

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение
высшего профессионального образования
Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н. Ельцина

Высшая школа экономики и менеджмента
Кафедра Финансовых рынков и страхования

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ ПЕРЕД ГАК
Зав. кафедрой ФРиС
_____ Князева Елена Геннадьевна
«___» июня 2015г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ
ФИНАНСИРОВАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Научный руководитель,

к.э.н, доцент

Н.Н. Мокеева

Нормоконтролер,

ассистент

Ю.В. Истомина

Студент группы ЭММ-234604к

И.М. Сартаков

Екатеринбург

2015

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Теоретические основы финансирования скорой медицинской помощи	
1.1 Сущность и способы финансирования медицинской помощи	9
1.2 Характеристики действующей системы обязательного медицинского страхования.....	14
1.3 Экономические аспекты деятельности службы скорой медицинской помощи.....	20
2 Модель финансирования скорой медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования	
2.1 Анализ работы скорой медицинской помощи в Свердловской области	27
2.2 Модель финансирования скорой медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования	33
3 Новая методика для расчета объема финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи	
3.1 Необходимость разработки новой методики распределения финансовых средств.....	45
3.2 Новая методика распределения финансовых средств на обеспечение деятельности скорой медицинской помощи.....	49
3.3 Результаты использования новой методики и рекомендации по ее внедрению	56
Заключение	63
Список использованных источников	65
Приложения	74

ВВЕД

Актуальность темы исследования.

Здоровье населения является одной из основных характеристик социально-экономического развития страны и трудовым потенциалом общества. Показатели здоровья населения напрямую зависят от состояния системы здравоохранения на территории, функционирования системы в значительной степени определяется системой финансового обеспечения.

Отечественная система здравоохранения и обязательного медицинского страхования претерпела за последнее десятилетие ощутимые изменения. Модернизации подверглась нормативно-правовая база, существенно поменялась идеология подхода к системе оказания медицинской помощи, все большее значение уделяется интересам гражданина, пациента, изменился механизм финансирования лечебной сети. Реформе сопутствовал постоянный дефицит финансирования учреждений здравоохранения, имеющиеся скудные средства не всегда расходовались эффективно, долгие годы система здравоохранения была нацелена не на развитие, а на выживание, сохранение имеющейся материально - технической базы, коечного фонда, диагностических и лечебных технологий: особенно остро это проявилось в региональном и сельском здравоохранении, которое в 1990-х и начале 2000-х годов немногочисленные финансовые и структурные инновации обходили стороной.

Сейчас, в 2015 году, после периода значительных финансовых вливаний в систему здравоохранения, в связи со сложившимися непростыми геополитическими условиями, здравоохранение снова сталкивается с сокращением бюджетов. С учетом тановившегося тренда развития показателей демографии, современная экономическая ситуация не позволяет органам власти выполнять заявленные обязательства по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью. Обязательное медицинское

страхование становится основным источником обеспечения прав граждан, прописанных в конституции, на получение бесплатной медицинской помощи.

Региональный опыт развития и управления здравоохранением и обязательным медицинским страхованием может быть эффективно экстраполирован на федеральный уровень, может объективно повысить качество и доступность оказываемой населению медицинской помощи. Этот тезис выглядит вполне жизнеспособным при оценке реализации социальной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области - регионе, который благодаря своему экономическому и геополитическому положению в течение многих лет остается территорией, определяющей вектор развития отрасли здравоохранения в Российской Федерации.

Цель исследования.

Целью исследования является систематизация опыта Свердловской области в области организации финансового обеспечения станций и отделений скорой медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования и разработка практических рекомендаций по внедрению модели финансирования служб скорой медицинской помощи через систему ОМС.

Задачи исследования.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи:

- обобщить научные взгляды на способы финансирования скорой медицинской помощи;
- проанализировать нормативно-правовую базу и обобщить опыт Свердловской области в части построения модели финансового обеспечения работы скорой медицинской помощи через систему ОМС;
- рассмотреть особенности финансового обеспечения работы скорой медицинской помощи через систему ОМС в Свердловской области;
- представить условия деятельности, влияющие на финансирование отделений и станций скорой медицинской помощи;

- представить методику распределения средств обязательного медицинского страхования в зависимости от особенностей работы скорой медицинской помощи;
- рассчитать коэффициенты, определяющие уровень финансирования, для станций и отделений скорой медицинской помощи Свердловской области с использованием предложенной методики.

Область исследования.

Исследование проведено в рамках магистерской программы «Финансовые риски и страхование».

Объект исследования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Предмет исследования.

Предметом является совокупность экономических отношений, возникающих в процессе финансового обеспечения через систему обязательного медицинского страхования работы станций и отделений скорой медицинской помощи в Свердловской области.

Теоретико-методологическая основа.

Теоретико-методологической основой работы являются материалы отечественных и зарубежных ученых-экономистов по теории экономики и финансов, оплате медицинской помощи, организации медицинского страхования, особенностям работы скорой медицинской помощи, законодательные и нормативные акты Российской Федерации.

В ходе проведения исследования применялись аналитический, логико-структурный подходы, использовались статистические методы обработки и представления информации.

Информационная база.

Информационную базу исследования составили отчетные документы Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Всемирной организации

здравоохранения, Министерства здравоохранения Свердловской области, монографические материалы, публикации др.

Научная новизна исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующих положениях и результатах:

- автором выделяется ряд основных принципов обязательного медицинского страхования;
- обобщен и проанализирован региональный опыт в области финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования;
- выявлены и описаны особенности финансового обеспечения работы скорой медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования в Свердловской области;
- произведен аналитический блок расчетов размера финансового обеспечения отделений и станций скорой медицинской помощи в зависимости от особенностей работы организаций в соответствии с представленной методикой;
- рассчитаны коэффициенты, определяющие уровень финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи Свердловской области, с использованием предложенной методики
- сформулированы рекомендации по внедрению новой модели финансирования в субъекте Российской Федерации.

Практическая значимость.

Практическая значимость заключается в возможности использования описанной методики в других субъектах Российской Федерации, что позволит обоснованно производить распределение финансовых средств, стимулировать лечебные учреждения к мобилизации внутренних резервов, совершенствованию организации и управления лечебным учреждением и повышению качества медицинских услуг.

Апробация и внедрение результатов исследования.

Описанная методика применяется при распределении финансовых средств между станциями и отделениями скорой медицинской помощи в Свердловской области. В рамках подготовки исследования автором опубликованы статьи в рецензируемых журналах и сборниках.

Кроме того, автором подготовлены тезисы, доклад и презентации к совещаниям главных врачей в Северном управленческом округе Свердловской области на тему: «Особенности финансирования скорой медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования». Соответствующие совещания проведены для руководителей медицинских организаций Северного управленческого округа.

Структура работы.

Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников и приложений. Работа изложена на 89 страницах машинописного текста, библиография включает 64 наименования.

В введении акцентируется внимание на актуальности темы, определяется цель и задачи работы, представляются объект и предмет исследования, формулируются научная новизна и практическая значимости.

В первой главе описаны механизмы и методы оплаты медицинской помощи, их влияние на деятельность медицинских организаций; описаны основы системы обязательного медицинского страхования, перечислены её особенности; раскрыта специфика деятельности службы скорой медицинской помощи, её характеристики;

Во второй главе представлена информация о работе скорой медицинской помощи в Свердловской области, представлено обоснование выбора подушевой модели финансирования скорой медицинской помощи; описаны изменения, которым подверглась модель в Свердловской области в 2013 году, приведены причины их внесения; приведен расчет индивидуальных подушевых нормативов для медицинских организаций области;

В третьей главе представлена необходимость разработки новой методики распределения финансовых средств; представлены условия деятельности

скорой медицинской помощи, влияющие на финансирование скорой медицинской помощи; описана новая модель для расчета объема финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи; приведены особенности её внедрения в конце 2014 года; приведен расчет дополнительных нивелирующих коэффициентов, необходимых на этапе внедрения методики; приведена итоговая методика, используемая в 2015 году; произведен расчет итоговых поправочных коэффициентов финансирования скорой медицинской помощи в 2015 году (на 01.01.2015 и на 01.04.2015); даны рекомендации по внедрению предложенной методики в субъекте РФ.

В заключении сформулированы основные выводы.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1.1 СУЩНОСТЬ И СПОСОБЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В практике российского здравоохранения, как правило, выделяют несколько основных источников финансирования: средства бюджета (федерального, регионального, муниципального), средства медицинского страхования (страховые взносы работодателей и платеж органов исполнительной власти субъекта РФ на неработающее население), платные медицинские услуги [58]. Причем гарантированный государством объем медицинской помощи должен оказываться гражданам бесплатно.

Система здравоохранения РФ с 1993 г. выстроена по принципам бюджетно-страховой модели. Ее базовыми финансовыми характеристиками являются:

- наличие более одного источника финансирования (многоканальность), в основном реализация происходит за счет сочетания бюджетных подходов и страхового принципа создания фондов здравоохранения (налогообложение работодателей и платеж на неработающее население от органов исполнительной власти);
- определение тарифов на медицинские услуги по ограниченному набору статей (определяемым системой обязательного медицинского страхования), определяющих затраты на медицинскую услугу;
- оплата медицинской помощи, основанная на различных вариантах учета деятельности медицинских организаций при предоставлении медицинских услуг;

- договорные отношения, определяющие порядок финансирования медицинских организаций страховыми компаниями;
- планирование объемов медицинской помощи на основании установленных объемных и финансовых нормативов.

Переход к охране здоровья населения Всемирная организация здравоохранения описывает как некий «новый универсализм», который основывается на принципах предоставления основных видов медицинских услуг при фиксировании экономической эффективности, и достижении заданных результатов деятельности системы здравоохранения, определяемой в основном по критериям затрат – эффективности [2, 47]. С этой точки зрения бюджетно-страховая модель считается большинством авторов как более эффективная, в сравнении с ранее существующей чисто бюджетной системой финансового обеспечения медицинской помощи. Среди ее достоинств:

- переход к принципу оплаты за результат при осуществлении медицинской деятельности;
- наличие возможности развития рыночных отношений при оказании медицинской помощи;
- приоритет не только на объемы оказываемой помощи, но и на доступность и качество;
- приоритет экономическим методам управления и планирования;
- развитие многоукладной экономики здравоохранения, включающей различные варианты активного использования возможностей частного капитала.

С учетом наличия в системе финансового обеспечения оказанной медицинской помощи нескольких каналов, по которым денежные средства поступают в медицинские учреждения, важно различать понятия финансирование служб здравоохранения и обеспечение медицинского обслуживания. Вполне возможен вариант, когда медицинскую помощь финансирует государство, но предоставляется она в частном порядке, или наоборот [59].

Необходимо сказать, что во многих научных исследованиях, посвященных российскому здравоохранению, отмечаются и негативные моменты бюджетно-страховой модели финансирования российского здравоохранения. Обобщая их, можно сказать, что наличие нескольких путей поступления средств в медицинские организации и, соответственно, наличие двух систем управления – это некое российское изобретение, не имеющее аналогов в мировой практике и отличающееся несовершенством и противоречивостью.

До настоящего времени финансовые потоки обязательного медицинского страхования и бюджета переплетаются, отчетность дублируется, контроль использования средств остается малоэффективным [56]. Т.Н. Макарова говорит о проблемах отсутствия целостности системы финансово-экономического стимулирования медицинских организаций, что приводит к нарушению гармонии их экономических интересов, потере клинической преемственности в работе, а также срывам в медико-организационном взаимодействии [52]. К причинам сложившейся ситуации представители страховой медицинской организации «РОСНО-МС» (г. Москва) считают незавершенность действующей организационной модели системы обязательного медицинского страхования, несбалансированность административных и рыночных рычагов управления [56].

Продолжая говорить об оплате медицинской помощи, необходимо коснуться механизмов (методик, форм) оплаты помощи. Методика оплаты определяет набор услуг, за которые вносится плата, и цену на них. На материале многих стран мира исследовательская группа всемирной организации здравоохранения выделяет некоторые чистые формы оплаты [63], поясняя, что в таком виде они редко применяются по отдельности, обычно их сочетают друг с другом или приспособливают к конкретным обстоятельствам той или иной системы оказания медицинской помощи и финансирования:

- плата за услуги. Такая система оплаты подразумевает идентификацию, тарификацию и оплату всех оказанных услуг, проведенных в медицинских целях, в рамках обращения;
- плата за случай заболевания. Плата вносится за комплекс услуг или за единовременную помощь. Услуги могут дифференцироваться в рамках случая, но не суммируются, как в первом варианте. Тариф иногда устанавливают, не соотнося его с истинной стоимостью помощи тому или иному пациенту в конкретной больнице, как это делается, когда плату вносят в зависимости от диагностической группы;
- суточная оплата (за койко-день/пациенто-день). Плата взимается за сутки пребывания в стационаре или день пребывания в дневном стационаре.
- подушевой принцип финансирования. В этом случае вносится фиксированная оплата за каждого пациента, который числится в списке лиц, обслуживаемых. При этом могут формироваться различные коэффициенты для разных категорий пациентов, например, выделяются в отдельную категорию люди в возрасте старше 75 лет;
- общий бюджет. Заранее устанавливается рабочий бюджет службы, включающий все статьи расходов и определяющий их верхнюю границу. Вместе с тем в рамках этого бюджета служба может до известной степени распоряжаться фондами по своему усмотрению;

Также выделяют различные методы оплаты медицинской помощи [57]:

- метод возмещения расходов: различают ретроспективную (по фактическим затратам) и предварительную (по заранее рассчитанным тарифам) системы оплаты;
- степень ориентации на объемы деятельности: выделяют способы оплаты, зависящие от объема оказанной медицинской помощи и не зависящие от числа обслуживаемых пациентов;
- уровень агрегации единицы объема деятельности медицинского учреждения, подлежащей оплате: в расчете на средний (средне-

профильный) койко-день, медицинскую услугу, прикрепленный контингент и т.д.;

- состав затрат, включаемый в тариф на принятую единицу объема медицинской помощи.

Механизмы оплаты определяют сложный комплекс поведенческих стимулов для медицинских учреждений, которые влияют на их взаимоотношения с плательщиками – пациентами или третьей стороной [55]. Плательщик нередко не в состоянии оценить качество предоставляемой помощи, и это дает возможность поставщикам реагировать на стимулы, которые в большей степени служат их собственным интересам, чем интересам пациентов. Если медицинское учреждение вознаграждается в соответствии с принятой системой оплаты за какой-либо показатель, оно будет обращать внимание исключительно на этот показатель. Так, если врач получает заработную плату, он будет трудиться оговоренное количество часов, не заботясь том, чтобы сделать свой рабочий день продуктивным. И наоборот, если врачам платят за предоставленную услугу, может наметиться тенденция предоставлять такие виды помощи, которые дают возможность обеспечить себе более высокий доход, в то время как пациент не получит от этого дополнительных преимуществ. Другой показатель – подмена услуг для повышения стоимости – характеризуется тем, что побуждает учреждение предоставлять более дорогостоящие виды услуг, чем это требуется, либо причислять пациента к более дорогостоящей категории.

T. Gosten, L. Pedersen, D. Torgeson на материале, доступном в компьютерных базах данных, сравнили результаты работы медицинского персонала, деятельность которого оплачивалась с применением разных методик финансирования. Авторы доказали на практике, что при отсутствии привязки финансирования к результату стимулирует врачей к меньшему числу диагностических исследований, меньшему числу выполненных процедур, низкой нагрузке на врача, незаинтересованности в профилактической работе, более длительным и частым консультациям у различных специалистов [61].

Таким образом, при выборе способа и организации оплаты медицинской помощи, в том числе в системе обязательного медицинского страхования, необходимо учитывать влияние различных способов оплаты медицинской помощи на следующие факторы [14]:

- заинтересованности медицинских учреждений в оказании оптимального (с точки зрения поддержания и улучшения здоровья населения) объема медицинской помощи и обеспечении соответствующего качества профилактики и лечения;
- величины объема финансирования медицинской помощи, возможности его прогнозирования;
- рационального использования и контроля над потреблением финансовых и материальных ресурсов (т.е. система оплаты медицинской помощи должна предусматривать противозатратные механизмы, обеспечить минимизацию расходов и оплату медицинских услуг и связанные с этим контрольные функции);
- формирование экономического интереса работников здравоохранения и их доходы в целом.

В результате важно понимать, что при организации системы оплаты необходимо тщательно продумать последствия внедрения выбранной модели, взвешивать её сильные и слабые стороны, предусматривать механизмы компенсации существующих недостатков.

1.2 ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Сегодня в Российской Федерации конституционно закреплено право населения на бесплатную медицинскую помощь, оказываемую в учреждениях здравоохранения государственной и муниципальной форм собственности. При

этом финансирование медицинской помощи, оказываемой населению, осуществляется за счет бюджетных средств и страховых взносов [1].

