

КОЛЛЕГИЯ АДМИНИСТРАЦИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ
от 3 сентября 2012 г. N 749-р

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПЕРИОД ДО 2020 ГОДА**

Список изменяющих документов
(в ред. распоряжения Коллегии Администрации Кемеровской области
от 09.10.2017 N 457-р)

В целях повышения эффективности деятельности в сфере охраны здоровья населения Кемеровской области, эффективного развития региональной системы здравоохранения, обеспечивающей высокий уровень здоровья населения на основе качественной и доступной медицинской помощи:

1. Утвердить прилагаемую Концепцию развития здравоохранения Кемеровской области на период до 2020 года.
2. Настоящее распоряжение подлежит опубликованию на сайте "Электронный бюллетень Коллегии Администрации Кемеровской области".
3. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя Губернатора Кемеровской области (по вопросам здравоохранения) В.К.Цоя.
(в ред. распоряжения Коллегии Администрации Кемеровской области от 09.10.2017 N 457-р)
4. Распоряжение вступает в силу со дня подписания.

Губернатор
Кемеровской области
А.М.ТУЛЕЕВ

Утверждена
распоряжением
Коллегии Администрации
Кемеровской области
от 3 сентября 2012 г. N 749-р

**КОНЦЕПЦИЯ
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НА ПЕРИОД ДО 2020 ГОДА**

Список изменяющих документов
(в ред. распоряжения Коллегии Администрации Кемеровской области
от 09.10.2017 N 457-р)

Общие положения

Проводимые с конца 80-х годов XX века реформы в здравоохранении реализованы слабо в силу отсутствия системного подхода по основным направлениям развития и не позволили добиться радикальных изменений в обеспечении доступности, улучшении качества и культуры оказания медицинской помощи, значительно улучшить показатели общественного здоровья, повысить эффективность использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов здравоохранения.

Низкая результативность здравоохранения была связана с недостаточным финансированием отрасли, слабой материально-технической базой лечебно-профилактических учреждений, отсутствием заинтересованности медицинских работников и руководителей органов управления и учреждений здравоохранения в проводимых реформах, слабым информационным обеспечением системы.

В целях реализации основных направлений государственной политики Российской Федерации по улучшению здоровья и повышению качества жизни граждан сформирована Концепция развития здравоохранения Кемеровской области на период до 2020 года (далее - Концепция).

Стратегическими ориентирами при разработке Концепции стали:

Федеральный закон от 09.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации;

Указ Президента Российской Федерации от 09.10.2007 N 1351 "Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года";

Указ Президента Российской Федерации от 28.07.2007 N 825 "Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации";

Указ Президента Российской Федерации от 28.04.2008 N 607 "Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов";

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 N 1662-р;

Программа модернизации здравоохранения Кемеровской области на 2011 - 2012 годы, утвержденная постановлением Коллегии Администрации Кемеровской области от 18.03.2011 N 101.

Разработанная Концепция представляет собой системный подход к достижению целей, задач и приоритетов в развитии здравоохранения области.

Концепция является ориентиром для органов государственной власти и органов местного самоуправления Кемеровской области при разработке комплексных планов и программных мероприятий развития и укрепления ресурсов здравоохранения, совершенствования организации медицинской помощи населению, обеспечения ее доступности и качества, сохранения здоровья населения для формирования позитивных изменений в демографическом развитии региона.

1. Анализ и оценка системы здравоохранения региона

По численности населения Кемеровская область в Сибирском федеральном округе (СФО) занимает второе место после Красноярского края. Численность постоянного населения Кемеровской области по состоянию на 01.01.2012 составляет 2750,8 тыс. человек. Кузбасс - высокоурбанизированный регион, городское население составляет 85,4 процента от общей численности, плотность населения на 1 кв. км - 28,8 человека.

По экономическому потенциалу Кемеровская область - крупный территориально-производственный комплекс Российской Федерации. Промышленность области многоотраслевая и представлена как тяжелыми отраслями, так и отраслями, специализирующимися на производстве конечной продукции. Основные виды деятельности - добыча топливно-энергетических полезных ископаемых, производство электроэнергии, металлургической и химической продукции, машин и оборудования. С этим связана и неблагоприятная экологическая ситуация в регионе, которая оказывает негативное влияние на состояние здоровья населения области.

Ресурсы системы здравоохранения Кемеровской области представлены широкой сетью лечебно-профилактических учреждений государственного, муниципального, ведомственного секторов и медицинскими учреждениями частной формы собственности.

В 2011 году обеспеченность больничными койками составляла с учетом коек ведомственных лечебно-профилактических учреждений 91,3 на 10 тыс. населения; мощность амбулаторно-поликлинических учреждений - 243,6 врачебных посещения на 10 тыс. населения; численность врачей - 45,0 и средних медицинских работников - 96,3 на 10 тыс. населения.

Подготовку медицинских кадров, в том числе провизоров и фармацевтов, осуществляют 2 высших и 1 среднее специальное медицинское учебное заведение.

Развитие фундаментальной и прикладной медицинской науки координирует Кузбасский научный центр, филиал научного центра СО РАМН.

Консолидированные вложения в здравоохранение области в 2011 году составили 29,3 млрд. рублей, что на 22,6 процента больше, чем в 2010 году. Стоимость Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи составила 20,4 млрд. рублей - на 13,6 процента больше, чем в 2010 году.

Общие расходы по здравоохранению в расчете на 1 жителя возросли до 9108,5 рубля, а расходы на медицинскую помощь по Территориальной программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи - до 6007 рублей.

2000 - 2011 годы были годами активного восстановления, укрепления и развития материально-технической базы учреждений здравоохранения.

В 2011 - 2012 годах в области реализуется Программа модернизации здравоохранения Кемеровской области на 2011 - 2012 годы. Выполнение мероприятий Программы позволит значительно улучшить материально-техническую базу учреждений здравоохранения, повысит доступность и качество медицинской помощи.

Только в 2011 году в строительство, капитальный ремонт, реконструкцию учреждений здравоохранения и их техническое перевооружение (приобретение медицинского оборудования, санитарного транспорта) было вложено более 2,1 млрд. рублей.

Продолжена структурная реорганизация здравоохранения. В 2011 году в области было сокращено 169 стационарных коек. Занятость койки составила 335,6 дня (2011 год), оборот койки - 25,3.

Развивались ресурсосберегающие стационарозамещающие технологии. Число мест дневных стационаров всех типов к уровню 2007 года увеличилось с 6675 до 7116.

Проводимая структурная реорганизация стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи позволила продолжить и углубить работу по внедрению многоэтапной системы оказания медицинской помощи.

В отличие от традиционного подхода к лечению больного (госпитализация на больничную койку), в условиях многоэтапной системы оказания медицинской помощи выделяются этапы: краткосрочного пребывания (коррекция неотложных состояний), интенсивного лечения и долечивания с круглосуточным или дневным пребыванием в стационаре, амбулаторно-поликлинический, в том числе с применением стационарозамещающих технологий.

В основу внедрения многоэтапной системы оказания медицинской помощи были положены разработанные стандарты медицинских технологий с четким указанием объемов диагностики, лечения и реабилитации, критериев пребывания и завершения лечения пациентов на каждом из этапов.

На основе стандартов разработаны требования к оснащению медицинских учреждений, которые используются в системе добровольной сертификации в сфере общественного здоровья, здравоохранения и фармации.

Сформирована система непрерывного повышения качества медицинской помощи. Управление этой системой обеспечивается на всех уровнях.

В целях рационального и эффективного использования ресурсов здравоохранения проведена их интеграция за счет образованных межтерриториальных медицинских объединений (ММО) и укрупнения государственных специализированных медицинских учреждений.

Для повышения доступности специализированной помощи сельским жителям в области организованы межтерриториальные медицинские центры; мобильный медицинский консультативно-диагностический автопоезд с врачебными приемами (в т.ч. педиатрическим) и специализированными бригадами (стоматологической, офтальмологической и фтизиатрической).

Количество общих врачебных практик (ОВП) возросло с 71 в 2007 году до 75 в 2011 году (в том числе 38 из них в сельской местности).

Существенно возросла обеспеченность населения высокотехнологичными и дорогостоящими видами медицинской помощи. Число больных, получивших такую помощь в 2011 году в федеральных, государственных и муниципальных клиниках, составило 31,7 на 10 тыс. населения.

Иммунизация населения Кемеровской области осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 17.09.98 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 N 125н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям". (в ред. распоряжения Коллегии Администрации Кемеровской области от 09.10.2017 N 457-р)

Принятые организационные решения значительно улучшили льготное лекарственное обеспечение населения и облегчили переход на новую систему дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 22.08.2004 N 122-ФЗ "О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации".

С целью повышения эффективности управления отраслью в Кемеровской области создан межведомственный корпоративный общественный орган - медицинский совет Кемеровской области (МСКО).

Разработаны и внедрены способы оплаты медицинской помощи в системе ОМС, способствующие оптимизации затрат на оказание медицинской помощи.

