 году в Санкт-Петербурге родился 43 291 ребенок, в 2009 году – 52 097 детей, в 2010 году – 55 560 детей. **Уровень рождаемости в Санкт-Петербурге остается ниже уровня, обеспечивающего простое замещение родительского поколения поколением детей**. Наметившиеся в последнее время стабилизация социально-экономического развития России и Санкт-Петербурга, вступление в репродуктивный возраст поколения, рожденного в более благоприятные в демографическом отношении 80-е годы прошлого века, а также миграционный прирост населения репродуктивного возраста, должны способствовать повышению рождаемости в ближайшие годы.

1.3.4. **Коэффициент смертности** населения Санкт-Петербурга сохраняется довольно высоким, но **постепенно снижается**.

1.3.5. **Динамика младенческой смертности** в 2008 – 2009 годы характеризуется увеличением смертности от всех основных причин, за исключением состояний перинатального периода (снижение на 20 %), **в 2009-2010 годы характеризуется увеличением смертности от врожденных аномалий** (на 10 %).

1.3.6. Несмотря на то, что число детей перестало сокращаться, **превышение числа пожилых над числом детей продолжает расти**, в результате чего в Санкт-Петербурге **сохраняется регрессивная возрастная структура населения**. Продолжается старение населения города: **средний возраст населения** Санкт-Петербурга на 1 января 2010 года, также как и на 1 января 2009 года, **составлял 41,3 года**.

1.3.7. В анализируемый период в Санкт-Петербурге **сохраняется тенденция к росту первичной и общей заболеваемости**.

По итогам 2010 года по многим классам болезней можно отметить снижение первичной заболеваемости населения Санкт-Петербурга. Наибольшее сокращение показателя в сравнении с 2009 годом отмечается по следующим классам заболеваний: «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани»; «болезни системы кровообращения»; «болезни органов пищеварения».

Однако по некоторым нозологиям отмечается резкое увеличение показателя по сравнению с 2009 годом: по классу «болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» показатель увеличился на 23,53 %; по классу «беременность, роды и послеродовой период» - на 17,58 %; по классу «болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» - на 10,91 %.

1.3.8. Социально-значимые заболевания:

- в сравнении с 2008 годом, в 2009 году и в 2010 году отмечалось **незначительное снижение заболеваемости психическими расстройствами**;

- начиная с 2008 года, **первичная заболеваемость наркологической заболеваемостью снизилась** с уровня в 34,19 до уровня 23,72 случаев на 100 тыс. населения к концу 2009 года, оставаясь в течение 2-х лет практически на одном уровне. В течение последних 5 лет **не отмечено значительной положительной динамики показателя ремиссии**. Процент больных наркоманией и токсикоманией, находящихся в ремиссии более 2-х лет, составляет от 20 % до 25 %. Процент больных, снимаемых с наблюдения в связи с выздоровлением, колеблется от 1,8 % до 2,5 %. Продолжает **нарастать высокими темпами заболеваемость подростков, связанная с употреблением алкоголя**. Алкоголизация подростков в 7 раз выше алкоголизации всего населения;

- в Санкт-Петербурге сохраняется один из самых высоких уровней онкологической заболеваемости в России, что связано в основном с высоким удельным весом лиц пожилого и старческого возраста. За последние 30 лет уровень онкологической заболеваемости населения Санкт-Петербурга возрос на 47,6 %.

- основные эпидемиологические **показатели по туберкулезу** в Санкт-Петербурге в 2010 году по-прежнему **остаются ниже, чем в Российской Федерации**. Показатели территориальной заболеваемости всеми формами туберкулеза по Санкт-Петербургу в период с 2005 года неуклонно снижались, достигнув к 2007 году величины 37,3 случаев на 100 тыс. населения. Начиная с 2008 года отмечается колебание показателя в пределах 6,1-8,6 %. Показатель заболеваемости всеми формами туберкулеза по Санкт-Петербургу в 2010 году составил 43 случая на 100 тыс. населения, что ниже на 8,6 %, чем в 2009 году. Показатели заболеваемости туберкулезом постоянного населения также подвержены колебаниям. **Одной из причин, влияющих на заболеваемость туберкулезом среди всех возрастных групп населения, является проблема трудовой миграции**, как из стран ближнего зарубежья, так и различных регионов Российской Федерации. Доля не жителей города среди впервые выявленных больных туберкулезом возросла в Санкт-Петербурге с 12,2 % в 2006 году до 23,6 % в 2010 году.

