



# ПРАВИТЕЛЬСТВО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 06.09.2012 № 871

г. Ростов-на-Дону

### Об утверждении Концепции развития здравоохранения Ростовской области до 2020 года

В соответствии с обновленной Стратегией социально-экономического развития Ростовской области на период до 2020 года Правительство Ростовской области **п о с т а н о в л я е т**:

1. Утвердить Концепцию развития здравоохранения Ростовской области до 2020 года согласно приложению.
2. Контроль за выполнением постановления возложить на заместителя Губернатора Ростовской области Бондарева С.Б.

Губернатор  
Ростовской области



В.Ю. Голубев

Постановление вносит  
министерство здравоохранения  
Ростовской области

КОНЦЕПЦИЯ  
развития здравоохранения  
Ростовской области до 2020 года

1. Общие положения

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Ростовской области одним из приоритетов политики региона должно являться сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

Эффективное функционирование здравоохранения определяется основными системообразующими факторами:

совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить формирование здорового образа жизни и оказание качественной бесплатной медицинской помощи всем гражданам Ростовской области (в рамках государственных гарантий);

развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;

наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением Ростовской области.

Указанные факторы являются взаимозависимыми и взаимоопределяющими, в связи с чем модернизация здравоохранения требует гармоничного развития каждого из них и всей системы в целом.

Концепция развития здравоохранения Ростовской области (далее – Концепция) представляет собой анализ состояния здравоохранения в Ростовской области, а также основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода.

Концепция разработана в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Концепцией развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, федеральным законодательством и иными нормативными правовыми актами Ростовской области.

2. Современное состояние здравоохранения в Ростовской области

2.1. Демографическая ситуация в Ростовской области

Реализация мероприятий Стратегии социально-экономического развития Ростовской области, федеральных и региональных целевых программ,

национального проекта «Здоровье», областной долгосрочной целевой программы «Модернизации здравоохранения Ростовской области на 2011 – 2012 годы» позволила в последние годы реорганизовать комплексную систему охраны здоровья населения и улучшить демографическую ситуацию в области, в которой наметились стабилизационные тенденции.

Современная демографическая ситуация в Ростовской области сформировалась под влиянием политических, социально-экономических, а также демографических процессов, происходивших в стране в предыдущие десятилетия. Численность населения Ростовской области, с учетом предварительных итогов Всероссийской переписи 2010 года, на 1 января 2011 г. составила 4 276,4 тыс. человек, или 3 процента численности населения России. Среди субъектов Российской Федерации область занимает 6-е место по численности постоянного населения, среди субъектов ЮФО – 2-е – после Краснодарского края. Ростовская область – один из наиболее густонаселенных регионов России, плотность населения составляет 42,4 человека на 1 кв. км. Наиболее заселены Ростов-на-Дону, Таганрог и Гуково, Аксайский и Мясниковский районы. В общей численности населения городские жители составляют 67,3 процента, сельские – 32,7 процента.

Демографическая ситуация в Ростовской области пока еще остается неблагоприятной. Сокращение численности населения, начавшееся в 1992 году, продолжается. Однако темпы уменьшения численности населения в последние годы существенно снизились – с 32 тысяч человек ежегодно в период 2000 – 2005 годов до 14,2 тысяч человек в 2011 году.

По состоянию на 1 января 2012 г. численность постоянного населения Ростовской области составила 4 260,6 тысяч человек, что на 15,8 тысяч человек меньше, чем на соответствующую дату 2010 года.

Снижение темпов сокращения численности населения обеспечено главным образом увеличением рождаемости и снижением смертности. В 2011 году родились 46,5 тыс. детей, что на 17,3 процента больше, чем в 2005 году.

Уровень рождаемости в 2011 году в сравнении с предыдущим годом незначительно снизился и составил 10,9 на 1 000 населения при 11,0 – в 2010 году; 10,8 – в 2009 году. В 27 территориях области (из 55) отмечено увеличение числа родившихся против уровня прошлого года.

Отмечается снижение на 4,7 процента общей смертности населения, уровень которой составил в 2011 году 14,2 на 1 000 населения при 14,9 в 2010 году. Снижение смертности отмечено в 30 территориях области (54,5 процента). Рост смертности наблюдается в 4 городах и 21 районе области (45,4 процента).

По сравнению с территориями, входящими в ЮФО, в Ростовской области в 2010 году наблюдается самый низкий уровень рождаемости и самые высокие показатели смертности и естественной убыли населения.

