



ПОСТАНОВЛЕНИЕ

АДМИНИСТРАЦИИ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

29 февраля 2013 года г. Липецк

№ 103

Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Липецкой области»

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2599-р администрация Липецкой области постановляет:

Утвердить план мероприятий («дорожную карту») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Липецкой области».

Глава администрации
Липецкой области

О.П.Королев

Приложение
к постановлению
администрации Липецкой области
«Об утверждении плана мероприятий
(«дорожной карты») «Изменения
в отраслях социальной сферы,
направленные на повышение
эффективности здравоохранения
в Липецкой области»

П Л А Н
**мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы,
направленные на повышение эффективности здравоохранения
в Липецкой области**

I. Общее описание «дорожной карты»

Целью «дорожной карты» «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Липецкой области» (далее – «дорожная карта») является повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников.

Анализ медико-демографической ситуации
в Липецкой области

Численность постоянного населения Липецкой области на 1 января 2012 года составила 1165,9 тыс. человек, сократившись с 2005 года на 24,0 тыс. человек, или 2,0%. Численность населения трудоспособного возраста уменьшилась за анализируемый период на 4,5% (с 724496 до 692011 чел.), подростков (15-17 лет) - на 39,5% (с 56794 до 34336 чел.), детского населения (0-14 лет) - на 0,2% (с 167322 до 167045 чел.). В возрастной структуре населения области лица младше трудоспособного возраста составляют 15,2%, трудоспособное население – 59,4%, старше трудоспособного возраста – 25,4%. Соотношение мужчин и женщин: 1/1,2.

Уровень рождаемости в 2012 году по сравнению с 2005 годом вырос на 24,7% (с 9,3 до 11,6 на 1000 чел. населения). Прирост рождаемости уменьшился соответственно периодам. Если с 2005 года по 2008 год ее среднегодовое увеличение составляло 5%, то за период с 2008 года по 2009 год – 1%. Динамика показателя в 2009-2010 годах отсутствовала, с 2010 года по 2011 год регистрировалось снижение на 1,8%, с 2011 года по 2012 год - рост на 6,4%. Данное обстоятельство связано с уменьшением количества женщин фертильного возраста (в 2005 году – 318,8 тыс. чел., в 2012 году – 285,0 тыс. чел.).

Уровень смертности за период с 2005 года по 2012 год снизился на 7,8% (с 1794,2 до 1530,0 на 100 тыс. нас.). Смертность населения сократилась за счет уменьшения случаев смерти от болезней системы кровообращения - на 26,9% (с 1188,1 до 868,0 на 100 тыс. нас.), от внешних причин - на 30,5% (с 207,6 до 149,9 на 100 тыс. нас.), от болезней дыхания - на 28,6% (с 65,0 до 46,4 на 100 тыс. нас.), от инфекционных и паразитарных болезней - на 40,3% (с 13,4 до 8,0 на 100 тыс. нас.).

Коэффициент естественной убыли населения за анализируемый период уменьшился в 2,3 раза, или с (-8,64) до (-3,7) на 1000 населения.

Лидирующие позиции в структуре причин смертности занимают болезни системы кровообращения, от которых в 2012 году умерли 10102 чел., или 56,7% от общего количества умерших. На втором месте следуют новообразования, доля умерших от которых - 13,2%. Несчастные случаи, травмы и отравления явились причиной смерти в 9,4% случаев.

Показатель смертности от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек с 2005 года по 2012 год уменьшился на 26,9 %. В 2010 году он составил 957,2, в 2011 году - 841,4, в 2012 году - 868,0 случаев на 100 тыс. человек (по РФ в 2005 году - 908,0, в 2006 году - 865, в 2007 году - 829, в 2008 году - 835,5, в 2009 году - 801,0, в 2010 году - 811,7 случаев на 100 тыс. человек). Доля смертности от ишемической болезни сердца в структуре смертности от болезней системы кровообращения - 57 % (по РФ - 50%).

В 2012 году смертность от онкологических заболеваний составила 201,2 на 100 тыс. человек, увеличившись на 4,0% по сравнению с 2011 годом: в 2011 году - 193,4, в 2010 году - 196,2, в 2009 году - 204,5, в 2008 году - 197,8, в 2007 году - 202,1, в 2006 году - 194,3; в 2005 году - 190,0 (по РФ в 2010 году - 206,6, в 2009 году - 206,9, в 2008 году - 203,8, в 2007 году - 203,0, в 2006 году - 200,9; в 2005 году - 201,2).

Смертность от внешних причин на 100 тыс. человек в сравнении с 2005 года уменьшилась на 30,5%: в 2012 году - 144,3, в 2011 году - 149,9, в 2010 году - 144,4, в 2009 году - 153,3, в 2008 году - 172,7, в 2007 году - 177,6, в 2006 году - 200,2, в 2005 году - 207,6 (по РФ в 2010 году - 152,8, в 2009 году - 158,3, в 2008 году - 172,2, в 2007 году - 182,5, 2006 году - 198,5 случаев, в 2005 году - 220,7).

Следует отметить, что более чем в двух третях случаев смертность от внешних причин связана со злоупотреблением алкогольными напитками. В 2012 году смертность в результате случайного отравления алкоголем составила 20,7 на 100 тыс. населения (по РФ в 2009 году - 15,0, в 2008 году - 16,9, в 2007 году - 17,7; 2006 году - 23,1; в 2005 году - 28,6). Средний возраст смерти от случайного отравления алкоголем среди мужчин - 46,2 лет, среди женщин - 56,3 года.

Смертность от всех видов транспортных несчастных случаев, включая дорожно-транспортных происшествия, в 2012 году в Липецкой области составила 26,9 на 100 тыс. населения, в 2011 году - 28,1, в 2010 году - 24,4, в 2009 году - 25,0, в 2008 году - 30,8, в 2007 году - 29,4, в 2006 году - 29,6 (по РФ в 2009 году - 20,1, в 2008 году - 25,0, в 2007 году - 27,5; 2006 году - 26,8, в 2005 году - 28,1).

На территории области регистрируется положительная тенденция увеличения показателя ожидаемой продолжительности жизни населения. Если в 2004 году она составляла 66 лет, то к 2011 году увеличилась до 69,9 лет. Вместе с тем сохраняется высокой разницей между ожидаемой продолжительностью

жизни мужчин и женщин и составляет около 14 лет. Ключевое влияние на формирование данного показателя оказывает смертность людей трудоспособного возраста, главным образом, мужчин, которая в 5,1 раза превышает таковую среди женщин.

На фоне сложившихся демографических показателей естественного движения населения отмечается стойкая тенденция увеличения хронических заболеваний, атипичность их течения и многосистемность поражения, а также связанное с этим возрастание потребности в получении соответствующей специализированной медицинской помощи.

Показатель первичной инвалидности взрослого населения Липецкой области за период с 2005 года по 2012 год уменьшился в 3 раза, или с 217,5 до 70,8 на 10 тыс. населения. В общем числе впервые признанных инвалидами доля лиц трудоспособного возраста в 2012 году составила 52,6%, увеличившись по сравнению с 2005 годом на 16,3% (в 2005 году - 36,3%, в 2006 году - 39,7%, в 2007 году - 40,7%, в 2008 году - 44,3%, в 2009 году - 48%, в 2010 году - 50,2%, в 2011 году - 53,1%, в 2012 году - 52,6%), что указывает на необходимость совершенствования мероприятий, направленных на комплексное решение задач по снижению инвалидизации населения, включая формирование системы эффективной профилактики, дальнейшее повышение качества оказания медицинской помощи и развитие медицинских реабилитационных технологий.

Таким образом, несмотря на положительные изменения медико-демографических показателей, состояние общественного здоровья в Липецкой области определяет необходимость его дальнейшего улучшения путем повышения качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников с учетом трехуровневой системы, а также ресурсного обеспечения региональной системы здравоохранения.

Структурные преобразования системы здравоохранения области включают в себя реализацию следующих мероприятий:

1. Структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи.

1.1. Создание межмуниципальных консультативно-диагностических центров первичной специализированной медицинской помощи.

1.2. Формирование потоков пациентов по единым принципам маршрутизации.

1.3. Развитие стационарозамещающих и выездных методов работы.

1.4. Создание в структуре медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, подразделений неотложной медицинской помощи, работающих во взаимодействии с единой диспетчерской службой скорой медицинской помощи.

1.5. Совершенствование принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

1.6. Совершенствование системы диспансеризации населения и развитие патронажной службы для проведения активных посещений к хроническим больным на дому.

1.7. Сохранение и развитие первичной медико-санитарной помощи сельскому населению за счет сохранения и развития фельдшерско-акушерских

пунктов, врачебных амбулаторий, центров общей врачебной практики, расширения выездной работы в составе врачебных бригад.

2. Структурные преобразования системы оказания специализированной (стационарной) помощи.

2.1. Развитие этапной системы оказания специализированной медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания.

2.2. Создание в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, службы маршрутизации, ответственной за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных, а также внедрение новых медицинских технологий.

2.3. Обеспечение преемственности в ведении больного на всех этапах.

2.4. Оптимизация структуры отрасли путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров.

2.5. Обеспечение доступности для населения современных эффективных медицинских технологий.

2.6. Оптимизация оказания медицинской помощи в стационарных условиях на основе оптимизации структуры коечного фонда медицинских организаций и интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, а также развития стационарозамещающих технологий.

2.7. Развитие системы оказания медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи.

3. Структурные преобразования системы оказания медицинской помощи матерям и детям.

3.1. Совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи на основе развития сети перинатальных центров и маршрутизации беременных.

3.2. Развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи.

3.3. Развитие организационных технологий, предусматривающих четкую маршрутизацию больных детей в тесной привязке к действующей сети медицинских организаций с учетом региональных особенностей заболеваемости и смертности детей.

4. Структурные преобразования системы оказания скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, предусматривают создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи с использованием технологий управления приема и обработки вызовов на базе спутниковой навигационной системы ГЛОНАСС.

5. Кадровое обеспечение системы здравоохранения.

Направление 1. Структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи

1.1. Создание межмуниципальных консультативно-диагностических центров первичной специализированной медицинской помощи

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом возможности выбора гражданином врача и медицинской организации.

Развитие консультативно-диагностической службы основывается на принципах концентрации и специализации, стандартизации аппаратно-инструментальных и лабораторных исследований, что достигается внедрением однотипных стандартов для одного уровня, использованием унифицированных методов исследований и современных технологий, постоянным проведением контроля качества, повышением квалификации персонала, совершенствованием клинико-экспертной и организационно - методической деятельности.

Компактные размеры области (протяженность с севера на юг - 200 км, с запада на восток - 150 км), средняя плотность населения (48,5 чел./кв.км), развитость транспортной инфраструктуры (густота автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием - 251,6 на 1000 кв. км территории, удельный вес автодорог с твердым покрытием в общей протяженности автодорог общего пользования - 90%) обеспечивают возможность получения медицинской помощи в возможно короткие сроки.

В целях обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи, преемственности на всех этапах ее оказания, приближения к пациентам специализированных видов медицинской помощи, а также рационального использования имеющихся ресурсов, выделяется три уровня оказания первичной медико-санитарной помощи:

Первый уровень (первичный) - подразделения, оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь в части обеспечения первичного приема населения и последующего диспансерного наблюдения.

Второй уровень (специализированный) - лечебно-диагностические (специализированные) отделения, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь, в том числе осуществляющие консультативно-диагностическое обеспечение прикрепленного по территориально-участковому принципу населения.

Третий уровень (специализированный консультативно-диагностический, в том числе высокотехнологичный) - лечебно-диагностические специализированные подразделения стационарных учреждений, на базе которых осуществляются консультативно-диагностические приемы, оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь жителям области.

Основные задачи первого уровня:

- 1) организация и проведение мероприятий по профилактике, раннему выявлению и лечению заболеваний и состояний;
- 2) наблюдение за течением беременности;
- 3) формирование здорового образа жизни, в том числе снижение уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническое просвещение населения;
- 4) оказание неотложной медицинской помощи при острых и внезапных заболеваниях и состояниях, травмах, отравлениях и других несчастных случаях.

Основные задачи второго уровня:

- 1) профилактика, диагностика и лечение заболеваний и состояний, требующих применения специальных методов исследований;
- 2) обеспечение консультативной и диагностической помощью по профилю заболевания;
- 3) определение рекомендаций по дальнейшему лечению больных.

Основные задачи третьего уровня: консультативно-диагностическая помощь с применением ресурсоемких диагностических технологий, в том числе в условиях дневного стационара.

Первый уровень представлен 19 самостоятельными поликлиниками и 51 поликлиникой, входящими в состав больничных учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, включая участковую терапевтическую службу, врачей-специалистов, кабинеты (отделение) профилактики, имеющим в составе смотровой кабинет, флюорографию, рентгенографию, ЭКГ, школы здоровья, лабораторную диагностику, центры здоровья, дневные стационары, отделения неотложной помощи. Населению области оказывается амбулаторная помощь по 73 врачебным специальностям. Плановая мощность амбулаторно-поликлинических учреждений - 31901 посещений в смену. Обеспеченность на 10 тыс. населения амбулаторной помощью - 274,2 посещений в смену.

Второй уровень консультативно - диагностической службы представлен 35 межмуниципальными центрами. К 2018 году на базе территориальных поликлиник планируется организовать работу дополнительно 5 консультативно-диагностических центров, рассчитанных на 2-3 муниципальных района, а также 3 консультативно-диагностических центров в г. Липецке. В межмуниципальных консультативно-диагностических центрах будет концентрироваться оказание узкоспециализированных видов медицинской помощи в соответствии со штатными нормативами на прикрепленное.

Третий уровень представлен областными консультативно-диагностическими поликлиниками. По состоянию на 01.01.2013 года на территории области функционируют 14 поликлиниками в составе областных стационарно-поликлинических учреждений здравоохранения. До 2018 года планируется их дальнейшее развитие, укрепление материально-технической базы лечебно-диагностического процесса и кадрового потенциала.

1.2. Формирование потоков пациентов по единым принципам маршрутизации

Для обеспечения равных условий получения медицинской помощи населению, рационального использования кадровых и материально-технических ресурсов, межмуниципальным специализированным центрам определены зоны ответственности, разработаны схемы маршрутизации потоков больных.

При обращении пациента для прохождения профилактического медицинского осмотра он направляется в подразделения первого уровня, обеспечивающие проведение профилактических мероприятий: отделение (кабинет) доврачебного приема, отделение (кабинет) медицинской профилактики, центр здоровья, женскую консультацию.

По результатам профилактического обследования при выявлении факторов риска развития неинфекционных заболеваний пациенту рекомендуется динамическое наблюдение в центре здоровья, отделении (кабинете) медицинской профилактики по месту его прикрепления, посещение занятий в соответствующих школах здоровья, лечебно-физкультурных кабинетах по программам, разработанным в центре здоровья.

В случае, если выявляется подозрение на какое-либо заболевание, пациенту рекомендуется (оформляется) направление к врачу-специалисту соответствующего профиля, врачу-терапевту участковому или врачу-специалисту первого уровня для определения дальнейшей тактики наблюдения и лечения.

При обращении пациента по поводу заболевания на первом уровне первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой и неотложной форме:

плановая медицинская помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

неотложная медицинская помощь оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Порядок организации оказания неотложной медицинской помощи определен приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Оказание плановой первичной медико-санитарной помощи осуществляется на основе взаимодействия врачей-терапевтов участковых и врачей-специалистов по профилю заболевания пациента (врачей-хирургов, оториноларингологов, неврологов, офтальмологов, кардиологов, эндокринологов, врачей-гастроэнтерологов, инфекционистов и врачей других специальностей).