В Кемеровской области идет развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении, что способствует повышению доступности и качества медицинской помощи в рамках реализации государственных гарантий в здравоохранении.

В перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по Территориальной программе государственных гарантий, включая Территориальную программу обязательного медицинского страхования в рамках развития государственно-частного партнерства, включено 37 негосударственных медицинских организаций, в основном, первичной сети - частные врачебные практики, медицинские центры и пр. Две частных медицинских организации относятся к санаторно-курортным, на их базе развивается медицинская реабилитация.

Инновационные управленческие технологии, разработанные и внедряемые в здравоохранении области, являющейся хорошей базой для дальнейшего повышения эффективности системы здравоохранения Кемеровской области на период до 2020 года.

Вместе с тем для здравоохранения области актуальны проблемы, которые имеются в целом в отечественном здравоохранении.

Низкая укомплектованность учреждений здравоохранения врачебными кадрами и средним медицинским персоналом (51 процент и 64 процента соответственно).

Демографическая ситуация в Кемеровской области характеризуется естественной убылью населения (2011 год - 2,8 на 1000 населения), невысокой средней продолжительностью жизни населения (65,4 года в 2009 году).

Доля населения моложе трудоспособного возраста равна 18,3 процента, трудоспособного - 61 процент, старше трудоспособного - 20,6 процента. С 2000 года в области отмечается рост рождаемости. К концу 2011 года по сравнению с 2000 годом уровень рождаемости вырос на 41,1 процента. В то же время он в 1,2 раза ниже уровня, необходимого для обеспечения воспроизводства населения.

Общий уровень смертности населения в области выше, чем в России на 14,8 процента.

В 2011 году показатель смертности сельского населения составил 16,1, смертность городского населения на 4,5 процента ниже - 15,4 на 1000 населения.

В структуре причин смертности лидируют болезни системы кровообращения - 47,9 процента, новообразования - 14,7 процента, а также несчастные случаи, отравления и травмы - 14,2 процента.

Высокими остаются показатели смертности населения в трудоспособном возрасте. Ежегодные потери населения трудоспособного возраста составляют в среднем 14 - 15 тыс. человек, или более трети общего

числа умерших. Около 80 процентов ежегодного числа умерших в трудоспособном возрасте составляют мужчины.

За период 2000 - 2011 годов уровни младенческой и материнской смертности снизились в 2,2 и 4,5 раза соответственно, но показатели еще достаточно высоки.

Растут показатели общей заболеваемости и впервые выявленной. Увеличение соответствует средним показателям по Российской Федерации.

В структуре общей заболеваемости преобладают:

у взрослых - болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы, несчастные случаи, травмы и отравления;

у подростков - болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы, болезни глаза и его придаточного аппарата;

у детей - болезни органов дыхания, несчастные случаи, травмы и отравления, болезни глаза и его придаточного аппарата.

Вместе с тем на фоне роста первичной заболеваемости за 2010 - 2011 годы снижаются уровни социально значимых заболеваний: венерических - на 8,1 процента, психических и наркологических расстройств - на 6,4 процента и 15,7 процента соответственно.

Показатель профессиональной заболеваемости трудящихся Кемеровской области в 8,5 раза превышает средний уровень Российской Федерации.

Уровень первичной инвалидности в трудоспособном возрасте в 2011 году составил 56,1 на 10 тыс. населения соответствующего возраста, что на 14,6 процента ниже уровня 2010 года.

Основные причины инвалидности трудоспособного населения - болезни системы кровообращения и их осложнения, последствия несчастных случаев, травм и отравлений, болезни костно-мышечной системы, онкопатология и туберкулез. В детско-подростковом возрасте это болезни нервной системы и психические расстройства, врожденные аномалии, болезни эндокринной и костно-мышечной системы, новообразования.

Демографические процессы в Кемеровской области и ситуация с состоянием здоровья населения остаются сложными и напряженными.

Материально-техническая база учреждений здравоохранения не соответствует требованиям современного лечебно-диагностического процесса и стандартам оснащенности, утвержденным приказами Минздравсоцразвития России. На сегодняшний день 22 процента зданий лечебных учреждений требуют ремонта и реконструкции. Износ медицинского и технологического оборудования достигает 48 процентов.

2. Цель и задачи Концепции

Цель Концепции - определение задач и приоритетных направлений эффективного развития региональной системы здравоохранения, обеспечивающих высокий уровень здоровья населения на основе качественной и доступной медицинской помощи.

Основные задачи Концепции:

формирование региональной политики в сфере здравоохранения и медицинской науки;

совершенствование механизма финансирования здравоохранения, приведение обязательств Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи в соответствие с финансированием;

повышение структурной эффективности системы оказания медицинской помощи, ее доступности и развитие системы управления обеспечением качества медицинской помощи;

укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения и приведение их в соответствие с требованиями порядков оказания медицинской помощи;

совершенствование системы подготовки кадров для здравоохранения, повышение социальной защищенности медицинских работников.

Реализация задач Концепции основывается на приоритетах:

всеобщности, социальной справедливости и доступности медицинской помощи населению;

профилактической направленности;

экономической эффективности функционирования медицинских учреждений;

единства медицинской науки и практики;

заинтересованности граждан в сохранении и укреплении своего здоровья;

внедрения инновационных технологий и решения проблемы их кадрового обеспечения.

Для достижения целей и задач Концепции, в соответствии с состоянием здравоохранения области, уровнем здоровья населения и тенденциями демографических процессов потребуется структурно-технологическая модернизация регионального здравоохранения на основе построения трехуровневой модели, развитие профилактического направления в деятельности медицинских организаций.

3. Организация трехуровневой системы оказания медицинской помощи

В основе существующей российской системы здравоохранения лежит двухуровневый принцип организации медицинской помощи, представленный двумя самодостаточными и мало интегрированными между собой структурами: амбулаторно-поликлинической и госпитальной системами медицинского обеспечения. В первой половине XX века ведущей причиной смертности населения являлись инфекционные заболевания, в силу чего основные усилия медицинского персонала амбулаторий, поликлиник были

направлены на профилактику инфекционных заболеваний, на санитарную пропаганду, санитарный контроль за средой обитания населения, питанием, изоляцией от источников заражения и т.д.

Функции поликлиник рассматривались в следующем порядке:

- профилактическая;
- патронажная;
- лечебная.

Консультативная функция практически не присутствовала. Стационарная койка задействовалась для интенсивного общесоматического лечения. Увеличение числа больничных учреждений и числа стационарных коек считалось главным критерием в оценке здравоохранения территории.

В XXI веке ведущее место среди причин смертности населения заняли неинфекционные болезни (болезни органов системы кровообращения, онкологические заболевания, внешние причины). При этом, однако, в деятельности поликлиник самоликвидируется профилактическая составляющая; система профилактики носит фрагментарный характер и фактически не распространяется дальше осуществления отдельных мер по предотвращению массовых инфекционных заболеваний. Основные усилия поликлиник направлены на диагностику и лечение неинфекционных заболеваний.

Поликлиника не может сосредоточить внимание на их профилактике, хотя они определяют в основном продолжительность жизни пациентов; на диспансеризации, пропаганде здорового образа жизни. При этом целенаправленная работа по раннему выявлению гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, проведенная в ряде поликлиник области, показала, что фактическая распространенность этих заболеваний в 3 - 4 раза превышает зарегистрированную болезненность.

Мероприятия, проведенные в Кемеровской области в 2007 - 2008 г. г., по оптимизации системы оказания медицинской помощи, создание межтерриториальных медицинских объединений, несомненно, привели к положительным результатам в эффективном использовании ресурсов здравоохранения. Значительно сократился коечный фонд стационаров, уменьшился уровень госпитализации больных в стационары с круглосуточным пребыванием, снизилось потребление стационарной помощи в расчете на 1 жителя, проведена работа по разделению стационарной помощи по технологическому принципу, получили дальнейшее развитие стационарозамещающие технологии. Однако все эти и другие мероприятия, проводимые в целях более эффективного использования ресурсов здравоохранения, только добавили поликлинике лечебной работы, но никак не способствовали профилактической направленности ее деятельности. Сегодня поликлиника не способна, да она для этого и не предназначена, принять на лечение массовые потоки больных и одновременно приоритетно обеспечивать население, прежде всего здоровых лиц и лиц с хроническими заболеваниями вне обострения, профилактической помощью.

Из этого следует, что дальнейшим шагом в оптимизации системы оказания медицинской помощи должно стать создание дополнительной структуры, способной взять на себя выполнение части лечебных функций, которые сегодня выполняют поликлиника в ущерб функции профилактической и стационар, используя дорогостоящую койку на этапе долечивания больных, - параклинической службы.

Постепенный переход от российской модели двухуровневого медицинского обслуживания (амбулаторное - стационарное (госпитальное)) к трехуровневой (амбулаторное - параклиническое - стационарное (госпитальное)) позволит существенно приблизить отечественную систему организации здравоохранения к более прогрессивной модели развитых государств (США, Франция, Германия, Швеция, Швейцария, Австралия, Япония и др.).

