



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИМОРСКОГО КРАЯ**

ул 1-я Морская, 2, г. Владивосток, 690007
Телефон: (423) 241-35-14, факс: (423) 241-28-94
E-mail: dza@primorsky.ru
ОКПО 00089572, ОГРН 1072540000103
ИНН/КПП 2540018454/254001001

Председателю комитета
Законодательного Собрания
Приморского края по социальной
политике и защите прав граждан

И.С. Чемерису

20.10.2017 № 18-10092

_____ от _____

Уважаемый Игорь Святославович!

На Ваш запрос о предоставлении информации к очередному заседанию комитета Законодательного Собрания по социальной политике и защите прав граждан в октябре 2017 года по вопросам, связанным с проблемами, существующими в сфере здравоохранения сообщаем следующее.

По вопросу 1:

В Приморском крае за январь - август 2017 г. отмечается снижение смертности по основным классам причин: от внешних причин на 6,2%, от случаев отравления алкоголем на 27,2%, от самоубийств на 5,2%, туберкулеза на 8,8%, от болезней органов дыхания на 15%, от болезней органов пищеварения на 10%, от новообразований на 0,7%, в том числе злокачественных на 1,3%, от болезней органов кровообращения на 2,2 %. В свою очередь отмечается рост смертности от всех видов транспортных несчастных случаев на 12,4% и от инфекционных и паразитарных заболеваний на 6,9%.

Показатель заболеваемости туберкулезом в Приморском крае за 9 месяцев 2017 года снизился на 11,5 % по сравнению с аналогичным периодом 2016 года на 14% и составил 85,5 случаев на 100 тысяч населения (9 месяцев 2016 года – 96,6).

Снижения показателей смертности от туберкулеза за 9 месяцев 2017 года удалось достичь благодаря проведению мероприятий в соответствии с планом по снижению смертности на 2017 год:

1. Охват химиопрофилактикой пациентов ВИЧ-инфекцией с уровнем CD4-лимфоцитов менее 350 кл/мкл в первом полугодии 2017 года составил 96 % от нуждающихся (240 из 250 больных).

2. Охват профилактическим флюорографическим обследованием в группах социального риска за 9 месяцев 2017 года составил 52,3 %, охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез за 1 полугодие 2017 года составил 945 774 чел. (50%), охват населения старше 15 лет флюорографическим обследованием составил 49,3%. Охват иммунодиагностикой детского населения 40,5 %.

3. В Приморском крае за 9 месяцев 2017 года функционировало на базе краевых противотуберкулезных диспансеров и их филиалов 4 системы для проведения диагностики лекарственно устойчивого туберкулеза ускоренными молекулярно-генетическим методами и 3 системы для проведения диагностики лекарственно устойчивого туберкулеза культуральным методом на жидких средах. Доля впервые выявленных больных с бактериовыделением и/или выделенной ДНК МБТ, прошедших тестирование на лекарственную чувствительность до начала лечения составила 98% больных. Показатели соответствуют плановым.

4. Доля впервые выявленных больных, эффективно закончивших лечение по I, II, III режимам химиотерапии, за 9 месяцев 2017 года составила 65,3 %, доля впервые выявленных больных, эффективно закончивших лечение по IV, V режимам химиотерапии составила 41,2 % от всей когорты 2015 года. Количество больных, потерянных для наблюдения (прервавших лечение и выбывших), получавших лечение по IV, V режимам химиотерапии, составило 6,0 %. Показатели соответствуют плановым. Не достигнуты плановые показатели по количеству больных, получавших социальную поддержку за счет региональной программы.

5. Основные плановые показатели по внедрению стационарзамещающих технологий за 9 месяцев 2017 года выполнены в полном объеме (72,1 % от плана на 2017 год – 49518 пациенто-дней). Охват

хирургическим лечением больных фиброзно-кавернозным туберкулезом составил 6 % (59 больных).

6. Обеспеченность полугодовой расчетной потребности в противотуберкулезных препаратах первого ряда составляет 100 %, обеспеченность годовой расчетной потребности в противотуберкулезных препаратах второго ряда для лечения МЛУ/ШЛУ туберкулеза составляет 100%, (закупка препаратов по Федеральной программе), препараты третьего ряда за счет средств Федеральной программы не закупались. За счет средств текущего финансирования ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулезный диспансер» закуплены противотуберкулезные препараты третьего ряда на сумму 790 753,82 руб.

7. Не возникло трудностей в исполнении плановых показателей по обучению медицинского персонала. В 1 полугодии 2017 года обучено 417 врачей первичного звена и других специальностей.

С целью снижения смертности от туберкулеза в 2017 году также проводились следующие мероприятия:

1. Проведено 5 выездных заседаний ведомственной противотуберкулезной комиссии, коллегия Департамента здравоохранения Приморского края, включающие вопросы организации противотуберкулезной помощи в городах и районах края.

2. Организованы и проведены мероприятия по организационно-методической помощи медицинским организациям края: 31 выезд в медицинские организации муниципальных образований Приморского края с целью курации, отбора больных на хирургическое лечение, врачебных консультаций, обучения бригад вакцинаторов, оказания практической помощи, проведения выездных заседаний центральной врачебно-консультативной комиссии.

3. Организация телемедицинских консультаций по вопросам диагностики и лечения туберкулеза.

4. Санитарно - просветительная работа с населением.

В рамках законодательно установленных полномочий за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) могут и фактически осуществляются следующие направления:

- повышение квалификации медицинских работников, в том числе на оплачиваемой основе за счет текущих средств, полученных от СМО за оказанную медицинскую помощь;

- дополнительно (сверх текущих расходов) согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. № 332 «Об утверждении правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования средств», медицинская организация, работающая в системе ОМС, может направить своих медицинских работников на дополнительное профессиональное образование по программе повышения квалификации за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС.

По состоянию на 20.10.2017 в соответствии с заявками медицинских организаций в План мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации на 2017 год включены 13 медицинских работников из 7 медицинских организаций (из них, один медицинский работник запланирован на обучение по 3 образовательным программам) на общую сумму 169 000 руб. Прошли обучение в ФГБОУ ТГМУ Минздрава России 3 медицинских работника из 3 медицинских организаций на общую сумму 30 000 руб.

В Приморском крае утверждены целевые показатели к 2018 г. младенческой смертности (количество случаев на 1000 родившихся живыми) 6,2 (распоряжение Администрации Приморского края от 11.09.2014 г № 319 –ра

«Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Приморском крае»).

На 2017 год утвержден целевой показатель младенческой смертности (количество случаев на 1000 родившихся живыми) 6,4.

Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся живыми на территории Приморского края в 2016 году снизился на 15,4 % (с 7,8 промилле до 6,6). В РФ – снижение с 6,5 до 6,0; ДФО снижение с 7,6 до 6,5. В 2016 году в крае умерло 156 детей до года (в 2015 году – 192), на 36 детей меньше.

За январь – август 2017 г снижение младенческой смертности сохраняется. Показатель младенческой смертности за январь-август 2017 г г снизился по сравнению с аналогичным периодом 2016 года на 9% с 6,8 промилле до 6,2 промилле. В данном периоде 2017 года умерло детей до 1 года на 18 человек меньше - 93 ребенка (в 2016 году – 111). Показатели по ДВФО за 2017 г 5,7 (в аналогичном периоде 2016 года – 6,5), в РФ 5,3 и 6,0 соответственно.

В структуре младенческой смертности продолжает преобладать неонатальная смертность (69%). В структуре неонатальной смертности преобладает смертность в раннем неонатальном периоде от 0-6 дней (66%).

В структуре неонатальной смертности продолжает преобладать смертность в раннем неонатальном периоде от 0-6 дней (66%). За 2016 год отмечается снижение неонатальной смертности с 5,6(138) детей до 3,8 (90). За январь - август 2017 г показатель ранней неонатальной снизился на 18,0% с 2,2 (35 детей) в 2016 году до 1,8 (18 детей).

С целью снижения младенческой и материнской смертности в Приморском крае:

- 1.Определен план мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Приморском крае» (распоряжение АПК от 11.09.2014 г № 319-ра).

2. Медицинская помощь женщинам и детям обеспечивается многопрофильной сетью лечебно-профилактических учреждений Приморского края, участвующих в программе государственных гарантий и с учетом 3-х уровневой системы оказания медицинской помощи. Третий уровень: ГБУЗ «Приморская краевая клиническая больница № 1», ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница № 1», ГАУЗ «Краевой клинической центр охраны материнства и детства», оказывающие специализированную высокотехнологическую медицинскую помощь, ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр».

3. Открытие ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр» внесло значительный вклад в снижение младенческой смертности в Приморском крае. Центр был открыт 02 сентября 2014 года.

Мощность перинатального центра на 180 коек (2500 родов в год), в том числе: 60 коек – отделение патологии беременных, 40 коек – послеродовое отделение, 20 – отделение гинекологии, 30 - второй этап выхаживания новорожденных, 30 – дневной стационар стационара, операционная и родильный блок на 10 родильных залов, отделение амбулаторно-консультативного приема на 100 посещений в смену.

В настоящее время в ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр» функционируют: отделение патологии беременности, дневной стационар отделения патологии беременности, послеродовое отделение, отделение реанимации и интенсивной терапии, отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделение патологии новорожденных, гинекологическое отделение, консультативно - диагностическое отделение динамического наблюдения и реабилитации для детей раннего возраста, консультативно - диагностическое отделение для женщин. С 31 мая 2016 года на базе ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр» начала работу центральная станция мониторинга состояния пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных для постоянного контроля за состоянием новорожденных.

4. На территории Приморского края открыто 8 межрайонных акушерско-гинекологических центров, с целью обслуживания населения близлежащих к ним районов, отдаленных от краевого центра. На базе центров функционируют палаты патологии новорожденных и недоношенных детей, где осуществляется II этап выхаживания. Внедрены современные перинатальные технологии.

