

**Доклад начальника Главного управления Алтайского края по
здравоохранению и фармацевтической деятельности И.В. Долговой:
«О предварительных итогах деятельности отрасли в 2013 году и задачах
на 2014 год»**

Основные направления развития здравоохранения в нашей стране определены указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года.

В своем Послании Федеральному Собранию Президент В.В. Путин подверг справедливой критике эффективность мер, предпринимаемых всеми органами власти, по достижению целей, поставленных «майскими» Указами. Именно с этих позиций мы должны оценить результаты нашей работы.

Итак, в 2013 году для обеспечения выполнения указов Президента Губернатором Алтайского края подписано постановление №96 от 27.02.2013, которым утверждена «дорожная карта» «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

«Дорожной картой» определен план мероприятий по формированию эффективной структуры здравоохранения и эффективной структуры управления здравоохранением, а также пошагово до 2020 года определены индикаторы структурных изменений системы оказания медицинской помощи, состояния здоровья населения и целевые значения уровня заработных плат всех категорий медицинских работников.

В рамках реализации плана мероприятий по формированию системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, была утверждена постановлением администрации Алтайского края от 26.06.2013 №331 «Программа развития здравоохранения Алтайского края на период 2013-2020 годов», которая и стала основным стратегическим документом развития отрасли.

Для достижения поставленных целей необходимо иметь достаточное количество квалифицированных медицинских кадров, оснащенное современной инфраструктурой здравоохранения, а также достаточные финансовые ресурсы.

Хочется отметить, что благодаря федеральным инициативам и инициативам Губернатора Алтайского края А.Б. Карлина за последние 5 лет финансирование здравоохранения увеличилось в 1,7 раза.

Прогнозируемый объем финансовых ресурсов в отрасль из всех источников в 2013 году вырос к урону 2012 года на 5,6% и составил 26,0 млрд. рублей.

Существенное повышение эффективности использования финансовых ресурсов и функционированию системы здравоохранения края в целом будет обеспечено за счет перехода от сметного к программно-целевому бюджетированию.

Такой подход позволит сконцентрировать ресурсы на приоритетных направлениях.

Повышение эффективности функционирования системы основано на приоритете развития: первичной медико-санитарной помощи, совершенствовании профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни, медицинской помощи матерям и детям и обеспечении специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

В публичной декларации целей и задачей Минздрава России провозглашена профилактическая направленность здравоохранения.

В связи с этим в текущем году особое внимание было уделено организации диспансеризации взрослого населения и профилактическим осмотрам детского населения, проводимым по участковому принципу.

Важность этого мероприятия для развития системы профилактики особо подчеркнул Президент В.В. Путин в своем Послании Федеральному Собранию.

В ходе проведения диспансеризации выявился ряд проблем, влияющих на эффективность проводимых мероприятий. Отсутствие в медицинских организациях кабинетов и отделений медицинской профилактики, являющихся ключевым звеном в проведении диспансеризации повлекло существенное увеличение нагрузки на участковую службу.

Другой проблемой при проведении диспансеризации стало отсутствие прозрачного механизма прикрепления страховыми медицинскими организациями застрахованных лиц для получения первичной медико-санитарной помощи. Решение было найдено через реализацию механизма прикрепления граждан в региональных информационных системах и утверждения регламента взаимодействия при обмене данной информации со всеми участниками системы обязательного медицинского страхования.

Оперативное решение проблем, как со стороны медицинских организаций, так и со стороны Главного управления позволили на 20 декабря осмотреть 92% граждан, подлежащих диспансеризации. В полном объеме выполнили план по диспансеризации 25 медицинских организаций, от 80 до 90% плана выполнила 61 медицинская организация, выполнила, менее, чем на 60% план выполнен в 7 медицинских организациях.

Всего на профилактические мероприятия в текущем году было направлено 328,8 млн. руб. из средств ОМС.

В результате проведенных осмотров выявлено около 35,5 тыс. болезней системы кровообращения, 1800 случаев злокачественных новообразований и более 2000 подозрений на наличие злокачественных новообразований, около 5000 новых случаев заболеваний сахарным диабетом.

Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь данная работа должна рассматриваться как приоритетная и в 2014 году.

Необходимо уже сейчас составить план профилактических мероприятий на 2014 год, усилить санпросвет работу среди населения используя все возможные источники информации, составить на участках списки подлежащих диспансеризации, заключить договоры в случае отсутствия собственных ресурсов на проведение мероприятий.

