

УДК 616–082:614.39(571.6)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2011–2013 ГОДАХ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

С.А. Богачевская¹, Н.А. Капитоненко²

¹ Федеральное учреждение здравоохранения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» (680009, г. Хабаровск, ул. Краснореченская, 2в),

² Дальневосточный государственный медицинский университет (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35)

Ключевые слова: территориальные программы государственных гарантий, дефицит финансового обеспечения, критерии доступности и качества медицинской помощи.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE GOVERNMENT GUARANTEE PROGRAM OF PROVIDING FREE MEDICAL CARE TO CITIZENS IN 2011–2013, AND ESPECIALLY ITS IMPLEMENTATION IN THE FAR EASTERN FEDERAL DISTRICT

S.A. Bogachevskaya¹, N.A. Kapitonenko²

¹Federal Centre for Cardiovascular Surgery (2b Krasnorechenskaya St. 680009 Russian Federation), ²Far East State Medical University (35 Muraveva-Amurskogo St. Khabarovsk 680000 Russian Federation)

Summary. The analysis of the results of the program of providing free medical care to citizens in 2011–2013., As well as its implementation in the Far Eastern Federal District (FEFD) on the basis of official data of Ministry of Health of the Russian Federation. The comparative characteristics of the main indicators of public health and in particular the performance of the regional programs of state guarantees in the Far East during the reporting period in comparison with the established program standards. The main trends observed both in Far East and in Russia in general, reflected the dynamic reduction in medical care provided in a hospital, with an increase of amounts of medical care in a day hospital. The reduction of the amount in the ambulance, accompanied with an increase in amounts of medical care provided on an outpatient basis in the form of emergency that follow the main directions in the implementation of the program of state guarantees in 2013.

Keywords: territorial programs of state guarantees, lack of financial support, the criteria for availability and quality of medical care.

Pacific Medical Journal, 2015, No. 3, p. 83–88.

С 2013 г. средства федерального Фонда обязательного медицинского страхования (ОМС), предназначенные для модернизации здравоохранения, направляются на реализацию территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) бесплатной медицинской помощи (МП) с целью снижения их дефицитности и повышения эффективности, а вместе с этим и удовлетворенности качеством медицинской помощи населения [1, 2, 5].

Установленный в 2012 г. подушевой норматив финансового обеспечения базовой программы государственных гарантий за счет средств ОМС (4 102,9 руб.) включал расходы медорганизаций на оплату труда, начисления на оплату труда, медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь и обмундирование и не включал расходы на коммунальные услуги, услуги по содержанию имущества, а также затраты на увеличение стоимости основных

средств. В 2013 г. средний подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС, установленный программой (5942,5 руб.), включал, помимо вышеперечисленного, расходы на оплату лабораторных и инструментальных исследований в других учреждениях, услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, а также расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, а также расходы на ведение дела по ОМС [3, 4].

По результатам выполнения программы государственных гарантий в Российской Федерации в 2013 г. затраты на оказание бесплатной МП в рамках самой программы увеличились в сравнении с 2011 г. почти на 5%, а в сравнении с 2012 г. снизились на 2,4% при увеличении финансирования до 3% от валового внутреннего продукта. Неуклонно росла к 2013 г. доля финансирования программы за счет средств ОМС – в сравнении с 2011 г. она увеличилась в 1,5 раза, в сравнении с 2012 г. – в 1,4 раза. Темп прироста в 2012–2013 гг. составил 39,7%, в 2011–2013 гг. – 51,1%. Показатель подушевого финансирования программы в 2013 г. был выше соответствующего показателя на 24% в 2011 г. и на 15% – в 2012 г. (табл. 1).

Определялась общая тенденция сокращения доли расходов на МП в стационарных условиях и роста доли расходов на МП в амбулаторных условиях, а также МП в условиях дневного стационара. Доля расходов на оказание скорой МП снизилась (табл. 1).