Показатель болезненности за последние 5 лет неуклонно снижается с 117,6 случаев на 100 тыс. населения в 2005 году до 107,3 случаев - в 2009 году. Применение современных комплексных методов лечения позволило **сократить болезненность бациллярными формами туберкулеза с 46,9 случаев на 100 тыс. населения в 2005 году до 37,7 случаев - в 2009 году**;

- эпидемиологическая ситуация по сифилису и другим инфекциям, передающимся половым путем, а также заразным заболеваниям кожи остается напряженной. За последние 5 лет отмечен рост заболеваемости сифилисом на 15 %, также сохраняется высокая выявляемость ВИЧ-инфицированных. При этом отмечается снижение заболеваемости хламидиозом, трихомонозом, урогенитальным герпесом, венерическими бородавками, чесоткой и дерматофитозами.

2. Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге

2.1. В целом Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге в 2008-2010 годах соответствовали Программам государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

2.2. Формирование расходов бюджета Санкт-Петербурга и бюджета ТФ ОМС на очередной финансовый год производится с учетом потребности финансовых ресурсов для реализации Территориальной программы. Так как в соответствии со ст. 85 БК РФ расходные обязательства субъекта Российской Федерации возникают в результате принятия соответствующих законов и нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации, то Территориальная программа должна быть сформирована до принятия законов о бюджете Санкт-Петербурга и бюджете ТФ ОМС Санкт-Петербурга на соответствующий финансовый год. В то же время органы государственной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий на соответствующие финансовые годы. Поскольку федеральные нормативные акты о Программах государственных гарантий в Российской Федерации в 2009-2010 годах утверждались в октябре месяце, то, как следствие, территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге формировались и утверждались после принятия бюджетов Санкт-Петербурга и ТФ ОМС на указанные годы, тем самым **нарушалось бюджетное законодательство и принцип формирования расходов на здравоохранение бюджета Санкт-Петербурга и бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга, которые должны основываться на нормативах утвержденной Территориальной программы.**

3. Аудит эффективности использования государственных средств на оказание бесплатной медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга

3.1. Результаты проведенного на первом этапе экспертной оценки анализа **показателей финансового обеспечения Территориальной программы госгарантий и объемов медицинской помощи за 2008-2010 годы по видам, в сравнении с федеральными и территориальными нормативами показали, что в течение всего периода не соблюдались разработанные и утвержденные нормативы гарантированных объемов медицинской помощи. Так, территориальные объемы медицинской**

помощи: по скорой медицинской помощи были установлены выше федерального норматива, фактически выполненный объем превышал территориальный норматив; по амбулаторно-поликлинической помощи были установлены выше федерального норматива, но фактически выполненный объем был ниже территориального и федерального нормативов; по стационарной помощи были установлены ниже федерального норматива, фактический объем был ниже территориального и федерального нормативов.

3.2. Анализ показателей, произведенный на втором этапе комплексной оценки уровня реализации Территориальной программы на основании методики профессора, доктора медицинских наук, заведующего кафедрой управления и экономики здравоохранения и системы ОМС Института развития дополнительного профессионального образования Министерства образования Российской Федерации **В.О. Флека**, при том что в целом **уровень реализации Территориальных программ** в Санкт-Петербурге в анализируемый период может быть оценен как **средний**, выявил несбалансированность объемов медицинской помощи по нормативу, не выполнение ни федеральных, ни территориальных нормативов, что ограничивает доступность бесплатной медицинской помощи, особенно профилактической. При этом финансовые затраты на единицу объема медицинской помощи (за исключением помощи, оказываемой в дневных стационарах) превышали и федеральные и территориальные нормативы.