Наименование субъекта	Число родившихся	Число умерших	Естественный прирост (+), убыль (-)
	на 1 000 населения		
1	2	3	4
Российская Федерация	12,5	14,2	-1,7

1	2	3	4
Южный федеральный округ	11,8	14,1	-2,3
Республика Адыгея	12,9	14,1	-1,2
Республика Калмыкия	15,3	11,0	4,3
Краснодарский край	12,2	13,6	-1,4
Астраханская область	14,2	13,5	0,7
Волгоградская область	11,3	14,6	-3,3
Ростовская область	10,9	14,7	-3,8

Низкая рождаемость и высокая смертность определили значительный уровень естественной убыли населения области, который не компенсируется миграционным приростом. Во многом такая ситуация сложилась из-за неблагоприятной возрастной структуры населения области – высокой доли лиц пенсионного возраста (23,8 процента) и низкой доли детей и подростков (16,9 процента). Причинами низкой рождаемости населения, помимо перехода семей на малодетность, стали материально-бытовые трудности, жилищные проблемы, низкий уровень жизни части населения, невысокий уровень оплаты труда, ухудшение репродуктивного здоровья населения, утрата семейных ценностей, рост числа разводов, большое количество преждевременного прерывания беременности и др.

В 2011 году позитивное демографическое развитие отмечается только в 7 из 55 муниципальных образований: города Батайск, Ростов-на-Дону, Азовский, Аксайский, Багаевский, Мясниковский, Родионово-Несветайский районы. В данных территориях к началу 2012 года отмечался рост численности населения.

Сложившийся под влиянием длительного снижения рождаемости регрессивный тип возрастной структуры населения (доля населения старших возрастов превышает долю детей и подростков) не обеспечивает численного роста населения области и приводит к его «старению». Средний возраст населения области увеличивается.

В воспроизводстве населения в современных условиях определенную значимость приобретает миграция.

За последние годы в миграционных процессах произошли существенные изменения. До середины 90-х годов миграция развивалась нарастающими темпами. Причем приток мигрантов в Ростовскую область заметно превышал отток. В указанные годы миграционный прирост сыграл значительную роль в сохранении численности населения.

Основными причинами смерти населения области остаются болезни системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи, отравления и травмы, на долю которых приходится 83,9 процента от общего числа умерших. От болезней системы кровообращения в 2011 году в Ростовской области умерли более 38 тыс. человек (62,9 процента умерших), от новообразований умерли 14,6 процента, от внешних причин – 6,4 процента.

Ростовская область длительное время занимала одно из первых мест в России по аварийности на дорогах, причиной которой зачастую являлись нетрезвые водители. Однако благодаря комплексу мероприятий, предпринятых в последние годы для повышения безопасности дорожного движения и снижения

транспортного травматизма, смертность от всех видов транспортных несчастных случаев (главным образом, при ДТП) в 2011 году составила 8,1 на 100 тыс. населения (в 2010 г. – 10,3).

Выше среднероссийского уровня сохраняется показатель смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний, так как в ее структуру включена смертность от туберкулеза. При ее анализе установлено существенное влияние на заболеваемость и смертность миграционных процессов, в ходе которых наблюдается приток в область на постоянное место жительства лиц с ранее установленным диагнозом туберкулез.

## 2.2. Краткая характеристика показателей здоровья населения в Ростовской области

В последние 15 лет заболеваемость населения Ростовской области постоянно растет, что связано, с одной стороны, с ростом доли пожилого населения и с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, с другой стороны, с неэффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний. В 1996 г. уровень общей заболеваемости населения (взрослых, подростков и детей) составил 1137,3 случая на 1000 населения, в 2001 г. – 1 323,4; в 2006 г. – 1 544,8; в 2011 г. – 1 604,2. Рост заболеваемости за 15 лет составил 41 процент.

Следует обратить внимание на то, что с 1996 по 2011 годы в Ростовской области, как и в целом по Российской Федерации, существенно возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти. Например, уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения возрос почти в 2 раза (со 115,9 на 1000 населения в 1996 году до 213,2 – в 2011 г.), новообразованиями – на 37 процентов (с 31,9 на 1000 населения в 1996 г. до 43,7 – в 2011 г.). Число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, приводящих к инвалидности, а также осложнений беременности, родов и послеродового периода также возросло почти в 2 раза. В 2011 году, как и 15 лет назад, в структуре общей заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (24,8 процента) и болезни системы кровообращения (13,3 процента), при этом за прошедшее время доля болезней дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем и травм в структуре общей заболеваемости снизилась, а доля болезней системы кровообращения и болезней нервной системы и органов чувств выросла.

С 1998 г. в области отмечается резкое увеличение числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности. К 2008 г. этот показатель достиг 42,5 процента от общего числа детей, родившихся живыми. В 2010 – 2011 годах заболеваемость новорожденных начала снижаться.