В рамках проведения мероприятий по структурной эффективности приоритеты были направлены на выстраивание современной логистики оказания медицинской помощи.

Ликвидация структурных диспропорций коечного фонда и приведение его численности к расчетной потребности позволила добиться снижения чрезмерно высокого уровня госпитализации пациентов в круглосуточные стационары. В сравнении с 2010 годом в целом по краю данный показатель снизился на 12,8%.

В этих условиях первоочередной задачей становится четкое и своевременное управление потоками пациентов, нуждающихся в госпитализации. Необходим индивидуальный подход к определению очередности госпитализаций у каждого конкретного пациента в зависимости от нозологической формы, стадии заболевания, учитывая, что степень экстренности показаний не всегда очевидна.

Анализ структуры стационарной помощи показывает, что наряду со снижением уровня госпитализации, в сравнении с 2010 годом отмечается рост на 16,3% доли пациентов, нуждающихся в стационарной помощи по экстренным показаниям. С учетом тенденции снижения на 2% смертности на дому, очевидно, что в первоочередном порядке госпитализируются пациенты, наиболее нуждающиеся в стационарном лечении.

Примером наиболее четкой регламентации госпитализаций является порядок госпитализации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Уровень госпитализации при данной патологии вырос в сравнении с 2010 годом на 28,9%, а доля госпитализированных по экстренным показаниям выросла с 80,3% до 85,6%, при одновременном снижении стационарной летальности на 16,6%.

Надо отметить, что в целом назрела необходимость создания центра управления госпитализациями, работа которого должна быть абсолютно прозрачной, учитывать потребности поликлиник (учреждений I уровня), строиться на четко разработанных регламентах с обязательным использованием информационных технологий. Этого требует и новый порядок информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования, утвержденный Минздравом России. Данный приказ направлен на защиту страховыми медицинскими организациями прав застрахованных при соблюдении установленных территориальной программой сроков госпитализации, а также прав на выбор медицинской организации при оказании плановой специализированной помощи.

С целью оптимизации логистики оказания экстренной медицинской в 2014 году в Городской больнице №1 г. Барнаула будет открыто отделение скорой медицинской помощи с диагностическими койками суточного пребывания.

Хотела бы напомнить, что в соответствии с поручением, данным Губернатором Алтайского края А.Б. Карлиным, Главным управлением проводится работа по внедрению в учреждениях здравоохранения края проекта «Новая

поликлиника», направленного на повышение качества и доступности медицинской помощи жителям края.

Главным врачам учреждений здравоохранения необходимо взять под личный контроль организацию работы в возглавляемых учреждениях по реализации мероприятий в рамках указанного проекта. С учетом того, что сохраняются жалобы на работу регистратур, особое внимание следует обратить на повышение профессиональной подготовки кадров для работы медрегистраторами. С учетом этики общения с пациентами, для профессиональной переподготовки медицинских регистраторов в Барнаульском базовом медицинском колледже» на основе федеральных государственных образовательных стандартов подготовлен 72-часовой сертификационный тематический цикл обучения с элементами тренинга по культуре профессионального общения и деловой этики.

Вопросы этики и деонтологии на сегодняшний день актуальны для всех медицинских организаций. В структуре обращений в Главное управление жалобы на грубость медицинского персонала занимают не последнее место.

С целью формирования безбарьерной среды для инвалидов и маломобильных пациентов, улучшения культуры обслуживания, целесообразно провести капитальный ремонт входных зон, путей эвакуации и зон массового скопления людей (установка пандусов, ремонт вестибюлей и центральных холлов, коридоров и лестничных клеток, организация гардеробов и зон для колясок при входах на 1 этаже, расширение помещений регистратур).

Не теряет актуальности и оптимизация внутриучрежденческой диспетчеризации (создание структуры дежурных администраторов, осуществляющих при необходимости содействие пациентам в оперативном решении текущих вопросов), введение системы видеонаблюдения за этажами поликлиники, с оперативным реагированием дежурных диспетчеров на возникающие задержки в приеме пациентов.