Основным звеном, обеспечивающим организацию лечебно-диагностического процесса, диспансерное динамическое наблюдение пациента, является врач-терапевт участковый.

Врач-специалист осуществляет лечение, интерпретацию данных диагностических исследований и динамическое наблюдение по профилю заболевания.

Прием врачи-специалисты осуществляют по направлению медицинских работников, ведущих доврачебный прием, врачей-терапевтов участковых, а также при самостоятельном обращении пациента.

При наличии медицинских показаний лечение, диспансерное динамическое наблюдение и реабилитацию осуществляет врач-специалист соответствующего профиля.

При отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях, наличии медицинских показаний пациент в плановом порядке, после полного обследования на догоспитальном этапе в соответствии со стандартом медицинской помощи, направляется на лечение в стационарных условиях.

Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи на втором уровне осуществляется в плановой форме по направлению врачей-терапевтов участковых и врачей-специалистов подразделений первого уровня.

Направление пациентов в подразделения второго уровня осуществляется в следующих случаях:

при необходимости уточнить диагноз или стадию заболевания, определяющие особенности лечебной тактики;

при необходимости осуществить в ходе дообследования специальные инвазивные и неинвазивные лечебные и диагностические мероприятия;

при наличии диагноза у пациента, требующего оказания специализированной медицинской помощи, которую можно осуществить амбулаторно или в условиях дневного стационара подразделений второго уровня;

при отсутствии эффекта от проводимого лечения, необходимости коррекции проводимой терапии или индивидуального подбора лекарственных препаратов, наличии у пациента длительных периодов временной нетрудоспособности;

при отсутствии соответствующего специалиста или вида обследования, необходимого больному.

В последующем лечение и наблюдение за состоянием пациента в соответствии с полученными рекомендациями осуществляет врач-терапевт участковый, врач-специалист первого уровня.

По медицинским показаниям врач-специалист второго уровня может назначить дополнительные обследования и консультации.

В зависимости от медицинских показаний лечение, динамическое наблюдение и реабилитация пациента может осуществляться на базе специализированных отделений второго уровня. При этом обеспечивается взаимодействие с врачом-терапевтом участковым.

Основными показаниями для направления пациента из лечебно-диагностических подразделений второго уровня в лечебно-диагностические специализированные подразделения третьего уровня являются:

отсутствие эффекта от проводимого лечения (долечивания), необходимость коррекции проводимой терапии или индивидуального подбора лекарственных препаратов;

отсутствие соответствующего специалиста или вида обследования, которые необходимы больному;

отсутствие соответствующего специалиста или возможности проведения обследования, необходимого больному на втором уровне;

уточнение показаний для решения о госпитализации для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях областных учреждений здравоохранения;

наличие у пациента диагноза, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, которую можно осуществить в условиях областных учреждений здравоохранения.

Маршрутизация пациентов и движение потоков больных будет обеспечиваться дополнительными мощностями санитарного автопарка, который в 2012 г. был полностью обновлен в рамках реализации региональной программы модернизации, с другой стороны, потребуется выделение дополнительных маршрутов и количества рейсов общественного транспорта с целью свободного перемещения потребителей медицинских услуг внутри зоны обслуживания.

1.3. Развитие стационарозамещающих и выездных методов работы

В 2012 году в области функционировали 78 дневных стационаров при поликлиниках на 1745 мест, из них: в сельских муниципальных районах - 814 мест, в г. Ельце - 215 мест, в г. Липецке - 634 места, в областных медицинских организациях - 82 места. Кроме того, развернута сеть стационаров на дому, включающая 56 стационаров на 191 место, в том числе: в районах области - 145 мест, в г. Ельце - 45 мест, в ГУЗ «Областная больница № 2» - 1 место. Всего в 2012 году на койках дневных стационаров всех типов пролечены 63 485 больных при средней длительности лечения 12,6 дней.

Поликлинические подразделения и в дальнейшем будут наращивать объемы стационарозамещающей помощи. К 2018 году доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий составит 9,1%. В результате этого будут снижаться объемы помощи в круглосуточных стационарах, что приведёт к дальнейшей оптимизации и интенсификации в них лечебно-диагностического процесса.

Наряду с развитием сети учреждений первичного звена планируется обеспечить увеличение объемов выездных форм предоставления медицинских услуг в виде передвижных врачебных амбулаторий, центров здоровья, флюорографов, маммографов и др. В ходе реализации мероприятий будет отработана и внедрена унифицированная модель организации выездных бригад центральных районных больниц, а также поликлиник областного уровня.

С целью расширенного внедрения в практику выездных методов работы во всех муниципальных районах области организован выезд врачей или врачебных бригад в соответствии с графиком на сельские участки для диспансеризации пациентов, а также контроля проводимого лечения.

В дополнение к выездным формам работы, реализуемым на I и II уровнях, выездная медицинская помощь оказывается специализированными бригадами

ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» и педиатрическими консультативно-реанимационными бригадами ГУЗ «Областная детская больница» (выездная поликлиника «Здоровье»).

Выездные бригады оснащены мобильными диагностическими комплексами, закупленными в 2010-2011 годах за счет средств областного бюджета, портативной диагностической и лечебной аппаратурой: УЗИ, электрокардиографами и т.д. В целях повышения доступности первичной медико-санитарной помощи населению за счет использования выездных форм работы, в дополнение к имеющимся двум в рамках реализации региональной программы модернизации здравоохранения закуплены два передвижных мобильных диагностических комплекса.

В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций создаются подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

1.4. Создание в структуре медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, подразделений неотложной медицинской помощи, работающих во взаимодействии с единой диспетчерской службой скорой медицинской помощи

Для уменьшения нагрузки на службу скорой медицинской помощи (далее – СМП) в Липецкой области проводится работа по организации при амбулаторно-поликлинических учреждениях отделений неотложной медицинской помощи, располагающих необходимым санитарным транспортом, оснащением и дежурной службой. Отделения неотложной помощи призваны обслуживать вызовы на дому при неотложных состояниях, связанных с высокой температурой, подъемом артериального давления, выраженным болевым синдромом и т.п.

Все поступающие на телефон «03» вызовы дифференцируются на две категории: экстренные и неотложные. Бригады «скорой помощи» выезжают к пациентам на случаи, представляющие угрозу для жизни и требующие оказания экстренной помощи. Дежурные службы неотложной помощи, созданные при поликлиниках, обслуживают пациентов при заболеваниях, не угрожающих жизни, когда можно оказать помощь на дому.

Планируется внедрение двух моделей системы ургентной помощи на догоспитальном этапе:

I. По месту происшествия:

улица – компетенция СМП;

квартира - компетенция службы «неотложной» помощи при поликлиниках;

II. По тяжести:

жизнеопасные состояния - компетенция станции СМП независимо от места происшествия;

более легкие – компетенция службы «неотложной» помощи при поликлиниках.

Предусматривается включение станций СМП в систему общей электронной связи с поликлиниками, что позволит быстро передавать обращения пациентов в службу неотложной помощи и стационары, а это в свою очередь позволит получать оперативную информацию о свободных койках в стационарах на момент госпитализации.

По состоянию на 01.01.2013 года отделения неотложной медицинской помощи созданы при 26 поликлинических учреждениях г.Липецка, г.Ельце и 18 центральных районных больницах.

К 2018 году такие отделения будут открыты и начнут функционировать в каждой поликлинике. Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий к 2018 году возрастет до 3,9 % при снижении расходов на скорую помощь до 5,1 %.

1.5. Совершенствование принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи

Взаимодействие подразделений СМП со стационарными учреждениями на территории области будет продолжено по следующим направлениям.

Проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе, что приведет к снижению госпитальной летальности на 15-20 процентов от инфаркта миокарда и существенно улучшит прогноз у больных инфарктом миокарда.

Повышение квалификации медицинских работников бригад скорой медицинской помощи по вопросам оказания экстренной помощи больным инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.

Повышение профильности вызовов выездных врачебных бригад СМП за счет вызовов, требующих преимущественно врачебной компетенции, путем передачи части вызовов фельдшерским бригадам.

В связи с необходимостью раннего выявления болезней системы кровообращения, являющихся одними из основных факторов, влияющих на смертность населения, имеется необходимость внедрения в практику фельдшеров первичного звена и скорой медицинской помощи комплексы передачи электрокардиограммы на расстоянии и создать в центральных районных больницах кардио-диагностические консультативные центры, что позволит увеличить выявляемость больных инфарктом миокарда и долю госпитализированных в первые шесть часов - на 20%.

Возможностью передачи электрокардиограммы необходимо обеспечить все фельдшерско-акушерские пункты и фельдшерские бригады скорой медицинской помощи. Кардио-диагностические консультативные центры планируется организовать в первичных сосудистых отделениях. Одновременное обеспечение возможности применения фельдшерами скорой медицинской помощи догоспитального тромболитика при остром коронарном синдроме позволит снизить смертность от инфаркта миокарда в 2,5 раза, а пятилетнюю выживаемость данной категории пациентов - в 1,5 раза.

Создание телекоммуникационных связей между клиническими центрами и врачами скорой медицинской помощи для консультирования пациентов и повышения профессиональных знаний медицинских работников.

Использование системы спутниковой навигации на базе технологии ГЛОНАСС позволит сократить время приезда бригад скорой медицинской помощи на место вызова, контролировать взаимодействие подразделений СМП а также оптимизировать расходы, связанные с эксплуатацией автомобилей. Это приведет к дальнейшему сокращению времени реагирования бригад СМП на дорожно-транспортные происшествия, оптимизации маршрутизации, обеспечению контроля за порядком приема вызовов и своевременностью их выполнения. Работа персонала отделения неотложной помощи будет организована согласно регламенту взаимодействия с Липецкой областной станцией и отделениями СМП, что обеспечит необходимую преемственность между подразделениями СМП и медицинскими организациями.

1.6. Совершенствование системы диспансеризации населения и развития патронажной службы

Дальнейшее повышение качества диспансеризации населения будет обеспечиваться за счет профилактики развития факторов риска возникновения и развития хронических неинфекционных заболеваний, формирования приверженности населения к здоровому образу жизни, ранней диагностики и лечению болезней.

Своевременное выявление заболеваний на ранних стадиях повлечет за собой снижение инвалидизации граждан и сокращение преждевременной смертности населения.

Основными технологическими элементами в процессе выявления факторов риска неинфекционных заболеваний в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи являются кабинеты (отделения) медицинской профилактики, и кабинеты доврачебного приема, в которых всем лицам, обратившимся в поликлинику, должен быть определен фактор риска развития неинфекционных заболеваний, рассчитан суммарный сердечно-сосудистый риск, а также выполнена его факторная коррекция. Направление граждан в кабинеты (отделения) медицинской профилактики и кабинеты доврачебного приема осуществляется специалистами поликлиники, сотрудниками регистратуры при первичном обращении, а также путем самообращения граждан.

На 01.01.2013 года в каждом поликлиническом отделении области открыто отделение (кабинет) медицинской профилактики и организована работа согласно требованиям приказа Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Открытие таких отделений (кабинет) способствует активизации профилактической работы, в том числе и диспансеризации всех групп населения.

В 2013 году начинается работа по диспансеризации населения, в результате которой запланировано осмотреть 37500 человек взрослого населения. Ежегодно объём подлежащих диспансеризации будет увеличиваться.

Разработка и утверждение единых стандартов (протоколов) наблюдения за лицами с выявленными факторами риска развития заболеваний, а также создание единой системы мониторинга факторов риска у населения, позволят качественно оценивать эффективность деятельности кабинетов (отделений) медицинской профилактики, центров здоровья.

Для повышения качества и эффективности деятельности кабинетов (отделений) медицинской профилактики, центров здоровья будут осуществляться мероприятия по укреплению их материально-технической базы, совершенствованию нормативной правовой и методической базы, информационного и программного обеспечения их деятельности. Планируется закупка двух передвижных мобильных комплексов с целью повышения доступности диспансеризации.

В рамках диспансеризации будет продолжено широко распространённая в Липецкой области форма обслуживания в виде выездов на дом специализированных медицинских бригад для обследования пациентов с обязательным участием врачей-специалистов по профилю заболевания.

Доступность медицинской помощи жителям старших возрастных групп обеспечивается через проведение углубленного диспансерного обследования инвалидов, ветеранов, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны. В 2012 году в ходе углубленной диспансеризации осмотрено 4407 человека (100%). По результатам проведенного углубленного диспансерного обследования все нуждающиеся ветераны получают необходимое лечение в специализированных отделениях областных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Организован активный патронаж одиноких ветеранов, в том числе проживающих в отдаленных пунктах. Кроме того, по результатам диспансеризации в обязательном порядке проводится внеочередное оздоровление инвалидов в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, включая рекомендации по санаторно-курортному лечению.

Будет активизирована патронажная работа, в том числе в виде организация патронажа женщин, нуждающихся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке, патронажной формы оказания реабилитационной помощи, выездной патронажной бригады паллиативной помощи.

1.7. Развитие первичной медико-санитарной помощи сельскому населению

В Липецкой области медицинская помощь сельскому населению оказывается 18 центральными районными больницами, 5 участковыми больницами, 29 врачебными амбулаториями, 22 кабинетами общей врачебной практики (далее – ОВП), 39 территориально обособленными центрами ОВП, 389 фельдшерско-акушерскими пунктами (далее – ФАП).

Территориальное расположение участковых врачей, врачей общей практики, фельдшерско-акушерских пунктов, компактные размеры области, развитость транспортной инфраструктуры обеспечивают возможность в оптимально короткие сроки получать медицинскую помощь.

Основными направлениями совершенствования оказания медицинской помощи сельскому населению являются:

1. Оптимизация сети учреждений здравоохранения в сельской местности.

Первый контакт сельских жителей со здравоохранением осуществляется на уровне ФАП, центрах ОВП и врачебных амбулаторий. В 2012 году в них обслужено 1 429 525 посещений. Врачи общей врачебной (семейной) практики обслужили 460390 посещений, в том числе 163 066 (27,8%) с профилактической целью. Кроме того, выполнены 126 265 посещений на дому.

2. Совершенствование деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сельскому населению.

Запланировано увеличение числа посещений к фельдшерам ФАПов, а также посещений на дому, вследствие активного привлечения медицинских работников ФАПов к подворовым обходам для раннего выявления заболеваний и профилактики обострения заболеваний у хронических больных.

На медицинских работников ФАПов возложены дополнительные функции по ранней диагностике социально значимых заболеваний (проведение кардио- и онкоскринингов, привлечение к профилактическим осмотрам), наблюдение хронических больных, наблюдение за приемом лекарственных средств больными туберкулезом.

В Липецкой области будет продолжена работа по укреплению материально-технической базы ФАПов, врачебных амбулаторий и ВОП.

3. Повышение доступности медицинской помощи сельскому населению.

Повышение доступности медицинской помощи сельскому населению путем организации выездных методов лечебно-диагностической и профилактической работы, развитие сети офисов общей врачебной практики в соответствии с численностью проживающего населения, приближение первичной медико-санитарной, в т.ч. врачебной, медицинской помощи населению.

В целом сеть медицинских учреждений сельских районов области соответствует нормативам. Существующие ФАП выполняют функции в полном объеме и их реорганизация в фельдшерские пункты не планируется. Дефицит фельдшерско-акушерских пунктов компенсируется за счет активного развития сети общих врачебных практик и совершенствования маршрутизации больных из близлежащих населенных пунктов в центральные районные больницы.