5. В 2015 году Администрацией Приморского края закуплено 9 реанимобилей класса «С» для транспортировки беременных, родильниц и новорожденных из межрайонных центров в медицинские организации III уровня на сумму 83 865,00 тыс. рублей.

6. Организована работа выездных анестезиолого-реанимационных бригад (акушерский и неантологический профиль) на базе Центра медицины катастроф и межрайонных центров. Транспортировка беременных осуществляется в ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр» и в ГБУЗ «Приморская краевая клиническая больница №1», новорожденных в ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница № 1», ГАУЗ «Краевой клинической центр охраны материнства и детства», в Медицинский Центр ДВФУ.

7. В июле 2016 года открыт Краевой неонатальный центр на базе КГБУЗ «Краевая детская клиническая больница № 1» для обеспечения регулярных выездов врачей-специалистов в районы Приморского края с целью оказания консультативной, диагностической и лечебной помощи. Создание на базе многопрофильного детского стационара данной службы должно внести существенный вклад в снижение младенческой смертности в Приморском крае.

8. В Приморском крае улучшена организация пренатальной диагностики. С 2014 года внедрена система экспертного уровня пренатальной диагностики, согласно которой УЗИ в скрининговые сроки проводится в межрайонных центрах, только специалистами, имеющими международный сертификат FMF, обновляемый ежегодно. На базе медико-генетической консультации ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных

видов медицинской помощи» создан пренатальный консилиум в составе главного акушера-гинеколога ДЗ ПК, главного внештатного неонатолога ДЗ ПК, главного внештатного генетика ДЗ ПК, зам. главного врача ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр» по педиатрии, зам. главного врача по хирургии КГБУЗ «Краевая детская клиническая больница № 1». Цель работы перинатального консилиума - консультирование беременных, имеющих хромосомные аномалии и врожденные пороки развития плода для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения, направление беременных женщин с пороками развития плода и новорожденных с врожденными пороками развития в медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, уменьшение перинатальной и младенческой смертности, заболеваемости и инвалидности, оказание организационно-методической, консультативно-диагностической помощи медицинским организациям Приморского края.

Новые принципы организации пренатальной диагностики и организация пренатального консилиума привели к улучшению ранней диагностики врожденных пороков развития плода

9. Учитывая высокую смертность новорожденных от критических ВПР системы кровообращения и отсутствие в Приморском крае кардиохирургического центра, департаментом здравоохранения организовано направление беременных с ВПР системы кровообращения у плода в Федеральные кардиохирургические центры г. Хабаровска, Новосибирска, Красноярска, Москвы. В 2014 году на лечение в Федеральные учреждения направлены 8 беременных с ВПР плода, в 2015 году – 14 беременных, в 2016 г – 38 беременных, в 2017 – 40 беременных. Своевременное оперативное лечение ВПР в течение 7 суток после родов позволило сохранить жизнь 50% новорожденных с критическими пороками системы кровообращения.

Департаментом здравоохранения Приморского края организован постоянный мониторинг летальных случаев, предоставление в департамент здравоохранения края ежедневной информации о случаях поступления детей

и рожениц в тяжелом состоянии, создана рабочая группа по снижению младенческой смертности и мертворождаемости, еженедельно рассматриваются случаи смерти детей до 1 года. Протоколы доводятся до сведения руководителей для принятия мер по устранению нарушений.

10. Проводятся подготовительные работы по внедрению компьютеризированной информационно-аналитической системы мониторинга за состоянием здоровья беременных женщин и детей группы высокого риска

11. Оснащен Краевой неонатальный центр ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница № 1» установкой гипотермии, монитором функции головного мозга, для лечения детей, рождённых в асфиксии в соответствии с современными стандартами и клиническими руководствами. На сумму – 3,6 млн. рублей.

Метод направлен на защиту новорожденного ребенка от последствий асфиксии и снижения смертности. Принцип метода «Лечебная гипотермия» - нейропротекция и лечение гипоксически-ишемического повреждения головного мозга у новорожденных путем медленного, контролируемого снижения температуры тела до 34С и поддержание этой температуры в течении 72 часов, затем медленное, контролируемое согревания ребенка до физиологической температуры.

15. С целью совершенствования службы пренатальной, неонатальной диагностики врожденных пороков развития и хромосомных отклонений у плода приобретены датчики с повышенной разрешающей способностью для 8 аппаратов УЗИ экспертного класса.

16. Организованы консилиумы с применением современных информационных технологий в рамках проекта «Телемедицина» с участием специалистов медицинского центра Дальневосточного федерального университета, медицинского центра «Здоровье» с целью своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи женщинам и детям.

17. Запланировано создание перинатального центра в г. Арсеньеве для усиления помощи новорожденным детям и беременным женщинам в северных территориях Приморского края.

Северный перинатальный центр будет расположен на базе крупного лечебного учреждения. Плечо доставки пациента не должно превышать трех часов. По совокупности показателей на роль Северного перинатального центра предлагается КГБУЗ «Арсеньевская центральная городская больница» (уровень оказания медицинской помощи II, количество коек 365, из них акушерских коек 49, количество врачей акушеров-гинекологов в стационаре 5, перинатальный показатель 5.7).

По диспансеризации детского населения

В соответствии с приказом Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» и приказом от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» департаментом здравоохранения Приморского края ежегодно разрабатывается план-график диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. Согласно плану-графику, утвержденному приказом департамента здравоохранения Приморского края от 27.01.2017 № 62-о, в 2017 году диспансеризации подлежат 4 774 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, пребывающих в стационарных учреждениях, и 3 391 ребенок из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

За период январь- сентябрь 2017 года проведена диспансеризация 5702 человекам (70% от подлежащих). В соответствии с указанным приказом

ответственность за проведение диспансеризации возложена на главных врачей краевых государственных организаций здравоохранения, участвующих в диспансеризации. Данный вопрос находится на постоянном контроле в департаменте здравоохранения Приморского края: проводится ежемесячный мониторинг, результаты анализируются, на рабочих совещаниях главврачей рассматривается вопрос качественного выполнения плана диспансеризации. В целях контроля за ее прохождением руководителями медицинских организаций обеспечен ежемесячный ввод данных по результатам в подсистему web-мониторингов ГАУЗ «Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр», который осуществляет организационно-методическое обеспечение пользователей подсистемы Министерства здравоохранения Российской Федерации.

По вопросу 2:

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав) и Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (далее – Росздравнадзор) на территориальные фонды ОМС возложена функция сбора и предоставления информации по достижению индикативных показателей, оказывающих существенное влияние на уровень смертности от основных причин.

С 01.07.2017 на основании Соглашения, заключенного между ФФОМС и Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, осуществляется обмен информацией по результатам контрольно-экспертных мероприятий по случаям оказания медицинской помощи ненадлежащего качества пациентам с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения (ОКС и ОНМК).

Рекомендации экспертов качества медицинской помощи по устранению выявленных дефектов, в первую очередь, обсуждаются с лечащими врачами, заведующими профильных отделений и руководителями медицинских организаций и доводятся до сведения заместителей главных врачей в ходе

рабочих семинаров-совещаний, проводимых департаментом здравоохранения Приморского края (в 2017 году специалисты ГУ ТФОМС ПК и СМО приняли участие в 7 семинарах), до сведения правоохранительных органов по поступающим запросам. По итогам тематических экспертиз качества медицинской помощи формируются ежеквартальные отчетные формы, направляемые в ФФОМС и Росздравнадзор по Приморскому краю, а так же информационные письма - в департамент здравоохранения Приморского края, для принятия приказов по совершенствованию организации предоставления медицинской помощи на территории субъекта (маршрутизации).

В сентябре-октябре 2017 года в рамках межведомственного взаимодействия ГУ ТФОМС ПК и СМО разработан Регламент по обмену информацией в электронной форме, по персонифицированному учету результатов проведенных медико - экономических экспертиз (далее – МЭЭ) и экспертиз качества медицинской помощи (далее – ЭКМП).

В соответствии с требованиями нормативного законодательства специалисты СМО и ГУ ТФОМС ПК на регулярной основе обеспечивают проведение первичных, повторных плановых и целевых экспертиз случаев медицинской помощи, предоставленной медицинскими организациями в системе ОМС.

СМО в течение календарного года осуществляют экспертизы медицинской помощи в соответствии с нормативными требованиями к плановым выборкам, по всем условиям оказания медицинской помощи, в каждой медицинской организации, предоставившей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию (146 – в 2017 году).

За период 2016 - 1 полугодие 2017 года в системе ОМС Приморского края рассмотрено 527 тысяч страховых случаев оказания медицинской помощи. Из их числа по 137 тысячам страховых случаев проведены экспертизы качества медицинской помощи с привлечением профильных врачей - экспертов качества, включенных в «Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в сфере ОМС Приморского края» (далее –

Реестр). По состоянию на 01.10.2017 Реестр включает 209 врачей, работающих в медицинских организациях по 34 профильным специальностям. Большинство экспертов имеют первую и высшую квалификационную категорию, 9 человек имеют ученую степень доктора медицинских наук и 21 человек – степень кандидата медицинских наук. В составе Реестра включены преподаватели ТГМУ и 17 внештатных специалистов департамента здравоохранения Приморского края.

Из числа плановых экспертиз качества медицинской помощи, в 40% случаев выполняются тематические проверки, и в первую очередь по заболеваниям, влияющим на индикативные показатели смертности населения Приморского края: сердечно-сосудистым заболеваниям, злокачественным новообразованиям; заболеваниям органов дыхания и пищеварительной системы.