Дефицит финансового обеспечения территориальных программ за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов РФ в 2013 г. составил по 58 субъектам 81,7 млрд руб. (9,2% от общей потребности или 26,9% от потребности в бюджетных ассигнованиях, рассчитанной в соответствии с установленными на 2013 г. нормативами). В 2013 г. ТПГГ оказались бездефицитны в 25 субъектах РФ, в том числе в 6 субъектах Дальневосточного федерального округа (ДФО): Республике Саха, Чукотском автономном округе, Камчатском и Хабаровском краях, Магаданской и Сахалинской областях.

Богачевская Светлана Анатольевна – канд. мед. наук, зав. отделением функциональной и ультразвуковой диагностики ФЦССХ; e-mail: bogachevskayasa@gmail.com

Таблица 1

Результаты реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по 58 субъектам РФ в 2011–2013 г.

Элемент реализации программы*	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Темп прироста, %
Расходы за счет всех источников финансирования, млрд руб.	1 596,9	1 718,4	1 676,4	
Финансирование за счет бюджетных средств, %	60,9	57,7	40,9	
Финансирование за счет средств ОМС, %	39,1	42,3	59,1	+51,10
Финансирование от внутреннего валового продукта, %	2,9	2,7	3,0	
Показатель подушевого финансирования, руб.	11 177,6	12 008,3	13 859,0	+24,00
Пациенты, получившие бесплатную МП в стационаре, млн чел.	30,6	30,1	29,8	
Пациенты, получившие бесплатную МП в стационаре дневного пребывания, млн чел.	6,9	7,0	7,6	+10,10
Пациенты, получившие бесплатную МП в рамках СМП, млн чел.	47,6	47,6	40,6	-17,20
Пациенты, получившие бесплатную НМП, млн посещений		14,2	25,1	+76,70
ВМП за счет федерального бюджета, тыс. чел.		324,7	338,7	
ВМП на условиях софинансирования из федерального бюджета, тыс. чел.		127,0	166,3	
Объем СМП, вызовов на 1 жителя	0,333	0,332	0,318	
Объем амбулаторной МП, посещений на 1 жителя	9,460	9,615	5,821	
Объем стационарной МП, койко-дней на 1 жителя	2,658	2,609	2,540	
Объем дневных стационаров, пациенто-дней на 1 жителя	0,537	0,538	0,563	
Служба НМП отсутствует, число субъектов РФ		26	4	
Средняя длительность лечения 1 пациента в стационаре, дни	12,4	12,4	12,1	-2,48
Количество пациенто-дней, млн	76,7	77	80,1	+4,00
Средняя длительность лечения 1 пациента в дневном стационаре, дни	11,2	11,1	10,6	-5,66
Расходы на МП в условиях стационара, %	57,5	56,5	56,4	
Расходы на МП в амбулаторных условиях, %	32,6	33,2	35,4	
Расходы на МП в условиях дневного стационара, %	2,9	3,1	3,3	
Расходы на СМП, %	7,0	7,2	6,7	

* Здесь и в табл. 3–5: СМП – скорая МП, НМП – неотложная МП, ВМП – высокотехнологичная МП.

Определялась общая тенденция сокращения доли расходов на МП в стационарных условиях и роста доли расходов на МП в амбулаторных условиях, а также МП в условиях дневного стационара. Доля расходов на оказание скорой МП снизилась (табл. 1).

Дефицит финансового обеспечения ТППГ в ДВФО за счет бюджетных ассигнований в 2013 г. отмечался в трех субъектах (Приморском крае, Амурской области и Еврейской автономной области), в 2012 г. – в четырех субъектах, в 2011 г. – в пяти субъектах [1, 5]. По «дефицитным» субъектам размер дефицита финансового обеспечения территориальных программ имел тенденцию к снижению. В Республике Саха программы оказались бездефицитными уже в 2012 г., в Хабаровском крае – в 2013 г. Итого, общий дефицит финансирования ТППГ по субъектам округа в 2011–2013 гг. сократился с темпом прироста почти в 50,8 % (табл. 2).

Реализация территориальных программ по видам и условиям оказания медицинской помощи

В соответствии с результатами реализации программы 2011–2013 гг. отмечено снижение общего количества пациентов, получивших МП в условиях стационара на 9,7 %. Объем пролеченных пациентов в стационарах дневного пребывания при этом возрос к 2013 г. на 10,1 % в сравнении с 2011 г. и на 8,5 % в сравнении

с 2012 г. В 2013 г. показатель количества койко-дней на 1 человека практически соответствовал установленному нормативу – 2,558 (табл. 1).