В сельских поселениях с численностью населения менее 100 человек на 01.01.2013 года организованы 140 домовых хозяйств с выделением ответственных лиц, прошедших обучение по программе первой помощи (само- и взаимопомощь), и их оснащение необходимыми средствами для оказания первой помощи. Для обучения граждан (в виде выездных и иных форм обучения) привлекались силы и средства Липецкого и Елецкого медицинских колледжей, Усманского медицинского училища.

1.8. Развитие профилактического направления

Изменение образа жизни и уменьшение влияния факторов риска может предупредить или замедлить развитие и прогрессирование многих неинфекционных заболеваний, как до, так и после появления клинических симптомов. Для этого имеются научно обоснованные эффективные немедикаментозные и медикаментозные методы профилактики и снижения уровней факторов риска, а также снижения развития и прогрессирования неинфекционных заболеваний.

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья в здравоохранении Липецкой области обеспечивается путем:

- разработки и реализации программы формирования здорового образа жизни;

- осуществления санитарно-противоэпидемических мероприятий;

- осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;

- проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Для успешной реализации Концепции демографического развития области предусмотрена разработка и реализация областной целевой программы «Совершенствование профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни у населения Липецкой области на 2013-2017 годы» (далее – Программа). Основным содержанием Программы станут действия, направленные на сохранение здоровья, выявление и коррекцию факторов образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития неинфекционных заболеваний у всего населения области (профилактика в рамках популяционной стратегии), выявление и снижение уровней факторов риска у лиц с высоким риском развития неинфекционных заболеваний, выявление лиц со скрытым течением неинфекционных заболеваний и их своевременное лечение (профилактика в рамках стратегии высокого риска), ранняя диагностика неинфекционных заболеваний и лечение людей с установленными такими заболеваниями для предупреждения прогрессирования и преждевременной смерти (вторичная профилактика неинфекционных заболеваний).

Непосредственным результатом выполнения запланированных мероприятий должно стать: увеличение потенциала общественного здоровья посредством снижения влияния управляемых факторов риска здоровью человека, в том числе снижения распространенности потребления табака, рационализации (оздоровления) питания населения, повышения его физической и трудовой активности, формирования у граждан здорового образа жизни; проведение комплексных профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости неинфекционными болезнями на основе динамического

наблюдения за состоянием здоровья и факторами среды обитания, улучшение психического здоровья населения области.

Ожидаемый результат:

снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения: с 52% до 40%;

снижение распространенности потребления табака среди детей и подростков: с 23% до 18%;

снижение доли лиц с ожирением среди взрослого населения (индекс массы тела более 30 кг/кв.м) до уровня 25%;

снижение доли лиц с повышенным уровнем холестерина в крови среди взрослого населения: с 50% до 47,1%;

снижение доли лиц с избыточным потреблением соли среди взрослого населения: с 50% до 47,1%;

снижение доли лиц с недостаточным потреблением фруктов и овощей среди взрослого населения: с 75% до 69,6%;

снижение доли лиц с низкой физической активностью среди взрослого населения области: с 50% до 38,9%;

повышение доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II стадиях: с 51,2% до 54,3%;

снижение доли лиц с повышенным артериальным давлением среди взрослого населения: с 38% до 35,7%;

снижение доли больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года: с 21,02% до 20,85%.

Направление 2. Структурные преобразования системы оказания специализированной (стационарной) помощи

2.1. Развитие этапной системы оказания специализированной медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания

Стационарная помощь на территории Липецкой области в 2012 году оказывалась 45 больничными учреждениями, имеющими статус юридического лица, по 71 специальности. Совокупная мощность стационарного звена - 9518 круглосуточных коек.

За период 2005-2012 годов круглосуточный коечный фонд обоснованно сократился на 3579 коек, или на 27,3%. Обеспеченность населения койками круглосуточного пребывания уменьшилась со 110,1 до 81,6 на 10 тысяч населения.

Планомерная работа по усилению контроля за соблюдением стандартов лечения, интенсификации стационарных методов лечения, развитию высокотехнологичных видов медицинской помощи позволила сократить в 2012 году среднее число дней пребывания больного на койке до 12 дней против 12,9.

Структура мощностей стационарных медицинских учреждений в целом соответствует уровню и структуре заболеваемости населения по соответствующим профилям. При анализе объемов оказания стационарной медицинской помощи по причинам, занимающим первые места в структуре

общей заболеваемости по обращаемости в рамках реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Липецкой области бесплатной медицинской помощи, число коек для лечения болезней органов дыхания составило 12,8 % от общего количества коек, для лечения болезней системы кровообращения - 17,9%, для лечения болезней мочеполовой системы - 8,1%, для лечения болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани - 5,1%, для лечения болезней органов пищеварения - 9,1%, для лечения последствий воздействия внешних причин - 7,6%.

При анализе показателя работы койки установлено ее достаточно интенсивное функционирование: 323 дня по итогам 2012 года. Целевые показатели к 2018 году планируются на уровне 331,5 дней.

Главными направлениями дальнейшего совершенствования стационарной помощи являются:

оптимизация объемов стационарной помощи;

интенсификация процесса оказания стационарной помощи на основе повышения ресурсного обеспечения каждого случая лечения и внедрения федеральных порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

дифференциация коечного фонда по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса с одновременным расширением мощностей стационаров дневного пребывания и дальнейшим совершенствованием стационарозамещающих технологий.

Внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи позволит оптимизировать ее этапность, использовать правильный алгоритм взаимодействия учреждений здравоохранения, обеспечить преемственность в ведении больного на всех этапах, что значительно повысит качество медицинской помощи населению.

Порядки оказания специализированной медицинской помощи предусматривают этапную систему оказания специализированной медицинской помощи с маршрутизацией пациентов в учреждения здравоохранения трех уровней, в том числе:

государственные учреждения здравоохранения, расположенные на территориях муниципальных районов и городских округов (I уровень) - для оказания первичной специализированной медицинской помощи при неотложных состояниях;

межрайонные центры государственных учреждений здравоохранения (II уровень) - для оказания специализированной помощи, в том числе при неотложных состояниях;

областные государственные учреждения здравоохранения (III уровень) - для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

В учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь, должны быть созданы службы маршрутизации, ответственные за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных, а также внедрение новых медицинских технологий.

Предусмотрена дальнейшая оптимизация избыточных круглосуточных мощностей стационаров в соответствии с рекомендуемыми федеральными нормативами. С целью сокращения госпитализаций будут переведены объемы

медицинской помощи в дневные стационары, на амбулаторное звено, активизирована профилактическая работа с хроническими пациентами.

В связи с сокращением коечного фонда высвобождающиеся медицинские кадры будут трудоустроены в иные лечебно-профилактические учреждения в виду сохраняющегося дефицита обеспеченности медицинскими работниками.

2.2. Создание в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, службы маршрутизации, ответственной за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных, а также внедрение новых медицинских технологий

2.2.1. Медицинская помощь больным с сосудистыми заболеваниями

Среди всех болезней системы кровообращения основными причинами смерти населения являются острая и хроническая формы ишемической болезни сердца, а также острые нарушения мозгового кровообращения. Учитывая это, система оказания специализированной медицинской помощи в области организована по принципу максимального быстрого получения больным с острой сосудистой патологией всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий в условиях специализированного стационара. При этом должны решаться три основные задачи: непосредственное снижение больничной летальности, уменьшение степени инвалидизации и снижение вероятности отсроченной смерти из-за развития осложнений и сохранения неустранимых причин острых расстройств мозгового и коронарного кровообращения.

На сегодняшний день медицинская помощь больным с кардиологическими заболеваниями оказывается тремя кардиологическими отделениями г. Липецка, из которых два - предназначены для оказания помощи больным с острым инфарктом миокарда, двумя кардиологическими отделениями в областных медицинских организациях, двумя кардиологическими отделениями в г. Ельце, четырьмя кардиологическими отделениями в ЦРБ. В рамках реализации приоритетного национального проекта и региональной программы модернизации здравоохранения в 2010-2012 годах введены в эксплуатацию пять первичных сосудистых отделений и региональный сосудистый центр.

В Липецкой области разработан комплекс мер, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, в рамках которых поэтапно внедряется принципиально новая система организации медицинской помощи в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения и Порядком оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля, утвержденными приказами Минздравсоцразвития России от 06 июля 2009 года № 389н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»; от 19 августа 2009 года № 599н «Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению

Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля».

Реорганизация существующей системы оказания специализированной медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией путем создания на базе многопрофильных стационаров специализированных отделений для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом (трех первичных сосудистых отделений) и регионального сосудистого центра, в котором возможно проведение всех видов интервенционных методов лечения, системного тромболитического при острой сосудистой патологии, организация максимально быстрой доставки больных в специализированный стационар позволили увеличить госпитализацию пациентов с острым коронарным синдромом до 93,5%, больных с острым нарушением мозгового кровообращения до 98,0%.

При лечении больных с острым коронарным синдромом внедряется практика тромболитической терапии, в том числе на догоспитальном этапе (в настоящее время выполняется у 16% больных, в том числе у 2,5% - на догоспитальном этапе), принципиально увеличилось количество стентирований коронарных артерий, как наиболее эффективного способа лечения заболевания и профилактики последующих осложнений и смерти (в настоящее время выполняется у 18% больных с крупноочаговым инфарктом миокарда), реализована организация направления больных в региональный сосудистый центр из первичных сосудистых центров для оказания современной специализированной помощи, а также обеспечивается качественная медикаментозная терапия в рамках вторичной профилактики.

Наличие соответствующей инфраструктуры позволило увеличить число применений современных технологий диагностики и лечения острой сосудистой патологии. Так, компьютерная томография выполняется более чем в 98% случаев в течение первых 24 часов с момента поступления больного в стационар.

В кардиологических отделениях области ежегодно получают лечение более 16 тыс. человек (в 2012 году пролечены 16453 чел.). Среднее пребывание больного на койке в 2012 году составило 11,9 дней.

В структуре пролеченных больных около 65% - больные с ишемической болезнью сердца и различными ее проявлениями. С острым инфарктом миокарда (далее – ОИМ) ежегодно получают лечение 1400-1600 чел. В 2012 г. количество пролеченных больных с ОИМ возросло на 223 чел. и составило 1624 чел. (в 2011 году - 1401 чел.). В первые сутки от начала заболевания госпитализированы 1327 чел. (81,7% больных). Стационарная летальность от ОИМ в 2012 году составила 10,0 %.

Медицинская помощь больным с неврологическими заболеваниями оказывается двумя неврологическими отделениями в медицинских организациях г. Липецка, неврологическим отделением ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница», неврологическими отделениями г. Ельца и ГУЗ «Лебедянская ЦРБ». Кроме того, неврологические отделения имеются в 11 ЦРБ, в остальных выделены неврологические койки в составе терапевтических отделений.

Общее количество неврологических коек в Липецкой области составляет 784. Показатель обеспеченности неврологическими койками на 10 тыс. населения в 2012 году - 8,1. Количество ежегодно пролеченных больных на неврологических

койках медицинских организаций области превышает 23 тысяч человек. Средняя длительность пребывания больного на койке - 11,9 дней. Летальность на неврологических койках за 2012 год - 2,7%.

Предусматривается дальнейшее повышение качества и доступности медицинской помощи сосудистым больным за счет укрепления материально-технической базы профильных отделений, расширенного применения профилактических программ, долечивания и реабилитации больных.

Ожидаемые результаты:

снижение показателя смертности от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения): с 721,7 в 2013 году до 648,0 в 2018 году;

снижение смертности от ишемической болезни сердца (на 100 тыс. населения): с 501,7 в 2013 году до 355,8 в 2018 году;

снижение смертности от цереброваскулярных заболеваний (на 100 тыс. населения): с 209,0 в 2013 году до 208,4 в 2018 году.

2.2.2. Медицинская помощь онкологическим больным

Онкологическая служба области представлена региональным онкологическим центром на базе ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер», онкологическим отделением ГУЗ «Елецкая городская больница №1 им. Н.А. Семашко», детским онкологическим отделением ГУЗ «Областная детская больница» и 32 онкологическими кабинетами, развернутыми на базе учреждений здравоохранения в городах и районах области.

В Липецкой области осуществляется программно-целевой подход в работе онкологической службы через подготовку кадров всех звеньев здравоохранения, модернизацию материальной базы, создание системы маршрутизации пациента при подозрении на злокачественные новообразования, оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

В области реализуется Порядок оказания онкологической помощи в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 03 декабря 2009 года № 944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях».

В основе маршрутизации больных новообразованиями лежит трехуровневая система оказания медицинской помощи:

первый уровень обеспечивает население первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью (первичные онкологические кабинеты);

второй уровень – межрайонный, для оказания специализированной медицинской помощи (межрайонные диагностические центры);

третий уровень – региональный, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»).

Для снижения смертности населения от злокачественных новообразований предусматриваются мероприятия, направленные на развитие вторичной профилактики злокачественных новообразований и улучшения их выявления на ранних стадиях.

В целях повышения раннего выявления злокачественных новообразований будут осуществляться мероприятия, направленные на развитие сети смотровых кабинетов, с организацией 2-х сменной работы, открытие отделений профилактики в поликлиниках и центральных районных больницах, с ведением полицейских картотек (регистров) лиц, прошедших осмотры.

Наибольший эффект может быть получен при скрининге рака молочной железы, шейки матки, предстательной железы, колоректального рака. Для раннего выявления рака предстательной железы, колоректального рака и рака легких в перечень основных медицинских услуг при проведении диспансеризации взрослого населения и график диспансеризации будут дополнительно включены исследования крови на онкомаркер предстательной железы (исследование будет проводиться у группы лиц с 45 до 70 лет 1 раз в 3 года), колоноскопия (будет проводиться 1 раз в 3 года) и низкодозная спиральная компьютерная томография органов грудной клетки (будет проводиться у лиц с 40 до 70 лет 1 раз в 3 года в группах риска: болеющие хроническими заболеваниями легких, курильщики, имеющие профессиональные вредности). Будет введен регистр лиц, прошедших скрининг.

На снижение смертности населения от злокачественных новообразований также будут направлены мероприятия по повышению качества диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями.

Внедрение системы медицинской и социальной реабилитации больных со злокачественными новообразованиями, включающей доступные и обязательные программы хирургической реабилитации, основанные на современных достижениях реконструктивно-пластической хирургии, должно обеспечить необходимое качество оказания медицинской помощи.

Ожидаемые результаты:

снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения): с 201,2 в 2013 году до 192,8 в 2018 году;

повышение доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I - II ст.: с 51,2% в 2013 году до 57,2% в 2018 году;

уменьшение доли больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более: с 51,9% в 2013 году до 53,6% в 2018 году;

снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями: с 26,3% в 2013 году до 22,4% в 2018 году.

2.2.3. Медицинская помощь при ДТП

К медицинским факторам, влияющим на снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий (далее - ДТП), относятся:

организация своевременной скорой медицинской помощи (достаточное количество реанимационных автомобилей, квалифицированный персонал, способный оказывать реанимационную помощь);

оказание медицинской помощи в специализированных больницах экстренной медицинской помощи (травматологических центрах).

В Липецком территориальном центре медицины катастроф созданы и функционируют 9 реанимационно-спасательных бригад, базирующиеся в медицинских организациях, наиболее часто участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ДТП и расположенных вблизи оживленных федеральных трасс. За каждой бригадой закреплена зона ответственности. Выезд бригад на место ДТП осуществляется на реанимобиле высокой проходимости, укомплектованном современной реанимационной аппаратурой. Реанимационно-спасательные бригады службы медицины катастроф взаимодействуют с бригадами спасателей МЧС России по Липецкой области, и одновременно выезжают на место ДТП. Автомобили МЧС оснащены спасательными средствами и приспособлениями и осуществляют мероприятия по освобождению зажатых в автомобилях пострадавших.