Ю.Т. Ахвледиани и В.В. Шахов медицинское страхование рассматривают как форму защиты социальных интересов населения в сфере охраны здоровья, по их мнению, медицинское страхование – это совокупность видов страхования на случай потери здоровья по причине болезни или несчастного случая, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат, компенсирующих дополнительные расходы застрахованного, вызванные обращением в медицинское учреждение за медицинскими услугами, включенными в программу страхования [2]. С позиции А.П. Архипова [60], медицинское страхование предусматривает обязанности страховщика по выплате страхового обеспечения в размере частичной или полной компенсации расходов застрахованного на получение медицинской, лекарственной и профилактической помощи, вызванных его обращением в медицинское учреждение за медицинскими услугами, включенными в программу страхования или предусмотренными договором.

История страховой медицины в России насчитывает свыше 100 лет. Однако, второе рождение обязательного медицинского страхования на современном этапе было связано с законом № 1499-1 от 28.06.1991 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [2].

За короткий промежуток времени была проведена большая работа по организации структуры обязательного медицинского страхования и введен в действие ряд законодательных актов, направленных на ее совершенствование. Очередной значимый период развития страховой медицины связан с принятием Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Он знаменателен передачей полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органам государственной власти субъектов Российской Федерации, а также включением скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в

систему обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации с 1 января 2013 года [4].

Обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом 326 – ФЗ случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования [4].

Объектом обязательного медицинского страхования выступает страховой риск как предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость произвести оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу. Страховым случаем признается совершившееся событие (заболевание, травма застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию, т.е. исполнение обязательств по оплате оказанной медицинской помощи.

Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского страхования договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Согласно Федеральному закону от 29.11.2010 года № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» субъектами обязательного медицинского страхования являются застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд, к участникам относят территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации [4].

Обязательное медицинское страхование реализуется через самостоятельную финансовую систему, в основе которой лежат некоммерческие финансово-кредитные учреждения особого типа – фонды обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд является некоммерческой организацией, созданной для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования. Для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации созданы Территориальные фонды обязательного медицинского страхования [4].

Гражданам России при обращении в лечебные медицинские учреждения гарантируется получение медицинской помощи в соответствии с перечнем и объемом, установленными Базовой и Территориальными программами обязательного медицинского страхования. Такие программы предоставляют застрахованному гражданину право на получение не всех, но достаточно большого перечня медицинских услуг. Список бесплатных услуг пополняется за счет целевых программ здравоохранения.

Базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования. Территориальная программа обязательного медицинского страхования – составная часть территориальной программы государственных гарантий, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой

программы обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет (с учетом структуры заболеваемости в субъекте Федерации) значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, производится на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

Правилами обязательного медицинского страхования предусмотрено [6], что расчет тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования может осуществляться по нескольким показателям:

- на единицу объема медицинской помощи (один койко-день в больничных учреждениях, одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, один пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров, один вызов скорой медицинской помощи);
- на конкретную медицинскую услугу;
- за пролеченного больного;

- на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

Подушевыми нормативами финансирования являются показатели, отражающие размер средств на компенсацию затрат по предоставлению медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней в расчете на 1 застрахованного в год. Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется исходя из данных об объеме средств для подушевого финансирования медицинской помощи и численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц. При определении доли средств подушевого финансирования учитывается соотношение объема медицинской помощи, включенного в подушевой норматив, и общего объема оказанной медицинской помощи. В подушевой норматив финансирования медицинской организации могут включаться виды и объемы медицинской помощи, определенные территориальной программой [62].

В соответствии с рядом источников выделяется ряд основных принципов обязательного медицинского страхования [58, 47, 48, 49]:

- обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках программы обязательного медицинского страхования (принцип возмещения);
- устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования (принцип эквивалентности);
- обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в установленных размерах;
- государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в

рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика (принцип солидарности);

- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования;

Таким образом, система обязательного медицинского страхования представляет собой сложную систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечения населения гарантированные объемом медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями, работающими в этой системе. Это обстоятельство говорит о необходимости комплексного анализа и применение поэтапного подхода при переходе на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования.

1.3 ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с Федеральным Законом от 21.11.2011 года № 323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»: скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь является видом медицинской помощи и оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства [5].

При этом под медицинским вмешательством понимают выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие

физическое или психическое состояние человека виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций (а также искусственное прерывание беременности), имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность. Срочным является медицинское вмешательство, требующее соблюдения определенных требований к срокам начала его проведения, исчисляемых с момента обращения пациента, нуждающегося в медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, в медицинскую организацию.

Основными чертами, принципиально отличающими скорую медицинскую помощь от других видов помощи, являются[59]:

- безотлагательный характер ее предоставления в случаях оказания экстренной медицинской помощи и отсроченный – при неотложных состояниях (неотложная медицинская помощь);
- безотказный характер ее предоставления;
- бесплатный порядок оказания скорой медицинской помощи;
- диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени (отсутствие верифицированного диагноза позволяет в ряде случаев ограничивающуюся синдромальной диагностикой и терапией).

С середины прошлого столетия скорая медицинская помощь представляет собой один из основных и наиболее значимых видов медицинской помощи населению, состоящий из двух этапов – догоспитального и госпитального. Для ее обеспечения активно функционировала хорошо структурированная система, состоящая из службы скорой медицинской помощи (станции, подстанции скорой медицинской помощи) и широкой сети соматических стационаров.

С переходом страны к обязательному медицинскому страхованию были реализованы различные подходы к финансированию этих этапов скорой медицинской помощи: догоспитальный этап финансировался по системе бюджетного финансирования, госпитальный – за счет средств обязательного медицинского страхования. Данная модель функционирования системы скорой медицинской помощи была закреплена действующим до настоящего времени

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.1999 № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» [8]. Однако данный приказ затрагивал исключительно вопросы функционирования догоспитального этапа скорой медицинской помощи. В результате организационно, функционально и клинически единый процесс оказания скорой медицинской помощи был разобщен на два самостоятельных, слабо взаимодействующих между собой этапа.

Финансирование службы скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с территориальной программой государственных гарантий. При расчете стоимости Территориальной программы орган управления здравоохранением субъекта РФ проводит расчет территориальных нормативов объемов скорой медицинской помощи, откорректированных с учетом демографических особенностей, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта РФ, учитывая приоритетное значение службы скорой медицинской помощи как первичного звена оказания медицинской помощи населению[57].

Нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по программе государственных гарантий рассчитываются в единицах объема на 1 человека в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования – на 1 застрахованное лицо. Нормативы используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных программой государственных гарантий, и в среднем составляют для скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи – 0,318 вызова.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с территориальной программой государственных гарантий, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание. Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Российской Федерации при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах,

отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования), включается в нормативы объема медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований.

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления им медицинской помощи за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

С 1 января 2013 года догоспитальный этап скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, перешел от финансирования за счет бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации к финансированию в через систему обязательного медицинского страхования. При этом за счет средств бюджетов по-прежнему осталось финансирование оказания скорой медицинской помощи:

- незастрахованным и не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования лицам;
- при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования.
- специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи.

Анализ различных публикаций по модернизации финансовых отношений национальных систем здравоохранения указывает, что для достижения максимальной эффективности необходимо объединять источники ресурсов для предоставления необычайно большого перечня различных видов помощи и услуг [62]. Что касается деятельности медицинских организаций в России, то в качестве более современной рыночной модели выступает именно система обязательного медицинского страхования. По этой причине С.В. Шишкин,

анализируя возможные сценарии развития системы медицинского страхования в рамках изменений социально-экономической ситуации в России, предлагает радикально решить вопрос сложившегося двоевластия в общественном финансировании медицинской помощи населению, а именно: в своем труде он предлагает все средства, предназначенные для оплаты всех видов медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, фондам медицинского страхования [60]. Методической основой реализации этой идеи, по мнению И.А. Рождественской и С.В. Шишкина, должно быть финансирование медицинских организаций из одного источника – системы обязательного медицинского страхования. Для этого государственные (бюджетные) средства, используемые в действующей модели для оплаты медицинской помощи, предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования, должны быть направлены исключительно в фонды обязательного медицинского страхования в качестве платежей на страхование неработающего населения [58]. Реализация данной модели будет означать завершение перехода к страховому финансированию медицинских организаций [62].

Однако при этом авторы не учитывают все разнообразие условий оказания медицинской помощи и особенностей каждого условия оказания медицинской помощи. Также описанная проблема двоевластия не решится, если не брать во внимание медицинскую помощь, оказываемую за рамками базовой программы обязательного медицинского страхования и оплачиваемую за счет средств бюджетов всех уровней.

Существующие особенности работы службы скорой медицинской помощи в Свердловской области не позволяют применить столь радикальный метод и перевести одномоментно финансирование всех аспектов работы скорой помощи через систему обязательного медицинского страхования.

Скорая медицинская помощь, оказываемая на территории Свердловской области, разнообразна по своей классификации, также и медицинские организации её оказывающие имеют свою специфику. Так, как было описано

выше, догоспитальный этап оказания скорой медицинской помощи включает в себя, помимо выездов врачебных, фельдшерских, реанимационных бригад, также специализированную, санитарно-авиационную скорую медицинскую помощь. Отдельно можно выделить скорую медицинскую помощь, оказываемую гражданам, не идентифицированным на этапе скорой медицинской помощи, а также имеющим проблемы с определением страховой принадлежности, в том числе при оплате услуг, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи: ложные вызовы, безрезультатные выезды, участие скорой медицинской помощи в обеспечении культурно-массовых и спортивных мероприятий; транспортировка консультантов, доставка крови и ее компонентов.

Что касается специфики медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, то, во-первых, это разделение на самостоятельные станции и отделения, во-вторых, это наличие медицинских организаций, не имеющих обслуживаемого населения, в-третьих, наличие медицинской организации, имеющей особый статус – территориальный центр медицины катастроф и другое.

На основании всего вышесказанного можно сделать следующие выводы:

- 1) Скорая медицинская помощь – сложная сфера с исторически сформировавшейся структурой, принципами работы и схемой финансирования.
- 2) Система финансирования скорой медицинской помощи является основой работы службы и влияет не только на объем доступных средств, но результаты работы службы в виде объемов оказанной помощи, её качества и доступности.
- 3) Изменение источника финансового обеспечения скорой медицинской помощи не может быть одномоментным, радикальным шагом. Смена модели финансирования требует пристального внимания к реформируемой службе, глубокого анализа особенностей её работы,

подготовительного периода становления новых финансовых механизмов, а также постоянного прогнозирования и совершенствования.

2 МОДЕЛЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧЕРЕЗ СИСТЕМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1 АНАЛИЗ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Служба скорой медицинской помощи в Свердловской области в начале 2013 года была представлена в 68 учреждениях, из них 8 самостоятельных станций, 60 подразделений в составе центральных районных больниц, центральных городских больниц, городских больниц, участковых больниц, 3 отделения скорой медицинской помощи Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации (Заречный, Новоуральск, Лесной), Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области.

При этом почти за три года (2013, 2014 и 2015гг) количество учреждений, оказывающих скорую медицинскую помощь в Свердловской области, значительно изменилось. В таблице 1 отражена динамика изменения количества медицинских организаций в области при сравнительно постоянной численности обслуживаемого населения.

Таблица 1 - Изменение количества медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь в Свердловской области¹

Показатель	01.01.2013	01.12.2013	01.04.2014	01.10.2014	01.04.2015	01.06.2015
Всего медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь	71	68	67	67	61	59
Количество медицинских организаций, имеющих отделения скорой медицинской помощи	60	57	56	56	50	48
Количество самостоятельных станций скорой медицинской помощи	8	8	8	8	8	8

¹ Составлено автором по: [27, 33, 29, 28, 34, 26, 35]

Окончание таблицы 1

Показатель	01.01.2013	01.12.2013	01.04.2014	01.10.2014	01.04.2015	01.06.2015
Федеральные медико-биологические агентства, оказывающие скорую медицинскую помощь (финансирование из системы обязательного медицинского страхования с 01.01.2014)	3	3	3	3	3	3
Обслуживаемое население, человек	4 165 562	4 016 017	4 144 099	4 209 368	4 214 042	4 217 101

Из таблицы 1 видно, что менее чем за три года количество медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь сократилось на 12, при этом изменение численности произошло за счет уменьшения количества организаций, имеющих в своем составе отделения скорой медицинской помощи. За это время были реорганизованы отделения в следующих медицинских организациях: Лайская районная поликлиника, Уральская амбулатория, Петрокаменская больница, Махневская районная больница, Таборинская центральная районная больница, Рефтинская городская больница, Малышевская городская больница, Верхнедубрская городская больница, Каменская центральная районная больница, Дегтярская городская больница, Старуткинская городская больница, Демидовская центральная городская больница.

На протяжении всего рассматриваемого периода в области работало и работает 2 крупные станции скорой медицинской помощи с количеством выездов более 100 тыс. в год в городах Екатеринбург и Нижний Тагил. Также необходимо отметить, что большинство учреждений скорой медицинской помощи Свердловской области (89 процентов) маломощные (количество выездов в этих учреждений менее 25 тыс. в год).

Большинство отделений скорой медицинской помощи расположено в зданиях больниц, при этом более 50 процентов из них не имеют полного набора помещений. Сельские скорые часто совмещены с приемным покоем больницы. Из 8 самостоятельных станций скорой медицинской помощи Свердловской области 7 имеют капитальные здания и одна (в городе Алапаевске) находится в деревянном здании. В структуре работает 456 врачей скорой помощи, которые

сконцентрированы в крупных городах. Укомплектованность врачами составляет 58,5 процента, при этом самая высокая в Екатеринбурге - 65 процентов. За последние 5 лет число врачей скорой медицинской помощи в Свердловской области увеличилось на 20 человек. В области работает 2822 фельдшера. Укомплектованность фельдшерами составляет 80 процентов. За последние 5 лет число фельдшеров скорой помощи в области увеличилось на 300 человек.

В суточном режиме оказывают помощь 353 бригады, из них фельдшерских бригад - 234 (66 процентов), врачебных обще-профильных - 60 (17 процентов), специализированных - 59 (17 процентов), из которых 19 реанимационных (17 в Екатеринбурге, 1 в Ревде, 1 в Нижнем Тагиле).

На 5 территориях области (Екатеринбург, Серов, Каменск-Уральский, Нижний Тагил, Первоуральск) проводится тромболитическая терапия на догоспитальном этапе (в машине скорой медицинской помощи) больным с острым инфарктом миокарда.

С целью отражения динамики изменения основных показателей работы службы скорой медицинской помощи в процессе изменения модели её финансирования был проведен анализ данных показателей, начиная с 2011 года.

В таблице 2 приведена динамика изменения объемов скорой медицинской помощи за период 2011 – 2015 годы.

Таблица 2 - Изменение плановых и фактических объемов скорой медицинской помощи за период 2011 - 2015²

Год	Показатель	Объем скорой медицинской помощи, за счет средств бюджетов, тыс. вызовов	Объем скорой медицинской помощи, за счет территориальной программа обязательного медицинского страхования, тыс. вызовов	Всего, тыс. вызовов
2015	План	9,850	1419,845	1429,695

² Составлено автором по: [18,19,20,21].

Окончание таблицы 2

Год	Показатель	Объем скорой медицинской помощи, за счет средств бюджетов, тыс. вызовов	Объем скорой медицинской помощи, за счет территориальная программа обязательного медицинского страхования, тыс. вызовов	Всего, тыс. вызовов
2014	План	93,840	1279,575	1373,415
2014	Факт	146,862	1068,783	1215,645
2014	Процент исполнения	157	84	89
2013	План	93,552	1291,56	1385,112
2013	Факт	182,168	1098,34	1280,508
2013	Процент исполнения	195	85	92
2012	План	1361,749	0	1361,749
2012	Факт	1376,710	0	1376,710
2012	Процент исполнения	101	-	101
2011	План	1369,244	0	1369,244
2011	Факт	1317,760	0	1317,760
2011	Процент исполнения	96	-	96

Из таблицы 2 видно, что плановые и фактические объемы, начиная с 2013 года постепенно переходят из системы бюджетного финансирования в систему обязательного медицинского страхования. Так, в 2013 году в систему обязательного медицинского страхования была передана скорая медицинская помощи, оказываемая в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в объеме 1.291,56 тыс. вызовов, в 2015 году в систему обязательного медицинского страхования была передана скорая медицинская помощь, оказываемая гражданам, не идентифицированным на этапе оказания скорой медицинской помощи, а также имеющим проблемы с определением страховой принадлежности.

На рисунке 1 наглядно отражено изменение плановых объемов оказания скорой медицинской помощи, начиная с 2011 года до 2015 год включительно.