Выполненный объем по наиболее затратной скорой МП полностью соответствовал установленному нормативу в 2013 г. Объем этой помощи в 2013 г. сократился на 7 млн обращений в сравнении с 2011 и 2012 г. с отрицательным приростом при увеличении объемов неотложной МП с 2012 по 2013 г. на 10,9 млн посещений с положительным приростом (табл. 1).

Средние сроки лечения одного пациента в стационаре в 2013 г. по сравнению с 2011 и 2012 г. снизились. В 2013 г. в дневных стационарах пациентами проведено на 4 % больше дней, чем в 2011 г, а средняя длительность пребывания дневных стационарах снизилась (табл. 1).

В 2012 г. в сравнении с 2011 г., несмотря на увеличение объема МП в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, число посещений на 1 человека и пациенто-дней было ниже соответствующих нормативов – 9,7 посещений и 0,59 пациенто-дней на 1 человека. В 2013 г. наблюдалось снижение объема МП в амбулаторных условиях при достигнутом нормативе (4,9 посещений на 1 человека) и увеличение количества пациенто-дней в дневных стационарах, что тем не менее оказалось ниже норматива – 0,59 пациенто-дней на 1 человека (табл. 1). Показатели реализации ТППГ

Таблица 2

Дефицит финансового обеспечения ТППГ оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Дальневосточном федеральном округе в 2011–2013 гг.

Субъект РФ	Дефицит финансового обеспечения					
	2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%
Приморский край	-8 750 673,8	-38,3	-7 882 216,7	-34,6	-3 626 802,2	-13,5
Хабаровский край	-2 235 629,3	-13,3	-295 201,7	-1,7	-	-
Амурская область	-2 400 344,3	-23,8	-1 608 783,9	-16,1	-1 254 501,6	-10,6
Еврейская автономная область	-633 224,1	-30,2	-538 352,7	-25,9	-216 915,9	-8,9
Республика Саха (Якутия)	-1 023 811,8	-6,1	-	-	-	-
<i>Средние по дефицитным субъектам</i>		-22,3		-19,6		-11,0

по объемам и финансовому обеспечению МП в ДВФО в 2013 г. представлены в табл. 3–5.

Скорая медицинская помощь

В 2013 г. в ДВФО объемы скорой МП в расчете на 1 жителя составили 0,296 по ОМС (не достигнув норматива – 0,318) и 0,028 – за счет бюджетных ассигнований (в 2013 г. норматив не был установлен). В общей сложности фактический объем помощи по скорой МП в 2013 г. снизился на 16,67 % по сравнению с 2012 г.: 0,305 против 0,366. Существенное превышение объема скорой МП в расчете на 1 застрахованное лицо отмечено в Еврейской автономной области, Сахалинской области, а также в Хабаровском крае. В целом же регион не превысил установленный норматив в 0,318 вызовов (табл. 4).

Стоимость вызова скорой МП за счет средств ОМС колебалась по ДВФО от 2 112,2 руб. (Еврейская АО) до 7 504,6 руб. (Магаданская область). Средняя стоимость вызова скорой МП по Российской Федерации также оказалась выше установленного норматива (табл. 4). Средняя стоимость единицы объема скорой МП в ДВФО, оказанной за счет бюджетных ассигнований, превысила общероссийскую в 12 раз. Лидерами здесь оказались Амурская область и Республика Саха (табл. 3). В 2012 г. общая стоимость единицы объема скорой МП составила 2 531,4 руб. в расчете на 1 жителя (норматив – 1 710,1 руб.), в 2013 г. – 16 777 руб. (норматив – 2 319,3 руб.).

Медицинская помощь в амбулаторных условиях

Общее количество посещений в амбулаторно-поликлинических условиях по ДВФО в 2013 г., в том числе по неотложной МП, оказалось значительно ниже данного показателя в 2012 г. Таким образом, при снижении установленного норматива почти в 2 раза в 2013 г. отмечен отрицательный прирост количества посещений на 1 жителя (табл. 5).