Показатель	1998 год	2000 год	2001 год	2004 год	2006 год	2008 год	2010 год	2011 год
Заболеваемость новорожденных (на 1000 родившихся живыми)	295,5	305,3	377,1	392,9	396,0	425,3	403,5	381,7

Инвалидность в Российской Федерации с 1990 по 2006 годы не уменьшается, в том числе и среди лиц трудоспособного возраста, доля которых в общем числе лиц, впервые признанных инвалидами, составляет не менее 40 процентов.

Тем не менее, в Ростовской области в период с 2001 по 2008 год число инвалидов на 10 тыс. населения в возрасте от 18 лет и старше снизилось в 3,3 раза. С 2009 по 2011 год показатель инвалидности вырос на 43 процента.

Показатель	1998 год	2001 год	2002 год	2003 год	2004 год	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год
Общая численность лиц, впервые признанных инвалидами (на 10 тыс. населения)	111,6	122,1	92,0	78,4	74,8	37,0	46,0	51,2	52,8

Всего инвалидов в Российской Федерации 14 млн. человек, в том числе 523 тыс. детей. В Ростовской области, по данным за 2011 год, проживает 328,8 тысяч инвалидов, в том числе 11 610 детей. Это говорит о недостаточно высоком качестве медицинской помощи и неадекватной социальной реабилитации.

В структуре первичной инвалидности взрослого населения преобладают сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные новообразования. Среди заболеваний, обусловивших развитие инвалидности у детей, лидируют психические расстройства, болезни нервной системы, врожденные аномалии и нарушения обмена веществ.

В Ростовской области, как и в целом по России, существуют четыре основных фактора риска: высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя, вклад которых в структуру общей смертности составляет 87,5 процента, а в количестве лет жизни с утратой трудоспособности – 58,5 процента. При этом на первом месте по влиянию на количество лет жизни с утратой трудоспособности (16,5 процента) стоит злоупотребление алкоголем. По экспертным оценкам, относительные показатели мало изменились за последние 6 лет.

### 2.3. Реализация Программы государственных гарантий оказания гражданам Ростовской области бесплатной медицинской помощи

Законодательством Российской Федерации установлен страховой принцип финансирования медицинской помощи. В 1993 году в дополнение к бюджетной системе здравоохранения была создана система обязательного медицинского страхования (ОМС), в результате в России сложилась бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения.

С целью обеспечения сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для

этого финансовых средств, создания единого механизма реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи и повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения Правительством Ростовской области ежегодно принимается Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области.

Реализация Территориальной программы государственных гарантий осуществляется исходя из утвержденных нормативов объемов медицинской помощи (по видам медицинской помощи) и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

В рамках Программы бесплатно предоставляются следующие виды медицинской помощи:

первичная медико-санитарная помощь;

скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя: лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других состояний, требующих неотложной помощи, медицинскую профилактику заболеваний, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров, диспансерному наблюдению женщин в период беременности, здоровых детей, лиц с хроническими заболеваниями, предупреждению аборт, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, а также проведение других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам.

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях и их соответствующих структурных подразделениях врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной систем здравоохранения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

С целью рационального использования бюджетных средств в последние годы в Ростовской области проводится работа по оптимизации коечной сети: сокращается коечный фонд в муниципальных учреждениях здравоохранения,

имеющих избыточную коечную сеть; дорогостоящий коечный фонд стационаров перепрофилируется в менее затратный дневной стационар на базе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений; сокращаются неэффективно работающие койки.

Кроме того, на уровне области сформирована законодательная база развития областного здравоохранения.

На осуществление поставленных целей в Ростовской области направлены мероприятия областной долгосрочной целевой программы «Развитие здравоохранения Ростовской области на 2010 – 2014 годы» и областной долгосрочной целевой программы «Развитие здравоохранения Ростовской области на 2015 – 2020 годы», а так же областной долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения Ростовской области на 2011 – 2012 годы», направленной на укрепление ресурсной базы здравоохранения Ростовской области, внедрение стандартов оказания медицинской помощи и современных информационных технологий в здравоохранении.

В соответствии с требованиями ст. 69.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации, постановлением Правительства Ростовской области от 23.12.2011 № 291 «О порядке организации работы по формированию и финансовому обеспечению государственного задания государственным учреждениям Ростовской области» и в целях создания стимулов для ориентации учреждений на запросы потребителей бюджетных услуг, повышения их качества и зависимости финансирования от реальных результатов работы, оптимизации механизма управления бюджетными ресурсами с 2010 года осуществлен переход от финансирования бюджетных учреждений по смете к финансированию оказываемых ими услуг на основе задания учредителя.

С 1 января 2012 г. согласно нормам федерального законодательства произошло разграничение полномочий между органами государственной власти субъекта Российской Федерации и органами местного самоуправления в области охраны здоровья в части оказания первичной медико-санитарной помощи. Финансирование расходов по оказанию скорой медицинской помощи, медицинской помощи, оказываемой фельдшерско-акушерскими пунктами, патологоанатомическими бюро, хосписами, домами сестринского ухода, санаториями, ВИЧ-инфицированным, медицинским персоналом, обслуживающим дошкольные образовательные учреждения, производится в виде субвенции областного бюджета.