Таким образом, при высоком уровне финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи **неудовлетворительная структура оказываемой населению медицинской помощи препятствовала эффективности использования ресурсов в отрасли и повышению качества предоставляемой населению медицинской помощи.**

3.3. Для оценки использования государственных ресурсов на оказание бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге во взаимосвязи с качеством оказываемой помощи применялась комплексная оценка по трем критериям:

- **уровень достаточности ресурсов** (финансовых, материальных, кадровых):

- а) **обеспеченность финансовыми ресурсами:**

- **за счет средств всех государственных источников** (федеральный бюджет, бюджет Санкт-Петербурга, бюджеты государственных внебюджетных фондов) составила:

- в 2008 году – в расчете на душу населения - 9,8 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (8,94 тыс. рублей) на 0,9 тыс. рублей;

- в 2009 году – в расчете на душу населения - 9,5 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (8,65 тыс. рублей) на 0,9 тыс. рублей;

- в 2010 году - в расчете на душу населения - 10,5 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (9,83 тыс. рублей) на 0,7 тыс. рублей.

Обеспеченность финансовыми ресурсами за счет средств государственных источников в анализируемый период превышала установленные нормативные показатели в расчете на душу населения, что свидетельствует о достаточности финансовых ресурсов за счет средств всех государственных источников;

- за счет средств бюджета Санкт-Петербурга (без учета страховых взносов на ОМС неработающего населения):

- в 2008 году - в расчете на душу населения - 5,5 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (5 тыс. рублей) на 0,48 тыс. рублей;

- в 2009 году - в расчете на душу населения – 4,76 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (4,5 тыс. рублей) на 0,26 тыс. рублей;

- в 2010 году – в расчете на душу населения - 5,2 тыс. рублей, что соответствует утвержденному нормативу (5,2 тыс. рублей).

Обеспеченность финансовыми ресурсами за счет средств бюджета Санкт-Петербурга в анализируемый период превышала или соответствовала нормативным показателям в расчете на душу населения, что свидетельствует о достаточности финансовых ресурсов за счет средств указанного источника;

- за счет средств обязательного медицинского страхования:

- в 2008 году – в расчете на душу населения - 3,3 тыс. рублей, что ниже утвержденного норматива (4,8 тыс. рублей) на 1,5 тыс. рублей;

- в 2009 году – в расчете на душу населения – 4,0 тыс. рублей, что ниже утвержденного норматива (4,1 тыс. рублей) на 0,15 тыс. рублей;

- в 2010 году – в расчете на душу населения - 4,4 тыс. рублей, что превышает утвержденный норматив (3,7 тыс. рублей) на 0,7 тыс. рублей.

Обеспеченность финансовыми ресурсами за счет средств обязательного медицинского страхования в 2008 -2009 годах не достигала нормативных значений, что свидетельствует о недостаточности финансовых ресурсов указанного источника. Лишь в 2010 году обеспеченность финансовыми ресурсами за счет средств обязательного медицинского страхования незначительно превышала установленные нормативы в расчете на душу населения;

- за счет негосударственных финансовых ресурсов (показатели платности медицинской помощи):

- в 2008 году в расчете на душу населения показатель платности медицинских услуг составил в 2008 году 1,1 тыс. рублей, в том числе расходы домашних хозяйств – 0,83 тыс. рублей, ДМС – 0,11 тыс. рублей;

- в 2009 году в расчете на душу населения показатель платности медицинских услуг составил в 2009 году 1,3 тыс. рублей, в том числе расходы домашних хозяйств – 0,94 тыс. рублей, ДМС – 0,15 тыс. рублей;

- в 2010 году в расчете на душу населения показатель платности медицинских услуг составил в 2010 году 1,28 тыс. рублей, в том числе расходы домашних хозяйств – 1 тыс. рублей, ДМС – 0,16 тыс. рублей.

В 2008-2009 годах возросли объемы средств, направленных на оплату медицинской помощи, предоставляемой на платной основе, при этом

наиболее значительно - в рамках ДМС, что свидетельствует о неудовлетворенности населения предоставляемой бесплатной медицинской помощью и возникновением в связи с этим необходимости оплаты медицинских услуг из личных средств;

- **за счет средств всех источников:**

- в 2008 году - в расчете на душу населения - 10,9 тыс. рублей;
- в 2009 году – в расчете на душу населения -10,8 тыс. рублей;
- в 2010 году – в расчете на душу населения – 11,8 тыс. рублей.