Особое внимание уделяется проведению экспертиз по случаям острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения, случаям оказания скорой медицинской помощи; злокачественных новообразований, сопровождающихся выраженным болевым синдромом среди пациентов, включенных в канцер - регистр Приморского края; по всем случаям летальных исходов заболеваний, поданных на оплату в систему ОМС; по обращениям граждан и организаций.

По данным ежеквартальной федеральной отчетно-статистической формы «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС» за период 2016 -1 полугодие 2017 года целевые экспертизы качества в 100% случаев проведены:

в связи с летальным исходом при оказании медицинской помощи медицинской помощи - по 18 527 страховым случаям;

по повторным обращениям по поводу одного и того же заболевания - по 63 809 страховым случаям;

по обращениям застрахованных лиц - по 4 972 страховым случаям.

Из общего числа случаев, рассмотренных в 2016-1 п\г 2017 года дефекты оказания медицинской помощи установлены в 41 585 случаев или 8% от рассмотренных (527 000 случаев).

Кроме этого Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Приморского края (далее – Комиссия) по инициативе органа исполнительной власти в области здравоохранения Приморского края (далее – ДЗПК) утверждены порядки и экономические рычаги стимулирования (тарифы в системе ОМС) проведения мероприятий, направленных на раннюю диагностику онкопатологии среди широких слоев населения и предупреждение сосудистых катастроф:

в рамках социального проекта "Автопоезд "Забота"" при приеме взрослых утверждена комплексная медицинская услуга по ранней диагностике ЗНО (скрининг) взрослого населения;

с целью диагностики социально – значимых заболеваний не требуется направление на выполнение маммографии и флюорографии;

при проведении диспансеризации (скрининга) определенных групп взрослого населения Приморского края введено обязательное проведение медицинскими организациями медицинских услуг «Цитологическое исследование препаратов тканей влагалища» и «Серологическое исследование кала»

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - ФЗ № 323) вопрос объема и стоимости медицинской помощи для населения регулируется нормативами Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа), в том числе для населения, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, ежегодно утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации (на 2016 год от 19.12.2015 № 1382, на 2017 год от 19.12.2016 № 1403).

Объемы медицинской помощи на год по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Приморского края (далее –

Территориальная программа ОМС) планируются исходя из численности застрахованных лиц и нормативов, установленных Программой.

Согласно совместному заключению Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (письмо № 11-7/10/2-888 от 09.02.2017) в Приморском крае «нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, соответствуют средним нормативам, установленным Программой».

Динамика нормативов объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо и государственного задания, утвержденных Территориальными программами представлены ниже (таблица 1).

Таблица 1

Условия оказания (единица измерения)	2016 год		2017 год	
	Норматив объема	Государственное задание	Норматив объема	Государственное задание
Скорая медицинская помощь (вызов)	0,3	565 471	0,3	566 993
В амбулаторных условиях (посещение с профилактической или иной целью)	2,35	4 429 524	2,35	4 441 448
В амбулаторных условиях (обращение в связи с заболеванием)	1,98	3 732 110	1,98	3 742 156
В амбулаторных условиях (посещение в неотложной форме)	0,56	1 055 546	0,56	1 058 388
В дневных стационарах (случай лечения)	0,06	113 094	0,06	113 399
В стационарных условиях (случай госпитализации)	0,17233	324 467	0,17233	325 700

Из вышепредставленной таблицы очевидно ежегодное плановое увеличение объемов и стоимости медицинской помощи.

Следовательно, выводы об искусственном занижении объема медицинских услуг безосновательны.

Численность населения Артемовского городского округа определенных возрастов, подлежащих диспансеризации в 2017 году составляет 4446 человек. По состоянию на сентябрь 2017 года прошло диспансеризацию 2523 человека (процент выполнения плана – 56,7 %).

Сведения о контингентах, привитых против гриппа по Артемовскому городскому округу на сентябрь 2017 года:

План – 19776, привито 14479 человека (73,6%).

**Контингенты, подлежащие иммунизации против гриппа в рамках
национального календаря профилактических прививок в Артемовском
городском округе среди взрослого населения**

Контингенты населения	План прививок	Привито на 15. 10.2017
Медицинские работники	533	632
Взрослые 60 лет и старше	8408	4299
Работники образовательных учреждений	907	869
Студенты	984	513
Прочие (Работники транспорта, коммунальной сферы, торговли и др.)	6863	6348
Беременные	8	7
Призывники	210	44
Больные хроническими заболеваниями	1863	1767
Всего	19776	14479

Численность населения Находкинского городского округа определенных возрастов, подлежащих диспансеризации в 2017 году составляет 8386 человек. По состоянию на сентябрь 2017 года прошло диспансеризацию 3893 человека (процент выполнения плана – 46 %).

В 2017 году на повышение заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала средства краевого бюджета в соответствии с темпами роста предусмотрены в полном объеме.

В целях достижения целевых показателей по средней заработной плате врачей, среднего и младшего медицинского персонала с 1 октября 2017 года тарифной комиссией принято дополнительное соглашение от 26.09.2017 № 14 к Территориальному тарифному соглашению по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования на территории Приморского края на 2017 год (далее - Соглашение).

В Соглашение внесены следующие изменения с 1 октября 2017 года:

1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, увеличен с 244,49 рублей до 256,71 рублей (рост 105%) на одно прикрепившееся лицо;
2. Средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), в стационарных условиях увеличена с 19 597, 83 рублей до 20 388,66 рублей (рост 104%);
3. Средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), в условиях дневного стационара увеличена с 9 989,49 рублей до 10 482,23 рублей (рост 105%);
4. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо увеличен с 61,38 рублей до 68,54 рублей в месяц (рост 112%).

Норматив расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию устанавливается законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Приморского края на очередной финансовый год и плановый период в едином размере для всех страховых медицинских организаций. Проект закона, в соответствии со статьей 44 Закона Приморского края от 02 августа 2005 года № 271-КЗ «О бюджетном устройстве, бюджетном процессе и межбюджетных отношениях в Приморском крае», рассматривается Законодательным Собранием Приморского края и Контрольно-счетной палатой Приморского края.

В дополнении необходимо отметить, что проект Закона о бюджете

территориального фонда, подготовленный ТФОМС, предполагал норматив в размере 1%.

По вопросу 3:

1. Медицинская информационная система (далее – МИС) «Дока+» является наиболее распространенной в Приморском крае в связи с тем, что указанная МИС поставлялась в рамках реализации программы модернизации здравоохранения в 2012 году.

Кроме МИС «Дока+» в медицинских организациях Приморского края эксплуатируется еще 8 МИС.

Несмотря на сложности ряда медицинских организаций при работе с МИС «Дока+», разработчиком на сегодняшний день решено большинство проблем, связанных с устойчивостью работы системы и интеграцией с некоторыми сервисами ТФОМС.

МИС, эксплуатируемые большинством медицинских организаций Приморского края, состоят из множества компонентов и требуют как периодического обслуживания со стороны прикладных и системных администраторов, так и модернизации от разработчиков, в связи с развитием информационных систем, а также изменениями в действующем законодательстве.

Подобная практика является общепринятой. Используемые в Приморском крае МИС разработаны для эксплуатации в медицинских организациях широкого профиля, в том числе с учетом узкой специализации отдельных организаций и функционируют в медицинских организациях, имеющих как стационарные, так и поликлинические отделения в своем составе.

Доработки любых МИС осуществляются в рамках договоров предоставления услуг по технической поддержке, без взимания дополнительной платы за новый функционал.

Исключительные права на МИС (в том числе и на исходные коды) принадлежат их разработчикам, у медицинских организаций такие права отсутствуют, по следующим причинам:

- получение исключительных прав требует выплаты правообладателю значительных денежных средств;

- для реализации возможностей, которые предоставляются наличием исключительных прав, необходимо содержать в штате высокооплачиваемых ИТ-специалистов, квалификации которых достаточно для модификации и поддержания информационной системы в актуальном состоянии, что экономически необоснованно для большинства медицинских организаций;

- если модификация МИС будет осуществляться медицинскими организациями, разработчик не сможет производить централизованную поддержку и осуществлять централизованное развитие МИС. Кроме того, в случае изменения регионального или федерального законодательства, потребуется доработка каждого экземпляра МИС, стоимость которой будет значительно выше централизованной разработки и установки обновлений.

Все медицинские информационные системы, эксплуатируемые в Приморском крае, функционируют в защищенной сети передачи данных системы здравоохранения Приморского края, построенной на базе технологии ViPNet, компоненты которой имеют необходимые действующие сертификаты от ФСТЭК и ФСБ России.

В части информационной безопасности существует проблема оснащения автоматизированных рабочих мест (далее – АРМ) медицинских организаций специальным программным обеспечением и проведением аттестации указанных рабочих мест, что сопоставимо со стоимостью самого рабочего места.

Кроме того, сообщаем, что в рамках реализации стратегического проекта «Развитие информационных технологий в здравоохранении Приморского края на 2017-2021 годы» с 2018 года запланировано оснащение медицинских организаций медицинскими информационными системами за счет средств бюджета Приморского края.

В настоящее время специалистами департамента здравоохранения Приморского края совместно со специалистами ГАУЗ «ПК МИАЦ» изучается

аналогичный опыт субъектов Российской Федерации. Существуют решения как по внедрению единой МИС на регион, так и функционирование нескольких МИС. Оба варианта имеют свои преимущества и недостатки, после анализа которых будет принято окончательное решение.

На сегодняшний день в системе здравоохранения Приморского края построен и введен в эксплуатацию центр обработки данных (далее – ЦОД), который обеспечивает функционирование региональных информационных систем. Работа МИС осуществляется через защищенную сеть передачи данных системы здравоохранения Приморского края, к которой подключены все медицинские организации региона.