С 2013 года в связи с переходом на преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования планируется осуществление финансового обеспечения скорой медицинской помощи, фельдшерско-акушерских пунктов и медперсонала детских дошкольных учреждений. Кроме того, планируется расширение перечня расходов, включаемых в тариф на оплату медицинской помощи.

Поэтапно осуществляются мероприятия по оптимизации численности технического, финансово-хозяйственного и иного немедицинского персонала в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения с целью повышения эффективности управления кадровыми ресурсами.



Реализация указанных областных программ и мероприятий в сфере здравоохранения позволит уже в ближайшие годы сформировать в области эффективную инновационную модель медицинского обслуживания населения области.

#### 2.4. Система организации медицинской помощи населению

В настоящее время медицинская помощь населению Ростовской области оказывается в 216 государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (из них 5 – федерального подчинения), в том числе в 111 больницах, 9 диспансерах, 47 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждениях, 25 самостоятельных стоматологических поликлиниках, 1 самостоятельной станции скорой медицинской помощи, 1 станции переливания крови, 8 санаториях, 7 домах ребенка и 5 учреждениях особого типа.

Первичная медико-санитарная помощь – совокупность медико-социальных и санитарно-гигиенических мероприятий, обеспечивающих оздоровление, профилактику неинфекционных и инфекционных заболеваний, лечение и реабилитацию населения. Первичная медико-санитарная помощь представляет первый этап непрерывного процесса охраны здоровья населения, что диктует необходимость ее максимального приближения к месту жительства и работы людей. Основным принципом ее организации является территориально-участковый.

Сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система первичной медико-санитарной помощи в полном объеме удовлетворяют потребности населения.

Несовершенства в работе амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, в частности, недостаточно эффективная система патронажа и наблюдения за больными с хронической патологией привели к тому, что скорая медицинская помощь является самым распространенным видом оказания внегоспитальной медицинской помощи населению страны, взяв на себя часть функций амбулаторно-поликлинического звена.

В настоящее время в Ростовской области скорую медицинскую помощь обеспечивают 1 самостоятельная станция и 56 отделений, укомплектованные общепрофильными (360; 24,8 процента от общего количества бригад), специализированными (150; 10,3 процента), фельдшерскими (940; 64,8 процента) бригадами. В течение 2011 года выполнено свыше 1 479 тыс. выездов к больным, при этом госпитализировано менее 151 тыс. человек, то есть только каждый 10-й вызов заканчивался госпитализацией в стационар.

В целях обеспечения бесперебойной работы службы скорой медицинской помощи в современных условиях, в рамках реализации мероприятий областной долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения Ростовской области на 2011 – 2012 годы» предусмотрено управление бригадами скорой медицинской помощи с использованием аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС/GPS. С этой целью в 2012 году будет оснащено 495 автомобилей скорой медицинской помощи и 57 дежурно-диспетчерских служб лечебных учреждений оборудованием системы навигации ГЛОНАСС/GPS.

Следует отметить, что непосредственной причиной смерти лиц трудоспособного возраста в большинстве случаев является неотложное состояние. При этом около 1,8 млн. человек в год в стране умирают вне стационаров, а каждый третий госпитализированный больной в угрожающем жизни состоянии поступает в стационар с задержкой более 24 часов.

Эффективному использованию возможностей скорой медицинской помощи препятствуют следующие факторы:

1. Оказание своевременной медицинской помощи в муниципальных районах происходит не по принципу наиболее близко расположенной бригады, а по принципу территориальной принадлежности.

2. Существует недостаточная укомплектованность бригад скорой медицинской помощи квалифицированными кадрами, в том числе специалистами, своевременно прошедшими переподготовку, из-за несовершенства системы подготовки кадров службы скорой медицинской помощи как высшего, так и среднего звена, а так же сокращение количества специализированных бригад и отток опытных медицинских кадров.

3. Зачастую происходит нецелевое использование бригад скорой медицинской помощи (для перевозки плановых больных, вызовы для оказания помощи хроническим больным).

Таким образом, низкая эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи, отсутствие системы амбулаторного долечивания и патронажа, а также несовершенство организации работы скорой медицинской помощи привели к тому, что стационарная помощь выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья населения. При этом 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.

По данным работы стационаров муниципального и областного подчинения, среднегодовая занятость койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения в 2011 году составила 315 дней, средняя продолжительность пребывания пациента на койке в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения – 12,4 дня.