Рисунок 1 - Изменение плановых объемов скорой медицинской помощи за период 2011 - 2015 годы, тыс. вызовов³

Из таблицы 2 также видно, что несмотря в целом на увеличение плановых объемов скорой медицинской помощи, фактического количества вызовов снижается в 2013 и 2014 году. Снижения фактического количества вызовов скорой медицинской помощи в 2013 и 2014 году объясняется переходом службы к персонифицированному учету оказанной медицинской помощи и передаче реестров в территориальный фонд обязательного медицинского страхования с предварительной автоматизированной проверкой, что ранее медицинскими организациями не выполнялось.

Также наблюдается некоторое снижение к 2014 году объема потребления услуг скорой медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год. Из таблицы 3 видно, что показатель снизился на 9 процентов и составил 0,271 вызова на 1 жителя в год. Норматив, рекомендуемый Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет 0,318 вызова.

³ Составлено автором по: [18,19,20,21].

Таблица 3 - Показатель обеспеченности населения Свердловской области скорой медицинской помощи в динамике за 2009 – 2014 гг. в сравнении с федеральными нормативами, количество вызовов на человека в год⁴

Показатель обеспеченности населения Свердловской области скорой медицинской помощи	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	Норматив на 2014 год
В соответствии с территориальной программой государственных гарантий	0,300	0,320	0,297	0,271	0,318

Анализируя финансирование деятельности скорой медицинской помощи можно сказать, что фактическая стоимость 1 вызова в рассматриваемый период возрастала и её значения составили: 2020,3 – в 2011 году, 1999,7 – в 2012 году, 2524,6 – в 2013 году и 2850,3 – в 2014 году.

Также интересна динамика изменения плановых объемных и финансовых показателей деятельности службы скорой медицинской помощи, проведенная на основании территориальных программ государственных гарантий в части финансового обеспечения скорой медицинской помощи за 2013, 2014 и 2015 год (Приложение А). Из данных Приложения А видны этапы передачи в систему обязательного медицинского страхования оказываемой скорой медицинской помощи, в том числе с 2015 года скорая медицинская помощи, оказываемая застрахованным лицам сверх базовой программы государственных гарантий, или оказываемая лицам незастрахованным или не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования перешла в систему обязательного медицинского страхования.

Рост фактической стоимости одного вызова в расчете на 1 гражданина области объясняется в целом также снижением количества фактически отраженных в системе обязательного медицинского страхования вызовов скорой медицинской помощи.

⁴ Составлено автором по: [18,19,20,21].

2.2 МОДЕЛЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧЕРЕЗ СИСТЕМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Такое значимое событие, как включение скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования, неизбежно связано с решением важных организационных и финансово-экономических вопросов, причем ряд из них до сих пор не имеет однозначных ответов в масштабе Российской Федерации. В методических рекомендациях министерства здравоохранения российской федерации первым вопросом, требующим решения, в 2012 году стоял вопрос о выборе способа оплаты скорой медицинской помощи.

В сообщениях исследователей из группы всемирной организации здравоохранения по оценке последних изменений в финансировании служб здравоохранения говорится, что любые изменения в системе финансирования какой-либо области здравоохранения могут иметь далеко идущие последствия. Изменяя систему оплаты оказанной медицинской помощи, а значит и систему оплаты труда медицинского персонала и способы вознаграждения, можно трансформировать (осознано или случайно) отношений между медицинскими работниками и пациентами, оказать влияние на доступность помощи, а значит на состояние здоровья население. От установленных способов финансирования также зависят объем и структура расходов в здравоохранении, численность и категория сотрудников медицинских организаций.

Совершенствование способов оплаты медицинской помощи требует учета ряда важных моментов в финансовой системе здравоохранения. Ни для кого не новость, что в сфере здравоохранения складывается ситуация, где, с одной стороны, существует жесткий дефицит финансовых ресурсов, а, с другой стороны, имеет место тенденция роста расходов. В связи с этим логично возникает задача сдерживания и рационализации расходов. Для решения этой задачи необходимо было выбрать такой способ оплаты медицинской помощи, который позволит оптимально расходовать средства, направленные на скорую

медицинскую помощь. При этом выбранный способ оплаты медицинской помощи должен стимулировать лечебные учреждения к мобилизации внутренних резервов, совершенствованию организации и управления лечебным учреждением и повышению качества медицинских услуг. Однако при решении этой задачи необходимо учитывать, что снижение расходов возможно только до определенного уровня (так называемого порога расходов), ниже которого качественное медобслуживание не может быть предоставлено.

При выборе способа оплаты скорой медицинской помощи в Свердловской области исходили из уже накопленного опыта работы. При этом было понимание, что в условиях реформы дополнительно необходимо обеспечить выполнения ряда условий. Главными из них являются возможность контроля над деятельностью лечебных учреждений и обоснованным расходованием ресурсов, информационное обеспечение взаимодействия между субъектами обязательного медицинского страхования, а также создание эффективного сочетания различных потоков финансирования лечебных учреждений. Различные источники финансирования скорой медицинской помощи должны удовлетворять необходимую потребность медицинских организаций в средствах, дополнять друг друга и способствовать решению обозначенных задач: рациональному расходованию средств учреждений и повышению уровня качества медицинской помощи. В этой связи основной упор делался на выбор варианта оплаты скорой медицинской помощи. В таблице 4 приведены достоинства и недостатки некоторых моделей финансирования.

Таблица 4 - Стимулирующие принципы выплаты вознаграждения⁵

Принципы оплаты	Оплата услуг	Оплата случаев	Оплата за койко-день	Подушевой принцип	Общий бюджет
Параметр					
Количество обслуженных пациентов	+	+	+	—	—
Количество посещений одного пациента	+	+	0	—	—
Число услуг за одно посещение	+	—	—	—	—

⁵ Составлено автором по: [59].

Окончание таблицы 4

Принципы оплаты	Оплата услуг	Оплата случаев	Оплата за койко-день	Подушевой принцип	Общий бюджет
Параметр					
Подмена услуг для повышения стоимости	+	0	0	0	0
Сроков лечения	0	–	–	–	–
Обеспечение профилактической работы	–	–	–	+	+
Ограничение общих расходов	–	+	+	+	+

«Минус» в таблице означает тенденцию к занижению данного параметра, «плюс» – к завышению, «ноль» – отсутствие внимания к показателю.

Одним из главных условий при проведении реформ в сфере охраны здоровья, является устойчивое финансирование медицинской помощи, оказываемой пациентам. Новая финансовая система должна учесть существующие объемы финансовых потоков в здравоохранении, уровень расходов, необходимый для оказания медицинской помощи и требуемый уровень качества оказываемых услуг.

В Свердловской области в основу системы оплаты скорой медицинской помощи была положена модель подушевого финансирования. Метод оплаты медицинских услуг в пересчёте на душу населения – один из древнейших. Ещё более тысячи лет назад в Китае и Средиземноморье целители получали вознаграждение исходя из численности сохранивших здоровье. В современном понимании подушное финансирование в рамках медицинского страхования определяется как механизм оплаты, при котором поставщики медицинских услуг получают фиксированную сумму в месяц на застрахованного для возмещения затрат на оказание оговоренного перечня медицинских услуг в течение определённого времени и на определенных условиях. Подушное финансирование – один из методов предварительной оплаты и обладает всеми характеристиками подхода с предварительной оплатой. При этом оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, производится в пределах годовых объемов медицинской помощи и объемов финансовых

средств, установленных и распределенных между медицинскими организациями и по кварталам.

Также стоит отметить, что помимо прочих возможных негативных последствий при изменении модели финансирования существует вероятность встретить резкую негативную реакцию отдельных людей и учреждений, что может сказаться на результатах работы, однако по мере привыкания к переменам, обычно такие реакции смягчаются. Опыт показывает, что изменения в такой значимой системе, как система финансирования, лучше производить поэтапно, давая возможность участникам постепенно адаптироваться и учиться работе в новых условиях. В связи с этим в Свердловской области модель финансирования скорой медицинской помощи претерпевала изменения и, начиная с 2013 года, прошла в своем развитии несколько этапов. Рассмотрим каждый из этих этапов подробнее.

Финансирование скорой медицинской помощи в 2013 году.

Для всех участников системы обязательного медицинского страхования 2013 был переходным и не простым. Отделениям и станциям скорой медицинской помощи необходимо было оперативно разобраться в новой и непривычной для них системе, изучить и вникнуть в нормативную документацию, организовать и наладить взаимодействия с новой структурой, людьми, выстроить отношения, разобраться в новых задачах, найти оптимальные и эффективные способы их решения.

Кажущиеся незначительные изменения источника финансового потока на самом деле влекли за собой значительные изменения схемы и принципов работы:

- обязательным стал персонифицированный учет вызовов, формирование и загрузка корректных реестров оказанной медицинской помощи в ТФОМС, что значило необходимость сбора достоверной персонифицированной информации (в том числе о номере полиса обязательного медицинского страхования);

- персонифицированный учет и финансирование из ТФОМС естественно предполагали включение медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, в информационную систему ТФОМС (настройка ПО, получение паролей, заполнение инструкций, получение доступа к БД персонифицированного учета и т.п.);
- оказанная медицинская помощи, уже оказывалась в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а значит, в соответствии со статьей 40 Федерального закона 326-ФЗ, стала подлежать контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления;

В связи с этим задачей переходного периода было обеспечение щадящего режима работы организаций, обусловленного необходимостью освоения новых информационных систем и навыков работы с ними, правил и принципов работы в обязательном медицинском страховании, алгоритмов взаимодействия с участниками обязательного медицинского страхования.

Для ТФОМС также был необходим переходный период. Разработка любой модели финансирования базируется на информации. До вхождения скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования персонифицированный учет оказанной скорой медицинской помощи не производился, поэтому 2013 год должен был стать годом формирования базы необходимых для расчета данных.

И конечно главным принципом на этом этапе было сохранение установившегося финансирования медицинских организаций и гарантированное возмещение всех затрат медицинской организации по оказанию скорой медицинской помощи.

В этой связи с этим было решено, что целесообразным и необходимым на первом этапе является использование модели подушевого финансирования скорой медицинской помощи с некоторыми изменениями, как наиболее оптимальной в сложившихся условиях и гарантирующую оплату услуг скорой медицинской помощи в рамках планового задания. Рассмотрим сложившуюся в

2013 году модель более подробно.

В соответствии с тарифным соглашением на 2013 год оплата скорой медицинской помощи, оказываемой станциями скорой медицинской помощи, отделениями скорой медицинской помощи медицинских организаций государственной и муниципальной собственности на догоспитальном этапе, осуществлялась:

- по подушевому нормативу финансирования на число застрахованных лиц обслуживаемого населения;
- за выполненный вызов.

Оплата по подушевому нормативу.

Оплата по подушевому нормативу на обслуживаемое население применялась для расчетов за скорую медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Свердловской области. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи предусматривал возмещение расходов по статьям затрат, определенным Программой обязательного медицинского страхования, включая расходы на содержание станций скорой медицинской помощи, отделений скорой медицинской помощи медицинских организаций (за исключением расходов на проведение тромболизиса).

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи определялся в расчете на одно застрахованное лицо, в пределах средств, передаваемых на указанные цели в бюджет ТФОМС из бюджета Свердловской области. Численность застрахованного населения, обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи (отделением скорой медицинской помощи) определялась по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи устанавливался индивидуально для каждой станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи в пределах средств, передаваемых на эти цели в составе трансферта из областного бюджета с

учетом затрат, обусловленных особенностями в условиях деятельности станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи (радиус обслуживаемого участка, плотность населения, труднодоступность населенных пунктов, обеспеченность кадрами первичного звена при оказании амбулаторной медицинской помощи и др).

Месячный объем финансирования станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи медицинских организаций определялся исходя из установленного размера подушевого норматива финансирования и численности застрахованного населения, обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи (отделением скорой медицинской помощи).

Оплата за выполненный вызов.

Оплата за выполненный вызов производилась в случаях оказания скорой медицинской помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах РФ по базовому тарифу и тарифу на содержание. В случаях проведения тромболизиса лицам, застрахованным на территории Свердловской области, оплата производилась по базовому тарифу за выполненный вызов в части обеспечения стоимости лекарственного обеспечения процедуры тромболизиса. Тариф за выполненный вызов скорой медицинской помощи устанавливался в зависимости от профиля бригады (фельдшерская, врачебная, в том числе специализированная) и оказанных медицинских услуг (тромболизис).

В соответствии с территориальной программой на 2013 год за счет средств обязательного медицинского страхования предоставлялась скорая медицинская помощь за исключением скорой специализированной медицинской помощи и санитарно-авиационной эвакуации. Финансовое обеспечение при этом составляло: 3.038.721,6 тыс. руб., из них 2.966.610,1 тыс. руб. – межбюджетный трансферт, передаваемый из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, 211.280,5 тыс. руб. – субвенции из бюджета федерального фонда обязательного медицинского

страхования.

Целью работы было грамотное распределение данных средств в соответствии с выбранной моделью оплаты скорой медицинской помощи.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи:

1. Определить размер финансовых средств, необходимых в 2013 году для оплаты за выполненный вызов.
2. Распределить бюджет на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, за вычетом средств выделенных на оплату за выполненный вызов, т.е. рассчитать индивидуальные подушевые нормативы финансирования для всех медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь.

Как отмечалось ранее, оплата за выполненный вызов производилась в двух случаях: при оплате вызов скорой медицинской помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах, и при проведении тромболитической терапии. С учетом статистических данных министерства здравоохранения Свердловской области и требований базовой программы обязательного медицинского страхования был сформирован прогноз относительно количества такого рода вызовов и тарифы на оплату. В результате расчетов 72.111,5 тыс. руб. были выделены на обеспечение оплаты скорой медицинской помощи в 2013 году по принципу за выполненный вызов.

Соответственно для формирования индивидуальных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь на территории Свердловской области, была выделена сумма: 3.038.721,6 тыс. руб. - 72.111,5 тыс. руб. = 2.966.610,1 тыс. руб. Результаты приведенных расчетов приведены в таблице 5.

Таблица 5 - Распределение финансовых средств на обеспечение деятельности скорой медицинской помощи в 2013 году⁶

Показатель	Значение показателя
Межбюджетный трансферт, передаваемые из бюджета СО в бюджет ТФОМС на СМП, тыс. руб	2 827 441,10
Субвенции ФОМС, тыс. руб	211 280,50
Сумма по ТП, тыс. руб	3 038 721,60
Тромболизис, тыс. руб	25 000,00
МТР, тыс. руб	39 300,00
Итого:	72 111,49
Сумма для распределения по подушевому нормативу финансирования	2 966 610,11
Численность ЗЛ на 01.12 предыдущего года, чел.	4 165 562
Среднеобластной ПНФ (в год), рублей.	712,20

С учетом того, что главным принципом в 2013 год было сохранение установившегося объема финансирования медицинских организаций, то данные средства были распределены пропорционально установившемуся объему бюджетного финансирования в 2013 году и распределены в соответствии с численностью обслуживаемого населения. Результаты расчетов приведены в таблице 6.

Таблица 6 - Расчет индивидуальных подушевых нормативов финансирования для скорой медицинской помощи в 2013 году⁷

Код медицинских организаций	Наименование медицинских организаций	Подушевой норматив финансирования, рублей в год	Численность обслуживаемого населения, человек	Объем месячного финансирования, рублей	Доля затрат на СМП, %
	Итого по области:		4 165 562	247 217 509,3	100,0
11	Демидовская ЦГБ, г. Н.Тагил	1 289,0	3 109	333 948,7	0,14
47	Шалинская ЦГБ	962,3	22 184	1 778 953,3	0,72
207	ЦРБ Верхотурского района	907,0	16 660	1 259 281,7	0,51
225	Невьянская ЦРБ	552,7	44 815	2 064 175,0	0,83

⁶ Составлено автором по: [11].

⁷ Составлено автором по: [9,22].