Центр обработки данных (ЦОД), обеспечивающий функционирование интеграционной шины МИС, находится на площадке ПАО «Ростелеком». Оборудование, на котором работают информационные системы, принадлежит и обслуживается ГАУЗ «ПК МИАЦ» без привлечения мощностей и специалистов ПАО «Ростелеком». Эксплуатируемое оборудование находится в условиях, исключающих к нему доступ третьих лиц. Все информационные системы резервируются, обеспечивая высокую доступность и сохранность данных.

В настоящий момент ГАУЗ «ПК МИАЦ» не имеет собственного помещения и на момент создания ЦОД его размещение на собственных площадях было невозможно исходя из требований надежности и безопасности.

В связи с вышеизложенным, было принято решение о локальном развертывании МИС в медицинских организациях, обеспечив связь между ними при помощи региональной интеграционной шины, которая на сегодняшний день полностью развернута и функционирует на мощностях ЦОД.

В соответствии с протоколом заседания Проектного комитета Приморского края под руководством Губернатора Приморского края от 02.05.2017 № 36 открыт стратегический проект «Развитие информационных технологий в здравоохранении Приморского края на 2017 – 2021 годы» (далее – Проект).

Целью проекта является повышение эффективности организации

оказания медицинской помощи за счет внедрения современных информационных технологий.

Основные задачи решаемые проектом:

1. Создание удобного и востребованного сервиса дистанционной записи на прием к врачу;
2. Организация возможности проведения телемедицинских консультаций;
3. Оснащение служб скорой медицинской помощи, районных больниц и ФАПов системой теле ЭКГ;
4. Внедрение региональной системы мониторинга беременных;
5. Обеспечение медицинских учреждений широкополосными каналами доступа в интернет;
6. Внедрение комплексных медицинских информационных систем в медицинские организации;
7. Внедрение лабораторных информационных систем;
8. Внедрение управленческих информационных систем регионального уровня;
9. Обеспечение технического сопровождения всех информационных комплексов и систем.

Проект разбит на 9 отдельных блоков и условно поделен на 2 этапа:

1 этап – 2017-2018 годы, стоимость 501 124 100 руб.;

2 этап – 2019 – 2021 годы, стоимость 1 240 968 600 руб.;

Первый этап включает в себя приоритетные мероприятия направленные на повышение доступности медицинской помощи, на втором этапе состоится внедрение информационных технологий в целях максимальной автоматизации деятельности медперсонала и перевода всей медицинской документации в электронный вид, что призвано повысить качество медицинской помощи, а также реализовать задачи поставленные Минздравом России по предоставлению новых государственных услуг в электронном виде на портале «Мое здоровье».

Источник финансирования – бюджет Приморского края.

В работу над проектом вовлечено медицинское экспертное сообщество и главные внештатные специалисты департамента по соответствующим направлениям.

По вопросу 4:

По данным Управления Роспотребнадзора по Приморскому краю за 3 мес. 2017 года в Кировском районе по сравнению с аналогичным периодом 2016 года действительно зарегистрирован рост общей заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями (темп прироста +32,1%) за счет роста заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями (темп прироста +47,1%), туберкулеза органов дыхания (темп прироста +35,2%), укусов животными (темп прироста +21,7%).

Среднесписочная численность медицинских работников КГБУЗ «Кировская ЦРБ» в 2017 году не изменялась.

О переводе младшего медицинского персонала на другие должности.

Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12 января 2016 года № 2н (вступил в силу 22 февраля 2016 года) утвержден профессиональный стандарт «Младший медицинский персонал». Квалификационными требованиями к должности санитар предусмотрено наличие среднего общего образования (11 классов), профессиональное обучение по должности «Санитар». Профессиональным стандартом также определены трудовые функции для данных должностей.

В соответствии со статьей 195.3 Трудового кодекса Российской Федерации профессиональные стандарты в части требований к квалификации, необходимой работнику для выполнения определенной трудовой функции, обязательны для применения работодателями.

С целью осуществления контроля за соблюдением требований законодательства Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок, а также за использованием средств краевого бюджета, средств, полученных на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования, средств от приносящей доход

деятельности краевым государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Кировская центральная районная больница» (далее – учреждение) департаментом здравоохранения Приморского края, департаментом государственных программ и внутреннего государственного финансового контроля и государственным учреждением «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края» проведена комплексная проверка учреждения, по результатам которой выявлены факты совершения действий, содержащих признаки состава преступления.

Подготовлено письмо в прокуратуру Приморского края с приложением материалов проверки для принятия мер прокурорского реагирования.

По вопросу 5:

На балансе учреждения числится 10 автомобилей СМП, из них 6 автомобилей в технически исправном состоянии, неисправны 4 автомобиля СМП, три из них после ДТП ((на один готовятся документы на списание по причине невозможности дальнейшей эксплуатации, два готовятся к ремонту), один неисправен двигатель (аукцион на приобретение запасных частей запланирован на октябрь 2017 года в соответствии с планом графиком)). В соответствии с приказом МЗ РФ от 25.03.1976 № 300- норматив – 1 ед. на 10 тыс. населения. Численность населения Дальнереченского городского округа и Дальнереченского муниципального района составляет 38649 человек, потребность в АСМП с расчетом отдалённостью населенных пунктов составляет 5 ед.

В смену фактическое количество автомобилей, задействованных в обслуживании вызовов СМП – 4 ед. (3 ед. для оказания скорой медицинской помощи населению городского округа и близлежащих сел, 1 ед. бригада задействована в оказании скорой медицинской помощи населению отдаленных сел Дальнереченского муниципального района).

Автомобили СМП используются для оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению Дальнереченского городского округа и

Дальнереченского муниципального района и для плановой транспортировки пациентов на лечение в ЛПУ третьего уровня.

Техническое обслуживание автомобилей СМП проводится по договорам с подрядными организациями согласно технического регламента, ремонт по мере необходимости (при поступлении автомобиля на ремонт составляется дефектовочная ведомость, по окончании ремонта составляется акт выполненных работ по техническому обслуживанию и ремонту автомобиля). На ремонт и техническое обслуживание автомобилей за 9 месяцев 2017 года выделено 1,6 млн. рублей, израсходовано на текущую дату 1,4 млн. рублей.

Продолжительность смены водителя автомобиля СМП составляет 12 часов, после дневной смены продолжительность отдыха-12 часов, после ночной смены-24 часа.

По вопросам 6 и 7:

По состоянию на 01.10.2017 г. в КГБУЗ «Лазовская ЦРБ» числится кредиторская задолженность перед сторонними организациями в сумме 6,7 млн. рублей (по отношению к 31.08.2017 – 10 млн. рублей).

В КГБУЗ «Спаская ЦГБ» числится кредиторская задолженность перед сторонними организациями в сумме 26,6 млн. рублей (по отношению к 01.04.2017 – 42,7 млн. рублей). Кредиторская задолженность имеет тенденцию к снижению. Сокращение коечного фонда больницы не планируется.

По вопросу 8:

За 9 месяцев 2017 года выполнение плана профилактических прививок в Тернейском районе отмечается ниже среднекраевых показателей не по всем указанным в Вашем обращении инфекциям: значительное отставание отмечается по иммунизации детей против дифтерии, столбняка и коклюша, по ревакцинации детей против полиомиелита (на фоне среднекраевых показателей выполнения плана по вакцинации), по иммунизации детей против кори, краснухи и эпидемического паротита, по иммунизации взрослых против кори в то время как по иммунизации взрослых против дифтерии и столбняка отмечается выполнение планов выше среднекраевых показателей. Данный

анализ свидетельствует в первую очередь о недостатках планирования иммунизации среди населения района (годового, месячного), нерационального использования возможностей сочетанной иммунизации против разных инфекционных заболеваний. При этом по данным КГБУЗ «Пластунская ЦРБ», при численности населения 11576 чел. (в том числе 2456 детей) фактически работает 3 врача-педиатра, 3 врача-терапевта и 7 фельдшеров, что позволяет проводить прививочную работу в соответствии с утвержденными планами иммунизации. Департаментом здравоохранения Приморского края проводится работа по контролю за иммунопрофилактикой населения, вопросы состояния иммунизации населения, в том числе в КГБУЗ «Пластунская РБ» будут рассмотрены на Краевом координационном совете по предупреждению инфекционных заболеваний департамента здравоохранения Приморского края и аппаратном совещании департамента здравоохранения Приморского края, запланированных на 4 квартал 2017 года.

Несмотря на отставание в выполнении планов иммунизации против инфекционных болезней, эпидемиологическая обстановка по вакциноуправляемым инфекциям в Тернейском районе благополучная, случаи дифтерии, столбняка, коклюша, кори, краснухи, эпидемического паротита, полиомиелита, в том числе вакциноассоциированного, не зарегистрированы.

Основными причинами сложившейся задолженности являются снижение объемов медицинской помощи (государственного задания) в связи с ежегодным уменьшением численности прикрепленного к медицинской организации населения и низкая укомплектованность врачами (32,5%) и средним медицинским персоналом (70,9%).

По вопросу 9:

Задолженность КГБУЗ «Кавалеровская ЦРБ» по состоянию на 01.10.2017 г. снизилась, составив 46,35 млн. руб. Большая часть задолженности сложилась по начислениям на выплаты по оплате труда.

По вопросу 10:

В октябре 2015 года заключен государственный контракт на строительномонтажные работы по объекту с КППК «Приморкрайстрой» на сумму 63 045 110,00 рублей со сроком исполнения контракта – 30.11.2016. Бюджетом на 2016 год с целью завершения работ по реконструкции объекта увеличены бюджетные ассигнования на 34 508 000 рублей, общая сумма которых на 2016 год составила 59 504 880 рублей.

Без осуществления технологического присоединения к электрическим сетям, исполнение государственного контракта на выполнение работ по реконструкции объекта в полном объеме не представляется возможным.