В 2013 году в рамках реализации плана мероприятий по формированию независимой оценки деятельности медицинских организаций Минздрав России определил участников процесса формирования независимой оценки, среди которых обозначены потребители медицинских услуг, общественные советы и общественные организации. На основе независимой оценки будут формироваться и публиковаться рейтинги медицинских организаций. Кроме условий пребывания в медицинских учреждениях, вопросов этики и деонтологии особое внимание при формировании независимой оценки отводится вопросам информационного сопровождения. Сайт медицинской организации должен быть «живым», отражать все вопросы обеспечения прав пациента на получение медицинской помощи и возможность выразить свое мнение, касающиеся деятельности медицинской организации. Система независимой оценки деятельности медицинских организаций становится все более доступной для пациентов. В настоящее время на сайтах всех уровней власти пациент имеет возможность выразить свое мнение о качестве медицинских услуг: это и сайты территориальных и федеральных органов управления здравоохранением и сайты надзорных органов. Примером тому является не-

давно появившийся сайт Росздравнадзора, представленный на слайде, где уже появились отзывы разного характера о деятельности краевых медицинских организаций. В этих условиях наиболее актуальным становится вопрос об усилении контроля за качеством медицинской помощи в рамках ведомственной экспертизы. В 2014 году этому вопросу со стороны Главного управления будет уделено особое внимание.

Приоритетом специализированной и высокотехнологичной помощи остается совершенствование медицинской помощи в части ее оказания больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В 2013 году в краевой клинической больнице на 20 коек развернуто и укомплектовано в соответствии с порядком кардиохирургическое отделение.

В отделении уже выполнено 120 высокотехнологичных вмешательств, включая аорто-коронарное шунтирование, комбинированные операции на сердце и сосудах и 3 операции при разрывах аорты.

Наряду со стандартными операциями впервые в крае по экстренным показаниям успешно выполнены две операции протезирования восходящего отдела аорты при ее расслоении.

Позитивной оценки заслуживает работа регионального сосудистого центра.

В текущем году значительно возросли объемы консультативной работы, осуществляемой специалистами регионального сосудистого центра. Число консультаций по телефону возросло в 2 раза, при непосредственном выезде в первичные отделения на 28,1%. Значительно повысилась оперативность госпитализаций больных с острым коронарным синдромом в специализированные учреждения для оказания им неотложной кардиологической помощи действующая система Теле-Альтон.

Значительно возросли объемы интервенционных диагностических и лечебных методик, используемых у пациентов с коронарной патологией. В текущем году число коронарографий возросло, в сравнении с 2012 годом, на 42,1%, а число транслюминальных баллонных ангиопластик коронарных артерий со стентированием увеличилось 68,6%, в том числе экстренных – на 40,1%.

Итогом стало снижение уровня общей смертности от инфарктов миокарда на 6,9%, в то время как позитивная динамика данного показателя отсутствовала с 2009 года.

Вместе с тем, нельзя не остановиться на имеющихся проблемах.

В 2013 г. отмечается стагнация показателей, отражающих уровень специализированной помощи при сосудистой церебральной патологии. Снизились, как объемы консультативной помощи, так и оперативных вмешательств, выполняемых при патологии церебральных сосудов, что отразилась на темпах снижения смертности от острых церебро-васкулярных болезней.

Если с начала работы регионального сосудистого центра в 2009 году до 2011 года среднегодовой темп снижения смертности от инсультов составлял 12,5%, то в 2012 году темп снижения существенно замедлился и составил

всего 1,8%, а по данным 10 мес. текущего года отмечается даже незначительный рост уровня смертности от ОНМК.

В связи с этим в 2014 году необходимо более серьезно проанализировать работу первичных сосудистых отделений и регионального сосудистого центра. Особое внимание необходимо уделить непрофильным пациентам в отделениях, которые нуждаются в поздней реабилитации. Для этого необходимо в 2014 году начать перепрофилирование в соответствии с программой развития здравоохранения коек неврологических отделений в койки второго этапа реабилитации сосудистых больных.

В 2014 году на полную мощность должны заработать первичные сосудистые отделения в Славгородской ЦРБ и ГБ №2 г.Рубцовска. Ввод в эксплуатацию этих отделений существенно повысит доступность и своевременность оказания специализированной помощи при острой сосудистой патологии более чем, 500 тыс. жителям края.

В течение ряда лет в онкологическую службу направляются серьезные финансовые потоки краевых и федеральных финансовых средств. Край дважды входил в национальную онкологическую программу. Серьезно улучшена материально-техническая и лечебно-диагностическая база службы.