Продолжение таблицы 6

медицинских организаций	Наименование медицинских организаций	Подушевой норматив финансирования, рублей в год	Численность обслуживаемого населения, человек	Объем месячного финансирования, рублей	Доля затрат на СМП, %
226	Верх-Нейвинская ГП	2 325,2	4 624	895 986,1	0,36
227	Кировградская ЦГБ	687,1	30 170	1 727 363,3	0,70
228	ГБ г. Верхний Тагил	713,3	15 947	947 967,2	0,38
231	Березовская ЦГБ	513,0	66 967	2 862 866,9	1,16
233	Рефтинская ГБ	989,9	15 403	1 270 558,3	0,51
237	Мальшевская ГБ	1 192,4	10 677	1 060 936,2	0,43
239	Сухоложская ЦРБ	464,6	50 093	1 939 630,8	0,78
240	Богдановичская ЦРБ	567,0	53 011	2 504 873,3	1,01
241	Белоярская ЦРБ	1 019,3	36 908	3 135 009,3	1,27
242	Верхнедубровская ГБ	1 688,8	3 051	429 374,8	0,17
245	Тугулымская ЦРБ	869,5	24 740	1 792 621,3	0,73
248	Красноуфимская ЦРБ	573,1	72 062	3 441 557,2	1,39
253	Артинская ЦРБ	992,0	33 737	2 789 043,1	1,13
255	Нижнесергинская ЦРБ	1 087,4	46 228	4 189 065,3	1,69
256	Бисертская ГБ	964,8	11 466	921 883,8	0,37
261	Качканарская ЦГБ	615,1	44 953	2 304 180,0	0,93
265	Красноуральская ГБ	741,8	27 010	1 669 699,3	0,68
275	ЦГБ г. Верхняя Тура	736,1	10 268	629 871,8	0,25
277	Нижнетуринская ЦГБ	685,1	29 623	1 691 176,3	0,68
281	Сысертская ЦРБ	546,3	65 953	3 002 670,6	1,21
286	Байкаловская ЦРБ	724,6	17 853	1 078 020,8	0,44
287	Верхнепышминская ЦГБ им. Бородина	671,8	91 973	5 149 316,8	2,08
289	Верхнесалдинская ЦГБ	538,7	51 471	2 310 791,0	0,93
290	Талицкая ЦРБ	633,4	54 757	2 890 261,7	1,17
300	Ирбитская ЦГБ им. Шестовских Л.Г.	507,3	80 141	3 387 747,4	1,37
301	Пышминская ЦРБ	906,1	22 570	1 704 191,2	0,69
305	Режевская ЦРБ	516,9	52 771	2 273 244,4	0,92
306	Нижнесалдинская ЦГБ	632,8	18 579	979 668,6	0,40
310	Ачитская ЦРБ	1 002,0	19 361	1 616 626,8	0,65
311	Карпинская ЦГБ	801,6	32 835	2 193 363,2	0,89
312	Ивдельская ЦРБ	1 172,8	23 453	2 292 049,9	0,93
313	Дегтярская ГБ	897,7	15 069	1 127 233,0	0,46
321	Североуральская ЦГБ	826,1	48 157	3 315 349,3	1,34
336	Камышловская ЦРБ	557,7	53 289	2 476 631,8	1,00
337	Арамилская ГБ	746,3	19 381	1 205 386,2	0,49
338	Тавдинская ЦРБ	665,6	47 137	2 614 463,8	1,06
340	Туринская ЦРБ имени О.Д. Зубова	527,3	33 270	1 461 931,8	0,59
341	Краснотурьинская ГБ № 1	605,9	66 027	3 333 945,5	1,35
347	Волчанская ГБ	855,0	10 547	751 503,8	0,30
349	Слободо-Туринская ЦРБ	677,0	17 170	968 733,0	0,39

Окончание таблицы 6

медицинских организаций	Наименование медицинских организаций	Подушевой норматив финансирования, рублей в год	Численность обслуживаемого населения, человек	Объем месячного финансирования, рублей	Доля затрат на СМП, %
351	Восточная РБ	822,3	14 490	992 910,8	0,40
355	Каменская ЦРБ	689,0	29 230	1 678 214,2	0,68
369	Пельимская ГБ	1 215,1	4 622	468 026,8	0,19
410	Гаринская ЦРБ	1 535,5	4 141	529 880,2	0,21
449	Таборинская ЦРБ	1 055,7	4 581	402 995,2	0,16
586	Староуткинская ГБ	1 835,2	2 718	415 678,4	0,17
608	Лайская районная поликлиника	528,2	12 600	554 605,9	0,22
612	Уральская амбулатория	2 055,0	4 634	793 577,5	0,32
613	Петрокаменская УБ	1 360,3	12 904	1 462 776,3	0,59
903	ГБ ЗАТО Свободный	1 164,0	6 728	652 632,5	0,26
1620	Алапаевская ЦРБ	884,9	33 227	2 450 282,3	0,99
1637	Полевская ЦГБ	664,0	75 703	4 189 142,8	1,69
1639	Артемовская ЦРБ	818,2	64 445	4 394 284,3	1,78
1714	ЦГБ г. Кушва	684,0	45 899	2 616 181,0	1,06
1717	Новолялинская РБ	730,6	22 857	1 391 572,8	0,56
42	ССМП г. Первоуральск	774,8	155 769	10 056 873,7	4,07
400	Серовская городская ССМП	717,0	93 938	5 612 646,8	2,27
534	ССМП г. Асбест	834,7	79 415	5 524 111,4	2,23
578	Городская ССМП г. Каменск-Уральский	568,7	180 504	8 555 091,4	3,46
592	Ревдинская ССМП	780,8	63 888	4 157 023,1	1,68
692	ССМП им. В.Ф. Капиноса г. Екатеринбург	756,1	1 321 879	83 288 770,3	33,69
907	Городская ССМП г. Нижний Тагил	523,4	363 736	15 865 463,7	6,42
1610	Алапаевская ССМП	648,3	46 748	2 525 575,4	1,02
1720	Махневская РБ	1 911,8	5 436	866 039,8	0,35

Конечно, описанный подход являлся вынужденной мерой и его применение было вполне обоснованно – отделения и станции скорой медицинской помощи в переходном 2013 году получали привычное и стабильное финансирование и могли сконцентрировать своё внимание и свои силы на изучении новой системы, организации работы. При этом недостатки данной модели очевидны: такое понятие – как подушевой норматив финансирования в данной модели использовалось несколько в другом смысле и в действительности алгоритм его расчета и фактическое значение для каждой медицинской организации на прямую не зависело от затрат и особенностей

учреждения, от половозрастной структуры обслуживаемого населения и прочих показателей. Вполне обоснованными были и вопросы медицинских организаций о причинах столь значимого расхождения установленных подушевых нормативов финансирования: если внимательно рассмотреть значения на приведенной таблице, не зная как они формировались, то довольно сложно объяснить разницу между допустим годовым подушевым нормативом финансирования Махневской районной больницы в 1911,8 руб. и подушевым нормативом отделения Верхнепышминской центральной городской больницы в 671,8 руб., ведь затраты на оказание скорой медицинской помощи в этих медицинских организациях отличаются не значительно.

Понятно, что данное направление требовало дальнейшего исследования и разработку более приемлемой модели финансирования.

3 НОВАЯ МЕТОДИКА ДЛЯ РАСЧЕТА ОБЪЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ СТАНЦИЙ И ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1 НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ НОВОЙ МЕТОДИКИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ

Основная стратегическая задача здравоохранения сегодня – это повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи населению Российской Федерации. Среди прочих мероприятий, направленных на ее достижения - модернизация службы скорой медицинской помощи. Проблемы структурного реформирования здравоохранения в целом связаны с переходом к рыночным отношениям. Поэтому для любого лечебно-профилактического учреждения необходимо просчитывать затраты для достижения установленных целей, иными словами, определять эффективность деятельности медицинской организации. Сегодня скорая медицинская помощь, которая оказывается довольно большому числу больных и пострадавших на догоспитальном этапе, является одной из самых высокозатратных медицинских технологий. При этом в силу самых разнообразных причин, она не всегда обеспечивает должной эффективности.

Эффективность здравоохранения, в отличие от других отраслей народного хозяйства, обычно рассматривается в трех аспектах:

- 1) медицинская эффективность;
- 2) экономическая эффективность;
- 3) социальная эффективность.

Медицинская эффективность предполагает достижение максимального эффекта при решении задач диагностики, лечения, профилактики заболеваний и определяется на основе критериев качества, адекватности и результативности диагностических и лечебных мероприятий. Для ее оценки необходим набор тех

критериев и показателей, которые реально отражают результаты медицинской деятельности. В статьях, посвященных проблемам здравоохранения, авторы указывают на то, существуют требования, предъявляемые к показателям:

1) Универсальность, что позволит проводить оценку эффективности при сопоставлении их с аналогичными в других структурных подразделениях, в других медицинских организациях, других региона и. т.д., вне зависимости от условий, в которых они функционируют.

2) Показатели должны иметь количественное выражение, что обеспечит возможность их математической обработки и получение количественного конечного результата показателя эффективности лечебного учреждения.

3) Количество показателей должно быть минимальным, но отражать все основные аспекты деятельности медицинской организации.

Экономическая эффективность – это наилучшее использование материальных, трудовых и финансовых ресурсов для ускорения достижения целей. В отличие от других оценок экономическая оценка эффективности медицинской помощи представляет собой очень сложную задачу: существуют разные подходы к определению эффективности того или иного вида медицинской помощи. Рынок медицинских услуг подчиняется общим законам рынка, услуга всегда имеет стоимостное выражение, и взаимоотношения между поставщиками этих услуг и покупателями их должны строиться на экономических расчетах и законах. Так, в общей оценке качества и эффективности скорой помощи, рекомендуется выделять показатели стоимости одного вызова, затраты на содержание должности и бригады в год, содержание автопарка и т. д.

Социальная эффективность по своему содержанию очень близка к медицинской эффективности, она измеряется такими показателями, как увеличение продолжительности жизни, улучшение состояния здоровья населения, снижением заболеваемости и преждевременной смерти.

Залогом эффективного финансирования службы скорой медицинской помощи является анализ работы станции скорой медицинской помощи по

качественным и количественным показателям, отражающим основные функции учреждения.

Чуть более подробней рассмотрим некоторые особенности деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи, влияющие на уровень затрат медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь.

1) Структура скорой медицинской помощи и количество подразделений

До 01.01.2014 года порядок оказания скорой медицинской помощи устанавливал обязательность наличия станции скорой помощи в городах с населением свыше 50 тыс. чел., а если в городе проживает более 100 тыс. чел. — то требовалась организация подстанций скорой медицинской помощи. В соответствии с порядком, утвержденным приказ Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» с 01.01.2014 года количество и местоположение станций скорой медицинской помощи не так строго увязано с численностью проживающих в населенном пункте [9]. Так, пунктом 4 нового Порядка определяет, что местоположение и территория обслуживания станций скорой устанавливаются с учетом численности и плотности населения, особенностей застройки, состояния транспортных магистралей, интенсивности автотранспортного движения, протяженности населенного пункта, с учетом 20-минутной транспортной доступности.

Станция скорой медицинской помощи является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь.

Отделение скорой медицинской помощи является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь.

2) Профили выездных бригад.

Классификация выездных бригады скорой медицинской помощи.

По профилю бригады подразделяются на:

- общепрофильные бригады;

- специализированные бригады (анестезиологии-реанимации, педиатрические, педиатрические анестезиологии-реанимации, психиатрические, акушерско-гинекологические);
- экстренные консультативные бригады;
- акушерские бригады;
- авиамедицинские бригады.

По составу участников бригады делятся на:

- врачебные;
- фельдшерские.

3) Количество бригад.

Количество бригад скорой медицинской помощи определяется с учетом необходимости обеспечения круглосуточной посменной работы, численности населения, средним радиусом территории обслуживания, средней нагрузки на одну бригаду скорой медицинской помощи в сутки, коэффициентом загрузки бригад скорой медицинской помощи.

4) Занятость бригад.

Важными показателем определяющими занятость бригад являются:

- среднее время, затрачиваемое бригадой на 1 вызов: общее время работы на линии в смену (по ленте слежения), число выездов, выполненных за это время;
- средний радиус обслуживания, определяемый как половина суммы расстояний до самого отдаленного и ближайшего обслуживаемого населенного пункта;
- средний километраж на 1 вызов, определяемый как частное от числа километров за смену к числу вызовов;
- коэффициент загруженности, определяемый как частное от произведения среднесуточной нагрузки и средней оперативности к количеству минут в сутках, выраженное в процентах. Данный показатель определяет процент времени, занятого врачом (фельдшером) с больным из общего количества времени.

5) Наличие организационно-методических отделов.

В Свердловской области с целью совершенствования организационно-методической работы в службе скорой медицинской помощи на базе части станций и отделений скорой медицинской помощи организованы организационно-методические отделы скорой медицинской помощи на базе медицинских организаций, отвечающих за работу прикрепленных территорий, в соответствии с приказом министерства здравоохранения Свердловской области № 1355-п от 22 ноября 2012 года.

6) Урбанизация.

Данный показатель отражает особые условия работы скорой медицинской помощи в сельской местности или поселке городского типа.

3.2 НОВАЯ МЕТОДИКА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В 2014 году по результатам совместной работы, проведенной специалистами ТФОМС Свердловской области и Территориального центра медицины катастроф, была разработана новая методика распределения финансовых средств на обеспечения деятельности службы скорой медицинской помощи (далее Методика), основанная на формировании поправочных коэффициентов для расчета объёмов финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи. Данная методика была согласованна с главными врачами станций скорой медицинской помощи Свердловской области и заведующими отделениями скорой медицинской помощи государственных бюджетных учреждений здравоохранений Свердловской области.

В соответствии с новой Методикой предлагается для учета особенностей в затратах медицинских организаций применять единый средне областной подушевой норматив финансирования и поправочные коэффициенты,

определяемые в зависимости от условий оказания скорой медицинской помощи (радиус обслуживаемого участка, мощность службы скорой медицинской помощи, обеспеченность кадрами и др.). Поправочные коэффициенты определяются для каждой станции скорой медицинской помощи, медицинской организации, имеющей в структуре отделение скорой медицинской помощи. Поправочные коэффициенты учитывают особенности деятельности, влияющие на увеличение затрат медицинской организации по оказанию скорой медицинской помощи застрахованному населению зоны обслуживания.

Поправочные коэффициенты учитывает следующие условия деятельности:

- структуру скорой медицинской помощи и количество подразделений;
- профили выездных бригад;
- количество бригад;
- занятость бригад;
- наличие организационно-методических отделов;
- урбанизация.

Для учета особенностей затрат конкретной станции или отделения скорой медицинской помощи были установлены следующие виды и размеры поправочных коэффициентов:

1) Коэффициент статуса самостоятельной станции (K_{cc})

Устанавливается равным при наличии статуса самостоятельной станции скорой медицинской помощи. Значение: $K_{cc} = 0,05$.

2) Коэффициент наличия структурных подразделений.

Устанавливается:

- для отделений скорой медицинской помощи, имеющих филиалы. Значение $K_{подр} = 0,05$.
- для станций скорой медицинской помощи, имеющих в своем составе до 5 подстанций. Значение $K_{подр} = 0,05$.
- для станций скорой медицинской помощи, имеющих в своем составе больше 5 подстанций. Значение $K_{подр} = 0,1$.

3) Коэффициент количества бригад ($K_{бр}$). Устанавливается для отделений скорой медицинской помощи при наличии бригад в количестве 1 или более 5. Значение: $K_{бр} = 0,05$.

Пояснение: для отделений скорой медицинской помощи, где работает только 1 бригада, администрация медицинской организации вводит дежурство на дому дополнительной бригады на случай проведения медицинской эвакуации основной бригадой.

4) Коэффициент наличия специализированной (реанимационной) бригады ($K_{пр}$). Устанавливается при наличие специализированной (реанимационной) бригады. Значение: $K_{пр} = 0,1$.

5) Коэффициент занятости бригад (K_3). Устанавливается при коэффициенте занятости бригады выше 40%. Значение $K_3 = 0,1$.

Пояснение: Коэффициент занятости бригад учитывает такие показатели как время доезда, радиус зоны обслуживания, среднесуточная нагрузка на одну бригаду.

6) Коэффициент наличия организационно-методических отделов ($K_{ОМО}$). Значение $K_{ОМО} = 0,05$.

7) Коэффициент деятельности в сельской местности ($K_с$). Значение: $K_с = 0,05$.

Таким образом, итоговый поправочный коэффициент (КП) для каждого отделения или станции скорой медицинской помощи определяется по формуле (1).

В соответствии с методикой итоговый поправочный коэффициент принят равным 1,0 при следующих условиях:

- отсутствие специализированных бригад, а также филиалов отделения скорой медицинской помощи;

- коэффициент занятости бригады скорой медицинской помощи меньше 40%;
- отделение скорой медицинской помощи расположено не в сельской местности.

Расчет поправочных коэффициентов медицинских организаций (КП) осуществляется ТФОМС по мере необходимости, при этом размер расчетного суммарного КП не может превышать уровень 1,35.

На основании предложенной методики для каждого отделения и каждой станции скорой медицинской помощи в Свердловской области был определен итоговый поправочный коэффициент. Описанная методика расчета поправочных коэффициентов внедрена в Свердловской области с 01.10.2014 года в соответствии с дополнительным соглашением №9 к тарифному соглашению на 2014 год [23].

Принцип расчета финансовых средств, подлежащих распределению по подушевому нормативу финансирования, при этом не изменился и соответствовал принципу, применяемому в 2013 году. По результатам расчетов сумма для распределения составила 3.002.742,27 тыс. руб. На основании данной суммы аналогично расчетам 2013 года был определен средне областной подушевой норматив финансирования.