В связи с чем, департаментом градостроительства Приморского края заключен государственный контракт на технологическое присоединение объекта от 22.12.2016 №16-441 со сроком исполнения – один год с момента заключения государственного контракта. Контракт исполнен ранее указанного срока – физическое присоединение к электрическим сетям объекта осуществлено в июне 2017 года.

Разрешение на ввод объекта в эксплуатацию получено 17.10.2017.

По вопросу 11:

По вопросу работы акушерского отделения КГБУЗ «Пограничная центральная районная больница»

В соответствии с СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», ежегодно и обязательно должна проводиться санитарная обработка акушерских отделений, в связи с чем, акушерское отделение КГБУЗ «Пограничная центральная районная больница» было закрыто с 08.02.2017г по 28.02.2017г.

В соответствии с порядком оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным (приказ Минздрава России от 01.11.2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (зарегистрирован в Минюсте России 02.04.2013

№ 27960), от 15.11.2012 № 921н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"(зарегистрирован в Минюсте России 25.12.2012 № 26377) , в Приморском крае утверждена маршрутизация (приказ департамента здравоохранения Приморского края от 06.11.2013 г № 1019-о «О маршрутизации пациентов по профилю акушерство, гинекология, неонатология на территории Приморского края»). В соответствии с утвержденной маршрутизацией, медицинская помощь беременным женщинам из группы средней степени риска из Пограничного района должна быть оказана в КГБУЗ «Уссурийская центральная городская больница», роды высокого риска- в ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр», акушерское отделение ГБУЗ «Приморская краевая клиническая больница №1», КГБУЗ «Владивостокский клинический родильный дом №3».

В период закрытия акушерского отделения, беременные женщины с низкой степенью риска из Пограничного района направляются в КГБУЗ «Хорольская центральная районная больница», КГБУЗ «Ханкайская центральная районная больница», КГБУЗ «Октябрьская центральная районная больница».

Плановое закрытие акушерского отделения КГБУЗ «Пограничная центральная районная больница» не увеличивает нагрузку на КГБУЗ «Уссурийская центральная городская больница», поскольку маршрутизацией предусмотрено разделение потоков беременных женщин и КГБУЗ «Пограничная центральная районная больница» оказывает медицинскую помощь только беременным женщинам с низкой степенью риска.

п. 12 – В Дальнегорском городском округе заболеваемость туберкулезом за 9 мес. 2017 г. составляет 68,7 на 100 тыс. жителей, что ниже показателя заболеваемости по Приморскому краю в целом на 22,7%. Эпидемиологическая обстановка по сравнению со среднегодовыми показателями расценивается как благополучная.

По вопросу заболевания детей в организованных коллективах туберкулезом в Дальнегорском городском округе.

В КГБУЗ «Дальнегорская центральная городская больница» работает фтизиатр Курочкина Ольга Александровна. Категория высшая. Работа в очагах туберкулезной инфекции проводится совместно с эпидемиологом и районным педиатром. Фтизиопедиатр активно консультирует детей и подростков по средствам телемедицины со специалистами ГБУЗ «Приморская детская краевая клиническая туберкулезная больница». По факту выявления изменений и рекомендации, дети направляются на госпитализацию в ГБУЗ «Приморская детская краевая клиническая туберкулезная больница».

В настоящее время в г. Дальнегорске по поводу активного туберкулеза наблюдается 7 детей и 5 детей с поражением внутригрудных лимфатических узлов, Все обследованы и пролечены в ГБУЗ «Приморская детская краевая клиническая туберкулезная больница» Из 7 этих детей 1 ребенок до 3-х лет, не организован, остальные школьники. По факту выявления туберкулеза у ученика школы с. Каменка, в марте 2017г был осуществлен выезд специалистов ГБУЗ «Приморская детская краевая клиническая туберкулезная больница», Управления Роспотребнадзора по Приморскому краю., заместителя главного врача по поликлинике и фтизиатров КГБУЗ «Дальнегорская центральная городская больница». Проведено эпидемиологическое расследование, 100% охват детей и подростков осмотрами. Все с гиперергическими пробами обследованы, имеющие показания для дообследования и проведения контролируемой терапии в условиях стационара были направлены в ГБУЗ «Приморская детская краевая клиническая туберкулезная больница» .

По вопросу 13:

По работе КГБУЗ «Ольгинская центральная районная больница»

В КГБУЗ «Ольгинская центральная районная больница» работает врач педиатр-2, фтизиатр, врач-лаборант, терапевт, -2, акшер-гинеколог, офтальмолог, рентгенолог, зубной врач, психиатр-нарколог -2. Основная проблема кадрового дефицита является отсутствие муниципального жилья

для обеспечения молодых специалистов, что побуждает последних, после окончания целевого обучения, отказываться от возвращения в поселковые учреждения.

По вопросу 14:

В целях устранения теплопотерь в 2017 году на капитальный ремонт 6 модульных ФАПов, находящихся в оперативном управлении КГБУЗ «Анучинской центральной районной больницы», из краевого бюджета выделено 2 400,00 тыс. рублей. Работы по капитальному ремонту завершены, в том числе и в селах Еловка и Новогордеевка.

По вопросу 15:

В 2017 году (22.03.2017, 25.04.2017) в ГУ ТФОМС ПК от ООО СМО «Восточно-страховой альянс» в связи с недостатком целевых средств на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в 2016 году, поступили обращения за средствами НСЗ ТФОМС, из них для завершения расчетов с МСЧ № 98 за ноябрь - декабрь 2016 года в сумме 6 096 978,97 руб. (в т.ч.: 255 726,74 руб. – за ноябрь 2016 года; 5 841 252,23 руб. – за декабрь 2016 года).

По итогам рассмотрения вышеуказанных обращений средства были перечислены ООО СМО «Восточно-страховой альянс» в рамках установленных законодательством сроков.

По данным отчета страховой компании об использовании средств НСЗ на оплату медицинских услуг за 2016 год, ФГБУЗ «Медико-санитарная часть №98 Федерального медико-биологического агентства» из средств НСЗ ТФОМС ПК перечислено 6 096 978,97 руб., в том числе:

10.04.2017 - 255 726,74 руб. за ноябрь 2016 г.;

11.04.2017 – 1 841 252,23 руб. за декабрь 2016 г.;

27.04.2017 - 4 000 000 руб. за декабрь 2016 г.

В соответствии со ст. 14 ФЗ № 323 утверждение порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, унифицированных форм

медицинской документации, в том числе в электронном виде, находится в компетенции Минздрава.

По вопросу 16:

Порядок обеззараживания сточных вод медицинских организаций, в том числе противотуберкулезного профиля, регулируется санитарно-эпидемиологическими правилами СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». В соответствии с пунктом 5.2 главы I указанных санитарно-эпидемиологических правил очистка и обеззараживание сточных вод от медицинских организаций должна осуществляться на общегородских или других канализационных очистных сооружениях, гарантирующих эффективную очистку и обеззараживание сточных вод, что предусмотрено на городских очистных сооружениях Владивостокского городского округа, где расположен ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулезный диспансер». Только при отсутствии общегородских или других очистных сооружений сточные воды медицинских организаций должны подвергаться полной биологической очистке и обеззараживанию на локальных сооружениях.

Субсидия на выполнение государственного задания ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулезный диспансер» ежегодно увеличивается, так в 2015 году сумма указанной субсидии составляла – 483,7 млн. руб., в 2016 – 519,2 млн. руб., в 2017 – 549,1 млн. рублей.

По вопросу 17:

Информация о ходе строительства объекта «Реконструкция государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Приморский краевой онкологический диспансер» и пристройка к радиологическому корпусу на 2 каньона (40 коек)»

В 2017 году на выполнение строительно-монтажных работ по объекту «Реконструкция государственного учреждения здравоохранения «Приморский краевой онкологический диспансер» и пристройка к радиологическому корпусу на 2 каньона (40 коек)» предусмотрено 524 761 056,4 рублей.

По Палатному корпусу, входящему в состав объекта, государственный контракт заключен 17.02.2017 со срок исполнения 31.12.2017.

По Лечебно-диагностическому корпусу, входящему в состав объекта, департаментом градостроительства Приморского края 01.06.2017 размещен аукцион, который не состоялся по причине жалобы, поданной участником аукциона. Повторно аукцион размещен 21.09.2017, по итогам которого заключен государственный контракт от 09.10.2017 со сроком исполнения - 31.12.2017.

По вопросу 18:

Кредиторская задолженность в учреждениях Артемовскаого городского округа является текущей (задолженность 2017 года) доля задолженности в общей сумме полученных учреждениями доходов по средством обязательного медицинского страхования составляет от 2 до 5 %

Вопрос 19. О причинах отказа в заключении договора на предоставление единовременной компенсационной выплаты (далее – ЕКВ)

Численность участников программы «Земский доктор» определяется субъектом Российской Федерации с учетом имеющихся финансовых ограничений бюджетов субъектов Российской Федерации.

Учитывая выше изложенное, в соответствии с Законом Приморского края от 25.12.2014 № 518-КЗ «О краевом бюджете на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов» и постановлением Администрации Приморского края от 07.12.2012 № 397-па «Об утверждении государственной программы Приморского края «Развитие здравоохранения Приморского края на 2013 - 2020 годы» на ЕКВ в 2016 году было предусмотрено бюджетных средств 25 200,00 тыс. рублей (для 63 специалистов).

Для участия в Программе в департамент здравоохранения в 2016 году было подано 72 заявления от врачей, трудоустроившихся в сельской местности. Отказано в предоставлении ЕКВ 9 врачам в связи с их повторным трудоустройством. С 63 специалистами был заключен договор на предоставление 1 млн. рублей.

Таким образом, в 2016 году впервые с 2013 года бюджетные ассигнования субъекта, предусмотренные на ЕКВ, были освоены в полном объеме.