Амбулаторно-поликлиническая помощь представляет первый этап непрерывного процесса охраны здоровья населения.

Основные функции поликлиник располагаются в обратном к ранее существовавшему порядку:

- лечебная;
- консультативная;
- профилактическая.

При этом, несмотря на развитую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система первичной медико-санитарной помощи не способна удовлетворить потребности населения в общедоступной и качественной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Службы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, остаются функционально перегруженными и малоэффективными. Это связано с:

- планированием работы поликлиник по числу посещений;
- низкой укомплектованностью терапевтических, педиатрических участков врачами кадрами;
- расширенным объемом диагностической и лечебной работы при возникновении острых и обострении хронических заболеваний;
- отсутствием эффективной системы профилактики неинфекционных заболеваний, влияющих на качество жизни пациентов и ее продолжительность;
- недостаточно эффективным использованием труда среднего медицинского персонала в проведении профилактических мероприятий, патронажа, лечебных, оздоровительных, реабилитационных процедур <*>;
- слабым развитием восстановительных и реабилитационных технологий в лечении больных на амбулаторном этапе.

<*> По данным опроса врачей-терапевтов терапевтических участков, проведенного в поликлиниках Кемеровской области, до 39 процентов активных посещений, выполненных врачом к пациентам на дому, могли бы быть переданы в компетенцию участковых медицинских сестер, поскольку только до 29 процентов больных после активного посещения врача было изменено лечение или назначено дополнительное обследование.

Скорая медицинская помощь является распространенным видом оказания внегоспитальной медицинской помощи: на каждые 3 посещения в поликлинику приходится 1 обращение на станцию скорой медицинской помощи (ССМП).

Современная скорая медицинская помощь призвана оказывать первую врачебную или даже специализированную помощь, которую выездные бригады стремятся оказывать на дому, что не всегда оправдано.

Анализ, проведенный в ряде поликлиник области, показал, что 17 процентов больных, которым оказана скорая медицинская помощь на дому, госпитализируются в последующие дни в стационар с круглосуточным пребыванием по направлению врача поликлиники.

В штате каждой бригады ССМП имеются врачебные должности, которые зачастую из-за отсутствия врачебных кадров заняты в течение многих лет средними медицинскими работниками (фельдшерами).

Для транспортировки больных, не требующих оказания медицинской помощи в пути, бригада ССМП выезжает, как правило в полном составе.

В современной системе здравоохранения стационарная медицинская помощь выступает в качестве основного уровня. При этом, по сути, стационарная медицинская помощь необходима лишь при заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных методов обследования и лечения с использованием современной медицинской техники, оперативных вмешательств, постоянного круглосуточного врачебного наблюдения и интенсивного ухода.

Сегодня во многих стационарах одна и та же больничная койка в зависимости от потребности пациента может работать как интенсивная, общесоматическая, медико-социальная, реабилитационная и даже как гостиничная. Такую форму работы госпитальной койки вряд ли можно назвать рациональной.

В Кемеровской области в последние годы проводилась определенная работа по дифференциации коечного фонда в соответствии с технологией оказания медицинской помощи. В 2003 году Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования утверждены методические рекомендации по организации и экономическому обоснованию многоэтапной дифференцированной стационарной медицинской помощи населению в рамках программы государственных гарантий, разработанные в Кемеровской области (департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, Кемеровская государственная медицинская академия, Кемеровский институт социально-экономических проблем здравоохранения).

Разработаны стандарты медицинских технологий для этапа коррекции неотложных состояний, интенсивного лечения, долечивания, дневного стационара и стационара на дому, амбулаторного лечения.

Использование стандартов позволило внедрить технологию многоэтапной системы оказания медицинской помощи отдельному пациенту, дифференцировать стационарную помощь и ее оплату по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса.

Однако при этом многоэтапная система организации медицинской помощи как таковая нуждается в дальнейшем развитии.

На сегодняшний день отсутствует стройная система восстановительного лечения и реабилитации.

Существующие в настоящее время отделения (кабинеты) по восстановительному лечению и реабилитации не соответствуют современным требованиям по оснащению диагностическим и лечебным оборудованием. Отмечается острая нехватка специализированных кадров реабилитационной службы (врачей и инструкторов ЛФК, физиотерапевтов, логопедов, нейропсихологов, медицинских психологов, трудотерапевтов, социальных работников и др.), отсутствует необходимая нормативно-правовая база процесса восстановительного лечения и реабилитации.

Поскольку существующая система оказания медицинской помощи не удовлетворяет полностью потребности населения в доступной и качественной медицинской помощи, возникает необходимость в ее оптимизации, в создании правовых и экономических условий для формирования саморегулируемой трехуровневой системы оказания медицинской помощи населению, обеспечивающей мотивированную эффективную работу медицинских служб каждого уровня, преемственность их действий на всех этапах лечения для достижения наилучшего результата.

Многоуровневая система оказания медицинской помощи - это способ обслуживания населения в общественном секторе здравоохранения с использованием технологически ранжированной на уровне и методологически распределенной на последовательные этапы схемы лечения пациентов, позволяющей на каждом из этапов обеспечить достаточный (необходимый) объем медицинской, оздоровительной или реабилитационной помощи.

Цель создания многоуровневой системы - построение эффективной, иерархически и технологически распределенной модели медицинского обслуживания, при которой каждому гражданину на любом уровне лечения гарантируется предоставление необходимого и достаточного объема медицинской, оздоровительной и реабилитационной помощи, но при этом исключается возможность использования государственной (муниципальной) лечебной базы избыточного или недостаточного технологического уровня для обеспечения потребностей конкретного пациента.

Новая система предполагает уровни оказания медицинской помощи: амбулаторный, параклинический, стационарный (госпитальный).

Амбулаторный уровень характеризуется тем, что создается для постоянного профилактического обслуживания здоровых людей и лиц с хроническими заболеваниями вне стадии обострения.

Основные функции:

пропаганда здорового образа жизни, консультирование по всем вопросам, связанным с проблемами

поддержания и улучшения здоровья человека, семьи или трудового коллектива;

диспансерное наблюдение за лицами, относящимися к "группам риска", и хроническими больными; лечение легких заболеваний и функциональных отклонений (нетяжелых обострений хронических заболеваний) у больных, нуждающихся в оздоровительной помощи, но не требующих регулярного активного патронажа.

Основой деятельности поликлиник и врачей общей практики в условиях трехуровневой модели здравоохранения становится профилактическая, а не лечебная работа.

Целевым показателем работы поликлиники является доля здоровых людей всех возрастных групп из общего числа прикрепленного населения и удельный вес ранних стадий заболеваний среди всех впервые выявленных.

Уровень парагоспитальной медицинской помощи создается для временного медицинского обслуживания впервые заболевших и лиц, имеющих хроническое заболевание в стадии обострения.

Основные функции:

активный (с выездом к больному) разовый патронаж и оказание экстренной медицинской помощи, в том числе, при необходимости, в домашних условиях;

краткосрочная госпитализация пациентов, нуждающихся в медицинской помощи, с целью коррекции неотложного состояния, дополнительного обследования и консультирования;

регулярный активный патронаж в режиме "стационара на дому" с целью оказания оздоровительной или реабилитационной помощи;

восстановительная и реабилитационная помощь.

Переход на трехуровневую систему организации медицинской помощи потребует формирования новых и непривычных пока для отечественного здравоохранения учреждений и служб, занимающих место между поликлиникой и стационаром, призванных в наиболее простой и рациональной форме осуществлять ряд лечебных и патронажных функций для больных "средней сложности курации", которые сегодня недостаточно эффективно выполняются как поликлиники, так и стационары.

Основными структурами парагоспитальной службы являются:

подразделение экстренной медицинской помощи;

патронажная служба;

служба восстановительного лечения.

Подразделения экстренной помощи - отделения коррекции неотложных состояний, обеспечивающие комплекс мероприятий, направленных на диагностику заболевания, восстановление и поддержание нарушенных функций жизненно важных органов, возникших вследствие заболеваний, травм и других причин; определение дальнейшего маршрута пациента.

Подразделения экстренной помощи организуются на базе многопрофильных и монопрофильных стационаров.

Служба доставки (бригада скорой медицинской помощи) обеспечивает в пределах транспортной доступности максимально быструю доставку пациента в отделение коррекции неотложных состояний.

Патронажная служба создается для временного оказания медицинской помощи на дому больным с острыми заболеваниями или хроническими заболеваниями в стадии обострения средней степени тяжести на этапе постгоспитального лечения, после пребывания в отделении коррекции неотложных состояний, а также больным, направленным на лечение врачом поликлиники, без предварительного стационарного лечения.

Патронажная служба базируется, как правило, при больничных учреждениях, имеет в своем составе мобильные бригады, оснащенные лечебным и диагностическим оборудованием, консультативные кабинеты при стационарах.

В штате патронажной службы состоят преимущественно средние медицинские работники, врачи-консультанты.