Таким образом, **результаты анализа финансового обеспечения предоставления гражданам медицинской помощи за счет различных источников свидетельствуют о достаточности финансовых ресурсов.**

Однако, выявляемые в ходе контрольно-ревизионных мероприятий факты нерационального, неэффективного, необоснованного и неправомерного использования бюджетных ассигнований (направление значительных объемов бюджетных ассигнований, сэкономленных из-за недоукомплектованности штатов и введения сверхнормативных должностей, на различного рода неправомерные и необоснованные выплаты, причем в большинстве случаев административно-управленческому персоналу учреждений; оплата фактически не выполнявших ремонтных и иных работ и неиспользованных материалов; несоблюдение установленных на соответствующий год нормативов средней стоимости медикаментов и продуктов питания на один койко-день, в том числе и в результате перемещения предусмотренных на эти цели ассигнований на другие цели и т.д.) и собственности Санкт-Петербурга, переданной учреждениям в оперативное управление (предоставление помещений учреждений в безвозмездное пользование сторонним организациям) **свидетельствуют о недостаточно эффективном управлении финансовыми потоками и собственностью должностными лицами лечебно-профилактических учреждений;**

б) результаты анализа имеющихся кадровых ресурсов здравоохранения показали, что **обеспеченность населения медицинским персоналом не соответствует потребностям населения.** Недоукомплектованность медицинского персонала вызывает необходимость совместительства, обеспечение выполнения фронта работ за счет совмещения профессий, расширения зоны обслуживания и т.п. При этом профессиональный состав врачей и среднего медицинского персонала учреждений и организаций, оказывающих медицинскую помощь населению свидетельствует о наличии реальной возможности оказания качественной и квалифицированной медицинской помощи. Однако **недостаточность кадровых ресурсов,** обусловленная, в основном, неудовлетворенностью медицинского персонала уровнем заработной платы, довольно **высокая степень нагрузки среднего и младшего медицинского персонала,** влечет несоблюдение установленных норм медицинского обслуживания, что **приводит к снижению качества и доступности оказания гражданам медицинской помощи;**

в) на основании произведенного анализа может быть сделан вывод о **недостаточности обеспеченности населения первичной амбулаторно-поликлинической помощью** (высокая численность населения, прикрепленного к одному амбулаторному участку, длительное ожидание времени приема, неудобный график работы учреждений и т.д.) и **больничными койками в стационарных учреждениях Санкт-Петербурга** (в том числе и в результате создания платных малозаселенных палат);

г) выполнение и перевыполнение гарантированных объемов скорой медицинской помощи по количеству вызовов на душу населения и помощи, оказываемой в дневных стационарах, свидетельствует о достаточности материальных ресурсов по данному виду помощи;

- **доступность бесплатной квалифицированной медицинской помощи.**

Отмеченное в анализируемый период **сокращение объемов стационарной помощи не было компенсировано** соответствующим **увеличением амбулаторно-поликлинической и оказываемой в условиях дневных стационаров помощи**, при этом ежегодно увеличивается число вызовов скорой помощи и количество обслуженных больных, что свидетельствует о **несбалансированности объемов различных видов медицинской помощи и приводит к снижению ее доступности.**

Существующая ситуация с предоставлением **высокотехнологичной медицинской помощи** для населения Санкт-Петербурга свидетельствует о **недостаточно высокой степени ее доступности;**

- **качество бесплатной медицинской помощи:**

а) на протяжении последних лет несмотря на то, что **динамика показателей здоровья населения Санкт-Петербурга сохраняется негативной, наблюдается некоторое снижение смертности**, в том числе населения в трудоспособном возрасте, и **рост ожидаемой продолжительности жизни, улучшение демографических показателей, стабилизация показателей по отдельным социально - значимым заболеваниям** (психические заболевания и наркомания), что свидетельствует о **положительных медицинском и социальном эффекте по отдельным направлениям здравоохранения;**

б) в анализируемый период **расходы на оказание единицы объема всех видов медицинской помощи имели тенденцию к росту**, при этом из-за несбалансированности объемов предоставляемой медицинской помощи **основной объем средств направлялся на оплату дорогостоящей стационарной помощи, а стационарозамещающие виды медицинской помощи, несмотря на увеличение объемов их финансирования, не достигали необходимых для удовлетворения потребности в них населения объемов, т.е. конституционная норма обеспечения государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в полном объеме не выполнялась.**