По вопросу 20:

К вопросу о недостаточной подготовке при переходе на оплату по клинико - статистическим группам (далее – КСГ) необходимо сообщить.

Начиная с 2014 года, начала поэтапного перехода в Российской Федерации на оплату стационарной помощи по КСГ, ГУ ТФОМС ПК совместно с департаментом здравоохранения Приморского края (далее – ДЗПК) были разработаны планы мероприятий по переходу на оплату стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу:

в 2014 – совместной работой специалистов медицинских организаций, штатных и внештатных сотрудников ДЗПК планировалось привести в соответствие региональные модели медицинских услуг (далее – КМУ) и федеральные КСГ с целью моделирования финансирования и проведения на базе ГУ ТФОМС ПК параллельно двух расчетов стоимости. Полученные расчеты позволили бы рассчитать управляющий коэффициент и коэффициент сложности лечения пациента.

в 2015 – ДЗПК проведено распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи, утвержден перечень универсальных КСГ для ведения персонифицированного учета объемов медицинских услуг, оказанных в условиях стационара по профилям медицинской помощи «Терапия», «Хирургия», «Травматология и ортопедия» и «Педиатрия», но не были разработаны критерии для определения управленческого коэффициента и коэффициента сложности лечения пациента, а также условия для их применения.

В связи с чем, ГУ ТФОМС ПК не произведены расчеты коэффициентов и как следствие не проведены сравнительные расчеты стоимости оказанной стационарной медицинской помощи по двум вариантам оплаты. Было принято решение не переходить на оплату по КСГ в 2015 году.

При этом медицинским организациям предоставлена возможность с 01.01.2015 вносить значение в коды КСГ.

Проведено три обучающих семинара для медицинских организаций, в том числе в режиме видео-конференции для медицинских организаций (далее – МО) края.

В 2016 г предварительно был размещен Проект Дополнительного соглашения о переходе в 4 квартале 2016 г на оплату по КСГ, соответствующий требованиям Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Минздрава и ФОМС, направленных совместным письмом от 22 декабря 2016 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-8/10/2-8266 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 12578/26-и (далее – методические рекомендации). Сформировано государственное задание в разрезе КСГ на 2016 год и проект на 2017 год. Для МО были сформированы справочники отделений МО, справочник уровней (подуровней) отделений МО. Согласован с главными внештатными специалистами ДЗПК перечень критериев для расчета коэффициентов сложности лечения. В течении года велась работа по выделению подгрупп КСГ.

Обращаем Ваше внимание на доклад Минздрава (направлен в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в составе поручения Правительства Российской Федерации исх. ОГ-П12-5216 от 07.08.2017) о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год (далее – Доклад, Программа 2016 г).

В соответствии с разделом 4 доклада Программой 2016 г предусмотрены эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные не на валовые показатели, а на конечные результаты деятельности медицинских организаций.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара Программой 2016 г установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

В докладе по итогам реализации Программы 2016 г указано, что в трех субъектах Российской Федерации, в том числе в Приморском крае, в 2016 году применялся способ оплаты, не предусмотренный Программой 2016 г,- по тарифам на оплату медицинской помощи в сочетании с оплатой отдельных медицинских услуг.

В 2017 году в Приморском крае при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара применяются способы оплаты строго в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации № 1403 от 19.12.2016 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ).

Основная цель перехода на оплату по КСГ – это внедрение единой тарифной политики и ресурсосберегающих методик и технологий, приводящих к снижению неэффективных расходов медицинских организаций.

В отношении не проведения при переходе на КСГ проверки данных, представленных медицинскими организациями, на предмет фактической возможности выполнения сообщаем.

В целях оценки фактической возможности перехода с 2017 года на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ), учитывая опыт других переходов других субъектов Российской Федерации:

- для медицинских организаций из краевой базы данных пролеченных больных были выгружены объемы специализированной медицинской помощи в

разрезе нозологических форм по МКБ 10 и номенклатуре медицинских услуг, участвующих в определении кода КСГ

- медицинскими организациями были сформированы план – задания на 2017 года в разрезе КСГ

- распределение хирургических операций в разрезе медицинских организаций согласовано с главными внештатными специалистами ДЗПК по каждому профилю, кроме того, составлен и утвержден ДЗПК справочник с перечнем хирургических КСГ в разрезе медицинских организаций

- от медицинских организаций получены сведения о наличии оборудования, необходимого для оказания медицинских услуг в отделениях реанимации

- с главными внештатными специалистами ДЗПК согласован перечень критериев для расчета коэффициентов сложности лечения

- ГУ ТФОМС ПК совместно с ДЗПК, с целью контроля за предоставляемыми медицинскими организациями сведениями по КСГ, подготовлены справочники: Перечень КСГ для экспертизы, Перечень универсальных КСГ, Перечень операций при злокачественных новообразованиях, КСГ с соответствием с кодами номенклатуры медицинских услуг и анатомо-терапевтическо-химической классификацией, Сопутствующих заболеваний, осложнений заболеваний, Сочетания лучевой терапии и химиотерапии, Сочетанных и парных операций, КСГ разрешенных для определенных медицинских организаций

С 2017 года на период адаптации применения КСГ к особенностям оказания медицинской помощи на территории Приморского края **работает постоянно действующая рабочая группа**, задачей которой является формирование предложений к заседаниям Комиссии, направленных на минимизацию финансовых рисков и снижения доступности медицинской помощи.

По их предложениям было рассмотрено и утверждено 6 изменений к ТТС на 2017 год.

В соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию») медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Порядком, утвержденным приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - **Контроль**) медицинскими организациями, **осуществляется страховыми медицинскими организациями**. На территории Приморского края – это: ООО СМО «Восточно-страховой альянс» и филиал «Владивостокский» АО «Страховая группа «Спасские ворота-М».

К Контролю относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, **реализовываемые** посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

По результатам Контроля СМО составляет акт, в котором отражает все, выявленные в ходе проверки нарушения, что является основанием для применения мер, предусмотренных ст. 41 326-ФЗ: неоплата, неполная оплата, штрафы.

Дополнительно сообщаем, что согласно п. 128 Правил ОМС, при наличии **отклоненных** от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией **медико-экономического контроля** медицинская организация вправе **доработать и представить** в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов **не позднее 25 рабочих** дней с даты получения акта от страховой медицинской организации, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

Учитывая вышеизложенное, заключение о том, что при мониторинге представленных реестров пролеченных больных **ТФОМС штрафует** медицинские организации за выполнение заявленных объемов медицинской помощи, **бесосновательно и противоречит существующей нормативно правовой базе.**

Все средства, поступающие в ГУ ТФОМС ПК, направляются согласно Закону о бюджете ТФОМС в территориальную программу ОМС, а коэффициенты участвуют только в перераспределении средств, предусмотренных на оплату медицинской помощи в стационарных условиях.

Так коэффициенты подуровней (коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами) установлены:

для медицинских организаций 1 уровня в пределах от 0,93 до 1,

для медицинских организаций 2 уровня – от 1 до 1,3,

для медицинских организаций 3 уровня – от 1,35 до 1,5.

Учитывая, что коэффициенты для медицинских организаций 1 уровня ниже единицы, а на 2 уровне ниже, чем на 3 уровне, то с точки зрения логики и математики перераспределение финансовых средств идет как раз в пользу медицинских организаций 2 и 3 уровней.

Согласно п. 2.2.1 ТТС расчет коэффициента подуровня (далее – КУСмо) для групп медицинских организаций производится исходя из средней затратоемкости медицинских организаций. Средняя затратоемкость вычислена на основании запланированного объема медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара в рамках реализации территориальной программы ОМС в разрезе клинико-статистических групп (КСГ) и коэффициента относительной затратоемкости, установленного для каждой КСГ методическими рекомендациями.

Следовательно замечание об отсутствии в ТТС обоснования расчета коэффициентов подуровней не справедливо.

Согласно методическим рекомендациям, управленческий коэффициент устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи, для конкретной КСГ.

Цель установления управленческого коэффициента (КУКСГ) состоит: в мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, или стимулировании к внедрению конкретных современных методов лечения.

Управленческий коэффициент применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

Управленческий коэффициент необходимо устанавливать таким образом, чтобы средневзвешенный управленческий коэффициент (с учетом количества случаев по каждой КСГ) был равен 1.

Применение повышающего коэффициента к определенным КСГ, согласно правилам «бюджетной нейтральности», должно сопровождаться сопоставимым применением понижающего коэффициента к другим КСГ.

Например, дополнительным соглашением № 7 от 03.05.2017 к ТТС установлены управленческие коэффициенты отличные от 1 для следующих клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний в дневном стационаре:

- № 5 Экстракорпоральное оплодотворение (управленческий коэффициент равен 1,4)
- № 9 Болезни органов пищеварения, взрослые (управленческий коэффициент равен 0,9)
- № 11 Дерматозы (управленческий коэффициент равен 0,57).

Предложение от родильных домов по установлению управленческого коэффициента касались его применения с случаям госпитализации при беременности, закончившейся абортным исходом.

Количество принятых к оплате случаев различных видов диспансеризации за первое полугодие 2017 года составило 86 957 случаев. Тематические МЭЭ и ЭКМП проведены СМО и ГУ ТФОМС ПК по 7 983 случаям (9,2%). Дефектными признаны 527 случаев (6,6%). В структуре дефектов:

- нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи – 245 случаев или 46,5%;
- дефекты оформления и ведения первичной медицинской документации – 113 случаев или 21%;
- нарушение информированности застрахованных лиц – 52 случая или 9,9%.

При экспертном контроле в КГБУЗ «Находкинская городская больница» изучено 75 законченных случаев диспансеризации. Дефектов не выявлено.