Патронажная служба работает в тесном взаимодействии со службой маршрутизации, ССМП, участковой службой поликлиник. Базируясь при стационаре, патронажная служба может иметь в своем составе филиалы (мобильные бригады), размещенные при поликлиниках, оказывающих амбулаторную помощь населению по территориальному принципу.

Учреждения для восстановительного лечения и реабилитации, обеспечивающие восстановление функциональных резервов человека, повышение уровня его здоровья и качества жизни, сниженных в результате болезни или неблагоприятного воздействия факторов среды и деятельности, путем применения преимущественно немедикаментозных методов не являются новыми для системы здравоохранения. Однако за последние десятилетия восстановительному лечению и реабилитации уделяется минимальное внимание и потребности населения в данном виде помощи не удовлетворяются.

В рамках создания парагоспитальной службы данный вид лечения должен получить свое развитие как на амбулаторном, так и на стационарном этапах.

Уровень госпитальной (стационарной) медицинской помощи создается для временного медицинского обслуживания впервые заболевших и лиц, имеющих хроническое заболевание в стадии обострения. Используется в тех случаях, когда патофизиологические нарушения здоровья не могут быть преодолены использованием второго уровня.

Основные функции:

оказание медицинской помощи лицам, нуждающимся в контроле и коррекции жизненно важных функций организма;

оказание оздоровительной помощи лицам, нуждающимся в круглосуточном наблюдении или использовании методов диагностики и лечения, требующих госпитализации;

оказание медико-социальной помощи лицам, нуждающимся в круглосуточном наблюдении.

В стационар с круглосуточным пребыванием должны госпитализироваться только больные, нуждающиеся в круглосуточном контроле жизненно важных функций организма.

Активное развитие и включение в лечебный процесс подразделений второго уровня позволит существенно изменить задачи и порядок работы поликлиники и стационара. Возможность раннего перевода пациентов на курацию патронажных служб позволит учреждениям стационарного типа ограничить сроки лечения лишь необходимостью контроля и коррекции жизненно важных функций организма. Это сделает стационарную койку действительно высокотехнологичной и интенсивной. При этом функции традиционной скорой помощи также существенно упростятся и частично перераспределятся с непосредственного оказания медицинской помощи на дому на контроль состояния пациентов во время их транспортировки в отделение коррекции неотложных состояний.

Участковые врачи смогут сосредоточить основные усилия на пропаганде здорового образа жизни, профилактике не только инфекционных, но и неинфекционных заболеваний, индивидуальном консультировании, лечении легких острых заболеваний и неглубоких функциональных отклонений у больных с хроническими заболеваниями. Больные, получившие лечебно-диагностическую помощь в отделении коррекции неотложных состояний, будут избавлены от изнурительных хождений по диагностическим кабинетам поликлиники.

Новые формы парагоспитального обслуживания должны будут вырасти из системы стационарной помощи и, получив активную самостоятельную роль, останутся глубоко интегрированными с интенсивным стационаром едиными подходами к ведению больных, кадровым потенциалом, схемой финансирования.

Основными принципами трехуровневой системы оказания медицинской помощи являются:

медицинская сортировка и определение индивидуальных маршрутов пациентов на всех этапах необходимой медицинской, оздоровительной, реабилитационной и профилактической помощи;

регламентация целей, задач, объемов и технического уровня медицинского обслуживания на каждом последовательном этапе лечения в соответствии с медико-технологическими и экономическими стандартами;

интеграция отдельных элементов амбулаторно-поликлинической, парагоспитальной, стационарной (госпитальной) помощи в единый медико-технологический процесс, в наиболее рациональной форме обеспечивающий преемственность, непрерывность, адекватность и своевременность всех необходимых лечебно-оздоровительных процедур и манипуляций;

единые подходы к методологии и технологии лечебного процесса, условиям обслуживания пациентов, системе финансирования, контролю качества на всех уровнях и этапах оказания помощи.

В целях эффективной реализации трехуровневой системы оказания медицинской помощи необходимо обеспечить информационное взаимодействие внутри системы.

Этапы создания парагоспитальной службы

Первый этап 2012 - 2013 годы:

разработка нормативных правовых документов по организации парагоспитальной службы;

перераспределение сфер профессиональной деятельности между врачебным и сестринским персоналом на протяжении всего этапа лечебно-диагностического процесса;

теоретическая и практическая подготовка медицинского персонала;

определение пилотных объектов по внедрению структурных подразделений парагоспитальной службы (отделения коррекции неотложных состояний, службы маршрутизации, патронажной службы, отделения (центра) восстановительного лечения);

создание и организация работы структурных подразделений парагоспитальной службы на базе пилотных объектов.

Второй этап 2014 - 2016 годы:

оптимизация работы структурных подразделений парагоспитальной службы на базе пилотных объектов;

обобщение материала по организации парагоспитальной службы ее медицинской и экономической эффективности.

Третий этап 2017 - 2020 годы:

внедрение новой модели обслуживания пациентов на территории Кемеровской области при успешной реализации на базе пилотных объектов.

На территориях, где функционирует одно больничное учреждение, произойдет объединение станций скорой медицинской помощи с многопрофильными стационарами (отделениями экстренной медицинской помощи - коррекции неотложных состояний). В крупных городах, где в качестве юридических лиц функционируют несколько больниц, оказывающих круглосуточную помощь по различным профилям, скорая медицинская помощь должна быть самостоятельной и использовать современную автоматизированную систему управления, взаимодействующую с навигационным оборудованием ГЛОНАСС, которым оснащены автомобили СМП.

4. Формирование здорового образа жизни и профилактика заболеваний

Сохранение и укрепление здоровья населения Кемеровской области станет возможным, если общество признает приоритет здоровья в системе других социальных и духовных ценностей, для чего необходимо создать у населения экономические и социокультурные мотивации быть здоровым, а государству - обеспечить правовые, экономические, организационные условия для ведения здорового образа жизни своими гражданами.

Формированию здорового образа жизни будет способствовать внедрение системы государственных и общественных мер:

создание единой информационно-просветительской системы для населения и медицинских работников по проблемам охраны и укрепления здоровья, занятиям физкультурой и массовыми видами спорта, искоренению вредных привычек, профилактике неинфекционных заболеваний;

направление основных усилий по совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания на приоритетные группы населения: детей, подростков, молодежь, граждан трудоспособного возраста;

внедрение образовательных программ по формированию здорового образа жизни в учреждениях дошкольного, школьного, среднего и высшего профессионального образования;

организация постоянно действующих курсов, обучающих циклов по подготовке и повышению квалификации для медицинских работников по вопросам сохранения и укрепления здоровья, формирования здорового образа жизни, врачебного контроля за занимающимися физической культурой и массовыми видами спорта;

внедрение системы сохранения здоровья здоровых граждан; ведение разъяснительной работы среди населения о важности и необходимости регулярной профилактики заболеваний и диспансеризации;

профилактика факторов риска возникновения неинфекционных заболеваний; создание постоянно действующего мониторинга и базы данных по распространенности поведенческих факторов риска среди населения;

разработка модели и внедрение здоровьесберегающих, здоровьекорректирующих и здоровьенаращивающих технологий в сфере сохранения и укрепления здоровья населения;

совершенствование организационно-методических технологий медицинской профилактики;

финансовое обеспечение мероприятий по формированию здорового образа жизни.

Достижение цели снижения инфекционной заболеваемости, предупреждение возникновения и распространения широкомасштабных эпидемий, а также предупреждение смертности обеспечивается решением следующих задач:

проведение мероприятий по дальнейшему поддержанию охвата профилактическими прививками против инфекций, управляемых средствами иммунопрофилактики, не менее 95 процентов в декретированных возрастах;

совершенствование методов профилактики инфекционных заболеваний путем внедрения современных вакцин;

внедрение современных методов лабораторной диагностики;

разработка областной целевой программы "Вакцинопрофилактика";

разработка программы персонифицированного учета профилактических прививок, выполненных в рамках Национального календаря и календаря по эпидемическим показаниям, с учетом возможности доступа лечебно-профилактических учреждений к областной базе данных;

повышение квалификации в области предупреждения инфекционных заболеваний практикующих врачей лечебной сети;

формирование у населения позитивного отношения к проведению профилактических прививок.

Снижение рисков для здоровья населения должно обеспечиваться на основе предупреждения и устранения вредного воздействия на население биологических, химических, физических и социальных факторов; обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Формирование здорового образа жизни потребует организации и развития медико-профилактической помощи путем внедрения современных медико-профилактических технологий.

Современные медико-профилактические технологии должны быть направлены на предупреждение, снижение факторов риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, на предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение неблагоприятных последствий.

Решение проблем профилактики заболеваний в системе здравоохранения чаще всего ограничивается профилактическими осмотрами (предварительными при приеме на работу, периодическими и целевыми). Обследования (скрининги) в поликлиниках по выявлению факторов риска заболеваний носят эпизодический характер и малоэффективны. Если какие-либо факторы риска и выявляются, то за этим, как правило, не следуют какие-либо профессиональные действия.