Количество посещений с профилактической целью за счет средств ОМС в 2013 г. по Российской Федерации превысило установленный норматив. По ДВФО в среднем данный показатель оказался значительно выше, причем в Республике Саха, Чукотском автономном округе и Приморском крае он превысил

норматив в два и более раз при сопоставимом показателе в среднем по ДВФО и Российской Федерации и установленных нормативах МП за счет бюджетных ассигнований субъектов РФ в расчете на 1 жителя. В Сахалинской области выявился существенный дисбаланс по распределению объемов МП. Оказались не достигнуты установленные нормативы по количеству посещений с профилактической целью за счет средств ОМС при значительном, почти в 4,3 раза, превышении установленных нормативов объема МП, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджета области (табл. 3, 4).

Среди обращений пациентов в связи с заболеваниями отмечалась тенденция к низкой обращаемости в субъектах ДВФО с наибольшей стоимостью единицы объема МП, оказанной за счет средств ОМС: в Чукотском автономном округе, в Магаданской области и в Республике Саха (табл. 4).

В 2013 г. служба неотложной МП присутствовала во всех субъектах ДВФО. В этом году и был впервые рассчитан норматив по ее оказанию. В 2013 г. объем посещений по неотложной МП в ДВФО оказался на 53,6 % ниже среднего норматива, установленного программой, однако был сопоставим с объемом посещений в целом по Российской Федерации. При этом стоит отметить, что в одном регионе (Хабаровский край) данный показатель существенно превысил общероссийский и даже оказался выше показателя установленного норматива. Самые низкие объемы посещений (в расчете на 1 застрахованное лицо) отмечены в Республике Саха и Камчатском крае. Средняя стоимость одного посещения по неотложной МП за счет средств ОМС в 2013 г. по ДВФО превысила установленный норматив, при этом минимальный показатель отмечен в Еврейской автономной области, а максимальный – в Магаданской области (табл. 4).

Медицинская помощь в стационарных условиях

Общий объем МП в условиях стационара в 2011–2013 гг. планомерно снизился с 3,004 до 2,961 при понижении установленного норматива с 2,780 до 2,558 койко-дней на 1 жителя. Отрицательный прирост в 1,4 % при этом указывает на слабую положительную тенденцию в сокращении объемов стационарной помощи при

Таблица 5

Сравнительные данные фактических показателей ТППГ по объемам и финансовому обеспечению оказанной медицинской помощи в 2012–2013 гг. (по данным статистической формы № 62)

Субъект Российской Федерации	Фактический объем МП в расчете на 1 жителя											
	вызовов СМП			посещений амбулаторно-поликлинических учреждений			койко-дней в больницах			пациенто-дней в дневных стационарах		
	2012 г.	2013 г.	темп прироста, %	2012 г.	2013 г.	темп прироста, %	2012 г.	2013 г.	темп прироста, %	2012 г.	2013 г.	темп прироста, %
<i>Норматив</i>	0,318	0,318		9,700	4,900		2,780	2,558		0,590	0,630	
РФ	0,332	0,318		9,615	5,815		2,609	2,540		0,538	0,563	
ДВФО	0,366	0,305	-16,67	8,919	5,692	-36,18	3,004	2,961	-1,43	0,579	0,598	3,28

сохраняющемся превышении установленного программой норматива. В подавляющем большинстве субъектов Российской Федерации фактический объем МП, оказанной в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований, не превышал установленный программой средний норматив. Превышение указанного норматива отмечено в девяти субъектах Российской Федерации, в том числе в трех субъектах ДВФО: Сахалинской области, Магаданской области и Хабаровском крае (табл. 3).

В части МП, оказанной за счет средств ОМС, в подавляющем большинстве субъектов Российской Федерации (в т.ч. во всех субъектах ДВФО) объем МП в стационарных условиях превышал средний норматив, установленный программой (табл. 4).