Для оказания специализированной помощи пострадавшим в ДТП на функциональной основе созданы:

травматологический центр первого уровня на базе двух областных лечебных учреждений (ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» и ГУЗ «Областная детская больница»);

травматологический центр второго уровня на базе ГУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» г. Ельца;

травматологические центры третьего уровня - в ГУЗ «Становлянская ЦРБ» и ГУЗ «Задонская ЦРБ».

Перспективами совершенствования системы оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП на территории Липецкой области является:

совершенствование взаимодействия реанимационно-спасательных бригад учреждений здравоохранения со спасательными формированиями МЧС по Липецкой области, ГИБДД по оказанию помощи пострадавшим в ДТП;

совершенствование системы обучения спасателей МЧС, сотрудников ГИБДД, водителей транспортных средств, приемам оказания первой медицинской помощи пострадавшим в ДТП на базе учебного центра, оборудованного современными тренажерами;

обеспечение аварийно-спасательных бригад МЧС по Липецкой области современным аварийно-спасательным оборудованием;

организация и регулярное проведение совместных учений по оказанию помощи пострадавшим в ДТП в районах области, где имеются реанимационно-спасательные бригады;

введение бригад для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП во всех районах Липецкой области по районному, межрайонному, принципам, в том числе граничащими с Липецкой областью субъектами Российской Федерации;

укрепление материально-технической базы травматологических центров в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 15 декабря 2009 года № 991н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком»;

создание единого диспетчерского пункта управления скорой медицинской помощи и центра медицины катастроф, для координации совместных действий для ликвидации медико-санитарных последствий при ДТП;

объединение двух функциональных систем – региональной информационно-аналитической системы (РИАМС) и ГЛОНАСС - в автоматизированные рабочие места (АРМ) диспетчера и бригад, оказывающих медицинскую помощь при ДТП;

объединение центра медицины катастроф с санитарной авиацией в единую структуру для оптимизации выполнения свойственным им задач;

создание двух авиамедицинских бригад для эвакуации пострадавших при ДТП и транспортировки больных в травматологические центры I уровня.

Ожидаемые результаты:

снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения): с 18,5 в 2013 году до 10,6 в 2018 году;

снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий: с 3,9 % в 2013 году до 3,8 % в 2018 году.

2.2.4. Медицинская помощь больным с психическими заболеваниями

Психиатрическая служба области включает в себя 4 психиатрических стационара: ОКУ «Липецкая областная психоневрологическая больница» на 895 коек, ГУЗ «Психоневрологический диспансер г. Ельца» на 105 коек, «Добринскую психиатрическую больницу ГУЗ «Добринская ЦРБ» на 80 коек, психиатрическое отделение ГУЗ «Тербунская ЦРБ» на 30 коек и 15 коек в психоневрологическом отделении ГУЗ «Областная детская больница».

Для профилактики депрессивных состояний и суицидального поведения в области сформирована трехуровневая система профилактики кризисных состояний и медицинской помощи лицам с суицидальным поведением.

На базе ОКУ «Липецкий областной психоневрологический диспансер» создан Центр кризисных состояний, включающий в себя: отделение «Телефон Доверия» с круглосуточным режимом работы; кабинеты социально-психологической помощи; стационарное отделение на 20 коек для специализированной помощи при кризисных состояниях. Телефон доверия является структурным подразделением психоневрологического диспансера и предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся лицам с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий. Кабинет социально-психологической помощи оказывает консультативно-лечебную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидоопасным состоянием.

С целью раннего выявления и предотвращения суицидоопасных состояний организовано информирование населения о работе отделений и кабинетов, оказывающих помощь при кризисных состояниях, внедрение современных форм профилактики суицидов и кризисных состояний.

Для увеличения охвата населения мероприятиями по профилактике суицидоопасных состояний организовано участие специалистов кабинетов социально-психологической помощи и отделений кризисных состояний в выездной работе.

Создание единой базы данных (персонифицирование) лиц, склонных к суицидальным действиям позволит осуществлять непрерывную профилактику повторных попыток к суициду.

Эффективная работа системы оказания помощи населению при кризисных состояниях возможна только при условии подготовки достаточного числа специалистов (врачей-психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов и социальных работников) для работы в отделениях «Телефон доверия», кабинетах социально-психологической помощи и отделениях кризисных состояний. Основными задачами таких специалистов будут являться своевременное распознавание и купирование кризисных состояний, проведение профилактической работы с населением, лечение и реабилитация пациентов в постсуицидальном периоде, организационно-методическая и консультативная помощь лечебно-профилактическим учреждениям по профилактике, раннему распознаванию и купированию кризисных состояний.

Обучение работников первичного звена здравоохранения (в том числе в образовательных учреждениях), педагогов, родителей по вопросам профилактики, раннего распознавания и купирования кризисных состояний будет способствовать своевременному выявлению суицидоопасных состояний, особенно среди детей и молодежи, и, следовательно, сокращению числа самоубийств.

С целью обеспечения методического обеспечения профилактических мероприятий будет осуществлена подготовка и издание информационно-просветительских материалов по вопросам профилактики, раннего распознавания и купирования кризисных состояний для различных целевых групп.

Реализация мероприятий позволит:

обеспечить доступность населению области информации о возможностях и условиях предоставления экстренной и плановой психологической и психотерапевтической помощи; оказывать психологическую помощь лицам с различными психическими расстройствами обусловленными воздействием разнообразных стрессогенных факторов; создать условия для повышения уровня психологической культуры и психологической компетентности населения;

организовать эффективную работу по профилактике суицидов и оказанию психиатрической помощи населению, в том числе несовершеннолетним с суицидальным поведением, сократить случаи суицида.

Ожидаемые результаты:

снижение доли больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года: с 18,6 % в 2013 году до 18,2 % в 2018 году;

снижение смертности от самоубийств (на 100 тыс. населения): с 19,0 в 2013 году до 17,2 в 2018 году.

2.2.5. Медицинская помощь больным с наркологическими заболеваниями

Оказание наркологической помощи на территории Липецкой области осуществляется в несколько этапов.

Первый этап - первичное звено здравоохранения: участковые терапевты, педиатры, семейные врачи, фельдшеры ФАПов, врачи скорой медицинской

помощи выявляют наркологические заболевания, формируют группы риска, осуществляют направление пациентов в специализированное звено для оказания плановой и экстренной наркологической помощи.

Второй этап. Оказание плановой наркологической помощи выполняется последовательно и включает:

догоспитальный этап - осуществляется врачами психиатрами-наркологами, средним медицинским персоналом наркологических кабинетов (в том числе кабинетом по обслуживанию детского населения); по области организованы и работают 18 первичных наркологических кабинетов и 4 кабинета для подростков;

стационарный этап - осуществляется в наркологических отделениях ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер», ГУЗ «Елецкий наркологический диспансер».

В основе маршрутизации лежит трехуровневая система оказания медицинской помощи наркологическим больным:

первый уровень, обеспечивающий население первичной наркологической помощью - первичные наркологические кабинеты для приема взрослого и детско-подросткового населения (во всех районах и городских округах области);

второй (межрайонный) уровень - межрайонный наркологический диспансер (г. Елец);

третий (региональный) уровень - для оказания специализированной наркологической помощи, включая реабилитацию наркологических больных, в ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер».

С целью сокращения заболеваемости и смертности населения, связанной со злоупотреблением психоактивными веществами, предусматривается:

переоснащения наркологических учреждений с учетом единой технологии комплексного лечебно-реабилитационного процесса;

создание системы медико-социальной реабилитации потребителей наркотиков, в том числе реабилитационного центра для наркологических больных ГУЗ «Тербунская ЦРБ» (2013 год);

внедрение методов ранней диагностики наркологических расстройств среди населения области, в том числе среди детско-подросткового контингента;

развитие сети наркологических кабинетов в медицинских организациях;

организация отделений медико-социальной реабилитации, обеспечивающих реализацию таких принципов медико-социальной реабилитации наркологических больных, как постоянная занятость, активное участие в лечебно-трудовых процессах, выработка способностей к регулярному труду и повышение уровня социального функционирования;

оснащение наркологических подразделений различными видами медицинского оборудования для оказания профилактической, консультативной, диагностической и реабилитационной помощи;

внедрение методики выявления несовершеннолетних, относящихся к группе риска немедицинского потребления психоактивных веществ;

реализация комплекса мер, направленных на формирование у лиц, потребляющих психоактивные вещества, мотивации к лечению, медико-социальной реабилитации и ресоциализации.

Ожидаемые результаты:

снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (литров на душу населения в год): с 10,5 в 2013 году до 9,0 в 2018 году;

снижение доли больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года: с 24,56 % в 2013 году до 24,01% в 2018 году;

снижение доли больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года: с 25,7 % в 2013 году до 15,7 % в 2018 году;

повышение числа наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (число наркологических больных, находящихся в ремиссии на 100 наркологических больных среднегодового контингента): с 8,8 в 2013 году до 9,3 в 2018 году;

повышение числа наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2 лет (число наркологических больных, находящихся в ремиссии на 100 наркологических больных среднегодового контингента): с 6,13 в 2013 году до 10,0 в 2018 году;

повышение числа больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента): с 10,56 в 2013 году до 12,41 в 2018 году;

повышение числа больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет (число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента): с 9,05 в 2013 году до 10,0 в 2018 году.

2.2.6. Медицинская помощь больным туберкулезом

Деятельность фтизиатрической службы Липецкой области регламентируется приказом Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2010 года № 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации».

Служба на 01.01.2013 года располагает 556 койками, в том числе 19 койками дневного стационара, 18 туберкулезными кабинетами при ЦРБ.

Скорая медицинская помощь больным туберкулезом оказывается специализированными реаниматологическими, врачебными и фельдшерскими выездными бригадами станций скорой медицинской помощи, и в отделениях скорой медицинской помощи при ЦРБ.

Медицинская помощь больным туберкулезом в рамках первичной медико-санитарной помощи оказывается на базе туберкулезных кабинетов ЦРБ (отделений), входящих в состав амбулаторно-поликлинических учреждений, а также амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций.

Специализированная помощь больным туберкулезом осуществляется в двух противотуберкулезных диспансерах и трех туберкулезных санаториях, а также, в федеральных медицинских организациях.

Предусматривается дальнейшее снижение заболеваемости за счет обеспечения адекватных изоляционно-ограничительных и противоэпидемических мероприятий в целях исключения пересечения потоков пациентов с разной

степенью эпидемиологической опасности на всех этапах оказания медицинской помощи.

К числу значимых мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности, относится обеспечение лечебно-профилактических учреждений, в том числе подведомственных Федеральной службе исполнения наказаний, противотуберкулезными препаратами II ряда, за счет средств федерального бюджета. Обеспечение лекарственными препаратами необходимо для проведения эффективной этиотропной и патогенетической терапии, обеспечения преемственности лечения, единых подходов к выбору и назначению препаратов, в соответствии с принятыми стандартными схемами лечения. Широкое внедрение молекулярно-генетических и микробиологических методов, обеспечивающих получение результатов в кратчайшие сроки и с наибольшей достоверностью, позволяют внедрять принципы рациональной, индивидуально подобранной терапии, особенно при множественной лекарственной устойчивости к формам туберкулеза.

В связи с широким распространением лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, также влияющей на показатель смертности, основными мероприятиями, направленными на совершенствование методов диагностики и лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью, являются:

внедрение в клиническую практику современных культуральных и молекулярно-биологических методов определения чувствительности микобактериям туберкулеза к лекарственным препаратам, методов своевременной коррективы химиотерапии;

ведение персонифицированной системы мониторинга туберкулеза (регистр больных туберкулезом).

Ожидаемые результаты:

снижение смертности от туберкулеза (на 100 тыс. населения): до 4,3 в 2018 году;

снижение заболеваемости туберкулезом (на 100 тыс. населения): с 47,8 в 2013 году до 43,46 в 2018 году;

повышение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез (всеми методами): с 79,2 % в 2013 году до 85,0 % в 2018 году;

снижение доли абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением с 53,5 % в 2013 году до 66,0 % в 2018 году.

2.3. Обеспечение преемственности в ведении больного на всех этапах

Составной частью государственной политики и важным разделом системы здравоохранения, позволяющим целенаправленно и эффективно осуществлять профилактику заболеваний, лечение больных, включая восстановительное, их реабилитацию, является развитие преемственности между амбулаторно-поликлиническими, стационарными и санаторными учреждениями.

Обеспечение преемственности в ведении больного на всех этапах реализуется в рамках создаваемой трёхуровневой системы здравоохранения, где:

первый уровень представлен стационарными, стационарно-поликлиническими и поликлиническими учреждениями здравоохранения, оказывающими первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь, включая участковую терапевтическую службу, врачей-специалистов, кабинеты (отделения) профилактики, имеющим в составе смотровой кабинет, флюорографию, рентгенографию, ЭКГ, школы здоровья, лабораторную диагностику, центры здоровья, дневные стационары, отделения неотложной помощи;

второй уровень представлен стационарными, стационарно-поликлиническими и поликлиническими учреждениями здравоохранения межмуниципальных центров, оказывающими специализированную амбулаторную и стационарную медицинскую помощь по наиболее востребованным профилям в соответствии с порядками оказания специализированной медицинской помощи;

третий уровень - это консультативно-диагностическая и стационарная специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, организованная в крупных многопрофильных стационарных и стационарно-поликлинических учреждениях здравоохранения областного подчинения.

Обеспечение преемственности в ведении пациентов на территории Липецкой области предусматривается путем совершенствования оказания медицинской помощи на догоспитальном, госпитальном и постгоспитальном этапах.

Преемственность в ведении больных на всех этапах оказания медицинской помощи будет обеспечиваться за счет:

совершенствования диспетчеризации скорой и неотложной медицинской помощи и маршрутизации больных,

разукрупнения участков путем уменьшения количества прикрепленного взрослого населения в пределах нормативов, установленных приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»,

расширенного участия среднего медицинского персонала при оказании доврачебной помощи, неотложной медицинской помощи, патронажных посещений, подворовых обходов, реализации профилактических программ,

интенсификации лечебно-диагностического процесса, в том числе за счет развития диагностических отделений и отделений экстренной медицинской помощи, стационарозамещающих технологий, межмуниципальных консультативно-диагностических (специализированных) центров,

создания в каждом стационаре службы маршрутизации, обеспечивающей организацию поэтапного восстановительного лечения и реабилитации, преемственность в ведении больного на всех этапах, передачу информации о больном и медико-социальных рекомендаций в участковое патронажное подразделение по месту жительства пациента,

обоснованной реорганизации стационарной помощи путем оптимизации объемов стационарной помощи за счет сокращения числа случаев необоснованных госпитализаций, повышения ресурсного обеспечения каждого случая лечения, дифференциации коечного фонда по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса,

развития отделений реабилитации путём перепрофилирования части работающих стационаров и санаторно-курортных учреждений,

расширенного внедрения информационно-коммуникационных технологий, в том числе телемедицины, системы электронной записи на прием к врачу, систем спутниковой навигации на базе технологии ГЛОНАСС,

сокращения дефицита медицинских кадров в рамках реализации областной целевой программы «Развитие кадров здравоохранения Липецкой области на 2013-2017 годы».