На основании средне областного подушевого норматива финансирования с учетом итогового поправочного коэффициента был определен годовой объем финансирования скорой медицинской помощи для каждой медицинской организации (Приложение Б).

С целью обеспечения финансовой устойчивости медицинских организаций был проведен сравнительный анализ основных финансовых показателей, характеризующих работу скорой медицинской помощи: сравнивались показатели за 2014 год, рассчитанные исходя из значений, полученных по новой методике и показатели, рассчитанные по правилам, действующим ранее. Сравнительный анализ финансового обеспечения станций и отделений скорой медицинской помощи (Приложение В) показал, что

финансирование некоторых медицинских организаций с применением поправочных коэффициентов, значительно отклоняется от текущего финансирования, предусмотренного на 2014 год. В связи с этим, в целях нивелирования отклонений объема финансирования, рассчитанного по Методике, от действующего на 2014 год, было решено временно ввести корректирующие коэффициенты к подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи на переходный период с 1 сентября 2014 года по 31 декабря 2014 года (Приложение Б), а с 1 января 2015 года осуществлять финансирование скорой медицинской помощи по подушевым нормативам финансирования без применения корректирующего коэффициента.

Таким образом, в расчеты был введен дополнительный коэффициент финансового обеспечения ($K_{\text{фо}}$), учитывающий отклонения расчетной суммы финансирования по подушевому нормативу финансирования с применением поправочных коэффициентов от фактических расходов медицинских организаций с учетом выполнения целевых показателей по уровню заработной платы работников, а также от размера их финансового обеспечения при применении ранее действующего Порядка оплаты. Коэффициент финансового обеспечения рассчитывался и утверждался приказом ТФОМС и доводился до медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

С 2015 года в объемы по скорой медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования были включены объемы, оказываемые отделениями скорой помощи в трех федеральных медико-санитарных частях, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству и обслуживающих население в закрытых административно-территориальных образованиях Свердловской области.

В соответствии с тарифным соглашением на 2015 год оплата скорой медицинской помощи производится [24]:

- по подушевому нормативу на обслуживаемое население в сочетании с оплатой за медицинские услуги, оказанные персоналом бригады на

- вызове, стоимость которых не включена в подушевой норматив (внутривенное введение фибринолитических лекарственных препаратов);
- по тарифам за выполненный вызов выездными специализированными консультативными бригадами подразделений экстренной консультативной скорой медицинской помощи в структуре медицинских организаций;
 - по тарифам за выполненный вызов в сочетании с оплатой за медицинские услуги, стоимость которых не включена в тарифы вызова (внутривенное введение фибринолитических лекарственных препаратов).

В результате распределение финансовых средств, направленных на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования в части финансирования скорой медицинской помощи в 2015 году, было произведено, как показано в таблице 7.

Таблица 7 - Распределение финансовых средств на обеспечение деятельности скорой медицинской помощи в 2015 году⁸

Показатель	Значение показателя
Межбюджетный трансферт, передаваемые из бюджета области в бюджет ТФОМС на скорую медицинскую помощь, тыс. руб.	636 864,70
Субвенции федерального фонда обязательного медицинского страхования, тыс. руб.	2 512 721,40
Сумма по территориальной программе, тыс. руб.	3 149 586,10
Финансирование выездных бригад, тыс. руб.	16 500,00
Финансирование территориального центра медицины катастроф, тыс. руб.	6 200,00
Оплата тромболитической терапии, тыс. руб.	25 000,00
Оплата скорой помощи гражданам, застрахованны в других субъектах РФ, тыс. руб.	39 300,00
Итого, тыс. руб.	87 000,00
Сумма для распределения по подушевому нормативу финансирования, тыс. руб.	3 062 586,10
Численность застрахованных лиц на 01.12.14	4 232 596
Среднеобластной ПНФ (в год), руб.	724

⁸ Составлено автором по:[13, 24].

Окончание таблицы 7	Значение показателя
Средне областной поправочный коэффициент	1,2
Расчетный среднеобластной подушевой норматив финансирования с учетом средне областного поправочного коэффициента, руб. в месяц	50

В 2015 году, в отличие от распределения, сложившегося в 2013 году, при расчете суммы средств, выделенной для определения подушевого норматива финансирования, дополнительно из общей суммы были выделены средства для обеспечения финансирования выездных бригад и территориального центра медицины катастроф. Причиной их выделения из модели подушевого финансирования служила явная специфика их деятельности, так к выездным бригадам относятся бригады скорой медицинской помощи, работающие в медицинских организациях, не имеющих зоны обслуживания и прикрепленного населения, при этом они оказывают консультативную специализированную реанимационную помощь. Оплата работы выездных бригад и территориального центра медицины катастроф производится по модели за выполненный вызов. Данные услуги рассчитаны по единым тарифам на 2015 год за выполненный вызов.

В результате, объем финансирования для распределения по станциям и отделениям скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на 2015 год составил 3.062.568,1 тыс. руб.

По результатам анализа сложившихся итоговых поправочных коэффициентов был определен средне областной поправочный коэффициент, который составил 1,2. Таким образом, средне областной подушевой норматив финансирования составил: $724/12/1,2 = 50$ рублей в месяц.

Распределение объёмов финансирования на 2015 год по медицинским организациям, оказывающим скорую медицинскую помощь на территории Свердловской области, было произведено из расчет средне областного подушевого норматива финансирования (50 рублей), поправочных коэффициентов для каждой медицинской организации (Приложение Г) и

численности застрахованного населения зоны обслуживания данной станции или отделения скорой медицинской помощи на 01.12.2014 года путем перемножения этих показателей по каждой медицинской организации (Приложение Д).

3.3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОЙ МЕТОДИКИ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЕЕ ВНЕДРЕНИЮ

К основным результатам проделанной работы необходимо отнести в первую очередь появление в Свердловской области прозрачной и понятной всем участникам системы обязательного медицинского страхования модели финансового обеспечения работы отделений и станции скорой медицинской помощи. Разработанная модель позволяет обоснованно, в соответствии с уровнем затрат медицинских организаций, и более адресно производить распределение финансовых средств, стимулировать лечебные учреждения к мобилизации внутренних резервов, совершенствованию организации и управления лечебным учреждением и повышению качества медицинских услуг.

Экономическим эффектом, несомненно, является сохранение стабильности системы финансового обеспечения деятельности службы скорой медицинской помощи в Свердловской области. В условиях роста инфляции (инфляция в РФ составила в 2013 году 6,5 %, в 2014 году 11,4 %), кардинальных изменений в части смены источника финансирования, перехода на новую модель финансового обеспечения, внедрения новых регламентов работы службы, а также в условиях незначительного снижения размера финансовых средств, запланированных на обеспечение деятельности скорой медицинской помощи, объемы оказываемой скорой медицинской помощи за рассматриваемый период изменились незначительно. Так из Приложения А видно, что в 2013 году плановое значение в целом по территориальной программе государственных гарантий составило 1.478.664 вызовов, в 2014 году –

1.467.255 вызовов, в 2015 году – 1.429.695, уровень финансовых средств, запланированных на обеспечение деятельности скорой медицинской помощи, также незначительно снизился и составил 3.746.421,6 тыс. руб., 3.599.228,1 тыс. руб. и 3.623.990,1 тыс. руб. в 2013, 2014 и 2015 году соответственно.

При этом стоит отметить, что при рассмотрении изменения фактических показателей деятельности службы скорой медицинской помощи можно заметить сокращение фактических объемов скорой медицинской помощи в 2014 году. Это сокращение произошло за счет недовыполнения объемов скорой помощи, финансируемой за счет средств обязательного медицинского страхования, что обусловлено изменением учета выполненных вызовов, упорядочением учета объемов. Работа медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования предусматривает реестровый персонифицированный учет выполненных объемов медицинской помощи и проведение страховыми медицинскими организациями различных видов экспертиз (медико-экономический контроль, экспертиза качества) медицинской помощи застрахованным гражданам. Проведение данных мероприятий в отношении объемов скорой медицинской помощи способствует исключению ошибок в учете выполненных объемов медицинской помощи, что в конечном итоге позволяет уточнить реальную потребность населения области в скорой медицинской помощи и учитывать эти данные при последующем планировании.

Напротив, объемы скорой медицинской помощи, финансируемые за счет средств бюджета, в 2014 году значительно перевыполнены (157 процентов к годовому плану). Превышение объемов произошло за счет роста объемов скорой медицинской помощи, оказанной лицам, не застрахованным и не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования. С 2015 года уже производится финансирование скорой медицинской помощи по видам и заболеваниям, не входящим в территориальную программу обязательного медицинского страхования, через Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области за счет

межбюджетного трансферта из бюджета Свердловской области, передаваемого ТФОМС.

Выступая 9 июня 2015 года с ежегодным отчетом о деятельности правительства перед депутатами Законодательного Собрания Свердловской области губернатор Свердловской области, Евгений Куйвашев отметил, что необходимо очень внимательно и аккуратно проводить оптимизацию лечебных учреждений, повсеместно добиваться повышения доступности и качества медицинских услуг, соблюдения стандартов оказания медицинской помощи на всей территории региона. В результате перехода на новую модель финансирования службы скорой медицинской помощи в области был активизирован процесс реорганизации службы скорой медицинской помощи. Сравнительный анализ сумм финансирования служб скорой медицинской помощи в 2014 году и в 2015 году показал несостоятельность ряда медицинских организаций (Приложение Е). Несостоятельность требует или увеличения финансирования или реорганизации. Как было показано в таблице 1 за период с 2013 года по 2015 год, была проведена реорганизация 12 отделений скорой медицинской помощи и большая часть реорганизаций пришлась на период запуска в действие новой методики. В Приложении Г показано, что в результате реорганизаций, прошедших в 2015 году в ряде медицинских организациях (Махневская районная больница, Рефтинская городская больница, Малышевская городская больница, Каменская центральная районная больница, Дегтярская городская больница, Старуткинская городская больница), общий итоговый поправочный коэффициент сократился на 5,90 единиц и составил 67,4. Экономический эффект от проведенной реорганизации перечисленных медицинских организаций используя алгоритмы, предложены в методике, не сложно посчитать, для этого достаточно перемножить добавочные поправочные коэффициенты медицинских организаций на среднеобластной норматив финансирования. В результате в пересчете на год экономия составит 2 946 060 руб.

Также результатом работы по разработке новой методики финансового обеспечения скорой медицинской помощи из системой обязательного медицинского страхования несомненно является полученный опыт и сформулированные рекомендации по внедрению новой системы распределения финансовых средств.

Автором предлагается внедрение новой методики производить поэтапно в следующей последовательности:

1) Адаптация к новой системе финансирования.

Цель периода: сохранение стабильности системы, сбор необходимых данных для расчета необходимых для внедрения методики значений.

Задачи периода:

- внедрение и обучение работе в существующих информационных системах;
- обеспечение персонифицированного учета вызовов;
- организации процессов взаимодействия с участниками системы обязательного медицинского страхования
- организация процесса взаимодействия медицинских организаций и страховых медицинских организаций в рамках обеспечения контроля объемов, сроков и качества оказания медицинской помощи;
- изучение нормативной базы участниками системы, дополнительное обучение;
- обеспечение привычного уровня финансирования медицинской помощи во всех медицинских организациях;
- работа с возражениями конкретных людей и организаций.

2) Согласование и внедрение новой методики с нивелирующими коэффициентами.

Цель периода: разработка и внедрение с рядом допущений новой методики распределения финансовых средств.

Задачи периода:

- определение видов скорой медицинской помощи, подлежащих оплате в рамках модели подушевого финансирования и вне подушевого финансирования;
- определение тарифов для вызовов и услуг подлежащих оплате за рамками подушевого финансирования;
- отбор основных критериев, влияющих на затраты службы скорой медицинской помощи, определение доли влияния каждого критерия на уровень финансирования;
- определение объема финансовых средств подлежащих распределению в зависимости от значения критериев;
- предварительный расчет финансового обеспечения с учетом сформированных коэффициентов;
- расчет и утверждение значений нивелирующих коэффициентов в случае наличия значительных отклонений финансирования от сложившегося уровня;
- формирование плана по сокращению степени влияния нивелирующего коэффициента в расчете финансирования медицинских организаций.

3) Окончательный переход на использование методики.

Цель периода: переход на использование методики в чистом виде.

Задачи периода:

- корректировка степени влияния каждого из коэффициентов на уровень финансирования медицинских организаций;
- реализация плана по сокращению степени влияния нивелирующего коэффициента в расчете финансирования медицинских организаций;

Также автором рекомендуется выделить из общей модели оплаты по подушевому принципу ряд вызовов и услуг, оплачиваемых по принципу «оплата за вызов» и «оплата за услугу». Оплату за вызов предлагается использовать для оплаты вызовов лицам, застрахованным в других субъектах

Российской Федерации, а также для оплаты работы бригад медицинских организаций, не имеющих обслуживаемого населения. Оплату за услугу предлагается использовать для оплаты фибринолитической терапии на этапе скорой медицинской помощи.

В качестве рекомендаций также выступает перечень критериев, характеризующих уровень затрат служб скорой медицинской помощи, и предлагаемых для использования в расчете поправочных коэффициентов финансирования скорой медицинской помощи, а именно:

- структура службы скорой медицинской помощи и количество подразделений
- профили выездных бригад;
- количество бригад;
- занятость бригад;
- наличие организационно-методических отделов;
- урбанизация.

С 2013 года станции и отделения скорой медицинской помощи в Свердловской области перешли на финансирование через системы обязательного медицинского страхования. В основу системы оплаты скорой медицинской помощи была изначально положена подушевая модель оплаты. Однако эта модель на протяжении двух с половиной лет не была статична и эволюционно изменялась, благодаря чему было обеспечено устойчивое финансирование скорой медицинской помощи, оказываемой пациентам. Новая финансовая система учла существующие ранее объемы финансовых потоков в здравоохранении, уровень расходов, необходимый для оказания медицинской помощи, и требуемый уровень качества оказываемых услуг. Выбранный подход позволил медицинским организациям поэтапно организовать, а в дальнейшем оптимизировать, новые процессы в работе: было обеспечено взаимодействие с участниками системы обязательного медицинского страхования, персонифицированный учет вызовов, формирование и загрузка корректных реестров оказанной медицинской помощи в ТФОМС, обеспечение контроля

объемов, сроков, качества и условий предоставления. Описанный подход также минимизировал негативную реакцию людей и учреждений к изменению модели финансирования и некоторых рабочих процессов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенной работы цель исследования была достигнута.

В работе систематизированы и описаны существующие механизмы и методы оплаты медицинской помощи, рассмотрено их влияние на деятельность медицинских организаций, рассмотрены основы системы обязательного медицинского страхования и специфика деятельности службы скорой медицинской помощи, таким образом, решена задача обобщения научных взглядов на способов финансирования скорой медицинской помощи.

Далее представлена информация о работе скорой медицинской помощи в Свердловской области, обоснован выбор подушевой модели финансирования скорой медицинской помощи, а также описаны изменения, которым подверглась рассматриваемая модель, начиная с 2013 года, приведены причины этих изменений. Таким образом, решена задача по рассмотрению особенностей финансового обеспечения работы скорой медицинской помощи через систему ОМС в Свердловской области

С целью решения задачи по расчету коэффициентов, определяющих уровень финансирования через систему обязательного медицинского страхования, предложены условия деятельности, влияющие на финансирование отделений и станций скорой медицинской помощи, описана методика распределения средств обязательного медицинского страхования в зависимости от особенностей работы скорой медицинской помощи, приведены особенности её внедрения в конце 2014 года, приведен расчет дополнительных нивелирующих коэффициентов, необходимых на этапе внедрения методики, приведена итоговая методика, используемая в 2015 год. В итоге произведен расчет итоговых поправочных коэффициентов финансирования скорой медицинской помощи в 2015 году (на 01.01.2015г и на 01.04.2015г).

В качестве обобщения полученного опыта разработаны и приведены практические рекомендации по внедрению предложенной модели финансирования служб скорой медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования. Для формирования комплексной модели финансирования службы скорой медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования предлагается использоваться различные варианты оплаты: подушевой принцип финансирования, оплата за вызов, оплата за услугу. Модель подушевого финансирования предлагается использовать в сочетании с методикой распределения финансовых средств между медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь, учитывающей различия в затратах медицинских организаций по ряду направлений. Оплату за вызов предлагается использовать для оплаты вызовов лицам, застрахованным в других субъектах РФ, а также для оплаты работы бригад медицинских организаций, не имеющих обслуживаемого населения. Оплату за услугу предлагается использовать для оплаты оказанной фибринолитической терапии на этапе скорой медицинской помощи.