Внедрение стационарзамещающих технологий в деятельность больничных учреждений и амбулаторно-поликлинической службы позволило с 2006 по 2011 год увеличить число мест в дневных стационарах на 17,0 процента (с 3 382 мест в 2006 до 3 958 – в 2011 году), обеспеченность местами дневных стационаров – на 21,0 процента (с 7,6 до 9,2 на 10 тыс. населения соответственно) и уровень госпитализации в дневные стационары – на 21,0 процента (с 1,9 до 2,3 на 100 человек населения соответственно).

Однако несмотря на это, уровень госпитализации в государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения остается высоким (19,4 на 100 чел. населения в 2011 году). Создается значительный дефицит стационарных коек по отдельным профилям. Количество коек в государственных

(муниципальных) учреждениях здравоохранения на 10 тыс. населения в Ростовской области составляет 78,7.

Таким образом, объем коечного фонда достаточен для полного обеспечения населения стационарной помощью. Однако существующая в настоящее время организация стационарной помощи не достаточно эффективна, что проявляется:

несоответствием структуры коечного фонда структуре госпитальной заболеваемости;

наличием случаев недостаточно обоснованной госпитализации;

На сегодняшний день в области система восстановительного лечения и реабилитации требует структурной реорганизации.

Существующие в настоящее время отделения (кабинеты) по восстановительному лечению и реабилитации не в полной мере соответствуют современным требованиям по оснащению диагностическим и лечебным оборудованием. Отмечается нехватка специализированных кадров реабилитационной службы (врачей и инструкторов ЛФК, физиотерапевтов, логопедов, нейропсихологов, медицинских психологов, трудотерапевтов, социальных работников и др.).

## 2.5. Инновационное и кадровое обеспечение развития здравоохранения

Уровень развития медицинской науки определяет перспективы совершенствования здравоохранения. Настоящее состояние медицинской науки характеризуется недостаточным инновационным потенциалом, слабой системой внедрения научных результатов в практическое здравоохранение. Развитие современных научных исследований в области медицины возможно лишь при условии комплексного подхода, основанного на привлечении разработок фундаментальных медико-биологических, естественных и точных наук, а также новых технологических решений.

В системе здравоохранения Ростовской области по состоянию на 1 января 2012 г. работало 14,76 тыс. врачей и 35,16 тыс. среднего медицинского персонала (в 2010 году – 14,75 тыс. и 35,15 тыс.). Численность врачей (физические лица) в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения на 10 тыс. населения составила 28,3 человек (2010 год – 29,5), численность среднего медицинского персонала (физические лица) в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения на 10 тыс. населения составила – 78,1 человек (2010 год – 79,0). Соотношение врачей и среднего медицинского персонала составляет 1: 2,7.

Количество врачей на душу населения в Ростовской области меньше, чем в среднем по Российской Федерации (показатель обеспеченности врачами – 44,1 на 10 тыс. населения, средними медработниками – 93,6).

Количество штатных должностей участковых педиатров в 2011 году по сравнению с 2010 годом выросло на 0,3 процента, а число физических лиц снизилось на 1,17 процента, вследствие этого показатель укомплектованности физическими лицами уменьшился на 1,5 процента. Коэффициент совместительства остался на уровне 2010 года и составил 1,1. Низкая обеспеченность педиатрическими кадрами выявлена в 25 районах и 2 городах.

Особенно низкая укомплектованность педиатрическими кадрами (менее 50 процентов) зарегистрирована в 11 (в том числе в 2 городах) территориях Ростовской области: Веселовском и Кашарском (37,5 процента), Заветинском (40,0 процента), Матвеево-Курганском (44,8 процента), Дубовском (47,1 процента), Боковском (48,0 процента) районах, в городах Новошахтинск (35,0 процента), Каменск-Шахтинский (47,5 процента).

Сохраняется дефицит кадров в неонатологии. Укомплектованность неонатологическими кадрами имеет разброс от 47,1 процента в городе Шахты, 50,0 процента – в городах Волгодонске и Гуково, 57,1 процента в городах Каменске-Шахтинском и Новочеркасске до 100 процентов и более – в Шолоховском районе, городах Батайске, Донецке, Новошахтинске и в государственном бюджетном учреждении Ростовской области областная клиническая больница № 2. Развитие межтерриториальных неонатальных центров тормозится из-за дефицита кадров.

Тем не менее показатель укомплектованности физическими лицами неонатологов в целом по области (по подчинению) вырос с 64,6 процента в 2010 году до 70,8 процента в 2011 году (на 9,6 процента).

Уровень качества оказания медицинской помощи и показатели здоровья населения Ростовской области свидетельствуют о недостаточной эффективности функционирования системы медицинской помощи, а также квалификации врачей и слабой мотивации их к профессиональному совершенствованию. Наблюдается диспропорция в распределении врачебных кадров: излишняя концентрация их в стационарных учреждениях и нехватка в амбулаторно-поликлинических.