Частью стратегического плана повышения структурной эффективности региональной лечебной сети является план мероприятий по оптимизации сети и мощности больничных учреждений, включающий: оптимизацию сети участковых больниц и при необходимости, перевода части их в амбулатории общей врачебной практики, организацию окружных центров для оказания отдельных видов специализированной помощи населению прикрепленных территорий.

2.4. Оптимизация структуры отрасли путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров

С целью оптимизации структуры отрасли, сокращения издержек на содержание лечебной сети, в здравоохранении Липецкой области предусматривается объединение маломощных больниц и поликлиник с многопрофильными межмуниципальными медицинскими центрами, созданными в 2011-2012 годах в рамках реализации региональной программы модернизации здравоохранения, путем организации на территории ряда муниципальных районов медицинских кластеров, или группы вертикально интегрированных разноуровневых медицинских организаций, взаимодополняющих и взаимоусиливающих друг друга.

Типичный кластер будет представлен центральной районной больницей (юридическим лицом), выполняющей функции межмуниципального центра, и набором районных, участковых больниц, врачебных амбулаторий, центров ОВП, ФАП, являющихся территориально обособленными структурно-функциональными подразделениями ЦРБ. При этом в районные больницы будут преобразованы маломощные центральные районные больницы, включаемые в состав кластера и утрачивающие статус юридического лица в результате процедуры реорганизации учреждения здравоохранения путем слияния с кластеробразующей ЦРБ.

Кластеробразующая ЦРБ, приобретя в рамках реализации региональной программы модернизации здравоохранения статус межмуниципального центра, сконцентрирует на своих площадях необходимые высокопроизводительные диагностические и лечебные мощности, а также набор административно-хозяйственных подразделений, функционирующих в межрайонном формате (централизованная бухгалтерская, финансово-экономическая службы, служба закупок и т.п.). Кроме того, кластеробразующая ЦРБ станет единственным фондодержателем, обеспечивая гибкое перераспределение финансовых ресурсов внутри кластера.

За счет подобной организации медицинской помощи будут достигнуты следующие результаты:

сохранение необходимого уровня доступности медицинской помощи в сельской местности при сокращении расходов на ее обеспечение (на территории каждого района будет сохранена ранее существовавшая инфраструктура здравоохранения, но с оптимизированным функционалом);

создание полноценной трехуровневой модели организации медицинской помощи в соответствии с установкой Минздрава России;

сокращение административно-хозяйственного аппарата;

обеспечение необходимой централизации управленческой и организационно-методической деятельности;

сокращение неэффективных расходов на приобретение медицинского оборудования, расходных материалов и лекарственных средств в связи с исключением необходимости закупок однотипных наборов товаров и услуг;

обеспечение возможности развития внутри кластера не только лечебно-диагностических услуг, но и технологий долечивания и реабилитации больных;

обеспечение дифференцированного подхода к оплате труда медицинских работников и финансированию медицинских услуг с учетом уровня и сложности их оказания.

В 2013-2015 годах запланировано создание не менее пяти кластеров с включением в них медицинских организаций и их территориально обособленных подразделений 10 муниципальных районов области из 18 имеющихся.

Реализация мероприятий не потребует выделения дополнительного финансирования лечебной сети из областного бюджета. Сэкономленные средства будут направляться на повышение заработной платы медработников и дальнейшее укрепление материально-технической базы медицинских организаций.

Маршрутизация пациентов и движение потоков больных будет обеспечиваться дополнительными мощностями санитарного автопарка, который был полностью обновлен в 2012 году рамках реализации региональной программы модернизации здравоохранения.

2.5. Обеспечение доступности для населения современных эффективных медицинских технологий

В 2012 году на территории Липецкой области высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) в рамках государственного задания оказывалась тремя учреждениями здравоохранения, имеющими действующие лицензии на оказание ВМП: ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» (по профилям «нейрохирургия» и «травматология-ортопедия»), ГУЗ «Липецкая областная детская больница» (по профилю «травматология»), ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер» (по профилю «онкология»).

В настоящее время в области осуществляется работа по увеличению количества учреждений здравоохранения, располагающих возможностями оказания ВМП, профилей и видов высокотехнологичной медицинской помощи. Оформляются лицензии на оказание ВМП в ГУЗ «Липецкая городская больница

№3 «Свободный сокол»» (по профилям: «комбустиология» и «травматология и ортопедия»), в ГУЗ «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1» (по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», «нейрохирургия», «травматология и ортопедия», «челюстно-лицевая хирургия», «абдоминальная хирургия»). Получена лицензия на оказание ВМП ОКУ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер» по профилю «торакальная хирургия» (табл. 1).

Максимальные объемы ВМП в разрезе профилей

Таблица 1

№ п/п	Наименование профиля ВМП	Наименование медицинской организации, оказывающей ВМП по данному профилю	Количество случаев
1.	Нейрохирургия	ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница»	до 100 случаев в год
		ГУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи №1»	до 50 случаев в год
2.	Травматология и ортопедия	ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница»	до 100 случаев в год
		ГУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи №1»	до 50 случаев в год
		ГУЗ «Городская больница №3 Свободный сокол»	до 50 случаев в год
3.	Травматология (реконструктивно-пластические операции)	ГУЗ «Областная детская больница»	до 40 случаев в год
4.	Сердечно – сосудистая хирургия	ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница»	до 80 случаев в год
5.	Онкология	ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»	до 180 случаев в год
6.	Комбустиология	ГУЗ «Городская больница №3 Свободный сокол»	до 120 случаев в год
7.	Офтальмология	ГУЗ «Областная больница №2»	до 300 случаев в год
8.	Торакальная хирургия	ОКУ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер»	до 120 случаев в год

2.6. Оптимизация оказания медицинской помощи в стационарных условиях на основе оптимизации структуры коечного фонда медицинских организаций и интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, а также развития стационарозамещающих технологий

Предусмотрена дальнейшая оптимизация избыточных круглосуточных мощностей стационаров. В целях приведения объемов стационарной медицинской помощи к рекомендуемым федеральным нормативам, сокращения неэффективных расходов на управление объемами стационарной медицинской помощи в 2010-2012 годах закрыты 1355 круглосуточных коек.

С целью уменьшения количества непрофильных и нецелесообразных госпитализаций соответствующие объемы медицинской помощи будут перенаправляться на амбулаторно-поликлинический (догоспитальный) этап, в том числе в дневные стационары. Предусмотрена дальнейшая активизация профилактической работы с хроническими больными.

В связи с сокращением коечного фонда высвобождающиеся медицинские кадры будут трудоустроены в иные лечебно-профилактические учреждения в виду сохраняющегося дефицита обеспеченности медицинскими работниками.

2.7. Развитие системы оказания медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи

Предусматривается внедрение этапного оказания медицинской реабилитации, а именно:

I этап медицинской реабилитационной помощи - в острый период течения заболевания или травмы осуществляется в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации,

II этап медицинской реабилитационной помощи - осуществляется в стационарных условиях медицинских организаций (отделениях реабилитации) в ранний восстановительный период течения заболевания; поздний реабилитационный период; период остаточных явлений течения заболевания; при хроническом течении заболевания вне обострения пациентам, нуждающимся в проведении реабилитации при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) в соответствии с группой преобладающих функциональных нарушений, а именно:

для взрослых: с нарушением функции центральной нервной системы и органов чувств; с соматическими заболеваниями (кардиологический профиль); с нарушениями функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата; со злокачественными заболеваниями.

для детей: с нарушением функции центральной нервной системы и органов чувств; с соматическими заболеваниями; с нарушениями функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата; со злокачественными заболеваниями; с патологией перинатального периода.

В рамках организации II этапа медицинской реабилитации в Липецкой области планируется открыть следующие стационарные отделения:

на базе ГУЗ «Липецкая городская больница № 1 скорой медицинской помощи» на 80 коек, из них: для больных с нарушением функции центральной нервной системы и органов чувств на 20 коек; для больных с нарушениями функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата на 20 коек; для больных с соматическими заболеваниями на 40 коек. Открытие такого крупного отделения целесообразно в виду того, что разобщение коечного фонда, распыление кадров значительно снижает качество и эффективность

проводимых медико-реабилитационных мероприятий (что при небольшой площади территории области и высокой плотности населения позволит улучшить доступность данного вида помощи, послужит для выполнения 2-го этапа оказания помощи по медицинской реабилитации).

на базе ГУЗ «Лебедянская ЦРБ» (многопрофильный межмуниципальный специализированный центр): для больных с нарушением функции центральной нервной системы и органов чувств на 10 коек; для больных с соматическими заболеваниями на 10 коек.

на базе ГУЗ «Усманская ЦРБ» (многопрофильный межмуниципальный специализированный центр, в том числе ПСО): для больных с нарушением функции центральной нервной системы и органов чувств на 10 коек; для больных с соматическими заболеваниями на 10 коек.

на базе ГУЗ «Елецкая городская больница №2» (межмуниципальный хирургический центр): с нарушением функции центральной нервной системы и органов чувств на 15 коек; с соматическими заболеваниями на 15 коек.

на базе ГУЗ «Тербунская ЦРБ» (многопрофильный межмуниципальный специализированный центр): для больных наркологическими расстройствами на 25 коек.

III этап медицинской реабилитационной помощи в ранний, поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), планируется осуществлять в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (сурдопедагога, тифлопедагога и др. специалистов по профилю оказываемой помощи) медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, а также выездными бригадами на дому.

III этап медицинской реабилитации осуществляется также в санаторно-курортных организациях: ЗАО «Липецккурорт» (1460 путевок в год пациентам с болезнями нервной системы, болезнями системы кровообращения, болезнями костно-мышечной системы), санатории «Парус» г.Липецка (920 путевок в год пациентам с болезнями нервной системы, санатории «Пятигорск» г.Пятигорск (50 путевок пациентам с болезнями нервной системы), санатории им. М. Горького г.Воронежа (116 путевок пациентам с болезнями системы кровообращения), санатории им.Дзержинского г.Воронежа (398 путевок в год для пациентов с болезнями костно-мышечной системы), санатории «Инжавинский» г.Тамбова (66 путевок в год для пациентов с болезнями костно-мышечной системы).

Пациентам, имеющим выраженное нарушение двигательных и психических функций, полностью зависимым от посторонней помощи и не имеющих перспективы восстановления функций, подтвержденной результатами обследования (реабилитационного потенциала), медицинская помощь оказывается в учреждениях по уходу и заключается в поддержании достигнутого

или имеющегося уровня функций и приспособления окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента.

В 2012 года создано реабилитационное отделение на базе ЧУ «Учебно-производственный и медико-профилактический Центр» на 30 коек. Оснащено специализированным оборудованием в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Оказание медицинской помощи по медицинской реабилитации осуществляется медицинскими работниками медицинских учреждений: врачами-физиотерапевтами, психотерапевтами, рефлексотерапевтами, врачами по лечебной физкультуре, мануальной терапии и другими врачами-специалистами, имеющими подготовку по восстановительной медицине; медицинскими психологами; медицинскими сестрами, имеющими подготовку по функциональной диагностике, по физиотерапии, по медицинскому массажу; инструкторами по лечебной физкультуре в соответствии с установленным порядком.

С I этапа реабилитации пациент на основании реабилитационного диагноза и возможностей реабилитационного потенциала, определяемых мультидисциплинарной бригадой, направляется на второй или третий этап реабилитации.

Реабилитационная мультидисциплинарная бригада определяет индивидуальную программу реабилитации пациента, осуществляет текущее медицинское наблюдение и проведение комплекса реабилитационных мероприятий. В нее включены врачи специалисты по профилю оказываемой медицинской помощи, врач по лечебной физкультуре и спортивной медицине, врач физиотерапевт, медицинский психолог, логопед, по показаниям - врач-рефлексотерапевт, мануальный терапевт и т.д.

Предусматривается, что пациент стационарный и санаторный этап реабилитации может получить в течение года. Остальной период времени пациент должен продолжать реабилитационное лечение в амбулаторных учреждениях в отделениях реабилитации по месту жительства.

Направление 3. Структурные преобразования системы оказания медицинской помощи матерям и детям

3.1. Совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи на основе развития сети перинатальных центров и маршрутизации беременных

На 01.01.2013 года акушерско-гинекологическую помощь женщинам Липецкой области оказывают 25 медицинских организаций, включая стационарную помощь на 906 койках. Акушерский коечный фонд составляет 484 койки. Организованы родовспомогательные учреждения III уровня с общим коечным фондом 186 коек, доля которых в 2012 году составила 38,4% от общего акушерского коечного фонда. По области в учреждениях родовспоможения функционируют 26 коек реанимации новорожденных. В рамках повышения

структурной эффективности службы родовспоможения открыты 6 межмуниципальных отделений.

С 1999 года работает ГУЗ «Липецкий областной перинатальный центр» на 106 коек, где оказывается медицинская помощь беременным группы высокого риска, а также новорожденным с низкой и экстремально низкой массой тела. В целях подготовки к выхаживанию детей с экстремально низкой массой в 2011 году организован второй этап выхаживания новорожденных.

В Липецкой области организованы система учета (электронная база данных) и центр дистанционного консультирования (далее - ЦДК) беременных группы высокого и среднего рисков. Внедрена единая шкала оценки группы перинатального риска беременных, по которой в территориальных женских консультациях определяется уровень акушерского стационара для родоразрешения под контролем сотрудников ЦДК.

Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами в 2012 году составила 3,8 на 10 тыс. женского населения (2011 году - 3,8 на 10 тысяч женского населения; РФ - 5,2 на 10 тыс. женского населения). При внедрении порядков оказания акушерско-гинекологической помощи к 2013 году обеспеченность женского населения области акушерами-гинекологами возрастет на 43% и достигнет к 2018 году 5,3 на 10 тыс. женского населения.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 года № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» в области сформирована трехуровневая система оказания акушерско-гинекологической помощи.

На уровне I группы учреждений родовспоможения происходит не более 11% родов, функционируют 34 койки (13,2% от общего количества акушерских коек) для беременных и рожениц. В учреждениях II группы родовспоможения функционируют 114 коек (44,2% от общего количества акушерских коек), количество родов на койках II группы за 2012 год составили 57%, что соответствует современным требованиям к организации региональной перинатальной помощи.

С 2007 года беременные в области обеспечены санаторно-курортным лечением по линии ГУ «Липецкое региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации» в санатории ЗАО «Липецккурорт». Малообеспеченные беременные получают санаторно-курортное лечение по линии социальной защиты населения.

В области сохраняется стойкая тенденция к снижению абортот. По итогам 2012 года показатель абортот снизился на 13,4% и составил 27,4 против 34,4 на 1000 женщин фертильного возраста в 2008 году. С 2007 года число родов превышает число абортот. В 2012 году зарегистрированное количество родов вдвое превысило количество абортот. (соотношение родов к абортот: в 2008 году на 100 родов приходилось 83,9 абортот, в 2012 г. – 52,2 абортот). Доля абортот у девочек 15-17 лет в 2012 году составила 1,6%, что на 1,2% меньше, чем в 2008 году (2,8%). Увеличился удельный вес малотравматичных методик прерывания беременности (мини-абортот и, фармакологические абортот составляют около 30% от всех прерываний беременности). Уровень охвата женщин фертильного возраста современными средствами контрацепции - 45%.