Тем не менее, по данным 10 месяцев 2013 года отмечается рост смертности от злокачественных новообразований 3,3%. Показатель общей может составить 231,0 на 100 тыс. населения, что выше запланированного на 2013 г. в «дорожной карте» (223,0).

Высокий охват профилактическими осмотрами, к сожалению, не обеспечивает в течении ряда лет существенного роста выявляемости злокачественных новообразований на ранних стадиях.

Вместе с тем, резервы снижения онкологической смертности, безусловно есть и они лежат во взаимодействии учреждений первичного звена со специалистами онкологической службы.

Руководителям медицинских организаций необходимо обратить внимание на качество проведения профилактических мероприятий. Все пациенты, впервые обращающиеся в поликлинику в текущем году, должны быть направлены на диспансеризацию или профилактические осмотры. Особая нацеленность должна быть на выявление злокачественных новообразований.

Специалистам онкологической службы необходимо уделить внимание уровню подготовки врачей и среднего медицинского персонала по раннему выявлению злокачественных новообразований.

Краевому онкологическому диспансеру необходимо проводить оперативный персонифицированный анализ случаев смерти и принимать меры в случаях если нарушается порядок выбора причины смерти.

Кроме того, на особом контроле должен находиться вопрос о сроках госпитализации онкологических больных на специализированное лечение в онкологический диспансер.

Мероприятия, направленные на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, выполнялись в крае в рамках региональных целевых программ: долго-

срочной целевой программы «Развитие авиационного комплекса Алтайского края» на 2011-2014 годы и ведомственной целевой программы «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения в Алтайском крае» на 2012 - 2014 годы. На эти же цели были направлены средства федерального бюджета, выделенные краю в рамках соответствующей программы приоритетного национального проекта «Здоровье».

Только в 2013 году дополнительно приобретено 76 новых автомобилей для службы скорой медицинской помощи края, оснащенных бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС.

Нельзя не отметить рост оперативности оказания медицинской помощи при ДТП.

Вместе с тем, существенное увеличение числа ДТП и пострадавших в них, а так же рост тяжести ДТП в текущем году не позволяют еще достичь целевого показателя смертности от ДТП установленного в «дорожной карте».

В 2014 году медицинским организациям, работающим в федеральной целевой программе по снижению смертности от дорожно-транспортных происшествий необходимо наладить межведомственное взаимодействие со всеми заинтересованными структурами и продумать точки дислокации бригад скорой медицинской помощи к наиболее аварийно опасным местам федеральных трасс.

В текущем году отмечаются позитивные результаты работы по совершенствованию оказания медицинской помощи больным туберкулезом.

Дополнительное финансирование из федерального и краевого бюджетов позволило обеспечить в полном объеме противотуберкулезными лекарственными препаратами все медицинские организации края. В сравнении с аналогичным периодом 2012 года число больных с множественной лекарственной устойчивостью, взятых на лечение, увеличилось на 15,3%. Обеспечена социальная поддержка больных туберкулезом на амбулаторном этапе лечения.

Но, в первичном звене не в полном объеме используются резервы раннего выявления туберкулеза. Уровень профилактических осмотров в 2013 году составил не более 44% от числа подлежащих, в том числе методом флюорографии - 43,2%, методом туберкулинодиагностики - 40%. Учреждениями первичной медико-санитарной помощи обследовано более 35 тысяч лиц с целью выявления бактериовыделения с высоким уровнем выявления патологии, что намного меньше числа хроников, состоящих на диспансерном учете.

Не смотря на снижение смертности от туберкулеза, смертность остается на высоком уровне и превышает показатели по РФ и СФО. В связи с этим в 2014 году необходимо наиболее полно использовать все виды профилактических осмотров населения для раннего выявления туберкулеза.

Одним из приоритетов проводимой политики является совершенствование службы охраны материнства и детства, на финансирование которой направлено почти 34% средств, выделенных на реализацию Программы раз-

вития. На снижение младенческой смертности в 2013 году было израсходовано 741,2 млн. руб.

В связи с переходом на новые критерии живорождения в 2012 году в регионе был отмечен рост младенческой смертности, превысивший расчетный показатель на 16% и только в этом году, нам практически удалось выйти на расчетный уровень младенческой смертности, который составил 8,8 на 1000 живорожденных. Снижение младенческой смертности было достигнуто в основном за счет снижения на 16% ранней неонатальной смертности, как результата поэтапной реорганизации структуры, материально-технического оснащения и системы функционирования службы родовспоможения.