Выделены группы препятствий:

а) политические препятствия:

важность профилактики пока в основном декларируется;

слабая законодательная и нормативная основа;

б) финансовые препятствия:

слабое финансирование профилактических программ и конкретных мероприятий;

отсутствие знаний об экономических последствиях проведения (непроведения) профилактических мероприятий;

отсутствие финансовых стимулов для врачей и медицинских сестер заниматься профилактикой заболеваний и укреплением здоровья;

в) профессиональные препятствия:

врачи обучены лечить болезни, а не предупреждать их развитие и укреплять здоровье пациентов, не удовлетворены небольшими положительными изменениями в уровнях факторов риска у пациентов, не осознают выгоды, которые приносит укрепление здоровья населения;

медицинские сестры мало привлекаются к профилактической работе, не получают должной поддержки и поощрения в том, чтобы работать самостоятельно;

г) организационные препятствия:

отсутствует четкое разграничение функциональных и должностных обязанностей в области профилактики заболеваний между структурами федерального, регионального и муниципального уровней, а также координация этой деятельности;

недостаточно знаний и навыков по организации работы с населением за пределами поликлиники;

недостаточное участие центров медицинской профилактики в профилактике заболеваний на популяционном уровне;

д) культурно-исторические препятствия - мало инициативы снизу, ожидание указаний сверху.

В целях успешной реализации программы профилактики неинфекционных заболеваний следует руководствоваться следующими принципами:

доступность мероприятий по экспресс-оценке состояния здоровья и оздоровлению населения вне зависимости от социального статуса, уровня доходов и места жительства;

сочетание общих мероприятий по профилактике заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни, и коррекции факторов риска среди всего населения;

непрерывность оздоровительных мероприятий в течение всей жизни человека;

ответственность человека за свое здоровье и здоровье своих близких;

направленность на количественную оценку резервных возможностей организма и их коррекцию для реализации человеком потенциала здоровья;

консолидация действий органов исполнительной власти всех уровней, организаций и граждан по формированию и реализации комплексных программ охраны здоровья населения.

На основе изложенных принципов необходимо осуществить мероприятия по внедрению современных медико-профилактических технологий:

внедрить стандарты медицинской профилактики, определяющих первичную, вторичную и третичную профилактику неинфекционных заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни населения;

обеспечить широкую организацию школ (клубов) для пациентов с факторами риска (синоним - школы здоровья) - организационных форм обучения целевых групп населения по приоритетным для данной группы проблемам укрепления и сохранения здоровья, которые предполагают наличие унифицированных программ подготовки преподавателей и обучаемых, наличие соответствующего информационного обеспечения;

совершенствовать и развивать здоровьесберегающие технологии в образовательных учреждениях;

внедрить обучение различных групп населения вопросам профилактики болезней и формирования здорового образа жизни с использованием средств телекоммуникаций.

С целью реализации программы профилактики предусматривается разработка нормативно-правовой документации по ресурсному обеспечению, профессиональной подготовке кадров, порядку финансирования, преемственности с другими службами и организациями здравоохранения, межведомственному взаимодействию, а также по механизму внедрения стандартов медицинской профилактики.

Этапы реализации программы медицинской профилактики

Первый этап (2012 - 2013 годы):

Предполагается использовать стандарты профилактики заболеваний, возникающих на фоне достаточно управляемых факторов риска, чаще всего приводящих к временной и стойкой утрате трудоспособности, преждевременной смерти (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет).

На первом этапе осуществляется:

оптимизация деятельности центров здоровья и кабинетов (центров) медицинской профилактики;

профессиональная подготовка по вопросам медицинской профилактики;

внедрение современных профилактических технологий;

формирование групп населения с факторами риска развития заболеваний с использованием стандартов медицинской профилактики;

мониторинг результатов внедрения стандартов медицинской профилактики;

формирование справочно-информационной системы по стандартам медицинской профилактики и их технологиям.

Второй этап (2014 - 2016 годы):

расширение перечня заболеваний и групп риска, в отношении которых осуществляются программы медицинской профилактики;

мониторинг деятельности медицинских организаций по реализации программ медицинской профилактики;

внедрение системы автоматизированного скрининга здоровья населения;

создание базы данных о резервах здоровья населения области.

Третий этап (2017 - 2020 годы):

оценка медико-социальной и экономической эффективности реализации программ медицинской профилактики;

совершенствование нормативно-правовой базы медицинской профилактики.

5. Основные направления повышения эффективности системы здравоохранения Кемеровской области

5.1. Модернизация системы управления и организации медицинской помощи

В целях повышения доступности и обеспечения качества медицинской помощи предусматривается создание организационной системы оказания медицинской помощи населению, направленной на

мотивированную эффективную деятельность медицинских служб всех уровней, преемственность их действий и взаимодействие на всех этапах оказания медицинской помощи для достижения наилучших результатов.

Создание системы организации медицинской помощи, соответствующей указанным критериям, реализуется в три этапа.

На первом этапе (2012 - 2013 г. г.) - проведение структурно-технологической модернизации регионального здравоохранения для обеспечения доступности и повышения качества медицинской помощи.

Укрепляется вертикаль управления здравоохранением путем совершенствования действующих и создания новых региональных правовых и экономических условий, обеспечивающих эффективную деятельность системы здравоохранения на основе интеграции и максимального использования ресурсов.

Совершенствуется структурная и функциональная модель межтерриториальных медицинских объединений (ММО), направленных на:

оптимизацию медицинской помощи и преодоление диспропорций в ее доступности по видам и объемам в муниципальных образованиях;

создание действенного правового развития и укрепления межбюджетных отношений с целью поддержания условий, способствующих рациональному использованию ресурсов муниципальных медицинских организаций, входящих в состав ММО, и их развитию, исходя из интересов медицинской сети ММО и населения в целом;

внедрение текущего и стратегического планирования, стандартизации медицинской помощи и обеспечение единства действий в проведении эффективной инвестиционной и инновационной политики и решении приоритетных проблем в муниципальном здравоохранении;

создание условий для внедрения новых медицинских и медико-организационных технологий в лечебных учреждениях ММО, включая телемедицину.

Совершенствуется первичная медико-санитарная помощь: приоритетно развивается профилактическое направление, обеспечивающее постоянную помощь здоровым лицам в формировании здорового образа жизни, расширяется восстановительное лечение и реабилитация в поликлинике, разрабатываются и внедряются современные медико-профилактические технологии по предупреждению, ранней диагностике, лечению заболеваний.

Организовываются при межтерриториальных медицинских объединениях (ММО) консультативно-диагностические отделения, оснащенные необходимым диагностическим медицинским оборудованием, в том числе портативным, для проведения выездной работы, развивается институт общей (семейной) практики, прежде всего в районных муниципальных образованиях.

Осуществляется доукомплектование и поддержание оптимальной численности медицинских кадров (врачей и среднего медицинского персонала) на основе их целевой подготовки, непрерывного повышения квалификации, введения дополнительных мер социальной поддержки и усиления роли среднего медицинского звена в лечебной и профилактической деятельности.

Укрепление, развитие и совершенствование организации работы скорой, специализированной медицинской помощи включает:

дооснащение службы скорой медицинской помощи портативным медицинским оборудованием, изделиями медицинского назначения и лекарственными средствами соответственно стандарту;

обеспечение бригад скорой медицинской помощи средствами мобильной связи;

оснащение бригад скорой медицинской помощи аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS;

доукомплектование и поддержание оптимальной численности подготовленных медицинских кадров;

разработку и повсеместное внедрение оптимальных маршрутов доставки больных в стационар в зависимости от вида патологии и тяжести состояния больного, в том числе и по межмуниципальным медицинским объединениям;

перераспределение сфер профессиональной деятельности между врачебным и средним медицинским персоналом (фельдшерами) с учетом выполняемых функций (экстренная медицинская помощь, транспортировка больных и контроль за их состоянием);

использование целевых показателей для оценки эффективности работы службы скорой медицинской помощи.

На первом этапе предполагается расширение объемов и внедрение современных медицинских технологий диагностической и лечебной помощи, развитие высокотехнологичной медицинской помощи в учреждениях государственного и муниципального здравоохранения через усиление мер государственной и муниципальной поддержки, направленных на:

оснащение государственных и крупных муниципальных многопрофильных медицинских учреждений, являющихся межтерриториальными центрами, современным многофункциональным медицинским оборудованием, изделиями медицинского назначения, включая уникальные расходные материалы, и высокоэффективными лекарственными средствами в соответствии с порядками;

централизованную подготовку специалистов по профильным направлениям высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в педиатрии;

усиление мер материального стимулирования медицинских специалистов, работающих по новым ресурсо- и здоровьесберегающим технологиям и высокотехнологичной медицинской помощи.

Осуществляется структурная реорганизация и совершенствование работы межтерриториальных специализированных центров и отделений; совершенствование критериев результативности и оценки эффективности их деятельности.