С целью совершенствования оказания акушерско-гинекологической помощи и укрепления материально-технической базы учреждений родовспоможения в рамках программы модернизации в 2012 году проведены капитальные ремонты 5-ти родильных отделений межмуниципальных центров липецкого родильного дома, женской консультации, а также ГУЗ «Липецкий областной перинатальный центр». Дооснащены медицинским оборудованием медицинские организации, оказывающих медицинскую помощь беременным женщинам, родильницам, роженицам, новорожденным. Общая стоимость соответствующих мероприятий региональной программы модернизации составила 31% совокупного бюджета программы.

Продолжено активное сотрудничество с социальной службой по работе с женщинами, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, на базе имеющегося ОГУ «Кризисный центр помощи женщинам и детям». На базе женских консультаций оказывается консультативная, психологическая, юридическая и социальная помощь беременным женщинам, обратившимся на аборт.

3.2. Развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи

На территории Липецкой области педиатрическая амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в 18 детских консультациях, 14 детских поликлиниках. Стационарная медицинская помощь детскому населению осуществляется в 2 областных, 3 городских детских больницах и детских отделениях стационаров центральных районных больниц с коечной мощностью 1298 круглосуточных коек для детей и подростков, из них 516 – койки педиатрического профиля, 157 – койки специализированного хирургического профиля. Обеспеченность педиатрическими койками в 2012 году составила 25,6 на 10 000 детского населения.

Специализированная медицинская помощь детям организована в ГУЗ «Областная детская больница», ГУЗ «Областная детская больница восстановительного лечения», ГУЗ «Елецкая городская детская больница», ГУЗ «Липецкая городская детская больница № 1» и ГУЗ «Липецкая городская детская больница № 2» на 782 койках.

Специализированные койки гастроэнтерологического, неврологического и нефрологического профилей в ГУЗ «Елецкая городская детская больница» с 2010 года обеспечивают детей из 5 муниципальных районов. Кроме коек педиатрического профиля, функционируют 15 коек хирургического, 15 коек травматологического профиля, 6 коек реанимации и 5 коек паллиативной помощи.

Для большей доступности специализированной помощи детям, проживающим в сельской местности, отработана и действует система взаимодействия областных лечебно-профилактических учреждений и центральных районных больниц, обеспечиваемая силами и средствами консультативно-реанимационных бригад выездной поликлиники «Здоровье» ГУЗ «Областная детская больница. Выездную специализированную медицинскую

помощь ежегодно получают около 8 тысяч детей из районов области. В 2011 году в рамках областной целевой программы «Совершенствование системы охраны здоровья населения Липецкой области 2009 - 2013 годы» за счет средств областного бюджета приобретен мобильный диагностический комплекс «Выездная детская поликлиника», что позволяет более качественно и быстро провести диагностические исследования при выездах в районы области.

В связи с переходом Российской Федерации с 2012 году на новые критерии живорождения приведено в соответствие действующим требованиям организация оказания медицинской помощи детям, рожденным с низкой и экстремально низкой массой тела. В ГУЗ «Областная детская больница» открыты 18 коек отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. В ГУЗ «Областной перинатальный центр» развернуты 6 коек второго этапа осуществляется оказание интенсивной помощи недоношенным детям, рожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. Внедрен лечебно-охранительный режим при выхаживании недоношенных и новорожденных с экстремально низкой массой тела, проводятся все способы вентиляции легких, постановка венозных линий.

В целях организации выездной реанимационной помощи детям и новорожденным области выездная консультативно-реанимационная бригада проводит консультацию на месте, организует мероприятия, стабилизирующие состояние новорожденного ребенка, и переводит его в отделение реанимации и интенсивной терапии или отделение второго этапа выхаживания новорожденных. Ежегодно бригадой осуществляется около 500 выездов, из них до 320-360 детей переводятся в первые сутки в стационар III уровня.

Всего в области функционируют 44 койки реанимации новорожденных, в том числе 12 коек в структуре ГУЗ «Областная детская больница», 6 коек неонатальной реанимации в ГУЗ «Липецкая городская детская больница № 1», 26 коек - в учреждениях родовспоможения.

Проведенная структурная реорганизация неонатальной реанимационной службы, внедрение современных технологий интенсивной терапии в клиническую практику, внедрение методик хирургической коррекции врожденных пороков развития у новорожденных позволили в более ранние сроки жизни оказывать специализированную помощь детям с врожденными пороками развития.

Выделение в 2012 году 10 коек неонатальной хирургии позволило продолжить внедрение в практику современных методов хирургической коррекции врожденных пороков развития у новорожденных, в том числе пороков развития нервной и пищеварительной систем, совершенствовать постановку программированных шунтов при гидроцефалии у новорожденных в более ранние сроки жизни. Организованный на базе ГУЗ «Областная детская больница» кабинет катамнестического наблюдения за новорожденными и детьми до 3-х лет жизни позволяет проводить наблюдение за детьми и в дальнейшем в рамках диспансерного наблюдения своевременно оказывать необходимое лечение.

Для проведения реабилитационного лечения детей раннего возраста используются организованные в 2011 году 6 коек на базе ГУЗ «Областная детская больница» и 20 коек ГУЗ «Областная детская больница восстановительного лечения».

Внедрение в практику высокотехнологичных видов помощи на условиях софинансирования позволили в течение 2011-2012 годов на базе ГУЗ «Областная детская больница» провести 56 детям высокотехнологичные операции по травматологическому и ортопедическому профилям.

В 2012 году после проведенных мероприятий по оснащению оборудованием, на базе ГУЗ «Елецкая городская детская больница» открыты 5 коек паллиативной помощи детям.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 апреля 2010 года № 255н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями» в 2011 году на базе ГУЗ «Областная детская больница» открыто детское онкологическое отделение на 16 коек. В рамках программы модернизации в 2012 году проведен ремонт отделения, закуплено оборудование, что позволит обеспечить в полном объеме оказание помощи детям с онкологическими заболеваниями.

С целью оптимизации неотложной и скорой медицинской помощи на базе поликлиник ГУЗ «ГУЗ Липецкая городская детская больница № 1» и ГУЗ «Липецкая городская детская больница № 2», ГУЗ «Липецкая городская детская поликлиника № 5», ГУЗ «Елецкая городская детская больница» организована работа отделений неотложной помощи в соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 23 января 2007 года № 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники» в пределах общих ассигнований на содержание здравоохранения, что позволяет обеспечить оказание неотложной помощи в более короткие сроки.

Имеющиеся в области три учреждения здравоохранения, оказывающие санаторно-курортную помощь детям (ГУЗ «Липецкий городской противотуберкулезный санаторий «Сосновка», ОКУ «Усманский противотуберкулезный детский санаторий», ГСКУ «Липецкий областной детский санаторий «Мечта»), обеспечивают ежегодно санаторно-курортным лечением до 5000 детей.

Проведенные мероприятия и структура организации специализированной помощи детям позволили снизить показатель младенческой смертности в 2012 году в сравнении с 2005 годом на 6,5 %, или с 9,3 до 8,7 на 1000 родившихся живыми, ранней неонатальной смертности - в 2,3 раза, или с 3,7 до 1,6 на 1000 родившихся живыми.

Совершенствование медико-генетической службы области, расширение объема новейших лабораторных и функциональных методов исследования беременных женщин, антенатальная диагностика врожденных пороков и прерывание беременности по медицинским показаниям, предотвращение рождения детей с аномалиями развития плода, несовместимыми с жизнью, позволили снизить смертность детей в возрасте до одного года от врожденных аномалий на 0,6 на 10000 родившихся живыми.

Дальнейшее совершенствование помощи детям будет связано с продолжением работы по внедрению федеральных стандартов оказания медицинской помощи детям, формированием регистра детей, страдающих орфанными (редкими) заболеваниями, повышением доступности и качества высокотехнологичной помощи, развитием телекоммуникационных технологий.

3.3. Развитие организационных технологий, предусматривающих четкую маршрутизацию больных детей в тесной привязке к действующей сети медицинских организаций с учетом региональных особенностей заболеваемости и смертности детей

Трехуровневая система оказания медицинской помощи детям области обеспечивается в 16 детских отделениях, 6 инфекционных отделениях и 18 детских консультациях в составе центральных районных больниц, в 13 городских детских поликлиниках, в 2 областных детских больницах, 3 городских детских больницах, а также в специализированных отделениях областных больниц: психиатрической, наркологической, инфекционной, противотуберкулезном диспансере. Подростки от 15 до 17 лет получают медицинскую помощь в стационарах общей лечебной и педиатрической сети.

Общее число детского коечного фонда в 2012 году составило 2410 коек, из них круглосуточных педиатрических – 516, инфекционных – 308, специализированных – 782 койки.

В детских амбулаторно-поликлинических учреждениях функционируют: 1 детский центр здоровья (ГУЗ «Елецкая городская детская больница»); 5 детских офтальмологических кабинетов; 2 кабинета охраны зрения детей (детская поликлиника №1 «ГУЗ Липецкая городская детская больница №1», консультативная поликлиника ГУЗ «Областная детская больница»).

На базе детских учреждений функционируют 182 койки дневного стационара в стационаре. В ГУЗ «Областная детская больница» функционирует дневной стационар на 62 койки гематологического, аллергологического, нефрологического, гастроэнтерологического, психоневрологического, аллергологического, хирургического и травматологического, нехирургического профиля; специализированные кабинеты: сурдологический, эпилептологический, кабинет питания здорового ребенка, катамнестический кабинет. Койки педиатрического профиля дневного стационара осуществляют лечение детей также в ГУЗ «Елецкая городская детская больница» - 30 коек, ГУЗ «Липецкая городская детская больница №1» - 35 коек, ГУЗ «Липецкая городская детская больница №2» - 40 коек.

Высококвалифицированная специализированная стационарная помощь детям при заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению с применением наиболее сложных методов обследования и лечения, в том числе высокотехнологичная помощь, оказывается в ГУЗ «Областная детская больница». Ежегодно в условиях областной детской больницы получают лечение до 28300 детей.

В области функционируют 4 детских санатория, подведомственных управлению здравоохранения области, на 575 коек (из них 24 койки для родителей). В условиях санаториев получают санаторно-курортное лечение дети с неврологической, кардиологической, пульмонологической, ортопедической патологией и туберкулезного профиля.

Маршрутизация больных детей в области обеспечивается распределением пациентов в соответствии организованными уровнями оказания медицинской помощи в следующем порядке:

первый уровень - учреждения, обеспечивающие первичную медико-санитарную помощь в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь (детские консультации, детские отделения, инфекционные отделения центральных районных больниц, городские детские поликлиники, межрайонный центр «Здоровье» для детей ГУЗ «Елецкая городская детская больница»);

второй уровень - учреждения, оказывающие специализированную медицинскую помощь (межрайонный центр - ГУЗ «Елецкая городская детская больница», городские детские больницы - ГУЗ «Липецкая городская детская больница №1», ГУЗ «Липецкая городская детская больница №1»);

третий уровень - учреждения, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь (ГУЗ «Областная детская больница», ГУЗ «Областная детская больница восстановительного лечения»).

Для обеспечения функционирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи детям в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2012 года №366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» запланировано проведение ряд организационных мероприятий, позволяющих в дальнейшем развивать технологии четкой маршрутизации больных детей.

Мероприятия первого уровня предусматривают дальнейшее развитие амбулаторно-поликлинических учреждений. С целью уменьшения нагрузки на службу скорой помощи, в целях оптимизации сроков оказания медицинской помощи детям, при амбулаторно-поликлинических учреждениях детства созданы отделения неотложной медицинской помощи, имеющие на оснащении санитарный транспорт, медицинские укладки. Отделения неотложной помощи обслуживают вызовы к детям на дому при неотложных состояниях, связанных с высокой температурой, подъемом артериального давления, выраженным болевым синдромом, судорожных состояниях и др. В области с 2011 года на базе поликлиник ГУЗ «Липецкая городская детская больница №1», ГУЗ «Липецкая городская детская поликлиника № 5», ГУЗ «Елецкая городская детская больница» работают отделения неотложной помощи. До 2015 года запланировано организовать работу таких отделений в детских поликлиниках № 9, 4, 5, 6, 7, 8 г.Липецка.

Структура заболеваемости детей раннего возраста требует расширения сети стационаров на дому в детских поликлиниках ГУЗ «Липецкая городская детская больница №1», «Липецкая городская детская больница №2» в 2013- 2014 годах.

Правильно организованная профилактическая работа по формированию здорового образа жизни, позволяет предотвратить рост таких заболеваний у детей, как болезни органов пищеварения, зрения, опорно-двигательной системы. Функционирующий на базе ГУЗ «Елецкая городская детская больница» центр «Здоровье» для детей требует большей мобильности в своей деятельности, в связи с чем предусматривается до 2015 года организовать работу мобильного комплекса.

Мероприятия второго уровня включают совершенствование оказания стационарной помощи. Проведенные в период 2011-2012 года мероприятия по реструктуризации коечного фонда, создали условия для планомерной работы, как

круглосуточных стационаров, так и для дневных стационаров для детей. Кроме того, предусматривается дальнейшее развитие реабилитационной и восстановительной медицинской помощи, в том числе за счет реконструкции отделения «Мать и дитя» на 20 коек ГУЗ «Областная детская больница восстановительного лечения»

Мероприятия III уровня предусматривают повышение эффективности оказания специализированной (стационарной) медицинской помощи детям.

В связи с переходом в 2012 году на новые критерии живорождения в области увеличилось количество детей, рожденных с ретинопатией недоношенных. Для обеспечения качественного наблюдения данной диспансерной группы детей в 2014 году запланирована организация кабинета охраны зрения и мониторинга ретинопатий недоношенных детей на базе ГУЗ «Областная детская больница». Планируется активное развитие высокотехнологичной медицинской помощи с увеличением объемов и расширением профилей ВМП, в том числе: офтальмологического, неонатальной хирургии, челюстно-лицевой хирургии, ревматологии, нейрохирургии, онкологии.

Направление 4. Структурные преобразования системы оказания скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, предусматривают создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи с использованием технологий управления приема и обработки вызовов на базе спутниковой навигационной системы ГЛОНАСС

На 01.01.2013 года скорую медицинскую помощь населению Липецкой области оказывают ГУЗ «Липецкая областная станция скорой медицинской помощи» с подстанциями в городах Липецке и Ельце и 26 отделений скорой медицинской помощи в муниципальных районах области. Врачебных бригад скорой помощи - 94, их них 17 - педиатрических, фельдшерских - 101. Специализированных бригад - 23, в том числе бригад интенсивной терапии - 15, психиатрических - 6. Соотношение врачебных и фельдшерских бригад составило 1:1,2.

На подстанциях скорой медицинской помощи городов Липецка и Ельца внедрены программные комплексы автоматизированных систем приема вызовов и оперативного управления работой бригад. Внедрение автоматизированной системы управления позволило привести оснащение диспетчерских служб всех подстанций в соответствие с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 года № 179 «Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи». Введена в действие автоматизированная система управления автомобилями скорой медицинской помощи и реанимационно-спасательными бригадами центра медицины катастроф на базе технологии «ГЛОНАСС». Проводится контроль за временем доезда бригад скорой медицинской помощи к месту вызова.