В медицинских организациях Артемовского городского округа (КГБУЗ «Артемовская городская больница № 2», КГБУЗ «Артемовская детская больница») проверен 281 случай диспансеризации. Дефекты выявлены в 8 случаях, из них в 5 случаях - дефекты оформления и ведения первичной медицинской документации; в 2 случаях - нарушение информированности застрахованных лиц; в 1 случае - нарушения в выполнении необходимых

мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи. Сумма уменьшения оплаты составила 1936,14 руб.

В соответствии со ст. 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся **имеющие право** на осуществление медицинской деятельности и **включенные** в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - Реестр), в соответствии с настоящим Федеральным законом:

- 1) организации **любой** предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинская организация включается в Реестр на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Таким образом, включение в Реестр носит **уведомительный** характер и территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации, независимо от ее формы собственности, во включении в Реестр.

Во-вторых СМО оплачивают медицинским организациям **фактически оказанную** медицинскую помощь с учетом проведения Контроля сведений, представленных МО.

В таблице 2 представлена информация по количеству участников системы ОМС в 2017 г и заявившихся на 2018 г

Таблица 2

Ведомственная принадлежность	2017 год			2018 год
	Количество	% в общем	% по средствам	

		количестве МО		
Федеральная	14	9,4	7,2	15
Субъект	89	59,7	89,5	91
Частная, в том числе НУЗ ОАО «РЖД»	46	30,9	3,3	43
Итого	149	100	100	149

46 МО с частной формой собственности получили в 2017 г только 3,3% (в 2016 г 3,7%) от общего объема средств, направленных на реализацию программы ОМС.

Таким образом, заключение об отвлечении средств ОМС от государственных медицинских организаций на основании включения в ТПГГ частных медицинских организаций не правомерно.

В части нарушений рекомендаций ФФОМС об установлении норматива расходов на ведение дела СМО.

Норматив расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию **устанавливается законом** о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Приморского края на очередной финансовый год и плановый период **в едином размере** для всех страховых медицинских организаций. Проект закона, в соответствии со статьей 44 Закона Приморского края от 02 августа 2005 года № 271-КЗ «О бюджетном устройстве, бюджетном процессе и межбюджетных отношениях в Приморском крае», **рассматривается** Законодательным Собранием Приморского края и Контрольно-счетной палатой Приморского края.

В дополнении необходимо отметить, что проект Закона о бюджете территориального фонда, подготовленный ТФОМС, предполагал норматив в размере 1%.

К вопросу об отсутствии взаимодействия необходимо отметить, что технологические процессы взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций и территориальных фондов в области приема файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи

производятся согласно приказу ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (с изменениями и дополнениями).

С целью приведения информационного взаимодействия в системе ОМС к приказу ФФОМС от 07.04.2011 № 79 на территории Приморского края приняты Правила формирования файлов со сведениями об оказании медицинской помощи в поликлинике и стационаре в формате XML, утвержденные приказом ГУ ТФОМС ПК от 19.03.2015 № 84-П (прилагается).

ГУ ТФОМС ПК контролирует исполнение вышеназванных приказов, регламентирующих порядок информационного взаимодействия и обмена данными в системе обязательного медицинского страхования Приморского края. Приобретение информационных программ, их сопровождение находится в компетенции руководителя медицинской организации.

В отношении фактов, изложенных по медицинским организациям, поясняем.

ГУ ТФОМС ПК не перечисляет средства медицинским организациям за оказанную ими помощь по следующим основаниям:

1. В соответствии с п.п. 4.1., 4.2. Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 № 1355н, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и авансирование медицинской организации является обязанностью страховой медицинской организации.

2. ГУ ТФОМС ПК не является стороной по Договору, следовательно, с учетом положений ч. 3 ст. 308 ГК РФ, определяющей, что «обязательство не создает обязанностей для лиц, не участвующих в нем в качестве сторон (для третьих лиц)», никаких прав и обязанностей для ГУ ТФОМС ПК из данного договора не возникает.

Кадровая политика и организация оказания медицинской помощи, в том

числе установление режима работы в фельдшерско-акушерских пунктах, находится в компетенции руководства лечебных учреждений.

Наибольший дефицит средств в 2016 формировался по медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, дефицит частично финансировался за счет экономии средств по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. Причиной дефицита явилось существенное перевыполнение объемов медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

На основании законодательства в системе ОМС и в соответствии с п.2.17 договора о финансовом обеспечении ОМС, СМО **обязуется** обеспечивать соответствие объемов медицинской помощи, установленных Комиссией для страховой медицинской организации, оплачиваемым объемам за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям

Страховые медицинские организации в 2016 г не выполнили свои обязательства и не применили санкции, установленные Приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», по результатам медико-экономического контроля при превышении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии и подлежащих оплате.

Начиная с февраля 2016 года сумма счетов, предъявленных к оплате медицинскими организациями, превышала начисленный дифференцированный подушевой норматив по обеим СМО.

СМО в 2016 и 2017 гг обращались за предоставлением средств из нормированного страхового запаса территориального фонда на оплату медицинской помощи за 2016 года, преимущественно объемы признаны обоснованными.

С целью недопущения социальной напряженности **все** подтвержденные и **признанные обоснованными** в результате проведения СМО контрольно-экспертных мероприятий **случаи** оказания медицинской помощи **сверх**

объемов, установленных решением **Комиссии** для каждой медицинской организации **оплачиваются** из нормированного страхового запаса территориального фонда по обращениям СМО.

Начиная с января 2017 г СМО, ежемесячно, контролируя объемы оказания медицинской помощи, отклоняют случая, превышающие объемы медицинской помощи, установленные решением Комиссии.

При переходе на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ) ГУ ТФОМС ПК, учитывая опыт других территориальных фондов обязательного медицинского страхования, проводит ежемесячный мониторинг объема и стоимости медицинской помощи оказанной в медицинских организациях Приморского края.

Опыт других территорий показывает, что медицинские организации с разной скоростью адаптируются к новым условиям оплаты: медицинские организации, медленно приспособляющиеся к изменившимся требованиям, неизбежно теряют часть зарабатываемых средств. Объемы финансовых средств, заработанных медицинскими организациями, при прочих равных условиях зависят от **затратоемкости** клинико-статистической групп, к которым отнесены выполненные медицинские услуги, **сложности** лечения пациента и **качества** оказанных услуг.

В ходе анализа данных о плановом и фактическом коэффициенте затратоемкости, в том числе в сравнение с утвержденным коэффициентом подуровня видно следующее..

1. Восемь медицинских организаций, в том числе родильные дома, **оказали за 8 месяцев 2017 г более дорогую медицинскую помощь, чем планировали:**

Наименование МО	КЗ по план заданию	средний КЗ по факту за 8 месяцев (чистый)	Отклонение
ГБУЗ "ПККБ №1"	1,8	1,88	0,08

КГБУЗ "ВРД №1"	0,95	1,22	0,27
КГБУЗ "ВКРД №3"	0,99	1,00	0,01
ГБУЗ "КДКБ №2"	1,06	1,70	0,64
КГБУЗ "ВРД №4"	1,06	1,25	0,19
КГБУЗ "ПАРТИЗАНСКАЯ РБ №1"	0,53	0,58	0,05
НАХОДКИНСКАЯ БОЛЬНИЦА ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА РОССИИ	0,84	0,90	0,06
ГБУЗ "ПКПЦ"	1,52	1,78	0,26

Однако, 49 медицинских организаций оказывали в течении 8 месяцев 2017 г медицинскую помощь у которой в среднем фактически сложившийся к затратоемкости **ниже, чем утвержденный КУСмо:**

Наименование МО	средний КЗ по факту за 8 месяцев (чистый)	Утвержденный коэффициент подуровня (КУСмо)	Отклонение
КГБУЗ "АРТЕМОВСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА"	0,65	0,9	-0,25
КГБУЗ "АРТЕМОВСКИЙ РД"	0,97	1	-0,03
ГБУЗ ККБ № 2	1,20	1,4	-0,20
КГБУЗ "ВКБ №1"	1,22	1,3	-0,08
КГАУЗ "ВКБ №2"	1,18	1,4	-0,22
ГБУЗ "КДКБ №1"	1,38	1,4	-0,02
КГБУЗ "ВЛАДИВОСТОКСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №4"	1,10	1,2	-0,10
ГБУЗ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА	0,77	1,35	-0,58
ГАУЗ "ККЦ СВМП"	1,09	1,35	-0,26
КГБУЗ "ВРД №1"	1,22	1,3	-0,08
КГБУЗ "ВКРД №3"	1,00	1,4	-0,40
КГБУЗ "ВЛАДИВОСТОКСКАЯ БОЛЬНИЦА №3"	0,96	1	-0,04
КГБУЗ "ВРД №4"	1,25	1,3	-0,05
НУЗ "ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ.ВЛАДИВОСТОК ОАО "РЖД"	1,16	1,35	-0,19
КГБУЗ "НАДЕЖДИНСКАЯ ЦРБ"	0,84	0,95	-0,11
КГБУЗ "ПАРТИЗАНСКАЯ ГБ №1"	0,94	1,2	-0,26
КГБУЗ "ПАРТИЗАНСКАЯ ДГБ"	0,88	0,9	-0,02
КГБУЗ "ПАРТИЗАНСКАЯ РБ №1"	0,58	0,9	-0,32
КГБУЗ "ЛАЗОВСКАЯ ЦРБ "	0,81	0,9	-0,09
КГБУЗ "ПАРТИЗАНСКАЯ ЦРБ"	0,82	0,9	-0,08