Таким образом, все поставленные задачи – решены, цели – достигнуты.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция Российской Федерации : [принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.].
2. Федеральный Закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» от 02.12.2013 г. № 321-ФЗ.
3. Федеральный Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 г. № 1499-1 : [ред. от 24.07.2009 г.].
4. Федеральный Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ.
5. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» от 28.02.2011 №158н.
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» от 1 ноября 2004 г. № 179.
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» от 26.03.1999 № 100.
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» от 20 июня 2013 г. № 388н.
10. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» от 15.04.2014 г. № 294.

11. Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 22.10.2012 г. № 1074.
12. Постановление Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» от 21.10.2011 г. № 856 : [ред. от 04.09.2012 г.].
13. Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» от 18.10.2013 г. № 932.
14. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области «О деятельности службы скорой медицинской помощи свердловской области. Основные итоги и перспективы развития» от 26 июля 2012 г. № 830-п.
15. Постановление Правительства Свердловской области «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов» от 21.12.2012 г. № 1485-ПП.
16. Постановление Правительства Свердловской области «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов» от 24.12.2013 г. № 1604-ПП.
17. Постановление Правительства Свердловской области «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов» от 22.12.2014 г. № 1207-ПП.

18. Постановление Правительства Свердловской области «Об итогах выполнения территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам российской федерации, проживающим в свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2011 год» от 29.05.2012 г. № 607-ПП.
19. Постановление Правительства Свердловской области «Об итогах выполнения территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам российской федерации, проживающим в свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2012 год» от 29.05.2013 г. № 675-ПП.
20. Постановление Правительства Свердловской области «Об итогах выполнения территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам российской федерации, проживающим в свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2013 год» от 27.05.2014 г. № 453-ПП.
21. Постановление Правительства Свердловской области «Об итогах выполнения территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам российской федерации, проживающим в свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2014 год» от 27.05.2015 г. № 395-ПП.
22. Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию на территории Свердловской области на 2013 год от 29.12.2012
23. Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию на территории Свердловской области на 2014 год от 30.12.2013
24. Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию на территории Свердловской области на 2015 год от 30.12.2014
25. Приказ Министерства здравоохранения СО и ТФОМС Свердловской области «О ведении персонифицированного учета сведений о скорой медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, не входящих в

базовую программу ОМС, а также лицам, не идентифицированным и (или) не застрахованным в системе ОМС» от 22 мая 2015г. № 723-п/173

26. Приказ Министерства здравоохранения и ТФОМС Свердловской области «О внесении изменений в Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Свердловской области и ТФОМС Свердловской области от 18.11.2013 № 1470-п/450» от 9 декабря 2013г. № 1585-п/493.
27. Приказ Министерства здравоохранения СО и ТФОМС Свердловской области «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и ТФОМС Свердловской области от 08.04.2015 № 460-п/124 «Об утверждении перечня зон обслуживания станций (отделений) скорой медицинской помощи в разрезе медицинских организаций (участков, пунктов), оказывающих первичную медико - санитарную помощь, и численности застрахованных лиц в зоне их обслуживания» от 5 июня 2015г. № 801-п/194.
28. Приказ Министерства здравоохранения СО и ТФОМС Свердловской области «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и ТФОМС Свердловской области от 11.07.2014г. № 899-п/274 «Об утверждении перечня зон обслуживания станций (отделений) СМП в разрезе медицинских организаций (участков, пунктов), оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и численности застрахованных лиц в зоне их обслуживания» от 11 августа 2014г. № 1030-п/318.
29. Приказ Министерства здравоохранения СО и ТФОМС Свердловской области «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и ТФОМС Свердловской области от 14.10.2014 № 1325-п/399 «Об утверждении перечня зон обслуживания станций (отделений) СМП в разрезе медицинских организаций (участков, пунктов), оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и численности

застрахованных лиц в зоне их обслуживания» от 27 октября 2014г. № 1395-п/424.

30. Приказ Министерства здравоохранения и ТФОМС Свердловской области «Об организации деятельности службы скорой медицинской помощи Свердловской области в системе обязательного медицинского страхования» от 18 ноября 2013г. №1470-п/450.
31. Письмо Министерства здравоохранения Свердловской области «Об организации оказания неотложной медицинской помощи» от 25 декабря 2013г. № 03-01-82/13710.
32. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области «Об организации оказания неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлиническими учреждениями здравоохранения Свердловской области» от 14 февраля 2013г. № 170-п.
33. Приказ Министерства здравоохранения СО и ТФОМС Свердловской области «Об утверждении перечня зон обслуживания станций (отделений) скорой медицинской помощи в разрезе медицинских организаций (участков, пунктов) оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и численности застрахованных лиц в зоне их обслуживания» от 8 апреля 2015г. № 460-п/124.
34. Приказ Министерства здравоохранения и ТФОМС Свердловской области «Об утверждении перечня зон обслуживания станций (отделений) СМП в разрезе медицинских организаций (участков, пунктов), оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и численности застрахованных лиц в зоне их обслуживания» от 14 апреля 2014г. № 486-п/136.
35. Приказ Министерства здравоохранения и ТФОМС Свердловской области «Об организации деятельности службы скорой медицинской помощи Свердловской области в системе обязательного медицинского страхования» от 28 декабря 2012г. № 1520-п/527.

36. Приказ ТФОМС Свердловской области «О ведении персонифицированного учета сведений о скорой медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу ОМС, а также лицам, не идентифицированным и (или) не застрахованным в системе ОМС» от 27 мая 2015г. № 176.
37. Приказ ТФОМС Свердловской области «Об установлении подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи и объемов финансирования скорой медицинской помощи с 01 апреля 2015 года» от 30 апреля 2015г. №149/1.
38. Приказ ТФОМС Свердловской области «Об установлении подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи и объёмов финансирования скорой медицинской помощи с 01 июня 2015 года» от 5 июня 2015г. №195.
39. Приказ ТФОМС Свердловской области «Об установлении поправочных коэффициентов для определения подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи и объёмов финансирования скорой медицинской помощи с 01 января 2015 года» от 30 января 2015г. №31.
40. Приказ ТФОМС Свердловской области «Об установлении поправочных коэффициентов для определения подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи» от 31 октября 2014г. №440.
41. Аганбегян, А.Г., Варшавский, Ю.В., Жуковский, В.Д., О программно целевом управлении в здравоохранении [Текст] // SPERO. – 2007. - №7. – С.5 – 26.
42. Архипов А.П. Страхование [Текст] / А.П. Архипов. - М. : КНОРУС, 2012. - 288 с.
43. Ахвледиани Ю.Т. Страхование [Текст] / Ю.Т. Ахвледиани, В.В. Шахов. - М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2012. - 519 с.

44. Банин С.А. Внедрение одноканальной системы финансирования медицинских организаций в РФ: оценка и перспективы [Текст] / С.А. Банин –Томск : Вестник Томского государственного университета, 2011 г. С. 45-61.
45. Гурдус В.О., Айвазова М.В. Некоторые итоги развития конкуренции в системе здравоохранения и медицинского страхования России: Материалы международной конференции [Текст], Ярославль, 7–8 декабря 1999 г. «Управление в системе медицинского страхования в России – региональные аспекты»/ Под общ. ред. Л.Н. Шолпо, М. Фотаки. М., 2000. С. 36–38.
46. Калашников В.В. Экономические методы в управлении здравоохранением и в организации медицинской помощи [Текст] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. С. 43-44.
47. Козлов А.В., Нестеренко Е.И., Полунина Н.В. К вопросу об актуальности экономического регулирования в здравоохранении на современном этапе [Текст] // Экономика здравоохранения.- 2001.С. 12-14.
48. Макарова Т.Н. Внедрение новых методов оплаты медицинской помощи: российский опыт 1988-1999 гг. (Анализ результатов и предложения по дальнейшему реформированию) [Текст] // ТАСИС, проект «Управление развитием системы социальной защиты: социальное страхование, медицинское страхование и пенсионное обеспечение». М., 2000. 35 с.
49. Организационные аспекты оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации: учебное пособие [Текст] / ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздравсоцразвития России. СПб., 2012, 25с.

50. Рождественская И.А., Шишкин С.В. Рекомендации по организации взаимодействия территориальных органов здравоохранения и фондов обязательного медицинского страхования // ТАСИС «Российская Федерация: Поддержка управления системой здравоохранения». М., 2000. 40 с.
51. Руководство по скорой медицинской помощи/под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Верткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутя. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 816 с.
52. Скорая медицинская помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях [Текст] / Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г., и соавт. СПб.: ИПК «КОСТА», 2007. 400 с.
53. Современная система управления здравоохранением: теория и практика [Текст] : монография / Э.В. Пешина, И.Л. Леонтьев, Н.В. Махинова; М-во образования и науки РФ, Урал. гос. экон. ун-т. - Екатеринбург : Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2010. 83 с.
54. Страхование [Текст] / под ред. Л.А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой. - М. : Юрайт, 2011. - 828 с.
55. Страхование [Текст] / под ред. И.П. Хоминич. - М.: Магистр: ИНФРА-М, 2011. - 624 с.
56. Страхование [Текст] / под ред. Т.А. Федоровой. - М. : Магистр, 2009. - 1006 с.
57. Страхование: экономика, организация, управление : в 2 т. [Текст] / под ред. Г.В. Черновой. - М. : Экономика, 2010. - Т. 1. - 752 с.; - Т. 2. - 672 с.
58. Фоменко В.В., Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации [Текст], дис....канд. экон. наук : 08.00.10 : защищена 29.05.2015 / Фоменко Валерия Викторовна. – М., 2015. – 157 с.
59. Чернышев В.М., Банин С.А., Заиграев А.Л., Лайвин А.Н., Подушевое финансирование в здравоохранении Отечественный и зарубежный опыт. Методология. Новосибирск [Текст], Восток, 2005 г. - 56 с.

60. Шишкин С.В. Возможные сценарии эволюции системы медицинского страхования в контексте изменений социально-экономической ситуации в России М // ТАСИС, проект EDRUS 9605 «Управление развитием системы социальной защиты: социальное страхование, медицинское страхование и пенсионное обеспечение» / Компонент «медицинское страхование: общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)». М., 1999. С. 28–36.
61. Gosden T., Pedersen L., Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour// QJM/ 1999 Jan; 92 (I): 47-55.
62. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [сайт]. Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/198686/e55787R.pdf. (дата обращения: 10.04.2015 год).
63. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [сайт]. Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/8/9789244564448_rus.pdf. (дата обращения: 23.02.2015 год).
64. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [сайт]. Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/7/9789244564585_rus.pdf?ua=1. (дата обращения: 03.03.2015 год).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Таблица А.1 - Сравнение территориальных программ в части финансового обеспечения СМП за 2013, 2014 и 2015 год⁹

Год	Медицинская помощь по источникам финансового обеспечения и условиям предоставления	Плановые объемы, вызовов				Стоимость по источникам финансирования , тыс. рублей	Численность по ТП, человек	Территориальный норматив финансовых затрат на 1 вызов	Территориальные нормативы вызовов на одного жителя в год	Подушевые нормативы финансового обеспечения (рублей)
		СМП специализированная	СМП	Сверх базовой	Всего					
2013	Консолидированный бюджет	9 300		84 252	93 552	707 700,00	4 307 600	7564,8	0,022	164,3
2013	ОМС		1 291 560		1 291 560	3 038 721,60	4 469 066	2352,8	0,289	679,9
2013	Всего	9 300	1 375 812	93 552	1 478 664	3 746 421,60			0,322	
2014	Консолидированный бюджет	9 850		83 990	93 840	475 313,40	4 320 677	5065,1	0,021	110
2014	ОМС		1 279 575		1 279 575	3 123 914,70	4 509 771	2441,4	0,284	692,7
2014	Всего	9 850	1 363 565	93 840	1 467 255	3 599 228,10			0,318	
2015	Консолидированный бюджет	9 850			9 850	319 732,00	4 333 600	32460,1	0,002	73,8
2015	ОМС		1 334 566	85 279	1 419 845	3 304 258,10	4 503 779	2327,2	0,316	733,6
2015	Всего	9 850	1 334 566	85 279	1 429 695	3 623 990,10			0,318	

⁹ Составлено автором по: [18,19,20,21].

Приложение Б

Таблица Б. 1 - Расчет годового объема финансирования станций скорой медицинской помощи и отделений скорой медицинской помощи, рассчитанного по предлагаемой методике с учетом корректирующего коэффициента на 2014 год¹⁰

Код медицинской организации	Наименование медицинской организации	Действующий объем финансирования медицинских организаций на 2014 г., тыс. рублей	Годовой объем финансирования на 2014 год, рассчитанный по методике, тыс. рублей	Корректирующий коэффициент (К _{ФО})	Годовой объем финансирования на 2014 год, рассчитанный по методике с учетом корректирующего коэффициента, тыс. рублей
1	2	3	4	5	6
	Всего по Свердловской области	3 002 742,14	3 002 742,27		3 002 742,14
	Станции СМП	1 625 722,38	1 857 544,92		1 799 274,32
42	ССМП г. Первоуральск	123 491,99	116 526,03	1,0000	116 526,03
400	Серовская ГССМП	65 928,64	59 544,71	1,0000	59 544,71
534	ССМП г. Асбест	67 172,76	48 705,17	1,0000	48 705,17
578	ГССМП г. Каменск-Уральский	105 991,33	128 965,92	1,0000	128 965,92
592	Ревдинская ССМП	48 516,30	45 765,85	1,0000	45 765,85
692	МБУ ССМП имени В.Ф. Капиноса Екатеринбург	998 580,75	1 149 068,27	0,9870	1 134 079,35
907	ГССМП г. Н.Тагил	184 695,56	283 385,90	0,8473	240 104,23
1610	Алапаевская ССМП	31 345,05	25 583,08	1,0000	25 583,08
	Отделения СМП МО	1 377 019,76	1 145 197,35		1 203 467,81
47	Шалинская ЦГБ	21 988,20	13 352,23	1,1527	15 391,74
91	ФГБУЗ ЦМСЧ № 91 ФМБА России Лесной	31 689,90	24 884,14	1,0000	24 884,14
207	ЦРБ Верхотурского района	13 690,76	10 523,75	1,0000	10 523,75
225	Невьянская ЦРБ	22 310,87	21 661,69	1,0000	21 661,69

¹⁰ Составлено автором по: [18,19,20,21,23].

Код	Наименование медицинской организации	Действующий объем финансирования медицинских организаций на 2014 г., тыс. рублей	Годовой объем финансирования на 2014 год, рассчитанный по методике, тыс. рублей	Корректирующий коэффициент (К _{Ф0})	Годовой объем финансирования на 2014 год, рассчитанный по методике с учетом корректирующего коэффициента, тыс. рублей
Продолжение таблицы Б.1					
226	Верх-Нейвинская ГП	9 733,84	3 120,72	2,1834	6 813,69
227	Кировградская ЦГБ	20 918,49	14 942,22	1,0000	14 942,22
228	ГБ г. Верхний Тагил	10 213,74	8 160,27	1,0000	8 160,27
231	Березовская ЦГБ	31 846,21	36 474,83	1,0000	36 474,83
233	Рефтинская ГБ	13 458,23	7 812,24	1,2059	9 420,76
237	Малышевская ГБ	11 320,25	7 023,38	1,1283	7 924,18
239	Суходоложская ЦРБ	21 122,87	24 183,36	1,0000	24 183,36
240	Богдановичская ЦРБ	26 452,48	29 863,29	1,0000	29 863,29
243	ФБУЗ МСЧ 32 ФМБА России Заречный	16 738,20	13 842,04	1,0000	13 842,04
245	Тугулымская ЦРБ	27 284,33	15 072,81	1,2671	19 099,03
248	Красноуфимская РБ	37 279,18	38 376,86	1,0000	38 376,86
253	Артинская ЦРБ	33 968,85	20 295,23	1,1716	23 778,19
255	Нижнесергинская ЦРБ	45 635,88	32 481,27	1,0000	32 481,27
256	Бисертская ГБ	9 912,24	7 010,84	1,0000	7 010,84
261	Качканарская ЦГБ	24 583,61	22 125,43	1,0000	22 125,43
265	Красноуральская ГБ	20 186,18	13 486,28	1,0478	14 130,32
275	ЦГБ г. Верхняя Тура	6 459,01	6 992,35	1,0000	6 992,35
277	Нижнетуринская ЦГБ	18 008,04	14 960,30	1,0000	14 960,30
281	Сысертская ЦРБ	41 487,16	42 592,15	1,0000	42 592,15
286	Байкаловская ЦРБ	11 526,68	9 880,34	1,0000	9 880,34
287	Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина	55 143,35	56 922,49	1,0000	56 922,49
289	Верхнесалдинская ЦГБ	23 768,69	26 040,83	1,0000	26 040,83
290	Талицкая ЦРБ	30 813,27	32 524,32	1,0000	32 524,32
300	Ирбитская ЦГБ	35 404,03	37 693,45	1,0000	37 693,45
301	Пышминская ЦРБ	18 254,35	11 799,98	1,0829	12 778,05
305	Режевская ЦРБ	24 104,87	24 735,32	1,0000	24 735,32
306	Нижнесалдинская ЦГБ	11 854,96	8 905,78	1,0000	8 905,78
310	Ачитская ЦРБ	20 203,59	12 191,08	1,1601	14 142,51
311	Карпинская ЦГБ	21 533,81	17 721,91	1,0000	17 721,91
312	Ивдельская ЦРБ	40 420,35	16 346,08	1,7310	28 294,25