Развивается система оказания помощи женщинам, в том числе беременным, детям и подросткам при

концентрации усилий на совершенствовании первичной медико-санитарной помощи, развитии служб планирования семьи и безопасного материнства, усилении взаимодействия родовспомогательных учреждений с общей лечебной сетью, в том числе:

укрепление и развитие материально-технической базы амбулаторных и стационарных детских и родовспомогательных учреждений и оснащение их современным медицинским оборудованием;

укомплектование и поддержание оптимальной численности медицинских кадров (врачей участковых - педиатров, профильных специалистов и среднего медицинского персонала) в службе детства и родовспоможения;

расширение профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи в педиатрии и родовспоможении: совершенствование диспансеризации детей, подростков, женщин фертильного возраста из "группы риска", беременных; расширение сети кабинетов медико-социальной помощи; развитие и совершенствование службы планирования семьи и безопасного материнства, включая развитие медико-генетической лаборатории по раннему выявлению наследственных заболеваний у новорожденных;

развитие и совершенствование деятельности детских межтерриториальных центров специализированной медицинской помощи.

Структурно реорганизуются стационарные учреждения педиатрического, акушерско-гинекологического профилей.

Увеличивается объем и виды высокотехнологичной медицинской помощи женщинам и детям.

Совершенствуется оказание медицинской помощи при лечении женского бесплодия, включая увеличение объемов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

5.2. Осуществляется комплекс мер по укреплению и дальнейшему развитию служб по борьбе с туберкулезом, психическими, наркологическими заболеваниями, болезнями, передаваемыми половым путем, и другими социально значимыми заболеваниями.

5.3. Снижение смертности и инвалидности в результате внешних причин - отравлений, несчастных случаев и травм, в том числе в результате дорожно-транспортных происшествий, а именно:

обеспечение оперативности и качества оказания первичной доврачебной, первичной врачебной медико-санитарной помощи при экзогенных отравлениях на догоспитальном (СМП) и общепрофильном стационарном этапах;

организация в структуре областного центра по лечению острых отравлений детского отделения;

дооснащение токсикологических лабораторий и центров по лечению острых отравлений современным экспресс - диагностическим медицинским оборудованием: дыхательной аппаратурой и установками для лечения острой почечной недостаточности; обеспечение наличия антидотных препаратов во всех многопрофильных больницах территорий;

совершенствование форм и методов межведомственного взаимодействия с целью оперативного принятия мер по оказанию медицинской помощи пострадавшим при ДТП, производственных авариях и других чрезвычайных ситуациях;

поддержка в постоянной готовности прикрытие внутриобластных междугородных и федеральных автомобильных дорог силами и средствами скорой медицинской помощи;

организация и оборудование 8 травматологических центров, расположенных вдоль федеральной автотрассы М-53 и 2 трассовых постов скорой медицинской помощи;

совершенствование алгоритмов действий и взаимодействия травматологических отделений больниц с областным центром политравмы, службой медицины катастроф и санавиации;

обеспечение развития сети реабилитационных отделений и кабинетов для снижения тяжести последствий травм и снижения инвалидности.

5.4. Повышение эффективности системы медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях:

оптимизация структуры областной кардиологической службы, разработка и внедрение инновационных клиничко-организационных технологий специализированной медицинской помощи при заболеваниях сердца и сосудов;

развитие экстренной высокотехнологичной помощи при остром коронарном синдроме и остром нарушении мозгового кровообращения;

разработка и внедрение алгоритма экстренной высокотехнологичной помощи при острых заболеваниях сердца и сосудов;

формирование логистической системы ранней транспортировки пациентов с острым инфарктом миокарда в центры неотложной сердечно-сосудистой патологии гг. Кемерово и Новокузнецка;

создание службы транспортировки больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в г. Кемерово (для севера области);

совершенствование системы первичной и вторичной профилактики заболеваний сердца и сосудов;

обеспечение целевой диспансеризации населения трудоспособного возраста с целью раннего выявления и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, их реабилитацию, приоритетно - "группы риска";

обеспечение повсеместно, при всех поликлиниках "школы" для больных артериальной гипертензией, больных с нарушением липидного обмена, ишемической болезнью сердца и сердечной недостаточностью, сахарным диабетом;

создание и постоянное поддержание системы радио-, телевизионных передач, публикаций в периодической печати по вопросам профилактики болезней сердца и сосудов;

открытие дополнительно 1 регионального и 4 первичных сосудистых центров.

5.5. Повышение эффективности системы медицинской помощи при онкологических заболеваниях:

обеспечение переоснащения онкологических учреждений современным клиничко-диагностическим и

лечебным медицинским оборудованием;

продолжение внедрения в систему ранней диагностики онкологических заболеваний алгоритмов выявления онкологических заболеваний в работе врача общей практики, широкое использование онкологических маркеров и скрининг злокачественных новообразований в амбулаторно-поликлиническом звене; создание популяционного ракового регистра;

расширение стационарозамещающих технологий в онкологической службе;

развитие сети подразделений восстановительного лечения (долечивания), реабилитации онкологических больных, медицинского ухода, включая учреждения медико-социальной помощи, хосписы, "домашние стационары" для активного и пассивного патронажа;

обеспечение освоения и расширение внедрения высокотехнологичных видов медицинской помощи онкологическим больным;

развитие сети первичных онкологических кабинетов в поликлиниках;

внедрение комплексных методов лечения больных злокачественными новообразованиями.

Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями позволит решить задачи:

снижения смертности населения от злокачественных новообразований;

увеличения продолжительности жизни онкологических больных;

уменьшения распространенности факторов риска онкологических заболеваний;

снижения заболеваемости злокачественными новообразованиями.

5.6. Повышение эффективности медицинской помощи работающим, направленной на улучшение их здоровья, снижение трудовых потерь по медико-биологическим аспектам (травматизм, несчастные случаи на производстве, профессиональные и производственно обусловленные заболевания):

обеспечение взаимодействия медицинских служб, Управления Роспотребнадзора, работодателей, объединений профсоюзов в реализации мероприятий по улучшению условий труда; совершенствованию правовой базы по социальному страхованию работающих во вредных и опасных производствах;

совершенствование системы контроля качества при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров, углубленного обследования, профилактических и реабилитационных мероприятий работающим;

внедрение современных тестовых методов выявления ранних признаков профессионального заболевания в ходе обязательных периодических осмотров работающих вредных профессий.

5.7. Приобретение диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

5.8. Закупка оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга.

5.9. Закупка оборудования и расходных материалов для дородовой диагностики (пренатального скрининга).

5.10. Обеспечение условий для развития частного сектора здравоохранения в целях повышения доступности медицинской помощи.

5.11. Развитие частно-государственного партнерства в реализации Территориальной программы государственных гарантий по оказанию населению бесплатной медицинской помощи.

Повышение эффективности государственных инвестиций в здравоохранение с использованием механизмов государственно-частного партнерства:

участие в разработке инвестиционных проектов в сфере здравоохранения не только органов власти, но и представителей системообразующих общественных и саморегулируемых организаций;

государственная информационная поддержка на всех стадиях разработки и реализации инвестиционных проектов;

формирование дружественной административной среды, предполагающей координацию действий всех сторон в реализации инвестиционных проектов, включая взаимодействие с органами государственной власти, юридические консультации, маркетинговые исследования, подготовку кадров и выполнение функций заказчика;

стимулирование повышения инновационной компоненты развития здравоохранения;

формирование инвестиционных площадок.

Эффективная административная и налоговая поддержка инвестиционной деятельности:

стимулирование инвестиций из федерального и региональных бюджетов в инфраструктуру здравоохранения (строительство новых больниц и поликлиник) и содействие в предоставлении гарантий частным инвесторам, желающим участвовать в инвестиционных проектах в сфере здравоохранения;

содействие в предоставлении бюджетных кредитов в соответствии с действующим законодательством;

вовлечение в инвестиционный процесс приостановленных и законсервированных строек и объектов, находящихся в государственной и муниципальной собственности.

5.12. Создание телемедицинской сети для проведения дистанционной консультативно-диагностической и лечебной деятельности.

Реализация обозначенных задач в 2012 году будет полностью взаимосвязана с направлениями и задачами, которые определены рамками приоритетного национального проекта "Здоровье" на 2009 - 2012 годы, Программой модернизации здравоохранения Кемеровской области на 2011 - 2012 годы.

На втором этапе (2014 - 2016 годы) предусматривается углубление структурно-технологической модернизации регионального здравоохранения с формированием подходов к созданию саморегулируемой системы организации медицинской помощи, обеспечивающей мотивированную эффективную деятельность медицинских служб всех видов, оказываемой во всех формах и уровнях.

Развитие первичной медико-санитарной помощи будет происходить с приоритетом на обеспечение прикрепленного населения профилактической помощью, медицинской реабилитацией, наблюдением за течением беременности, формирование здорового образа жизни, в том числе снижение уровня фактора риска заболеваний и санитарно-гигиеническое просвещение.