Кроме того, соотношение между численностью врачей и среднего медицинского персонала в Ростовской области, как и в других регионах России, значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира, что вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа, реабилитации.

Среди проблем в сфере управления медицинскими кадрами, следует отметить низкую заработную плату медицинских работников, уравнилельные подходы к оплате труда медицинского персонала, низкие социальную защищенность и престиж медицинской профессии, неадаптированность федеральных государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования современным потребностям здравоохранения, недостаточную профессиональную подготовку медицинских и управленческих кадров в здравоохранении.

## 2.6. Лекарственное обеспечение граждан Ростовской области в амбулаторных условиях

Лекарственная помощь населению области включает в себя 4 основных направления:

- обеспечение лекарственными препаратами региональных льготников;
- обеспечение лекарственными препаратами федеральных льготников;
- обеспечение лекарственными препаратами пациентов при получении стационарной и стационарзамещающей помощи;
- розничный сегмент.

Обеспечение льготных категорий населения лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания является важной социальной задачей, так как затрагивает самые незащищенные категории населения.

В Ростовской области создана инфраструктура льготного лекарственного обеспечения жителей Дона, которая включает в себя:

128 медицинских организаций;

117 пунктов отпуска (в том числе 45, находящихся в сельской местности);

5 635 врачей (фельдшеров) осуществляют выписку рецептов льготным категориям граждан.

В рамках реализации программ льготного лекарственного обеспечения разработан программный продукт, интегрирующий оказание лекарственной помощи всеми участниками процесса.

Льготное лекарственное обеспечение граждан является важной составляющей при оказании эффективной медицинской помощи. В связи с этим минздравом РО ставились задачи по повышению качества оказания льготной лекарственной помощи отдельным категориям граждан, которые заключались в следующем:

во-первых, в оптимизации использования выделенных финансовых средств;

во-вторых, в проведении организационных мероприятий, направленных на 100-процентное обеспечение льготников лекарственными препаратами (уменьшение количества рецептов, находящихся на «контроле», и сокращение периода их обеспечения) и повышение качества и доступности льготной лекарственной помощи.

Для реализации процесса оказания льготной лекарственной помощи разработаны областные нормативные акты и приказы минздрава РО, регламентирующие льготное обеспечение:

Постановление Администрации Ростовской области от 29 октября 2009 г. № 560 «Об Областной долгосрочной целевой программе «Развитие здравоохранения Ростовской области на 2010 – 2014 годы»;

Постановление Правительства Ростовской области от 01.06.2012 № 481 «Об утверждении перечня лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания»;

Приказ минздрава РО от 28.02.2011 № 195 «Об утверждении порядка взаимодействия участников лекарственного обеспечения региональных льготников»;

Приказ минздрава РО от 15.06.2008 № 6 «О Перечне медицинских учреждений, обеспечивающих выписку лекарственных средств по рецептам врача (фельдшера) при оказании амбулаторной медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;

Приказ минздрава РО от 02.03.2010 № 211 «Порядок взаимодействия участников ОНЛС»;

Приказ минздрава РО от 12.01.2011 № 14 «О закреплении лечебно-профилактических учреждений»;

Приказ минздрава РО от 27.02.2008 № 89 «Об утверждении порядка взаимодействия участников лекарственного обеспечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, проживающих на территории Ростовской области».

Созданная структура лекарственного обеспечения успешно функционирует на протяжении ряда лет, это позволило существенно улучшить качество оказания лекарственной помощи населению, и снять отдельные моменты социальной напряженности в обществе.

Льготное обеспечение лекарственными средствами лиц, имеющих право на набор социальных услуг, в рамках Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» функционирует с 2005 года.

Размер финансирования для субъектов Российской Федерации определяется исходя из численности граждан, сохранивших право на получение набора социальных услуг, и установленного норматива финансовых затрат на одного гражданина. Норматив финансовых затрат ежегодно увеличивается и в 2011 году составлял 570 рублей. Лекарственное обеспечение льготных категорий граждан решается на протяжении ряда лет за счет средств областного и федерального бюджетов.

Объем финансовых средств, направленных из регионального и федерального бюджетов, для обеспечения граждан, проживающих на территории Ростовской области, с 2009 по 2011 годы (млн. рублей)

Направление	2009 год	2010 год	2011 год
Обеспечение льготными лекарственными препаратами за счет средств федерального бюджета	1 454,8	1 070,7	990,2
Обеспечение льготными лекарственными препаратами за счет средств областного бюджета	343,1	343,1	443,1

Количество граждан, отказавшихся от набора социальных услуг на 2012 год составляет около 80 процентов. Право на льготное лекарственное обеспечение в рамках Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», как правило, сохраняют граждане, нуждающиеся в регулярном приеме дорогостоящих лекарственных средств.