Код	Наименование	Действующий объем финансирования медицинских организаций на 2014 г., тыс. рублей	Годовой объем финансирования на 2014 год, рассчитанный по методике, тыс. рублей	Корректирующий коэффициент (К _{Ф0})	Годовой объем финансирования на 2014 год, рассчитанный по методике с учетом корректирующего коэффициента, тыс. рублей
Окончание таблицы Б.1					
313	Дегтярская ГБ	10 775,14	7 980,47	1,0000	7 980,47
321	Североуральская ЦГБ	36 033,33	32 297,26	1,0000	32 297,26
336	Камышловская ЦРБ	26 802,02	25 771,92	1,0000	25 771,92
337	Арамильская ГБ	12 670,28	9 935,37	1,0000	9 935,37
340	Туринская ЦРБ им. О.Д. Зубова	15 726,52	15 047,67	1,0000	15 047,67
341	ГБ № 1 г. Краснотурьинск	35 616,09	37 822,67	1,0000	37 822,67
347	Волчанская ГБ	7 755,48	5 463,35	1,0000	5 463,35
349	Слободо-Туринская РБ	10 020,90	9 844,96	1,0000	9 844,96
351	Восточная РБ	10 905,95	8 481,99	1,0000	8 481,99
355	Каменская ЦРБ	21 391,41	13 377,10	1,1194	14 973,98
369	Пелымская ГБ	5 070,65	2 896,33	1,2255	3 549,46
410	Гаринская ЦРБ	5 659,21	3 014,94	1,3139	3 961,45
586	Староуткинская ГБ	4 741,39	2 091,94	1,5866	3 318,97
903	ГБ ЗАТО Свободный	6 173,69	4 465,96	1,0000	4 465,96
1620	Алапаевская ЦРБ	28 617,63	20 036,78	1,0000	20 036,78
1637	Полевская ЦГБ	45 065,43	44 101,39	1,0000	44 101,39
1639	Артемовская ЦРБ	46 928,01	41 961,60	1,0000	41 961,60
1712	ФГБУЗ ЦМСЧ №31 ФМБА России Новоуральск	60 903,67	57 037,16	1,0000	57 037,16
1714	ЦГБ г. Кушва	27 662,22	26 907,49	1,0000	26 907,49
1717	Новолялинская РБ	14 204,63	13 401,27	1,0000	13 401,27
1720	Махневская РБ	9 197,30	4 424,38	1,4551	6 438,11
1746	Горноуральская РБ	21 652,02	11 484,00	1,3198	15 156,41
1750	Демидовская ГБ	17 795,63	5 060,41	2,4616	12 456,94
1752	Белоярская ЦРБ	53 692,33	28 093,09	1,3379	37 584,63
1755	Тавдинская ЦРБ	32 642,33	30 198,60	1,0000	30 198,60

Приложение В

Таблица В. 2 - Сравнительный анализ годового объема финансирования станций скорой медицинской помощи и отделений скорой медицинской помощи, рассчитанного по предлагаемой методике, и действующего финансирования на 2014 год¹¹

Код МО	Наименование медицинской организации	Объем финансирования на 2014 год по предлагаемой методике, тыс. рублей	Действующий объем финансирования на 2014 г., тыс. рублей	Объем медицинской помощи (по решению Комиссии от 05.08.14), вызов	Стоимость вызова исходя из финансирования по методике, рублей	Стоимость вызова исходя из действующего финансирования, рублей	ПНФ по методике, рублей	ПНФ по действующему объему финансирования, рублей	Отклонение объема финансирования, рассчитанного по методике, от действующего на 2014 год, коэффициент (гр.3/гр.4)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Всего по СО	3 002 742,27	3 002 742,14	1 274 145	2 357	2 357			1,00
	Станции СМП	1 857 544,92	1 625 722,38	678 619	2 737	2 396			1,14
42	ССМП г. Первоуральск	116 526,03	123 491,99	51 000	2 285	2 421	795	843	0,94
400	Серовская ГССМП	59 544,71	65 928,64	31 020	1 920	2 125	670	742	0,90
534	ССМП г. Асбест	48 705,17	67 172,76	21 000	2 319	3 199	664	916	0,73
578	ГССМП г. Каменск-Уральский	128 965,92	105 991,33	59 000	2 186	1 796	707	581	1,22
592	Ревдинская ССМП	45 765,85	48 516,30	17 700	2 586	2 741	733	777	0,94
692	МБУ ССМП имени В.Ф. Капиноса Екатеринбург	1 149 068,27	998 580,75	374 810	3 066	2 664	862	749	1,15
907	ГССМП г. Н.Тагил	283 385,90	184 695,56	110 889	2 556	1 666	786	512	1,53
1610	Алапаевская ССМП	25 583,08	31 345,05	13 200	1 938	2 375	579	709	0,82
	Отделения СМП МО	1 145 197,35	1 377 019,76	595 526	1 923	2 312			0,83
47	Шалинская ЦГБ	13 352,23	21 988,20	6 500	2 054	3 383	678	1 117	0,61

¹¹ Составлено автором по: [16,21,23,40].

МО	Продолжение таблицы В.1 организации	Объем сирования 4 год по предлагаемой методике, тыс. рублей	Действующий объем финансирования на 2014 г., тыс. рублей	Объем медицинской помощи (по решению Комиссии от 05.08.14), вызов	Стоимость вызова исходя из финансирования по методике, рублей	Стоимость вызова исходя из действующего финансирования, рублей	ПНФ по методике, рублей	ПНФ по действующему объему финансирования, рублей	Отклонение объема финансирования, рассчитанного по методике, от действующего на 2014 год, коэффициент (гр.3/гр.4)
91	ФГБУЗ ЦМСЧ № 91 ФМБА России Лесной	24 884,14	31 689,90	16 280	1 529	1 947	473	603	0,79
207	ЦРБ Верхотурского района	10 523,75	13 690,76	5 264	1 999	2 601	663	862	0,77
225	Невьянская ЦРБ	21 661,69	22 310,87	12 806	1 692	1 742	511	526	0,97
226	Верх-Нейвинская ГП	3 120,72	9 733,84	1 600	1 950	6 084	762	2 378	0,32
227	Кировградская ЦГБ	14 942,22	20 918,49	9 300	1 607	2 249	524	733	0,71
228	ГБ г. Верхний Тагил	8 160,27	10 213,74	4 000	2 040	2 553	596	746	0,80
231	Березовская ЦГБ	36 474,83	31 846,21	16 710	2 183	1 906	642	560	1,15
233	Рефтинская ГБ	7 812,24	13 458,23	5 300	1 474	2 539	564	971	0,58
237	Малышевская ГБ	7 023,38	11 320,25	3 572	1 966	3 169	704	1 134	0,62
239	Сухоложская ЦРБ	24 183,36	21 122,87	15 100	1 602	1 399	501	437	1,14
240	ГБУЗ СО Богдановичская ЦРБ	29 863,29	26 452,48	15 100	1 978	1 752	589	522	1,13
243	ФБУЗ МСЧ 32 ФМБА России Заречный	13 842,04	16 738,20	9 100	1 521	1 839	473	573	0,83
245	Тугулымская ЦРБ	15 072,81	27 284,33	8 000	1 884	3 411	669	1 211	0,55
248	Красноуфимская РБ	38 376,86	37 279,18	22 750	1 687	1 639	584	568	1,03
253	Артинская ЦРБ	20 295,23	33 968,85	8 245	2 462	4 120	670	1 121	0,60
255	Нижнесергинская ЦРБ	32 481,27	45 635,88	14 000	2 320	3 260	739	1 038	0,71
256	Бисертская ГБ	7 010,84	9 912,24	3 800	1 845	2 608	681	963	0,71
261	Качканарская ЦГБ	22 125,43	24 583,61	12 800	1 729	1 921	523	581	0,90
265	Красноуральская ГБ	13 486,28	20 186,18	9 600	1 405	2 103	529	792	0,67
275	ЦГБ г. Верхняя Тура	6 992,35	6 459,01	3 100	2 256	2 084	690	637	1,08
277	Нижнетуринская ЦГБ	14 960,30	18 008,04	8 100	1 847	2 223	529	637	0,83
281	Сысертская ЦРБ	42 592,15	41 487,16	19 000	2 242	2 184	746	726	1,03
286	Байкаловская ЦРБ	9 880,34	11 526,68	5 000	1 976	2 305	598	698	0,86

Продолжение таблицы В.1		Объем сирования 4 год по предлагаемой методике, тыс. рублей	Действующий объем финансирования на 2014 г., тыс. рублей	Объем медицинской помощи (по решению Комиссии от 05.08.14), вызов	Стоимость вызова исходя из финансирования по методике, рублей	Стоимость вызова исходя из действующего финансирования, рублей	ПНФ по методике, рублей	ПНФ по действующему объему финансирования, рублей	Отклонение объема финансирования, рассчитанного по методике, от действующего на 2014 год, коэффициент (гр.3/гр.4)
№	организации								
287	Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина	56 922,49	55 143,35	28 200	2 019	1 955	659	638	1,03
289	Верхнесалдинская ЦГБ	26 040,83	23 768,69	15 450	1 685	1 538	535	488	1,10
290	Талицкая ЦРБ	32 524,32	30 813,27	15 600	2 085	1 975	661	626	1,06
300	Ирбитская ЦГБ	37 693,45	35 404,03	21 000	1 795	1 686	527	495	1,06
301	Пышминская ЦРБ	11 799,98	18 254,35	6 100	1 934	2 993	617	955	0,65
305	Режевская ЦРБ	24 735,32	24 104,87	12 720	1 945	1 895	520	507	1,03
306	Нижнесалдинская ЦГБ	8 905,78	11 854,96	7 000	1 272	1 694	538	717	0,75
310	Ачитская ЦРБ	12 191,08	20 203,59	4 890	2 493	4 132	683	1 132	0,60
311	Карпинская ЦГБ	17 721,91	21 533,81	9 800	1 808	2 197	598	726	0,82
312	Ивдельская ЦРБ	16 346,08	40 420,35	8 400	1 946	4 812	759	1 877	0,40
313	Дегтярская ГБ	7 980,47	10 775,14	5 000	1 596	2 155	557	752	0,74
321	Североуральская ЦГБ	32 297,26	36 033,33	12 500	2 584	2 883	727	811	0,90
336	Камышловская ЦРБ	25 771,92	26 802,02	17 390	1 482	1 541	510	531	0,96
337	ГБУЗ СО Арамилская ГБ	9 935,37	12 670,28	5 300	1 875	2 391	544	694	0,78
340	Туринская ЦРБ им. О.Д. Зубова	15 047,67	15 726,52	10 000	1 505	1 573	527	551	0,96
341	ГБ № 1 г. Краснотурьинск	37 822,67	35 616,09	19 300	1 960	1 845	601	565	1,06
347	Волчанская ГБ	5 463,35	7 755,48	3 800	1 438	2 041	547	776	0,70
349	Слободо-Туринская РБ	9 844,96	10 020,90	4 800	2 051	2 088	615	626	0,98
351	Восточная РБ	8 481,99	10 905,95	4 950	1 714	2 203	652	839	0,78
355	Каменская ЦРБ	13 377,10	21 391,41	7 040	1 900	3 039	674	1 078	0,63
369	Пелымская ГБ	2 896,33	5 070,65	1 410	2 054	3 596	766	1 341	0,57
410	Гаринская ЦРБ	3 014,94	5 659,21	2 100	1 436	2 695	800	1 502	0,53
586	Староуткинская ГБ	2 091,94	4 741,39	1 300	1 609	3 647	782	1 772	0,44

Окончание таблицы В.1		Объем финансирования на 2014 год по предлагаемой методике, тыс. рублей	Действующий объем финансирования на 2014 г., тыс. рублей	Объем медицинской помощи (по решению Комиссии от 05.08.14), вызов	Стоимость вызова исходя из финансирования по методике, рублей	Стоимость вызова исходя из действующего финансирования, рублей	ПНФ по методике, рублей	ПНФ по действующему объему финансирования, рублей	Отклонение объема финансирования, рассчитанного по методике, от действующего на 2014 год, коэффициент (гр.3/гр.4)
903	ГБ ЗАТО Свободный	4 465,96	6 173,69	2 420	1 845	2 551	733	1 014	0,72
1620	Алапаевская ЦРБ	20 036,78	28 617,63	7 700	2 602	3 717	748	1 068	0,70
1637	Полевская ЦГБ	44 101,39	45 065,43	21 000	2 100	2 146	586	599	0,98
1639	Артемовская ЦРБ	41 961,60	46 928,01	18 400	2 281	2 550	727	813	0,89
1712	ФГБУЗ ЦМСЧ №31 ФМБА России Новоуральск	57 037,16	60 903,67	29 667	1 923	2 053	607	649	0,94
1714	ЦГБ г. Кушва	26 907,49	27 662,22	12 200	2 206	2 267	599	616	0,97
1717	Новолялинская РБ	13 401,27	14 204,63	7 700	1 740	1 845	619	656	0,94
1720	Махневская РБ	4 424,38	9 197,30	2 550	1 735	3 607	747	1 554	0,48
1746	Горноуральская РБ	11 484,00	21 652,02	5 640	2 036	3 839	686	1 293	0,53
1750	Демидовская ГБ	5 060,41	17 795,63	1 950	2 595	9 126	742	2 609	0,28
1752	Белоярская ЦРБ	28 093,09	53 692,33	13 022	2 157	4 123	729	1 394	0,52
1755	Тавдинская ЦРБ	30 198,60	32 642,33	14 200	2 127	2 299	657	710	0,93

Приложение Г

Таблица Г. 3 - Поправочные коэффициенты для определения подушевого норматива финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи в 2015 года¹²

Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициенты, учитывающие особенности медицинских организаций											Итоговый коэф. (КП)	Отклонение итогового ПК на 01.04.15 от ПК на 01.01.15
		статус станции (Ксс)	наличие структурных подразделений (Кподр)		количество бригад (Кбр)		наличи е спец. (реаним ационн ой) бригад ы (Кпр)	занятость бригад (Кз)		наличие оргметод отделов (Комо)	деятельности в сельском (Кс)			
			колич- во подстан ций или филиал ов	коэф.	всего бригад	коэф.		% занятос ти	коэф.		место	коэф.		
	Всего по области												67,4	-5,90
42	ССМП г. Первоуральск	0,05	1+1	0,05	15			55,50	0,10	0,05			1,25	
1766	ГБ № 1 город Первоуральск				1	0,05		9,40			п.Старая Утка	0,05		-1,10
400	Серовская ГССМП	0,05			8,3			35,80		0,05			1,10	
534	ССМП г. Асбест	0,05	1	0,05	6			37,32		0,05			1,15	+0,05
233	Рефтинская ГБ				2			16,30						-1,00
237	Малышевская ГБ				1			12,00			посёлок	0,05		-1,10

¹² Составлено автором по: [24, 39].