Будут значительно расширены и конкретизированы функции амбулаторно-поликлинических учреждений: пропаганда здорового образа жизни, включая вопросы рационального питания, увеличения двигательной активности, предупреждения потребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя, табака, наркотических веществ;

выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, а также лиц с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;

оказание медицинской помощи по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление на консультацию и лечение в специализированные профильные медицинские организации;

организация информирования населения о необходимости и возможности выявления факторов риска и немедикаментозной коррекции и профилактике, а также консультирования по вопросам ведения здорового образа жизни в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики и центрах здоровья;

диспансеризация населения по группам риска развития наиболее распространенных неинфекционных заболеваний, влияющих на продолжительность жизни, с разработкой индивидуальных программ предупреждения их развития;

углубленное диспансерное наблюдение за лицами, относящимся к группе риска, и хроническими больными;

повсеместное внедрение и совершенствование индивидуального электронного паспорта здоровья человека (начиная с раннего детского возраста);

углубление мониторинга здоровья беременных женщин с обязательным проведением перинатального скрининга;

проведение неонатального скрининга;

повышение эффективности диспансеризации детей и подростков;

совершенствование профилактики инфекционных заболеваний, включая все виды иммунопрофилактики и вакцинации;

организация и оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимися в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов.

Будут продолжены процессы углубления преемственности в ведении больных между первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощью с формированием новой организационной системы внегоспитальной лечебной помощи, патронажа и реабилитации - "парагоспитальной службы" за счет структурной реорганизации лечебно-диагностических и реабилитационных подразделений амбулаторно-поликлинических и стационарных (больничных) учреждений, прежде всего, муниципального уровня.

Дальнейшее развитие медицинской помощи в условиях стационара предусматривается в направлении повышения эффективности оказания помощи больным, нуждающимся в контроле и коррекции жизненно важных функций, проведения диагностических и лечебных мероприятий, требующих круглосуточного наблюдения за больными:

оптимизация работы стационарных учреждений путем регионального распределения функциональной деятельности стационаров;

совершенствование работы межтерриториальных центров специализированной медицинской помощи с усилением их координирующей роли в проведении профилактических и лечебно-диагностических мероприятий по социально значимым медицинским проблемам;

повсеместное внедрение в деятельность стационаров стандартов медицинской помощи и повышение эффективности системы управления качеством медицинской помощи;

расширение объемов современных медицинских технологий и внедрение новых высокотехнологичных видов медицинской помощи;

расширение телемедицинской связи и обеспечение ее круглосуточной работы между стационарными учреждениями муниципального и регионального уровней.

Третий этап (2017 - 2020 годы):

Успешное решение целей и задач первого и второго этапов модернизации системы управления и организации управления медицинской помощью, закрепившиеся процессы совершенствования структурно-технологической модернизации здравоохранения позволят перейти на саморегулируемую систему организации медицинской помощи с повсеместным ее внедрением во всех муниципальных образованиях, независимо от территориальных особенностей, обеспечат внедрение поэтапного технологического принципа функционального распределения диагностических, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий в логичной и рациональной последовательности при оказании медицинской помощи, что создаст высокую медицинскую и экономическую эффективность системы здравоохранения в области в целом.

Целевые показатели эффективности системы оказания медицинской помощи

В работе амбулаторно-поликлинических учреждений:

доля здоровых людей всех возрастных групп из общего числа прикрепленного населения;

процент ранних стадий заболеваний среди всех впервые выявленных.

В работе учреждений системы "парагоспитальной" службы: количество больных, восстановивших полную или частичную функциональную независимость и трудоспособность среди всех пролеченных.

В работе стационарных учреждений:
показатели госпитальной летальности;
количество больных, восстановивших частично функциональную независимость и трудоспособность, среди всех пролеченных.

6. Совершенствование системы финансирования здравоохранения

Обеспечение зависимости размеров финансирования медицинских учреждений от объема и качества оказываемой ими медицинской помощи.

Обеспечение внедрения одноканального финансирования здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования (ОМС).

Совершенствование отраслевой системы оплаты труда, обеспечивающей стимулирование медицинского персонала в зависимости от качества работы и достигнутых результатов.

Совершенствование методики расчета тарифов на медицинские услуги (включая сестринские услуги), в том числе оказываемые на платной основе.

Оптимизация системы учета средств, получаемых учреждениями здравоохранения, в том числе по приносящей доход деятельности, а также их использование.

Разработка системы мер ответственности медицинских организаций за нерациональное и неэффективное использование средств независимо от источника поступления.

Внедрение информационных систем управления бюджетным процессом субъектов бюджетного планирования и др.

Создание условий для развития приносящей доход деятельности в государственных и муниципальных медицинских организациях, включая добровольное медицинское страхование (ДМС) и платные услуги.

Обеспечение публикаций ежегодных расходов на здравоохранение из средств бюджетов и ОМС.

7. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия

Четкое взаимодействие служб и учреждений здравоохранения с органами Роспотребнадзора по вопросам санитарно-эпидемиологической деятельности.

Правовое регулирование вопросов сохранения санитарно-эпидемиологического благополучия, находящихся в компетенции государственной и муниципальной власти Кемеровской области.

Реализация системы гигиенического воспитания и образования населения, формирование системы самооздоровления населения и здорового образа жизни.

8. Лекарственное обеспечение и лекарственная помощь населению

Четкое взаимодействие всех участников в обеспечении льготных категорий граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

Совершенствование методики формирования заявки на лекарственные средства и изделия медицинского назначения для льготного обеспечения граждан и системы их отпуска.

Совершенствование методики формирования заявок на перечни и объемы лекарственных средств и изделий медицинского назначения в рамках Территориальной программы государственных гарантий.

Содействие в расширении точек отпуска лекарственных средств, в том числе льготного, уполномоченными аптечными учреждениями; в организации мобильных аптечных пунктов для сельского населения.

На стационарном этапе полное бесплатное лекарственное обеспечение в рамках видов, объемов и условий оказания медицинской помощи, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий.

Эффективное расходование финансовых средств, направляемых на лекарственное обеспечение:

обеспечение подготовки и комплектования лечебно-профилактических учреждений кадрами клинических фармакологов;

совершенствование методики формирования больничных формуляров лекарственных средств с учетом профиля лечебного учреждения и этапов лечения больных;

совершенствование системы учета и контроля расходования этих средств;

формирование условий, обеспечивающих повышение заинтересованности граждан в рациональном использовании льгот по лекарственному обеспечению;

совершенствование государственного контроля качества лекарственных средств путем создания регионального центра безопасности лекарственных средств и проведения контроля соблюдения лицензионных условий и требований аптеками;

мониторинг качества лекарственных средств;

поддержка региональных производителей фармацевтической продукции.

9. Развитие медицинской науки и образования, кадровая политика

Основными принципами развития медицинской науки следует рассматривать:

комплексность научных центров и опережающее развитие по всей совокупности основных направлений фундаментальных наук;

интеграцию медицинской науки, образования, широкое использование в обучении кадрового потенциала материальной базы академических институтов, многоуровневую систему отбора, подготовки и воспроизводства кадров высокой и высшей квалификации для науки, высшей школы и практического здравоохранения региона;

усиление взаимодействия практического здравоохранения с научными учреждениями Кузбасского научно-образовательного комплекса в разработке и внедрении эффективных медицинских технологий, уникальных методов диагностики и лечения;

активное содействие реализации научных достижений, разнообразие форм связи с практическим здравоохранением региона.

В современных условиях актуальными являются задачи:

формирование стратегии развития здравоохранения, сохранения и укрепления здоровья населения, улучшение демографической ситуации;

разработка научно-практических основ борьбы с наиболее распространенными заболеваниями;

разработка и внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения болезней, восстановления утраченного здоровья, увеличения продолжительности периода активной жизни человека;

разработка новых схем организации медицинской помощи (в том числе сестринской), управления здравоохранением;

обеспечение государственной поддержки инновационных научных разработок;

содействие привлечению внебюджетных источников для финансирования научных разработок практического направления.

Целью кадровой политики является комплектование системы здравоохранения области подготовленными специалистами, обладающими широкими познаниями в современной медицине, способными обеспечить высокую клиническую, медико-социальную и экономическую эффективность применяемых методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, внедрение новых высоких медицинских технологий, а также устранение диспропорций в соотношении "врач - средний медицинский работник" и неравенства в кадровом обеспечении всех профилей и уровней системы здравоохранения.

Она должна быть направлена на стимулирование мотивации медицинских работников к повышению профессиональной квалификации.