С целью повышения качества оказания льготной лекарственной помощи в минздраве РО создана комиссия по приему и рассмотрению дополнительных заявок на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и специализированные продукты питания для детей-инвалидов (далее – комиссия). В случае выявления новых больных, для которых не заявлены

препараты или изменены схемы лечения, лечебно-профилактические учреждения направляют дополнительные заявки для рассмотрения на комиссии. В 2010 – 2011 годах было проведено 60 заседаний комиссии, по результатам которых были осуществлены дополнительные закупки лекарственных средств.

Для обеспечения льготных категорий граждан в рамках подпрограммы «Лекарственное обеспечение льготных категорий граждан» областной долгосрочной целевой программы «Развитие здравоохранения Ростовской области на 2010 – 2014 годы» и уменьшения периода обеспечения рецептов на «контроле» в 2010 году осуществлено 30 перераспределений лекарственных средств между муниципальными образованиями области, а в 2011 – 46 перераспределений.

Проведенные мероприятия позволили увеличить количество выписанных рецептов на 48,3 тысяч, по сравнению с 2010 годом, и их количество составило более 1,3 млн. рецептов.

Достигнуты положительные результаты в обеспечении рецептов на «контроле» – их показатель в 2011 году составил 0,004 процента от выписанных федеральным льготникам рецептов.

С 2008 года из системы лекарственного обеспечения граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, были выведены дорогостоящие препараты для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и тканей.

Для обеспечения пациентов по семи высокочувствительным заболеваниям в 2011 году выписано 13 773 рецепта, по которым отпущено лекарственных средств на сумму 727,2 млн. рублей. В 2011 году удалось дополнительно пролечить 56 пациентов с данными заболеваниями по сравнению с 2010 годом.

Учитывая тяжелое состояние данной категории пациентов, в области организована доставка лекарственных средств на дом по месту жительства в течение 3 дней с момента выписки рецепта. Это повышает доступность дорогостоящего лечения, прежде всего для больных, проживающих в сельской местности.

Благодаря поддержке Губернатора Ростовской области, в 2011 году ряд федеральных льготников был обеспечен лекарственными препаратами, не входящими в утвержденный Перечень. На эти цели было направлено финансовых средств на сумму 24,6 млн. рублей, что позволило оказать лекарственную помощь 20 гражданам, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями, в том числе 12 детям-инвалидам.

Почти 3 процента жителей Дона имеют право на получение льготной лекарственной помощи за счет средств областного бюджета, включая детей первых трех лет жизни и граждан, страдающих сахарным диабетом.

В 2011 году региональным льготникам выписано более 700 тыс. рецептов, что почти на 10 процентов больше по сравнению с 2010 годом. Средняя стоимость лекарственного обеспечения одного регионального льготника за год составила 5 305,0 руб., что так же превышает данный показатель 2010 года.

В пункты отпуска в течение года поступили лекарственные препараты и изделия медицинского назначения по 347 международным непатентованным наименованиям и 879 торговым наименованиям.

В 2011 году по показателю «количество рецептов на «контроле» достигнут положительный результат, он составил 0,0003 процента от выписанных региональным льготникам рецептов.

Данный показатель был достигнут в результате проведения 19 заседаний комиссий по приему и рассмотрению дополнительных заявок лечебных учреждений и 155 перераспределений лекарственных средств. В 2010 году было проведено 23 заседания комиссии и осуществлено 267 перераспределений лекарственных средств между муниципальными образованиями области.

На 2012 год финансовых средств из областного бюджета для обеспечения пациентов, страдающих сахарным диабетом, выделено по сравнению с 2011 годом на 59,5 млн. рублей больше, а для обеспечения других категорий граждан и заболеваний увеличение составило 54,7 млн. рублей.

Увеличение финансовых средств, направленных на мероприятие «Борьба с сахарным диабетом», позволит продвинуться в решении проблемы обеспечения пациентов средствами самоконтроля уровня глюкозы в крови.

Дополнительные средства для обеспечения граждан, страдающих другими заболеваниями, будут направлены на продолжение лечения федеральных льготников, страдающих тяжелыми заболеваниями и требующих дорогостоящего лечения препаратами, не входящими в утвержденный Перечень, а также на оказание лекарственной помощи пациентам с редкими (орфанными) заболеваниями.

В 2011 году достигнуты положительные результаты по увеличению доступности оказания лекарственной помощи гражданам, проживающим в сельской местности. Была проведена работа по лицензированию лечебных учреждений на осуществление фармацевтической деятельности через их структурные подразделения (фельдшерско-акушерские пункты, амбулатории), расположенные в отдаленных сельских территориях. Лицензировано 930 структурных подразделений лечебных учреждений.