Для повышения эффективности использования имеющихся ресурсов, укрепления материально-технической базы станций и отделений скорой медицинской помощи, внедрения современных систем анализа и управления,

улучшения взаимодействия с амбулаторно-поликлиническим и стационарными звеньями, а также с целью обеспечения населения своевременной и качественной неотложной медицинской помощью при угрожающих жизни состояниях, следует продолжить совершенствование службы скорой медицинской помощи. В этой связи определены основные направления развития:

постепенное расширение объема скорой медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими бригадами, с сохранением врачебных бригад интенсивной терапии и при необходимости других узкоспециализированных бригад;

оказание доврачебной медицинской помощи больным и пострадавшим силами фельдшерских бригад, прошедших обучение, своевременная транспортировка пациентов в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи;

оптимизация маршрутов доставки больных в стационар в зависимости от вида патологии, тяжести состояния больного;

внедрение целевых показателей работы скорой медицинской помощи (время приезда на вызов, время транспортировки в стационар, догоспитальная летальность);

внедрение порядков оказания медицинской помощи в части догоспитального ведения больных с разными видами патологии;

внедрение этапности медицинской помощи и разработанных маршрутов транспортировки больных, создание в каждом стационаре службы маршрутизации

повышение роли и эффективности использования врачебных бригад скорой медицинской помощи в качестве бригад интенсивной терапии;

обучение основам оказания первой само- и взаимопомощи работников государственной инспекции по безопасности дорожного движения, пожарной охраны, муниципальной милиции, водителей всех видов транспорта;

наличие специализированных бригад СМП: группы анестезиологии-реанимации, педиатрии, психиатрии, предназначенные для оказания квалифицированной специализированной помощи на догоспитальном этапе.

Реализация данных мероприятий позволит:

повысить качество и доступность оказания населению скорой медицинской помощи;

увеличить долю выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут с 84,7% в 2013 году до 89,0% в 2018 году.

Направление 5. Кадровое обеспечение системы здравоохранения

В системе здравоохранения Липецкой области работают 4005 врачей и 12264 средних медицинских работников. Обеспеченность на 10 тыс. населения врачами составляет 34,2, средним медперсоналом – 104,7. Укомплектованность медицинских организаций врачебными кадрами в целом по учреждению составляет 91,8% (с учетом коэффициента совместительства 1,7), средними медицинскими работниками – 96,4% (с учетом коэффициента совместительства

1,3). Соотношение врач/медсестра в области - 1/3. 98% врачей и 96% средних медработников имеют сертификат специалиста.

Актуальной для всех этапов оказания медицинской помощи в Липецкой области является задача кадрового обеспечения учреждений здравоохранения. Решение данной задачи - одно из приоритетных направлений деятельности управления здравоохранения Липецкой области. Для обеспечения потребности во врачах по основным специальностям с учетом объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи реализуются мероприятия по формированию штатных должностей учреждений здравоохранения в соответствии с утвержденными федеральными порядками оказания медицинской помощи.

Формирование, сохранение и развитие качества потенциала медицинских кадров невозможно без профессионального развития. В условиях реформы здравоохранения профессиональное развитие медицинских кадров является гарантией обеспечения качества их потенциала даже в условиях ограниченного финансирования и дефицита кадровых ресурсов. Профессиональное развитие включает додипломную подготовку врачей и средних медицинских работников, их последипломное профессиональное образование (специализацию, усовершенствование, дополнительное профессиональное образование), подготовку вновь принятых работников, профессиональное обучение на рабочем месте, переподготовку в соответствии с потребностями учреждения и интересами работающего, сертификацию и аттестацию медицинских кадров, самообразование, развитие карьеры медицинского работника, выполнение научных исследований, подготовку резерва руководящих кадров, развитие их карьеры.

В Липецкой области проводится большая работа по направлению молодежи области для поступления в медицинские ВУЗы по целевому набору. В настоящее время в ВУЗах учится более 700 таких студентов. Для решения кадрового вопроса заключаются договоры о трудоустройстве не только с выпускниками, обучающимися по целевому набору, но также со студентами, обучающимися на бюджетной и коммерческой основе.

С целью получения дополнительного профессионального образования в области сформирована система обучения, обеспечивающая врачей и средних медработников своевременным прохождением курсов повышения квалификации и переподготовки.

Эффективное развитие системы здравоохранения в значительной степени зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки, рационального размещения и использования среднего медицинского персонала, как самой объемной составляющей кадрового ресурса здравоохранения. Подготовка специалистов со средним медицинским образованием для учреждений здравоохранения области осуществляется в трех ссузах: Липецком медицинском колледже, Елецком медицинском колледже, Усманском медицинском училище. В соответствии с потребностью лечебных учреждений в специалистах со средним медицинским образованием, управлением здравоохранения области ежегодно формируется план приема по средним медицинским учебным заведениям.

Действенность кадровой политики и системы управления кадровыми ресурсами здравоохранения Липецкой области обеспечивается поддержанием высокого профессионального уровня руководящего состава. Для этого руководители медицинских организаций и их заместители проходят периодическое обучение, тематическое усовершенствование и повышение квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

В ООАУ ДПО «Центр последипломного образования» с 2009 года успешно осуществляется дистанционное обучение как инновационная форма ведения образовательного процесса. Дистанционная форма обучения предоставляет возможность привлечь к преподаванию специалистов высокого уровня квалификации, для которых выезд невозможен, и реализовать общение в режиме реального времени. С этой целью создан региональный телеобучающий центр, связанный телекоммуникационными каналами с ведущими клиническими центрами Москвы, Екатеринбурга, Воронежа. За последние 3 года дистанционное обучение прошли 647 врачей и 564 средних медработника.

С 2012 года активно развивается проект «Электронная медицинская библиотека», обеспечивающий доступ врачей к актуальной медицинской информации в сети Интернет.

Вместе с тем, проблемы кадрового обеспечения здравоохранения Липецкой области продолжают сохранять остроту. Основная проблема кадрового обеспечения связана с недостаточным приростом численности врачей, в том числе молодых специалистов, особенно в сельской местности, старением кадров, сохраняющейся диспропорцией в обеспеченности медицинскими кадрами между отдельными территориями, городом и селом, врачами и средним медицинским персоналом, недостаточным уровнем квалификации практикующих специалистов.

Уровень обеспеченности врачебными кадрами в целом за последние годы несколько вырос, но отмечается диспропорция этого роста по отдельным муниципальным образованиям более чем вдвое. Асимметрия показателей обеспеченности кадрами в Липецкой области негативно влияет на доступность и качество медицинской помощи.

Максимальная концентрация врачебного персонала на 10 тыс. населения отмечается в городах: Липецк (33,7) и Елец (31,7). Наиболее низкие показатели обеспеченности населения врачами отмечаются в муниципальных районах: Грязинском, Воловском, Долгоруковском, Елецком, Измалковском, Лев-Толстовском, Липецком, Чаплыгинском – от 13,9 до 17,9 на 10 тыс. населения.

В Краснинском, Задонском, Тербунском, Хлевенском, Становлянском муниципальных районах - от 20,1 до 22,5 на 10 тыс. населения.

Укомплектованность врачебными кадрами составляет по области 92%, по муниципальным районам – 86,7%. Наиболее низкие показатели укомплектованности врачами отмечаются в Становлянском (69,5%), Измалковском (70,6%), Грязинском (74,4%) и Воловском (78,7%) муниципальных районах.

Во многих муниципальных районах достаточный уровень укомплектованности достигается за счет высокого коэффициента совместительства. Например, при высоком показателе укомплектованности врачебными должностями коэффициент совместительства в Задонском и

Чаплыгинском муниципальных районах составляет 1,8, в Грязинском, Лев-Толстовском и Лебедянском муниципальных районах – 1,6.

Показатели укомплектованности средним медицинским персоналом по территориям области колеблются от 87,2% (Становлянский муниципальный район) до 100% (Задонский, Тербунский, Чаплыгинский муниципальные районы).

При анализе кадрового состава в учреждениях здравоохранения области количество врачей старше 50 лет составило около 30%, в том числе пенсионеров по возрасту - 22%. Число работающих медсестер пенсионного возраста – 13%. Проблему усугубляет невозврат подготовленных специалистов в регион, сохранение оттока специалистов в другие сферы экономической деятельности, внутренняя и внешняя миграция врачей и сестринского персонала.

Сохраняющийся отток врачебных кадров из государственных учреждений здравоохранения объясняется невысоким престижем профессии медицинского работника, связанным с низкой заработной платой и недостаточными мерами социальной поддержки и социальной помощи медицинским работникам и членам их семей. На ситуацию с обеспеченностью квалифицированными врачебными кадрами и их отток оказывает влияние территориальная близость Москвы и Московской области, в медицинских организациях которого предлагаются более выгодные условия оплаты труда.

При поступлении в целевую ординатуру или интернатуру с выпускником медицинского вуза заключается трехсторонний договор между управлением здравоохранения области, лечебным учреждением и врачом. В данном договоре врач после окончания обучения обязуется отработать в учреждении здравоохранения не менее 3 лет, а лечебное учреждение гарантирует трудоустройство по полученной специальности. Однако только 60% выпускников трудоустраиваются в медицинские организации области, с которыми был заключен договор о трудоустройстве при поступлении. Прочие «целевики» от трудоустройства отказываются. Основной причиной отказа выпускников с медицинским образованием работать по специальности, в особенности в сельской местности, является низкий уровень заработной платы в государственных медицинских организациях, недостаточное выделение льготного жилья.

В целом актуальный дефицит врачей в системе здравоохранения Липецкой области составляет 25,7%, или 1551 физическое лицо, на фоне относительно благополучного уровня обеспеченности средним медицинским персоналом, в том числе в амбулаторно-поликлинических учреждениях – 976, в стационарах – 575.

По профилям деятельности фактический дефицит врачебных кадров представлен следующим образом: терапевтический - 208 чел., хирургический - 139 чел., педиатрический - 259 чел., психиатрический - 68 чел., врачи других специальностей – 877 чел. Наибольший дефицит врачебных кадров отмечается по специальностям: анестезиология-реаниматология – укомплектованность 65%; фтизиатрия - 55%; неонатология – 52%, хирургия – 48%, терапия – 45%, психиатрия – 41%.

Для преодоления сложившегося дефицита обеспеченности медицинскими работниками в здравоохранении Липецкой области предпринимаются определенные меры по сохранению и развитию кадрового потенциала отрасли, повышению его профессионального уровня, оптимизации численности и состава.

С целью повышения укомплектованности квалифицированными медицинскими кадрами постановлением администрации Липецкой области от 30 октября 2008 года № 295 «О компенсационных и стимулирующих выплатах работникам государственных учреждений здравоохранения» предусмотрены стимулирующие и компенсационные выплаты врачам и средним медицинским работникам учреждений здравоохранения. Специалистам государственных и муниципальных учреждений здравоохранения области, работающим на селе, должностные оклады повышаются на 25 процентов.

Для совершенствования организации деятельности учреждений здравоохранения с применением механизма дифференциации в условиях оплаты труда медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Законом Липецкой области от 07 октября 2008 года № 182-ОЗ «Об оплате труда работников областных государственных бюджетных учреждений» медицинские организации области, как государственные, так и муниципальные, с 1 января 2009 года переведены на отраслевую систему оплаты труда. В целях снижения неэффективных расходов в здравоохранении и увеличения фонда оплаты труда на выплаты стимулирующего характера проводятся мероприятия по оптимизации круглосуточного коечного фонда и штатной численности персонала. Высвобождающиеся финансовые средства направляются на выплаты стимулирующего характера, исходя из сложности, качества выполняемых работ, уровня образования, стажа работы по профессии и условий труда, в результате чего удалось увеличить их долю в структуре заработной платы с 27,6% в 2008 году до 35% в 2011 году.

В связи с проводимой реструктуризацией сети медицинских учреждений осуществляется сравнительный анализ обеспеченности кадрами каждого муниципального района по специальностям для сокращения дефицита кадров и решения вопросов переобучения, трудоустройства. Начиная с 2007 года, в рамках региональной информационно-аналитической медицинской системы поэтапно внедряется автоматизированная система учета и управления медицинскими кадрами «Кадры здравоохранения».

Администрацией Липецкой области реализуются комплексные меры социальной поддержки медицинских работников.

Законом Липецкой области от 30 декабря 2004 года № 165-ОЗ «О мерах социальной поддержки педагогических, медицинских, фармацевтических, социальных работников, работников культуры и искусства, специалистов ветеринарных служб» предусмотрены:

профессиональная переподготовка, повышение квалификации, совершенствование профессиональных знаний;

получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;

выделение единовременных выплат выпускникам учреждений высшего профессионального образования, окончившим интернатуру или клиническую ординатуру и трудоустроившимся: в областные государственные учреждения здравоохранения, расположенные на территории муниципальных районов области, в размере 200,0 тысяч рублей; в областные государственные, муниципальные учреждения здравоохранения, расположенные на территории городских округов области, в размере 100,0 тысяч рублей;

предоставление ежемесячной денежной компенсации за наем (поднаем) жилых помещений врачам областных государственных учреждений здравоохранения, расположенных на территории муниципальных районов области, в размере 4 тысяч рублей;

компенсация затрат по оплате жилищно-коммунальных услуг.

Ежегодно на финансовое обеспечение перечисленных мероприятий в областном бюджете предусматриваются 26,0 млн.руб.

Законом Липецкой области от 27 марта 2009 года № 255-ОЗ «О поощрительных выплатах в сфере здравоохранения Липецкой области» установлены областные премии медицинским работникам, достигнувшем значительных результатов в профессиональной деятельности. Финансирование данных мероприятий составляет 1,46 млн. руб. Премии присуждаются ежегодно.

В Липецкой области проводится работа по обеспечению жильем врачей. Начиная с 2001 года, выделены 914 квартир, в том числе за счет бюджетов разных уровней – 244, на условиях льготного ипотечного кредитования и через ОГУП «Свой дом» - 670.

Для поэтапного устранения дефицита врачебных кадров государственных медицинских организаций Липецкой области подготовлена областная целевая программа «Ипотечное кредитование врачей в 2013–2017 годах». В рамках данной программы планируется предоставление врачам, нуждающимся в улучшении жилищных условий и взявшим обязательство отработать не менее 5 лет в государственной медицинской организации, социальных выплат для приобретения жилья по программе ипотечного кредитования. Финансирование социальных выплат из средств областного бюджета в 2013 – 2017 годах составит 149,95 млн. руб.

Планом мероприятий, обеспечивающих достижение установленных Указами Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года №№ 596-606, важнейших целевых показателей в Липецкой области, утвержденным администрацией области 15 октября 2012 года, предусматривается реализация мер, направленных на повышение к 2018 году средней заработной платы врачей (до 200% от средней заработной платы в регионе), младшего и среднего медицинского персонала (до 100% от средней заработной платы в регионе).

Позитивный вклад в улучшение ситуации с обеспеченностью врачебными кадрами вносит продолжение реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и региональной программы модернизации здравоохранения.

За время реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на территории области в 1,5 раза сократилось количество территориальных участков, не укомплектованных врачами, работающими на постоянной основе. В медицинских организациях области снизился коэффициент совместительства с 1,22 до 1,1, в т.ч. по врачам-педиатрам участковым - с 1,18 до 1,06, по врачам общей практики - с 1,2 до 1,04. Коэффициент совместительства врачей-терапевтов участковых сохранился на уровне 1,1.

В 2012 году в Липецкой области обеспечено успешное выполнение пункта 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», согласно которому осуществлялись единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим после окончания

медицинского вуза на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта, в размере 1,0 миллиона рублей. В целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2012 году Липецкой области были предоставлены 73,0 млн.руб. По состоянию на 25 октября 2012 года соответствующие договоры заключены с 73 врачами (100% от плана).

В рамках региональной программы модернизации здравоохранения за счет средств областного бюджета в объеме 13,91 млн. руб. в 2011-2012 годах обеспечена профессиональная подготовка и переподготовка 1967 врачей и 8130 средних медработников.

В рамках повышения доступности амбулаторной медицинской помощи стимулирующие выплаты получили 1345 врачей-специалистов и 2465 средних медицинских работников, занятые в городских и сельских поликлиниках. Средний размер заработной платы составил: для врачей специалистов – 26,9 тыс. руб.; для среднего медицинского персонала – 14,6 тыс. рублей.