КГБУЗ "ШКОПОВСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"	0,84	0,95	-0,11
КГБУЗ "ДАЛЬНЕГОРСКАЯ ЦГБ"	1,00	1,1	-0,10
КГБУЗ "КАВАЛЕРОВСКАЯ ЦРБ"	0,91	1	-0,09
КГБУЗ "ОЛЫГИНСКАЯ ЦРБ"	0,79	0,9	-0,11
КГБУЗ "ПЛАСТУНСКАЯ РБ"	0,86	0,95	-0,09
КГБУЗ "ЛЕСОЗАВОДСКАЯ ЦГБ"	0,89	1,1	-0,21
КГБУЗ "КИРОВСКАЯ ЦРБ"	0,89	0,95	-0,06
КГБУЗ "СПАССКАЯ ГБ"	1,06	1,3	-0,24
КГБУЗ "ЧЕРНИГОВСКАЯ ЦРБ"	0,81	0,9	-0,09
КГБУЗ "МИХАЙЛОВСКАЯ ЦРБ"	0,89	0,95	-0,06
КГБУЗ "ОКТЯБРЬСКАЯ ЦРБ"	0,88	0,9	-0,02
КГБУЗ "ПОГРАНИЧНАЯ ЦРБ"	0,85	0,95	-0,10
КГБУЗ "ХОРОЛЬСКАЯ ЦРБ"	0,89	0,95	-0,06
КГБУЗ "АНУЧИНСКАЯ ЦРБ"	0,86	0,9	-0,04
КГБУЗ "ЧУГУЕВСКАЯ ЦРБ"	0,81	0,9	-0,09
КГБУЗ "ЯКОВЛЕВСКАЯ ЦРБ"	0,79	0,9	-0,11
КГБУЗ "ДАЛЬНЕРЕЧЕНСКАЯ ЦГБ"	0,94	1	-0,06
КГБУЗ "КРАСНОАРМЕЙСКАЯ ЦРБ"	0,85	0,95	-0,10
ФГБУЗ МСЧ №98 ФМБА РОССИИ	0,85	1	-0,15
ФКУЗ "МСЧ МВД РОССИИ ПО ПРИМОРСКОМУ КРАЮ"	0,96	1	-0,04
ФГБУЗ МСЧ №100 ФМБА РОССИИ	0,95	1,2	-0,25
ФГБУЗ "ДВОМЦ ФМБА РОССИИ"	1,24	1,4	-0,16
ВОСТОЧНАЯ БОЛЬНИЦА ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА РОССИИ	0,90	0,95	-0,05
НАХОДКИНСКАЯ БОЛЬНИЦА ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА РОССИИ	0,90	1	-0,10
КГБУЗ "УССУРИЙСКАЯ ЦГБ"	0,93	1	-0,07
КГБУЗ "АРСЕНЬЕВСКАЯ ГБ"	1,08	1,3	-0,22
КГБУЗ "НАХОДКИНСКАЯ ГБ"	1,17	1,3	-0,13
НУЗ "ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТАНЦИИ ХАБАРОВСК-1 ОАО "РЖД"	1,28	1,5	-0,23
ФГКУ "439 ВГ" МО РФ	0,74	0,9	-0,16

При сохранении этой тенденции в случае установления высокого КУСмо для данных МО необоснованно будет завышена стоимость оказанной медицинской помощи по сравнению с аналогичными КСГ, используемыми другими медицинскими организациями.

Фактически выполненные этими МО объемы госпитализаций, преимущественно относятся медицинской помощи, выполняемой медицинскими организациями с более низким подуровням.

Только две МО выполняют медицинскую помощь соответствующую своему КУСмо:

Наименование МО	средний КЗ по факту за 8 месяцев (чистый)	Утвержденный коэффициент подуровня (КУСмо)
НУЗ "УЗЛОВАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. УССУРИЙСК ОАО "РЖД"	0,95	0,95
КГБУЗ "ПОЖАРСКАЯ ЦРБ"	0,95	0,95

Две МО сформировали государственное задание соответствующее их фактическому выполнению:

Наименование МО	КЗ по план заданию	средний КЗ по факту за 8 месяцев (чистый)
КГБУЗ "АРТЕМОВСКИЙ РД"	0,97	0,97
ООО "МЦ "ЗДОРОВЬЕ"	1,96	1,96

Объемы предоставления медицинской помощи для медицинских организаций (государственное задание) рассчитываются на **население, прикрепленное** к медицинским организациям, с учетом **получения ими** медицинской помощи **в других** медицинских организациях Приморского края.

Таким образом, при сокращении численности прикрепленного к медицинской организации населения и невозможности лечения заболеваний в связи с отсутствием врачей – специалистов и необходимого оборудования государственное задание имеет тенденцию к сокращению.

Основная идея оплаты по КСГ – это переход от финансирования инфраструктуры к финансированию результата.

Эффективность введения оплаты по КСГ:

- КСГ позволяет стимулировать рост хирургической активности, развитие малоинвазивной хирургии, лечение в стационаре только реально

обоснованных случаев и снижение продолжительного пребывания пациента на койке. Длительность лечения не влияет на стоимость по КСГ.

- КСГ способствует внедрению ресурсосберегающих методик и технологий.

- При использовании КСГ нет нормирования длительности лечения, то есть, приоритет отдан результату. Первыми прогнозируемыми итогами внедрения КСГ ожидается снижение количества необоснованных госпитализаций и исключит утяжеление диагноза пациента, а также устранил причины в отказе госпитализации «тяжелых» больных

- По различным профилям окончательно сформируется трехуровневая система оказания стационарной медицинской помощи, которая соответствует тяжести больных, а также должна быть четкая определена модель маршрутизации пациентов

- Прогнозируется увеличение стоимости каждого случая лечения в стационаре (в среднем на 25%-35%) ввиду селекции пациентов и направления «легких» больных в дневные стационары.

- Изменится структура расходов в системе ОМС. Произойдет перераспределение части денежных средств из стационара на поликлиническое звено, которое должно более эффективно выполнять функцию сохранения здоровья жителей региона, и на развитие дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, стационаров одного дня пребывания.

- Эффективность введения способа по КСГ – это единство планирования и оплаты по клинико-статистическим группам.

В отношении порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи разъясняем.

Согласно ст. ФЗ № 323 медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с **порядками оказания** медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе **стандартов** медицинской помощи, за

исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи **утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.** В Российской Федерации таким уполномоченным органам является Минздрав.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя **усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:** медицинских услуг, зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз), медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, видов лечебного питания, иного исходя из особенностей заболевания (состояния). Таким образом стандарт медицинской помощи – это утвержденный алгоритм, включающий мероприятия по диагностике заболевания и состояния пациента, перечень медицинских услуг для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением граждан в разрезе **болезней**, классифицированных по МКБ-10.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя: **этапы** оказания медицинской помощи, **правила** организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача), стандарт **оснащения** медицинской организации, ее структурных подразделений, **рекомендуемые штатные нормативы** медицинской организации, ее структурных подразделений, иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Таким образом порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи – это два разных понятия в силу ФЗ № 323.

Следовательно, стандартов лечения граждан в отделении реанимации и интенсивной терапии **не существует в силу ФЗ № 323.**

Переход на оплату медицинской помощи на основе КСГ (клинико-статистических групп) утвержден приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 ноября 2013 года № 229, информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 г. № 66-0/10/2-8405 на всей территории Российской Федерации.

Финансирование ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр» (далее ГБУЗ "ПКПЦ") при новом способе оплаты улучшилось. По итогам 8 месяцев 2017 года ГБУЗ "ПКПЦ" получено на 8 715 116 рублей больше, чем за тот же период 2016года. При этом ГБУЗ "ПКПЦ" за те же 8 месяцев принято на 861 пациента меньше, чем в 2016 году.

Анализ финансово-экономического состояния акушерской службы показал, что средняя стоимость оплаты за один случай лечения пациента при применении КСГ выросла на 102-116% во всех указанных родовспомогательных учреждениях.

Вместе с тем, уменьшение общего количества заработанных средств КГБУЗ «Владивостокский клинический родильный дом №3», КГБУЗ «Владивостокский родильный дом №1 », КГБУЗ «Владивостокский родильный дом №3», связано не с уменьшением финансирования, а с уменьшением количества пациентов, поступивших на роды в 2017 году,

Сравнение объемов и стоимости медицинской помощи за 8 месяцев 2016-2017 г.

Наименование медицинской организации	8 месяцев 2016 г.				8 месяцев 2017 г.		
	факт			Плановое число случаев	факт		
	Стоимость медицинской помощи	Число случаев	Средняя стоимость случая		Стоимость медицинской помощи	Число случаев	Средняя стоимость случая
КГБУЗ "ВРД №1"	42 404 269,51	1 668	25 422,22	1 568	34 151 534,66	1 035	32 996,65
КГБУЗ "ВКРД №3"	137 692 545,40	5 098	27 009,13	4 729	104 882 765,62	3 808	27 542,74
КГБУЗ "ВРД №4"	55 999 990,17	2 117	26 452,52	1 754	47 677 112,12	1 470	32 433,41

поскольку количество родов в Приморском крае за 8 месяцев 2017 года по сравнению с 2016 годом уменьшилось на 12 % или на 1878 родов.

По вопросу 21:

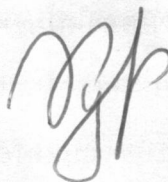
Информация по объекту «Строительство краевой психиатрической больницы на 550 коек».

Администрацией Приморского края 27.01.2017 направлена на рассмотрение в Министерство здравоохранения Российской Федерации бюджетная заявка с целью софинансирования строительства объекта «Строительство краевой психиатрической больницы на 550 коек» в рамках подготовки проекта федерального бюджета на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов.

Стоимость строительства составляет **1 574 181,65 тыс. рублей**, из них средства федерального бюджета - **1 338 054,39 тыс. рублей**.

Заявка одобрена Министерством здравоохранения Российской Федерации.

И.о. директора департамента



Т.Л. Курченко