Продолжение таблицы Г.1

Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициенты, учитывающие особенности медицинских организаций											Итоговый коэф.	Отклонение от среднего
578	ГБУЗ СО ГССМП г. Каменск-Уральский	0,05			13			58,60	0,10	0,05			1,20	
355	Каменская ЦРБ				2			48,48	0,10		село Покровск ое	0,05		-1,15
592	Ревдинская ССМП	0,05	1	0,05	4,3		0,10	38,38		0,05			1,25	+0,05
313	Дегтярская ГБ				2			24,80						-1,00
692	МБУ ССМП Екатеринбург	0,05	12	0,10	100		0,10	71,40	0,10				1,35	
907	ГССМП г. Н.Тагил	0,05	1	0,05	20		0,10	71,89	0,10	0,05			1,35	
1610	Алапаевская ССМП	0,05	1	0,05	5			32,79		0,05			1,15	+0,05
1720	Махневская РБ				1			34,33			посёлок	0,05		-1,10
	Отделения СМП													
47	Шалинская ЦГБ				1			42,00	0,10		посёлок	0,05	1,15	
91	ФГБУЗ ЦМСЧ № 91 ФМБА России Лесной				4			27,80					1,00	
207	ЦРБ Верхотурского района				1	0,05		56,17	0,10				1,15	
225	Невьянская ЦРБ				4			40,00	0,10				1,10	
226	Верх-Нейвинская ГП				1			15,45			посёлок	0,05	1,05	
227	Кировградская ЦГБ				3			20,11					1,00	
228	ГБ г. Верхний Тагил				1	0,05		26,70					1,05	
231	Березовская ЦГБ				4			44,10	0,10				1,10	
239	Сухоложская РБ				3			39,55					1,00	
240	ГБУЗ СО Богдановичская ЦРБ				4			40,80	0,10				1,10	
243	ФБУЗ МСЧ 32 ФМБА России Заречный				3			22,00					1,00	
245	Тугулымская ЦРБ				1	0,05		40,10	0,10		посёлок	0,05	1,20	+0,05

Продолжение таблицы Г.1

Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициенты, учитывающие особенности медицинских организаций											Итоговый коэф.	Отклонение от среднего
248	Красноуфимская РБ				4,9			39,00		0,05			1,05	
253	Артинская ЦРБ				2			48,00	0,10		рабочий посёлок	0,05	1,15	
255	Нижнесергинская ЦРБ		2	0,05	5	0,05		21,50			посёлок Михайло вск и посёлок В.Серги	0,05	1,15	
256	Бисертская ГБ				1	0,05		26,50			посёлок	0,05	1,10	
261	Качканарская ЦГБ				3			34,80					1,00	
265	Красноуральская ГБ				2			41,70	0,10				1,10	+0,10
275	ЦГБ г. Верхняя Тура				1	0,05		28,05				0,05	1,10	
277	Нижнетуринская ЦГБ				3			22,30					1,00	
281	Сысертская ЦРБ		4	0,05	7	0,05		30,70			село Никольск ое, село Патруши, посёлок Двуречен ск, п. Боровски й	0,05	1,15	
286	Байкаловская ЦРБ				2			32,30			село	0,05	1,05	
287	Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородин		1	0,05	7	0,05		38,63					1,10	
289	Верхнесалдинская ЦГБ				5	0,05		27,98					1,05	
290	Талицкая ЦРБ		2	0,05	4			59,80	0,10				1,15	
300	Ирбитская ЦГБ				6	0,05		38,97		0,05			1,10	
301	Пышминская ЦРБ				3			24,40			рабочий посёлок	0,05	1,05	
305	Режевская ЦРБ				3,5			12,50					1,00	

Продолжение таблицы Г.1

Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициенты, учитывающие особенности медицинских организаций											Итоговый коэф.	Отклонение итогового
306	Нижнесалдинская ЦГБ				2			29,76					1,00	
310	Ачитская ЦРБ		1	0,05	2			18,01			рабочий посёлок	0,05	1,10	
311	Карпинская ЦГБ				3			46,67	0,10				1,10	
312	Ивдельская ЦРБ				2			43,70	0,10				1,10	
321	Североуральская ЦГБ				5	0,05		35,75					1,05	
336	Камышловская ЦРБ				4			45,47	0,10				1,10	+0,10
337	ГБУЗ СО Арамилская ГБ				2			37,20					1,00	
340	Туринская ЦРБ им. О.Д. Зубова				2			29,41					1,00	
341	ГБ № 1 г. Краснотурьинск				6,4	0,05		38,00		0,05			1,10	
347	Волчанская ГБ				2			24,80					1,00	
349	Слободо-Туринская РБ				2			23,40			село	0,05	1,05	
351	Восточная РБ		1	0,05	2			20,40			посёлок	0,05	1,10	
369	Пелымская ГБ				1	0,05		40,20	0,10		посёлок	0,05	1,20	
410	Гаринская ЦРБ				1	0,05		40,80	0,10		посёлок	0,05	1,20	
903	ГБ ЗАТО Свободный				1	0,05		13,30			посёлок	0,05	1,10	
1620	Алапаевская ЦРБ		2	0,05	4			28,50			посёлок Верхняя Синячиха	0,05	1,10	+0,05
1637	Полевская ЦГБ		1	0,05	6	0,05		32,05					1,10	
1639	Артемовская ЦРБ		2	0,05	6	0,05		40,84	0,10				1,20	
1712	ФГБУЗ ЦМСЧ №31 ФМБА России Новоуральск				7,5	0,05		40,50	0,10				1,15	
1714	ЦГБ г. Кушва		1	0,05	3			34,91					1,05	
1717	Новолялинская РБ		1	0,05	2			34,00					1,05	

Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициенты, учитывающие особенности медицинских организаций										Итоговый коэф.	Отклонение от среднего
1746	Горноуральская РБ		4	0,05	4			15,02			посёлки Ново- Асбестов ский, Петрокам енский Южаково Горноура льский	0,05	1,10
1750	Демидовская ГБ		3	0,05	3			9,80			посёлки Висим, Черноист очинск Уралец	0,05	1,10
1752	Белоярская ЦРБ		2	0,05	4			40,00	0,10		рабочий посёлок	0,05	1,20
1755	Тавдинская ЦРБ		1	0,05	5	0,05		26,80			поселок Таборы	0,05	1,15

Приложение Д

Таблица Д.1 - Расчет сумм финансирования для медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, на 2015 год при подушевом нормативе финансирования, равном 50 руб., с учетом поправочных коэффициентов¹³

Код МО	Наименование медицинских организаций	Число прикрепленных ЗЛ на 01.12.2014	Сумма финансирования на 2015г., тыс. руб.	Поправочные коэф-ты	РСФ СМП на 2015г по Методике с учетом ПК, тыс.руб.
	ВСЕГО	4 232 596	3 062 586,1		3 057 920,2
	Станции СМП	2 317 484			1 814 507,7
42	ССМП Первоуральск	148 557		1,25	111 417,8
400	Серовская ГССМП	91 808		1,10	60 593,3
534	Асбестовская ССМП	73 763		1,10	48 683,6
578	ГССМП К-Уральский	186 411		1,20	134 215,9
592	Ревдинская ССМП	62 478		1,20	44 984,2
692	ССМП Екатеринбург	1 349 112		1,35	1 092 780,7
907	ГССМП Н.Тагил	361 986		1,35	293 208,7
1610	Алапаевская ССМП	43 369		1,10	28 623,5
	Отделения СМП	1 915 112			1 243 412,5
47	Шалинская ЦГБ	19 606		1,15	13 528,1
91	ЦМСЧ 91 ФМБА Лесной	53 141		1,00	31 884,6
207	Верхотурская ЦРБ	16 193		1,15	11 173,2
225	Невьянская ЦРБ	39 827		1,10	26 285,8
226	Верх-Нейвинская ГП	4 230		1,05	2 664,9
227	Кировградская ЦГБ	29 100		1,00	17 460,0
228	ГБ Верхний Тагил	13 697		1,05	8 629,1

¹³ Составлено автором по: [18,19,20,21,23].

Код МО	Наименование медицинских организаций	Число прикрепленн ых ЗЛ на 01.12.2014	Сумма финансирова ния на 2015г.,тыс.	Поправо чные коэф-ты	РСФ СМП на 2015г по Методике с учетом ПК, тыс.руб.
231	Березовская ЦГБ	66 171		1,10	43 672,9
233	Рефтинская ГБ	13 637		1,00	8 182,2
237	Малышевская ГБ	10 397		1,10	6 862,0
239	Сухоложская РБ	48 518		1,00	29 110,8
240	Богдановичская ЦРБ	50 966		1,10	33 637,6
243	МСЧ 32 ФМБА Заречный	29 333		1,00	17 599,8
245	Тугулымская ЦРБ	24 778		1,15	17 096,8
248	Красноуфимская РБ	66 870		1,05	42 128,1
253	Артинская ЦРБ	31 219		1,15	21 541,1
255	Нижнесергинская ЦРБ	43 571		1,15	30 064,0
256	Бисертская ГБ	10 638		1,10	7 021,1
261	Качканарская ЦГБ	43 860		1,00	26 316,0
265	Красноуральская ГБ	26 343		1,00	15 805,8
Окончание таблицы Д.1		9 909		1,10	6 539,9
277	Нижнетуринская ЦГБ	28 847		1,00	17 308,2
281	Сысертская ЦРБ	58 601		1,15	40 434,7
286	Байкаловская ЦРБ	16 746		1,05	10 550,0
287	Верхнепышминская ЦГБ	88 120		1,10	58 159,2
289	Верхнесалдинская ЦГБ	51 552		1,05	32 477,8
290	Талицкая ЦРБ	53 256		1,15	36 746,6
300	Ирбитская ЦГБ	71 017		1,10	46 871,2
301	Пышминская ЦРБ	18 886		1,05	11 898,2
305	Режевская ЦРБ	49 213		1,00	29 527,8
306	Нижнесалдинская ЦГБ	16 900		1,00	10 140,0
310	Ачитская ЦРБ	17 420		1,10	11 497,2
311	Карпинская ЦГБ	29 398		1,10	19 402,7
312	Ивдельская ЦРБ	21 712		1,10	14 329,9

Код МО	Наименование медицинских организаций	Число прикрепленн ых ЗЛ на 01.12.2014	Сумма финансирова ния на 2015г.,тыс.	Поправо чные коэф-ты	РСФ СМП на 2015г по Методике с учетом ПК, тыс.руб.
313	Дегтярская ГБ	14 804		1,00	8 882,4
321	Североуральская ЦГБ	44 175		1,05	27 830,3
336	Камышловская ЦРБ	51 618		1,00	30 970,8
337	Арамильская ГБ	19 212		1,00	11 527,2
340	Туринская ЦРБ	28 636		1,00	17 181,6
341	Краснотурьинская ГБ	63 367		1,10	41 822,2
347	Волчанская ГБ	10 072		1,00	6 043,2
349	Слободо-Туринская РБ	15 921		1,05	10 030,2
351	Восточная РБ	13 344		1,10	8 807,0
355	Каменская ЦРБ	20 227		1,15	13 956,6
369	Пелымская ГБ	3 580		1,20	2 577,6
410	Гаринская ЦРБ	3 677		1,20	2 647,4
903	ГБ ЗАТО Свободный	6 150		1,10	4 059,0
1620	Алапаевская ЦРБ	27 701		1,05	17 451,6
1637	Полевская ЦГБ	75 733		1,10	49 983,8
1639	Артемовская ЦРБ	58 350		1,20	42 012,0
1712	ЦМСЧ 31 ФМБА Новоур.	98 599		1,15	68 033,3
1714	Кушвинская ЦГБ	45 719		1,05	28 803,0
1717	Новолялинская РБ	22 131		1,05	13 942,5
1720	Махневская РБ	5 590		1,10	3 689,4
1746	Горноуральская РБ	18 447		1,10	12 175,0
1750	Демидовская ГБ	6 986		1,05	4 401,2
1752	Белоярская ЦРБ	39 217		1,20	28 236,2
1755	Тавдинская ЦРБ	45 380		1,10	29 950,8
1766	ГБ 1 Первоуральск	2 804		1,10	1 850,6

Приложение Е

Таблица Е.1 - Сравнение финансового обеспечения медицинских организаций на 2014 и 2015 годы¹⁴

Код МО	Наименование медицинских организаций	РСФ СМП на 2015г по Методике с учетом ПК, тыс.руб.	Фактическая сумма финансирования в 2014г., тыс.руб.	Отклонение сумм финансирования 2015 года от 2014 года	
				коэффициент	абсолютное отклонение, тыс. рублей
	ВСЕГО	3 057 920,2	3 000 479	1,02	57 441
	Станции СМП	1 814 507,7	1 639 253	1,11	175 255
42	ССМП Первоуральск	111 417,8	119 517	0,93	-8 099
400	Серовская ГССМП	60 593,3	63 791	0,95	-3 198
534	Асбестовская ССМП	48 683,6	62 178	0,78	-13 494
578	ГССМП К-Уральский	134 215,9	110 063	1,22	24 153
592	Ревдинская ССМП	44 984,2	47 273	0,95	-2 289
692	ССМП Екатеринбург	1 092 780,7	1 010 081	1,08	82 700
907	ГССМП Н.Тагил	293 208,7	195 925	1,50	97 284
1610	Алапаевская ССМП	28 623,5	30 425	0,94	-1 802
	Отделения СМП	1 243 412,5	1 361 226	0,91	-117 814
47	Шалинская ЦГБ	13 528,1	20 335	0,67	-6 807
91	ЦМСЧ 91 ФМБА Лесной	31 884,6	30 832	1,03	1 053
207	Верхотурская ЦРБ	11 173,2	13 006	0,86	-1 833
225	Невьянская ЦРБ	26 285,8	22 758	1,16	3 528
226	Верх-Нейвинская ГП	2 664,9	9 317	0,29	-6 652
227	Кировградская ЦГБ	17 460,0	19 935	0,88	-2 475
228	ГБ Верхний Тагил	8 629,1	9 785	0,88	-1 156
231	Березовская ЦГБ	43 672,9	33 433	1,31	10 240
233	Рефтинская ГБ	8 182,2	13 242	0,62	-5 060
237	Малышевская ГБ	6 862,0	10 473	0,66	-3 611
239	Суходоложская РБ	29 110,8	22 174	1,31	6 937
240	Богдановичская ЦРБ	33 637,6	28 032	1,20	5 606
243	МСЧ 32 ФМБА Заречный	17 599,8	16 444	1,07	1 156
245	Тугулымская ЦРБ	17 096,8	25 262	0,68	-8 165
248	Красноуфимская РБ	42 128,1	37 942	1,11	4 186
253	Артинская ЦРБ	21 541,1	31 415	0,69	-9 874
255	Нижнесергинская ЦРБ	30 064,0	42 877	0,70	-12 813
256	Бисертская ГБ	7 021,1	9 409	0,75	-2 388
261	Качканарская ЦГБ	26 316,0	24 790	1,06	1 526
265	Красноуральская ГБ	15 805,8	18 984	0,83	-3 178
275	Верхнетуруннская ЦГБ	6 539,9	6 648	0,98	-108
277	Нижнетурунская ЦГБ	17 308,2	18 518	0,93	-1 210

¹⁴ Составлено автором по: [18,19,20,21,23].

Код МО	Наименование медицинских организаций	РСФ СМП на 2015г по Методике с этом ПК,	Фактическая сумма финансирова ния в 2014г.,	Отклонение сумм финансирования 2015 года от 2014 года	
		40 434,7	40 671	0,99	-236
286	Байкаловская ЦРБ	10 550,0	11 226	0,94	-676
287	Верхнепышминская ЦГБ	58 159,2	55 291	1,05	2 868
289	Верхнесалдинская ЦГБ	32 477,8	25 453	1,28	7 025
290	Талицкая ЦРБ	36 746,6	31 841	1,15	4 906
300	Ирбитская ЦГБ	46 871,2	38 009	1,23	8 862
301	Пышминская ЦРБ	11 898,2	17 835	0,67	-5 937
305	Режевская ЦРБ	29 527,8	24 948	1,18	4 580
306	Нижнесалдинская ЦГБ	10 140,0	11 567	0,88	-1 427
310	Ачитская ЦРБ	11 497,2	19 043	0,60	-7 546
311	Карпинская ЦГБ	19 402,7	20 989	0,92	-1 586
312	Ивдельская ЦРБ	14 329,9	37 381	0,38	-23 051
313	Дегтярская ГБ	8 882,4	10 927	0,81	-2 045
321	Североуральская ЦГБ	27 830,3	33 924	0,82	-6 094
336	Камышловская ЦРБ	30 970,8	27 239	1,14	3 732
337	Арамилевская ГБ	11 527,2	12 937	0,89	-1 410
340	Турунская ЦРБ	17 181,6	15 994	1,07	1 188
341	Краснотурьинская ГБ	41 822,2	37 031	1,13	4 791
347	Волчанская ГБ	6 043,2	7 317	0,83	-1 274
349	Слободо-Турунская РБ	10 030,2	11 467	0,87	-1 437
351	Восточная РБ	8 807,0	10 340	0,85	-1 533
355	Каменская ЦРБ	13 956,6	20 052	0,70	-6 095
369	Пелымская ГБ	2 577,6	5 027	0,51	-2 449
410	Гаринская ЦРБ	2 647,4	5 659	0,47	-3 012
903	ГБ ЗАТО Свободный	4 059,0	6 543	0,62	-2 484
1620	Алапаевская ЦРБ	17 451,6	28 283	0,62	-10 831
1637	Полевская ЦГБ	49 983,8	45 919	1,09	4 065
1639	Артемовская ЦРБ	42 012,0	45 607	0,92	-3 595
1712	ЦМСЧ 31 ФМБА Новоур.	68 033,3	62 463	1,09	5 570
1714	Кушвинская ЦГБ	28 803,0	27 771	1,04	1 032
1717	Новолялинская РБ	13 942,5	14 802	0,94	-860
1720	Махневская РБ	3 689,4	9 095	0,41	-5 406
1746	Горноуральская РБ	12 175,0	20 841	0,58	-8 666
1750	Демидовская ГБ	4 401,2	16 236	0,27	-11 835
1752	Белоярская ЦРБ	28 236,2	49 639	0,57	-21 403
1755	Тавдинская ЦРБ	29 950,8	31 882	0,94	-1 931
1766	ГБ 1 Первоуральск	1 850,6	4 366	0,42	-2 515