В 2013 г. программой впервые был определен норматив паллиативной МП в 0,077 койко-дней на 1 жителя: 0,033 за счет бюджетных ассигнований и 0,002 за счет средств ОМС. По ДВФО общий объем паллиативной МП составил 0,035 койко-дней на 1 жителя, то есть в 2 раза ниже установленного норматива. Паллиативная помощь в стационарах не оказывалась в 29 субъектах Российской Федерации, в т.ч. в трех субъектах ДВФО: Республике Саха, Еврейской автономной области и Чукотском автономном округе.

Объем МП в условиях дневного стационара в 2013 г. в ДВФО был ниже установленного норматива. В 2012 г. при более низком нормативе и фактический показатель оказался несколько ниже. Таким образом, наблюдалась положительная тенденция к увеличению объемов МП в рамках стационара дневного пребывания при положительном приросте (табл. 5).

Комплексная оценка уровня и динамики критериев доступности и качества МП в 2013 г. включала балльную оценку достижения целевых критериев, установленных территориальными программами, и динамики показателей за 2012–2013 гг. (включая удовлетворенность населения МП). Каждый критерий оценивался в один балл в случае достижения целевого значения и позитивной динамики. В случае отсутствия утвержденных территориальной программой целевых значений критериев доступности и качества МП баллы по ним

не присваивались [3, 6]. В 2011 г. удовлетворенность населения медицинской помощью оценивалась в процентном отношении от числа опрошенных [1]. В 2011 г. удовлетворенность населения МП оказалась более 50 % лишь в Чукотском автономном округе (56,3 %). В 2013 г. целевых значений в данном разделе не достигли Амурская, Сахалинская и Еврейская автономная области (30 % субъектов ДВФО) [1, 3].

Метод оценки уровня реализации ТППГ также существенно отличался в 2011–2012 гг. (4-уровневая система) и в 2013 г. (ранжированность по сумме баллов) [1, 3, 4]. Средний рейтинг по субъектам ДВФО оказался чуть выше общероссийского рейтинга (15,37 балла) по 83 субъектам РФ (табл. 6). Максимальный рейтинг по 83 субъектам страны составил 24, минимальный – 8 баллов.

Наиболее высокий рейтинг достижения целевых критериев доступности и качества МП и их позитивной динамики в ДВФО имела Республика Саха. Этот субъект оказался единственным из дальневосточных, вошедшим в семерку с самым высоким общероссийским рейтингом. Самый низкий рейтинг по округу оказался у Камчатского края (табл. 6). В список регионов с наиболее низким рейтингом достижения целевых критериев доступности и качества МП и их динамики субъекты ДВФО не вошли.

Способы оплаты МП по видам и условиям ее оказания в 2013 г. в большинстве субъектов ДВФО соответствовали способам оплаты, установленным программой. Вместе с тем, в ряде субъектов (Республика Саха, Еврейская автономная область, Приморский край) при оказании МП в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров использовались способы оплаты, не предусмотренные программой.

Во всех субъектах ДВФО (как и во всех субъектах Российской Федерации) применялась методика расчета тарифов на оплату МП по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с выбранными способами оплаты, установленная правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н [7].

Таблица 6
Оценка уровня реализации ТППГ в 2011–2013 гг.

Субъект Российской Федерации	Уровень реализации		
	2011 г.	2012 г.	2013 г.*
ДВФО	3,56	3,0	15,55
Республика Саха (Якутия)	2	3	21
Камчатский край	4	3	11
Приморский край	4	3	16
Хабаровский край	3	2	12
Амурская область	4	3	19
Магаданская область	4	3	16
Сахалинская область	4	3	17
Еврейская АО	4	3	12
Чукотский АО	3	4	16

* Сумма баллов.

Выводы

Таким образом, в 2013 г. расходы из всех источников финансового обеспечения на реализацию программы возросли на 15 % по сравнению с предыдущим годом. Расходы федерального бюджета на финансирование программы сократились по сравнению с 2012 г. на 19,7 %. Расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации также сократились по сравнению с 2012 г. на 17,6 %. Вместе с тем затраты на оказание медицинской помощи в рамках программы за счет средств ОМС возросли по сравнению с 2012 г. на 60,8 %. Темп прироста в 2012–2013 гг. составил 39,7 %, в 2011–2013 гг. – 51,1 %.