Рекомендации

В целях реализации гарантированного ст. 41 Конституции Российской Федерации права каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь:

1. Обеспечить утвержденные постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 01.07.2008 № 783 «Об утверждении отраслевой схемы развития и размещения объектов здравоохранения на территории Санкт-Петербурга на период до 2015 года с учетом перспективы до 2025 года» основные направления развития и размещения объектов здравоохранения на территории Санкт-Петербурга, особенно в части обеспечения условий равной доступности объектов здравоохранения для всех жителей Санкт-Петербурга с дифференциацией их по условиям зонирования (городской, межрайонный, районный) с учетом экономических, социологических, демографических и иных условий и особенностей потребностей населения.

2. В условиях перехода к новым формам государственных учреждений и планирования бюджетных ассигнований на оказание государственных (муниципальных) услуг на основании показателей государственного (муниципального) задания для обеспечения сбалансированности объемов медицинской помощи, повышения ее доступности и качества необходимо обеспечить действенный контроль за целевым, эффективным и результативным расходованием средств бюджета Санкт-Петербурга, выделенных на финансирование здравоохранения, состоянием и использованием государственного имущества, закрепленного за лечебно-профилактическими учреждениями, повысить ответственность всех участников бюджетного процесса за соблюдением требований бюджетного и гражданского законодательства, принимать действенные меры по предотвращению финансовых нарушений.

3. Учитывая результаты проведенных Контрольно-счетной палатой Санкт-Петербурга проверок учреждений здравоохранения, необходимо принять меры:

- по укомплектованию штатов учреждений квалифицированными техническими специалистами в области эксплуатации зданий (сооружений) и сетей инженерного обеспечения, способных осуществлять надлежащий контроль за проведением ремонтно-строительных работ;

- по повышению ответственности должностных лиц учреждений здравоохранения за соблюдением:

- технологий и рецептов приготовления пищи при организации лечебного питания и проведением контроля за качеством готовой пищи;

- установленных нормативов:

- расходов на приобретение продуктов питания,;

- расходов на приобретение медикаментов, перевязочных средств и расходных материалов;

- штатных должностей медицинского персонала;

О за соблюдением требований законодательства в отношении гигиенических и иных нормативов при размещении пациентов в палатах стационарных учреждений в целях обеспечения санитарно-эпидемиологическое благополучие пациентов - одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья, установленных Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

4. Выступить с законодательной инициативой по приведению нормативной базы, регулирующей вопросы штатной численности учреждений здравоохранения, в соответствие с требованиями настоящего времени.

5. Для оптимизации процесса оказания медицинской помощи в Санкт-Петербурге и достижения наибольшего эффекта от использования финансовых, кадровых и материальных ресурсов, необходимо сокращение и рационализация использования дорогостоящей стационарной помощи, в том числе за счет сокращения показателей нецелесообразной и непрофильной госпитализации, увеличения объемов, повышения доступности и качества стационарозамещающих технологий, т.е. развития сети и увеличения мощности дневных стационаров, повышения доступности, качества и эффективности амбулаторно-поликлинической помощи, развития и совершенствования восстановительного лечения и реабилитации пациентов.

6. Существующая система льготного обеспечения граждан лекарственными средствами в амбулаторных условиях требует дальнейшего совершенствования, поскольку в настоящее время она не позволяет эффективно планировать и контролировать уровень затрат в связи с тем, что подушевой норматив обеспечения необходимыми лекарственными средствами сформирован исходя из установленной ежемесячной денежной выплаты. С целью эффективного планирования и контроля за уровнем затрат и обеспечения в необходимых количествах остающихся в системе наиболее нуждающихся в регулярном приеме лекарственных средств граждан, необходимо разработать экономически обоснованный механизм анализа потребностей льготных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и изделиях медицинского назначения.

7. В целях повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи для населения Санкт-Петербурга необходимо рассмотреть вопрос об увеличении ее объемов, устанавливаемых государственным заданием медицинским организациям Санкт-Петербурга, имеющим реальные возможности оказания указанной помощи в больших, чем в настоящее время объемах, и, соответственно, объемов финансирования этой помощи.