В системе управления медицинскими кадрами следует:

совершенствовать планирование, прогнозирование и мониторинг движения специалистов здравоохранения;

разработать и утвердить целевую программу подготовки, переподготовки и комплектования медицинскими кадрами учреждений здравоохранения;

развивать систему формирования органами управления здравоохранением целевых заказов на подготовку медицинских специалистов;

развивать накопительную систему последипломного образования сестринского персонала; ввести систему заочного (дистанционного, с использованием телекоммуникационных и информационных методик) дополнительного профессионального образования средних медицинских работников;

обеспечить соответствие содержания государственных образовательных стандартов медицинских специальностей (в том числе последипломной подготовки) профессиональному стандарту и потребностям практического здравоохранения;

внедрять новые организационные формы последипломной подготовки специалистов;

совершенствовать систему подготовки и повышения квалификации преподавательского состава образовательных учреждений медицинского профиля;

разработать и реализовать систему закрепления молодых специалистов и сокращения текучести кадров, прежде всего, для сельской местности и для наиболее востребованных специальностей; принять программу предоставления муниципального жилья молодым специалистам;

разработать и повсеместно внедрить систему морального и материального стимулирования за внедрение новых медицинских технологий и организационных методов, рациональных предложений, защищенные диссертации, публикации, доклады на конференциях и семинарах и т.п.;

развивать систему возвратного субсидирования на подготовку специалистов для учреждений здравоохранения;

проводить в области единую политику установления компенсаций и льгот за особые условия труда медицинских работников и при потере здоровья, связанного с ними;

с учетом возможностей бюджета расширять социальные льготы для медицинских работников;

совершенствовать систему охраны и безопасности труда в учреждениях здравоохранения.

Основными критериями эффективности кадровой политики будут являться высокое качество оказываемой медицинской помощи и удовлетворенность пациентов медицинским обеспечением.

10. Развитие информатизации здравоохранения

Основной целью мероприятий по информатизации системы здравоохранения Кемеровской области должно стать обеспечение эффективной информационной и технологической поддержки системы здравоохранения, граждан в рамках процессов управления медицинской помощью и ее непосредственного оказания. Перечень основных мероприятий по информатизации здравоохранения включает следующее:

информатизация медицинских учреждений;
оснащение медицинских учреждений вычислительной техникой;
организация каналов связи;
внедрение информационных систем;
организация централизованных сервисов на базе ГБУЗ Кемеровской области "Кемеровский областной медицинский информационно-аналитический центр" (КОМИАЦ);
создание ситуационного центра по поддержке принятия управленческих решений и подразделения по техническому управлению телемедицинскими технологиями.

Приоритетами в сфере использования информационных и телекоммуникационных технологий должны стать:

модернизация локально-вычислительных сетей в медицинских учреждениях в соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

оснащение медицинских учреждений компьютерной техникой, телекоммуникационным оборудованием и средствами информационной безопасности;

автоматизация процессов оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, включая запись на прием, ведение электронной медицинской карты пациента, поддержку принятия врачебных решений и других процессов в рамках медицинской организации;

автоматизация управления административно-хозяйственной деятельностью медицинской организации, включая формирование и передачу данных о затратах за оказанную медицинскую помощь и лекарственное обеспечение в органы управления здравоохранения;

создание единой телемедицинской системы родовспоможения и кардиологии Кемеровской области, а также центрального архива медицинских изображений (PACS);

создание и развитие регионального сегмента информационной системы "Ведение единого регистра медицинских работников", в том числе модернизация кадрового учета в медицинских учреждениях, а также интеграция системы с федеральным регистром медицинских и фармацевтических работников;

создание интегрированной системы использования информационных ресурсов здравоохранения;

создание интегрированной унифицированной системы электронного документооборота;

развитие образовательной инфраструктуры и методического обеспечения подготовки и повышения квалификации в сфере инфокоммуникационных технологий, в том числе создание электронной медицинской библиотеки;

рационализация схем и сокращение сроков передачи управленческой информации с учетом уровней прав пользователей;

абзац исключен с 9 октября 2017 года. - Распоряжение Коллегии Администрации Кемеровской области от 09.10.2017 N 457-р;

внедрение федеральных компонентов системы, имеющих собственный пользовательский интерфейс;

разработка и внедрение сервисов взаимодействия с системой межведомственного электронного взаимодействия, единым порталом государственных и муниципальных услуг, региональным порталом государственных и муниципальных услуг и иными системами, создаваемыми в рамках инфраструктуры электронного правительства;

(в ред. распоряжения Коллегии Администрации Кемеровской области от 09.10.2017 N 457-р)

интеграция региональной медицинской информационной системы, унаследованных медицинских информационных систем, а также иных компонентов регионального фрагмента системы с обеспечивающими и прикладными компонентами федерального фрагмента системы в соответствии с требованиями, спецификациями и техническими условиями информационного обмена, разработанными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

11. Развитие социальной базы здравоохранения

Социальная база здравоохранения при реализации Концепции рассматривается как важный фактор привлечения общественности к развитию здравоохранения, охраны здоровья населения, повышению эффективности профилактической работы.

Расширение социальной базы здравоохранения должно осуществляться по следующим направлениям:

развитие взаимодействия с учреждениями социальной защиты при оказании медико-социальной помощи;

поиск новых форм работы с общественными, благотворительными и религиозными организациями;

развитие общественных объединений пациентов, медицинских "школ" и других форм по медицинским интересам;

восстановление системы медицинского просвещения, расширение сотрудничества со средствами массовой информации в популяризации здорового образа жизни;

содействие в организации и проведении официальных и общественных мероприятий, направленных на сохранение и защиту нравственного здоровья общества;

формирование в обществе осознанного отношения к семье, материнству и отцовству.

12. Механизм реализации Концепции и ожидаемые результаты

Механизм реализации Концепции предусматривает формирование комплексных целевых программ

развития здравоохранения Кемеровской области.

Целевые программы направлены на устранение узковедомственного подхода, дублирования, нерационального использования ресурсов и консолидацию сил и средств всех служб и ведомств на основе многоуровневой интеграции (федеральный, региональный, муниципальный уровни).

В программе должно быть предусмотрено выделение отдельных подпрограмм, формируемых по приоритетам и этапам реализации Концепции.

Целевые комплексные программы являются инструментом организации взаимодействия, выработки согласованных подходов в деятельности всех субъектов, прямо или косвенно задействованных в развитии здравоохранения и охране здоровья населения.

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области и органы местного самоуправления в сфере здравоохранения осуществляют координацию действий всех субъектов и участников реализации целевых программ и контроль их исполнения.

При формировании программ здравоохранения (областных или муниципальных) определяются:

показатели состояния здоровья населения (указы Президента Российской Федерации от 28 июля 2007 г. N 825 "Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации" и от 28.04.2008 N 607 "Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов");

объемы финансирования программ за счет средств бюджета и ОМС, в том числе обеспечивающие реализацию государственных гарантий;

общие принципы финансирования и показатели деятельности учреждений здравоохранения;

мероприятия по повышению эффективности работы учреждений здравоохранения;

основные направления профилактической деятельности.

В целях более рационального использования финансовых и материальных средств в здравоохранении крупные инвестиционные проекты, на которые направляются бюджетные средства, подлежат обязательному согласованию с департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области.

Развитие здравоохранения Кемеровской области в 2012 - 2020 годах будет проходить в три этапа, различающиеся по условиям, факторам и рискам социально-экономического развития и приоритетам экономической политики государства и региона.

Первый этап (2012 - 2013 годы) базируется на развитии имеющихся достижений системы здравоохранения региона, обеспечивающих структурно-технологическую модернизацию здравоохранения для расширения доступности качественной медицинской помощи.

К концу 2012 года по результатам реализации Программы модернизации здравоохранения Кемеровской области на 2011 - 2012 годы по выбранным приоритетным направлениям (кардиология, неврология, травматология, онкология, фтизиатрия, наркология, пульмонология, акушерство и гинекология (включая оказание медицинской помощи новорожденным), педиатрия, укрепление первичного звена и улучшение оказания скорой медицинской помощи) будет проведен капитальный ремонт в 67 медицинских организациях на 177 объектах, текущий ремонт в 16 медицинских организациях на 16 объектах, приобретено 3869 единиц медицинского оборудования, в т.ч. оснащено 245 автомобилей скорой медицинской помощи аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS, закуплено свыше 8 тысяч единиц компьютерной техники.

На базе МБЛПУ "Городская детская больница N 28" г. Новокузнецка в конце 2012 года будут открыты 10 детских паллиативных (хосписных) коек для инкурабельных больных.

Развитие здравоохранения в среднесрочном (2014 - 2016 годы) и долгосрочном (2017 - 2020 годы) периодах - это развитие инновационной модели системы на основе консолидированных действий органов государственной и муниципальной власти, местного самоуправления, предприятий, общественных организаций, средств массовой информации и граждан, что обеспечит улучшение качества жизни, социальной среды и здоровья населения.

Реализация Концепции приведет к созданию комплексной системы здравоохранения, скоординированной с планами социально-экономического развития области на период до 2020 года.

Реализация направлений Концепции позволит к 2020 году относительно 2011 года улучшить здоровье и качество жизни населения.

Предполагается обеспечить снижение:

уровней смертности от болезней системы кровообращения не менее, чем на 13,6 процента от несчастных случаев, отравлений и травм - на 12,3 процента; общей - на 14,7 процента;

уровней заболеваемости социально значимыми болезнями в 1,9 - 2,8 раза, в том числе онкологическими - в 1,4 раза;

уровня профессиональной заболеваемости - в 6 раз.

Планируется: обеспечить медицинскую помощь, оказываемую в условиях амбулаторных учреждений, стационаров, дневных стационаров, стационаров на дому, должного качества и в рекомендуемых объемах.