В 2013 г. в 70 % субъектов Российской Федерации сохранилась тенденция сокращения объемов МП, оказанной в стационарных условиях (по ДВФО отрицательный прирост составил 1,4 %) при увеличении объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара (на 3,28 % по ДВФО). Сокращение объема скорой МП, отмечавшееся в большинстве субъектов страны, по ДВФО составило 16,67 % и сопровождалось увеличением объемов МП, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, которое тем не менее по ДВФО оказалось в два раза ниже установленного программой норматива на 2013 г.

В оценке удовлетворенности населения медицинской помощью и уровня реализации ТППГ по ДВФО наблюдалась положительная динамика, несмотря на существенные различия методов оценки уровня реализации программ и уровня доступности и качества МП с 2011 по 2013 г.

References

1. Kapitonenko N.A., Kirik Yu.V., Litvintseva E.A. Analysis of the implementation of regional programs of state guarantees of the Russian Federation citizens to free medical care in the regions of the Far Eastern Federal District in 2011 // Bulletin of OHO. FSMU, 2012. No. 3. URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20123/2012303.aspx> (date of access: 09.27.2014)
2. On state guarantees of citizens of the Russian Federation free

medical care in 2011: Resolution of the RF Government of 10.04.2010. No. 782. URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4091159/> (date of access: 09.27.2014)

3. On the implementation of the program of state guarantees of free medical care to citizens in 2013: report of the Russian Federation Ministry of Health. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8122-doklad-o-realizatsii-programmy-gosudarstvennyh-garantiy-besplatnogo-okazaniya-grazhdanam-meditsinskoy-pomoschi-v-2013-godu> (date of access: 20.10.2014)
4. On the implementation of the program of state guarantees of free medical care to citizens in 2012: Report of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2013/07/03/1603-ministerstvom-opublikovan-doklad-o-realizatsii-programmy-gosudarstvennyh-garantiy-okazaniya-grazhdanam-rossiyskoy-federatsii-besplatnoy-meditsinskoy-pomoschi-v-2012-godu> (date of access: 09.27.2014)
5. On the implementation of the program of state guarantees of the Russian Federation citizens to free medical care in 2011: Report of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation. URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/otchety/9> (date of access: 10.20.2014)
6. On the formation and economic feasibility of the territorial program of state guarantees of free medical care provision to citizens for 2013 and the planning period of 2014 and 2015: the letter of the Russian Federation Ministry of Health dated 12.25.2012. No. 11-9/10/2-571. URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70193444/> (date of access: 09.27.2014)
7. On approval of rules of compulsory medical insurance (amended from August 10, September 9, 2011, March 22, June 21, November, 20, 2013): the order of the Department of Health and Social Development of the Russian Federation dated 02.28.2011. No. 158n. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_155222/ (date of access: 09.27.2014).

Поступила в редакцию 24.10.2014.

Сравнительный анализ результатов программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2011–2013 годах и особенности ее реализации в Дальневосточном федеральном округе

С.А. Богачевская¹, Н.А. Капитоненко²

¹Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (680009, г. Хабаровск, ул. Краснореченская, 2в), ²Дальневосточный государственный медицинский университет (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35)

Резюме. Представлен анализ результатов программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2011–2013 гг., а также ее реализации на территории Дальневосточного федерального округа (ДВФО) на основании официальных данных Минздрава РФ. Дана сравнительная характеристика основных показателей деятельности органов здравоохранения и в частности показателей работы территориальных программ государственных гарантий ДВФО в отчетный период в сравнении с установленными программой нормативами. Основная тенденция, отмеченная как по ДВФО, так и по России в целом, отразила динамичное сокращение объемов медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, при увеличении объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара. Сокращение объемов скорой медицинской помощи, сопровождалось увеличением объемов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, что соответствует основным направлениям в реализации программы государственных гарантий в 2013 г.

Ключевые слова: территориальные программы государственных гарантий, дефицит финансового обеспечения, критерии доступности и качества медицинской помощи.