Средняя номинальная начисленная заработная плата врачей, оказывающих стационарную медицинскую помощь в учреждениях, в которых внедрены стандарты медицинской помощи, составила 31,2 тыс. руб., среднего медицинского персонала - 15 тыс. руб.

За период реализации региональной программы модернизации здравоохранения в целом по области средний уровень заработной платы врачей вырос до 24,1 тыс. руб. (рост к уровню 2010 года – 135,2%); средний уровень заработной платы среднего медицинского персонала – до 12,7 тыс. руб. (рост к уровню 2010 года - 131,8%). По отрасли средняя заработная плата выросла до 13,3 тыс.руб. (рост к уровню 2010 года – 129,9%), что соответствует целевым показателям эффективности реализации региональной программы модернизации здравоохранения, согласованных с Минздравом России и утвержденных постановлением администрации Липецкой области от 30 марта 2011 года № 97 «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Липецкой области на 2011-2012 годы».

В рамках реализации Задачи 2 «Внедрение современных информационных систем в здравоохранение» региональной программы модернизации здравоохранения осуществляется интеграция системы «Кадры здравоохранения» с системами бухгалтерского учета и паспортизации здравоохранения области. В настоящее время система представляет собой единый, интегрированный с федеральной системой учета медицинских кадров, комплекс с центральной базой данных к которой подключены все медицинские организации области.

Вместе с тем, в здравоохранении Липецкой области сохраняется ряд основных проблем в сфере региональной кадровой политики и управления трудовыми ресурсами:

1) неадекватность численности и структуры медицинских кадров объемам выполняемой деятельности, задачам и направлениям модернизации здравоохранения;

2) несбалансированность медицинского персонала по структуре между: врачами общего профиля и узкими специалистами; врачами и сестринским персоналом; различными административно-территориальными образованиями,

городской и сельской местностью; медицинскими организациями первичного звена и специализированных видов медицинской помощи;

3) несоответствие подготовки специалистов потребностям практического здравоохранения;

4) недостаточное использование методов планирования численности медицинского персонала;

5) относительно невысокий, в сравнении со средними показателями производственной деятельности в регионе, уровень заработной платы;

6) рост тенденции оттока из региональной системы здравоохранения молодых и опытных специалистов;

7) недостаточно активное участие в решении кадровых вопросов профессиональных общественных организаций.

С целью решения кадровой проблемы в системе здравоохранения Липецкой области предусматривается:

1) формирование системы управления кадровым потенциалом здравоохранения Липецкой области с учетом структуры региональной потребности в медицинских кадрах, их оптимального размещения и эффективного использования;

2) достижение полноты укомплектованности медицинских организаций медицинскими работниками;

3) создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников;

4) обеспечение социальной защиты, повышение качества жизни медицинских работников на основе приведения оплаты труда в соответствие с объемами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи;

5) регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для здравоохранения Липецкой области с помощью мониторинга кадров при реализации его организационно-методической, информационно-аналитической поддержки.

Реализация перечисленных мероприятий будет осуществляться в рамках областной целевой программы «Развитие кадров здравоохранения Липецкой области (2013-2017 годы)».

Показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи

Таблица 2

№ п/п	Наименование целевого показателя	Единица измерения	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Доля расходов на оказание скорой медицинской помощи вне медицинских организаций от всех расходов на программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий)	процент	5,7	5,6	5,4	5,3	5,2	5,1
2	Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	28,5	29,0	29,4	29,6	30,6	31,7
3	Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	1,5	1,9	2,2	2,7	3,3	3,9
4	Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	7,1	7,9	8,1	8,2	8,5	9,1
5	Доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	57,2	55,6	54,9	54,2	52,4	50,2
6	Доля медицинских и фармацевтических работников, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Липецкой области, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации государственной системы здравоохранения Липецкой области	процент	75,0	80,0	85,0	90,0	95,0	100,0
7	Доля аккредитованных специалистов	процент	-	-	-	-	20	40

Основные показатели здоровья населения

Таблица 3

№ п/п	Наименование целевого показателя	Единица измерения	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год
1	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	лет	70	70,8	71,4	72,0	73,0	74,0
2	Смертность от всех причин	на 1000 населения	15,3	14,7	14,3	13,5	13,0	11,8
3	Материнская смертность	Случаев на 100 тыс. родившихся живыми	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3
4	Младенческая смертность	случаев на 1000 родившихся живыми	8,7	8,5	8,3	8,1	7,8	7,5
5	Смертность детей в возрасте 0-17 лет	Случаев на 10 000 населения соответствующего возраста	8,2	8,1	8,0	7,8	7,7	7,6
6	Смертность от болезней системы кровообращения	на 100 тыс. населения	868,0	852,0	800,0	749,5	699,4	649,4
7	Смертность от дорожно-транспортных происшествий	на 100 тыс. населения	17,6	16,0	14,4	12,8	11,2	10,0
8	Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)	на 100 тыс. населения	201,2	199,0	198,0	196,0	194,0	192,8
9	Смертность от туберкулеза	на 100 тыс. населения	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3
10	Заболеваемость туберкулезом	на 100 тыс. населения	47,8	46,8	45,8	44,8	44,0	43,46
11	Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 мин	процентов	83,0	85,5	86,4	87,2	88,1	89,0

II. План мероприятий

Формирование эффективной структуры здравоохранения Липецкой области

Таблица 4

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат
1	2	3	4	5
1	Анализ итогов реализации Программы модернизации здравоохранения Липецкой области на 2011-2012 годы	11 марта 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области	Будет проведен анализ итогов модернизации здравоохранения Липецкой области с точки зрения соотношения инвестиций и улучшения состояния здоровья населения области. Представление результатов анализа итогов реализации региональной программы модернизации здравоохранения в Минздрав России.
2	Анализ соответствия структуры расходов по условиям и формам оказания медицинской помощи в Липецкой области целевой структуре расходов на здравоохранение, определенной на 2018 год распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2599-р	11 марта 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области, управление финансов Липецкой области	Будут определены направления необходимых изменений, направленных на формирование сбалансированной по видам и условиям оказания медицинской помощи. Представление в Минздрав России результатов анализа соответствия структуры расходов по условиям и формам оказания медицинской помощи в Липецкой области целевой структуре расходов на здравоохранение.

1	2	3	4	5
3	Анализ соответствия штатной численности персонала медицинских организаций Липецкой области порядкам оказания медицинской помощи	11 марта 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области	Будет определен дефицит (избыток) работников в штате медицинских организаций с точки зрения соответствия порядкам оказания медицинской помощи. Представление в Минздрав России результатов анализа соответствия штатной численности персонала медицинских организаций Липецкой области порядкам оказания медицинской помощи.
4	Анализ соответствия материально-технического оснащения медицинских организаций Липецкой области порядкам оказания медицинской помощи	20 марта 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области	Будет определен дефицит (избыток) материально-технического оснащения медицинских организаций с точки зрения соответствия порядкам оказания медицинской помощи. Представление в Минздрав России результатов анализа соответствия материально-технического оснащения медицинских организаций Липецкой области порядкам оказания медицинской помощи.
5	Анализ соответствия нормативов обеспечения льготных категорий граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, стандартам оказания медицинской помощи	20 марта 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области	Будет выявлена неудовлетворенная потребность в обеспечении льготных категорий граждан лекарственными средствами и медицинскими изделиями. Представление в Минздрав России результатов анализа.

1	2	3	4	5
6	Разработка региональной концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения	1 апреля 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области, управление инвестиций и международных связей Липецкой области	Утверждение региональной концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, результатом реализации которой должно стать привлечение негосударственных организаций к оказанию медицинской помощи в соответствии с моделью ресурсного обеспечения системы здравоохранения Липецкой области.
7	Формирование модели ресурсного обеспечения системы здравоохранения Липецкой области	1 апреля 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области, управление финансов Липецкой области, управление экономики администрации Липецкой области	Модель ресурсного обеспечения системы здравоохранения Липецкой области с указанием всех источников финансирования, в том числе внебюджетных; структура финансирования оказания медицинской помощи, а также обеспечения населения лекарственными средствами и медицинскими изделиями для льготных категорий граждан с указанием всех источников финансирования, в том числе внебюджетных по видам и объемам медицинской помощи. Внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

1	2	3	4	5
8	Разработка программы развития здравоохранения Липецкой области на 2013-2020 годы с учетом государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (утв. распоряжением Правительства российской Федерации от 24 декабря 2012 года № 2511-р)	1 мая 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области	Утверждение программы развития здравоохранения Липецкой области на 2013-2020 годы, направленной на повышение структурной эффективности, учитывающей региональную структуру заболеваемости и смертности населения, а также состояние инфраструктуры учреждений здравоохранения. Указанные мероприятия направлены на оптимизацию структуры оказания медицинской помощи и будут способствовать привлечению средств на повышение заработной платы медицинских работников.

Формирование эффективной системы управления оказанием медицинской помощи в медицинских организациях
Липецкой области

Таблица 5

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат
1	2	3	4	5
1	Разработка и утверждение на основе методических рекомендаций Минздрава России показателей эффективности деятельности государственных медицинских организаций Липецкой области, их руководителей и работников	2 декабря 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области	Построение системы оценки деятельности государственных медицинских организаций, их руководителей и работников, основанной на единых принципах.

1	2	3	4	5
2	Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации медицинских работников	Ежегодно	Управление здравоохранения Липецкой области	Создание условий для соответствия квалификации медицинских работников профессиональным стандартам.
3	Заключение трудовых договоров (дополнительных соглашений) с руководителями государственных медицинских организаций на основе типовой формы, утверждаемой Правительством Российской Федерации в соответствии со статьей 275 Трудового Кодекса Российской Федерации	2 декабря 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области	Создание условий для повышения эффективности работы административно-управленческого персонала.
4	Обучение руководителей (ответственных работников) по переводу на эффективный контракт работников медицинских организаций	2 декабря 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области	Создание условий для перевода медицинских работников на эффективный контракт.
5	Обеспечение перевода работников государственных медицинских организаций на эффективный контракт	ежегодно	Управление здравоохранения Липецкой области	Перевод медицинских работников на эффективный контракт.
6	Обеспечение дифференциации оплаты труда основного и прочего персонала медицинских организаций, оптимизация расходов на административно-управленческий персонал с учетом предельной доли расходов на оплату их труда в фонде оплаты труда учреждения – не более 40%	ежегодно	Управление здравоохранения Липецкой области	Повышение эффективности работы административно-управленческого персонала.

Реализация государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»
в Липецкой области

Таблица 6

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат
1	2	3	4	5
1	Мероприятия по проведению организационных изменений в структуре медицинских организаций Липецкой области в соответствии с утвержденной программой развития здравоохранения Липецкой области до 2020 года	2013-2015 годы	Управление здравоохранения Липецкой области	Реализация структурных преобразований системы оказания медицинской помощи в части организационных изменений в структуре медицинских организаций Липецкой области, направленное на повышение эффективности системы здравоохранения в соответствии с утвержденной программой развития здравоохранения Липецкой области на 2013-2020 годы.
2	Координация работы руководителей государственных медицинских организаций по достижению целевых показателей и индикаторов развития здравоохранения	ежегодно	Управление здравоохранения Липецкой области	Достижение целевых показателей и индикаторов развития здравоохранения Липецкой области.
3	Мониторинг мероприятий, направленных на повышение эффективности и качества услуг в сфере здравоохранения	ежегодно	Управление здравоохранения Липецкой области	Выполнение плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения Липецкой области».
4	Формирование независимой оценки качества работы медицинских организаций, включая критерии эффективности работы таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности	ежегодно	Управление здравоохранения Липецкой области	Реализация мероприятия повысит информированность потребителей о качестве медицинских услуг и стимулирует повышение качества работы медицинских организаций.

1	2	3	4	5
5	Аккредитация медицинских работников	с 2016 года	Управление здравоохранения Липецкой области	Подтверждение соответствия квалификации и качества работы медицинских работников профессиональным стандартам.

Повышение оплаты труда работников здравоохранения Липецкой области

Таблица 7

№ п/п	Мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат
1	2	3	4	5
1	Подготовка нормативных правовых актов, регламентирующих повышение оплаты труда в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597	ежегодно	Управление здравоохранения Липецкой области, управление труда и занятости Липецкой области, управление финансов Липецкой области, Липецкая областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации	Нормативные правовые акты области

1	2	3	4	5
2	<p>Участие в формировании проекта областного бюджета в части определения расходов на повышение заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги, (обеспечивающих предоставление медицинских услуг); среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг); младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) в соответствии с утвержденными в области планами-графиками реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 в части повышения оплаты труда этим категориям работников</p>	ежегодно	Управление финансов Липецкой области, управление здравоохранения Липецкой области	Закон об областном бюджете на текущий финансовый год и плановый период
3	<p>Проведение мероприятий с учетом специфики типов учреждений здравоохранения по возможному привлечению средств на повышение оплаты труда работников за счет оптимизации административно-управленческого и вспомогательного персонала, реорганизации неэффективных учреждений, привлечения средств от приносящей доход деятельности</p>	постоянно	Управление здравоохранения Липецкой области	Утвержденный план мероприятий

1	2	3	4	5
4	Обеспечение дифференциации оплаты труда основного и вспомогательного персонала учреждений здравоохранения, оптимизация расходов на административно-управленческий персонал и вспомогательный персонал учреждений здравоохранения с установлением доли расходов на оплату их труда в фонде оплаты труда учреждения	2013 год	Управление здравоохранения Липецкой области	Утвержденные нормативным правовым актом области: предельный, не превышающий более, чем в 8 раз, уровень соотношения заработной платы руководителей учреждений здравоохранения и средней заработной платы работников учреждений за отчетный год; соотношение средней зарплаты основного и вспомогательного персонала; предельная доля оплаты труда работников административно-управленческого персонала не более 40% в фонде оплаты труда учреждения
5	Внесение изменений в Методические рекомендации по оплате труда работников областных государственных учреждений здравоохранения в целях совершенствования системы оплаты труда	2013-2018 годы	Управление здравоохранения Липецкой области	Приказ управления здравоохранения Липецкой области

1	2	3	4	5
6	Организация заключения дополнительных соглашений к трудовым договорам (новых трудовых договоров) с руководителями учреждений здравоохранения о соблюдении целевых значений повышения оплаты труда основному персоналу учреждений здравоохранения с целью доведения соотношения их заработной платы к средней заработной плате по Липецкой области к 2018 году до установленных показателей	III квартал 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области	Заключение дополнительных соглашений к трудовым договорам (новых трудовых договоров) с руководителями учреждений здравоохранения
7	Организация заключения дополнительных соглашений к трудовым договорам (новых трудовых договоров) с работниками учреждений здравоохранения в рамках поэтапного внедрения «эффективного контракта»	III квартал 2013 года	Управление здравоохранения Липецкой области	Заключение дополнительных соглашений к трудовым договорам (новых трудовых договоров) с работниками учреждений здравоохранения
8	Сбор и обобщение данных подведомственных областных учреждений здравоохранения о численности работников, занятых на штатных должностях в учреждениях, и их средней заработной плате	постоянно	Управление здравоохранения Липецкой области	Информация в Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерство здравоохранения Российской Федерации
9	Мониторинг достижения целевых показателей повышения оплаты труда категорий работников в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597	ежеквартально	Управление здравоохранения Липецкой области	Информация в администрацию Липецкой области, Министерство здравоохранения Российской Федерации