Сегодня на первом уровне принимается не более 11,5 % родов, из них только 3,5% - преждевременные. Этого удалось добиться благодаря четкому соблюдению маршрутизации беременных и концентрации пациенток группы риска в учреждениях второй и третьей группы.

Перинатальная смертность в учреждениях первой группы сократилась на 9,3%, а ранняя неонатальная почти в 2 раза. Несмотря на значительную положительную динамику, еще не полностью использованы все резервы снижения перинатальной смертности в учреждениях первой группы. Основными причинами гибели детей на 1 уровне являются недооценки степени риска перинатальной и акушерской патологии, несоответствие объема помощи стандартам. К сожалению, из-за дефицита коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в учреждениях II и III группы не всегда возможно обеспечить своевременную эвакуацию новорожденных из учреждений первой группы. Это же является и причиной отсутствия динамики снижения перинатальной смертности в учреждениях II и III группы родовспоможения.

Строительство в регионе нового современного перинатального центра позволит решить существующие проблемы и воплотить принцип равной доступности высококвалифицированной медицинской помощи с позиций максимальной оправданности и эффективности экономических вложений и обеспечить снижения уровня младенческой смертности

Благодаря открытию центра пренатальной диагностики и его филиала в г. Бийске в текущем году на врожденные аномалии и генетические нарушения обследовано более 1/3 беременных. В результате проведенной работы нам удалось снизить раннюю неонатальную смертность по причине пороков развития в 2 раза.

Правильность реализованных и предпринимаемых мер по преобразованию системы здравоохранения края, а также активная работа руководителей медицинских организации по оказанию медицинской помощи в каждом конкретном учреждении отмечена продолжением позитивных тенденций в динамике основных демографических показателей даже в условиях крайне неблагоприятной возрастной структуры населения.

Главным итогом в демографической ситуации в крае стало существенное снижение темпов убыли населения края, в первую очередь за счет позитивных изменений в процессах естественного движения населения.

Убыль населения края за счет превышения смертности над рождаемостью в 2012 г. в сравнении с 2010 годом сократилась почти в 2,5 раза, а по данным 10 мес. 2013 года еще на 23,2%.

По данным 10 мес. 2013 года уровень рождаемости остался на уровне 2012 г. и составил 13,7 промилле, показатель общей смертности снизился на 2,1%, а уровень преждевременной смертности – на 5,1%.

Снижение смертности отмечается и от основных причин, определяющих ее структуру: от болезней системы кровообращения - на 10,1%, от туберкулеза - на 21,5%, от внешних причин смерти – на 5,3%.

Одной из значимых проблем на сегодняшний день остается недостаточная укомплектованность кадрами. На это направлены усилия всех уровней бюджета и руководителей медицинских организаций.

Принимая во внимание последовательное повышение заработной платы медицинских работников, а также для обеспечения сбалансированной структуры тарифа обязательного медицинского страхования, необходим достаточный уровень финансирования программы государственных гарантий.

В период с 2010 по 2013 год дефицит территориальной программы государственных гарантий сократился с 40,5% до 18,7%. Норматив подушевого финансирования вырос на 56%. Программа с каждым годом становится более сбалансированной по видам медицинской помощи.

Для повышения финансовой эффективности реализации программы начата поэтапная реструктуризация объемов медицинской помощи. Впервые с 2013 года введены нормативы профилактической помощи, неотложной, паллиативной, а также сделан акцент на развитие дневных стационаров.

Не смотря на расширение финансовых возможностей прогнозное исполнение программы государственных гарантий в части предоставления амбулаторно-поликлинической помощи выполнено только на 95,4%, стационарной помощи на 99%, скорой медицинской помощи на 98,7% и только медицинской помощи в условиях дневного стационара на 102%.

В 2013 году Федеральным законом 326-ФЗ существенно расширена структура тарифа на оказание медицинской помощи.

Объем средств, направленных в краевые государственные медицинские организации из системы обязательного медицинского страхования за 9 мес. текущего года превысил объем финансовых поступлений за аналогичный период прошлого года на 606,2 млн. рублей.

Не смотря на это, кредиторская задолженность медицинских организаций выросла более чем в 2 раза или на 758,8 млн. рублей, в том числе в 2,7 раза или на 152,2 млн. рублей выросла просроченная кредиторская задолженность.

Объяснение сложившейся ситуации дает нам сравнительный анализ фактических расходов медицинских организаций с аналогичным периодом 2012 года.

В целом фактические расходы медицинских организаций выросли на 1907,9 млн. рублей. Из них расходы на заработную плату и начисления на оплату труда выросли на 62% или 1183,3 млн. рублей, на увеличение матери-

альных запасов на 12,2% или на 232,7 млн. рублей, на 10,4% или 198,8 млн. рублей увеличились расходы на содержание имущества и 15,4% другие расходы.

Надо сказать, что медицинские организации имеют неравномерный прирост финансового обеспечения, а по отдельным учреждениям наблюдается даже снижение уровня финансового обеспечения.

Серьезные затраты на ЛПУ ложатся в части содержания сети структурных подразделений: участковых больниц, амбулаторий, ФАП, которые как правило не способны зарабатывать средства на собственное содержание. В ряде случаев значительная часть зданий не используется, но имущество попадает под налогообложение и коммунальные платежи. Увеличению расходов на содержание способствуют и новые введенные объекты здравоохранения, которые не всегда строятся взамен морально и физически устаревших, а лишь расширяют до требований санитарных правил площади под оказание медицинской помощи.

Как положительный пример оптимизации затрат можно привести опыт анализа неэффективных расходов Быстроистокской центральной районной больницы. Путем сокращения площадей, используемых для размещения административного аппарата, оптимизации площадей под оказание медицинской помощи, а также сокращения малоэффективных в финансовом и медицинском плане круглосуточных коек участковой больницы, медицинская организация получила экономию средств в размере 2 800,0 тыс. руб.

Оптимизация расходов учреждения должна сочетаться с увеличением доходов медицинской организации.

В той же Быстроистокской ЦРБ не в полной мере используется возможность привлечения средств обязательного медицинского страхования. На сегодняшний день прогноз выполнения государственного задания по амбулаторно-поликлинической помощи составляет 90%, по медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, на 97%, что сократит объем финансирования учреждения из средств ОМС.

Я думаю, что каждый руководитель, проведя серьезный анализ финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации, найдет возможность сократить не эффективные расходы без снижения качества и доступности медицинской помощи.

Увеличение расходов по оплате труда в учреждениях связано с компенсацией выплат за период с мая по декабрь 2012 года специалистам участковой службы год по предписаниям органов прокуратуры, развертыванием дополнительных бригад скорой медицинской помощи и сохранением уровня заработной платы специалистам, участвовавшим во внедрении стандартов в рамках Программы модернизации здравоохранения.

При наличии объективных причин кредиторской задолженности выявляются и причины субъективного характера, связанные с нарушением финансово-хозяйственной деятельности ЛПУ.

В ряде случаев причинами кредиторской задолженности является невыполнение государственного задания по всем видам медицинской помощи,

нарушения в организации и ведении бухгалтерского учета, многочисленные грубые нарушения трудового законодательства, отсутствие анализа выполнения плана финансово-хозяйственной деятельности, отсутствие должного контроля за формированием реестров счетов на оплату страховыми организациями оказанных медицинских услуг, отсутствие оптимизации штатных расписаний и изменение структуры оказания медицинской помощи при сокращении коечной мощности.

Надо сказать, что в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не достаточно эффективно используется и диагностическое оборудование. Об этом свидетельствует уровень подготовки пациентов, направляемых на консультации в краевые учреждения. Пациенты приезжают на консультации не имея рутинных исследований, что необоснованно увеличивает нагрузку на краевые учреждения и снижает доступность консультативной помощи.

Неэффективное использование медицинского оборудования учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, может послужить основанием для введения в 2014 году межучрежденческих расчетов за оказанные рутинные диагностические услуги.

Все затронутые в сегодняшнем выступлении темы перекликаются с посланием Президента Российской Федерации.

Но хочется отметить, что говоря о принципе медицинского страхования, Президент обратил внимание на то, что в конечном итоге финансовую оценку качеству работы медицинских организаций должны определить страховые медицинские организации вместе с пациентом, что в результате и будет определять представительство медицинских организаций на рынке предоставления медицинских услуг в системе ОМС.