Существующая система льготного обеспечения граждан лекарственными средствами в амбулаторных условиях требует дальнейшего совершенствования так как:

система не позволяет эффективно на уровне Российской Федерации планировать и контролировать уровень затрат в связи с тем, что подушевой норматив обеспечения необходимыми лекарственными средствами сформирован исходя из установленной ежемесячной денежной выплаты. Ежегодно от набора социальных услуг отказывается более половины льготных категорий граждан, а в системе остаются наиболее нуждающиеся в регулярном приеме лекарственных средств, что приводит к разнице между выделенными средствами и фактически затраченными финансовыми средствами на приобретение медикаментов. Следовательно, необходимо отработать экономически обоснованный механизм анализа потребностей льготных категорий граждан в необходимых лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения с целью эффективного планирования и контроля за уровнем затрат;

модель обеспечения необходимыми лекарственными средствами с использованием процедур закупок для государственных нужд не гарантирует



наличия ассортимента и количества лекарственных средств, необходимого для бесперебойного обслуживания льготных рецептов;

необходима разработка научно-обоснованных механизмов сравнительного анализа клинико-экономической эффективности лекарственных средств для включения в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача, при оказании дополнительной медицинской помощи льготным категориям граждан.

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках Программы государственных гарантий гражданам Российской Федерации будет предоставляться бесплатно первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь; в финансовое обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования поэтапно должно быть включено лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях.

## 2.7. Информатизация здравоохранения

Осуществление мер по модернизации здравоохранения Ростовской области возможно при условии широкомасштабного внедрения современных информационных и телекоммуникационных технологий, что в значительной мере повысит эффективность предоставления медицинской помощи населению области.

Всего в Ростовской области в 220 учреждениях здравоохранения эксплуатируется 12 479 единиц компьютерной техники (на одно учреждение здравоохранения, в среднем, приходится 56,7 компьютера). В системе обязательного медицинского страхования работают 174 государственных и муниципальных учреждения здравоохранения, в которых по состоянию на 1 апреля 2012 г. эксплуатируется 12 122 единицы компьютерной техники (на одно учреждение здравоохранения, в среднем, приходится 69,7 компьютера). Доля медицинских учреждений, имеющих широкополосный доступ к сети «Интернет» – 81 процент.

В целях повышения доступности высококвалифицированной консультативной помощи в Ростовской области внедрена и в настоящее время активно функционирует и развивается система оказания консультативной помощи с использованием телемедицинских технологий. В настоящее время телемедицинские консультации проводятся лечебными учреждениями всех муниципальных образований области. Востребованность такого вида помощи растет: в 2009 году было выполнено 592 телемедицинских консультации, в 2010 году – 853, а в 2011 году – 971.

На мероприятие по обмену телемедицинскими данными из областного бюджета выделено 8 000 тыс. рублей в 2011 году и 2 000 тыс. рублей в 2012 году (для оснащения 3-х лечебных учреждений). В 2011 году 15 лечебных учреждений области закупили оборудование и программное обеспечение, необходимые для обмена телемедицинскими данными.

Серьезной проблемой остается низкий уровень подготовки специалистов по информатизации и компьютерной грамотности медицинских работников в учреждениях здравоохранения области, а также не отвечающее современным

требованиям техническое состояние компьютерного парка, характеризующееся значительным моральным и физическим износом.

### 3. Ключевые проблемы здравоохранения Ростовской области, стратегическая цель и пути ее достижения

Ключевыми проблемами здравоохранения Ростовской области являются: высокий уровень заболеваемости, инвалидности и смертности населения при относительно низком уровне обеспеченности как медицинскими учреждениями, так и персоналом;

недостаточный уровень материально-технической обеспеченности учреждений системы здравоохранения Ростовской области, в частности, недостаточная оснащенность современным, высокотехнологичным лечебно-диагностическим оборудованием;

низкий уровень предоставления высокотехнологичной медицинской помощи;

низкий уровень использования информационно-коммуникационных технологий в медицинском обслуживании;

высокая дифференциация муниципальных образований по качеству и доступности услуг системы здравоохранения;

низкий уровень оплаты труда работников системы здравоохранения Ростовской области;

низкий уровень ранней диагностики, своевременного лечения и реабилитации больных туберкулезом, сосудистыми, онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом.

В то же время Ростовская область имеет ряд конкурентных преимуществ не только для решения указанных выше проблем, но и для развития центра высокотехнологичных медицинских услуг на Юге России, обеспечивающего мультипликативный эффект как для экономики, так и социальной сферы. Развитие кластера высокотехнологичных медицинских услуг возможно на базе Ростовского государственного медицинского университета, Ростовского научно-исследовательского онкологического института, кардиоцентра на основе Ростовской областной клинической больницы и других лечебных и научно-образовательных учреждений региона. Кроме того, Ростовская область располагает уникальными медицинскими технологиями в сфере кардиологии, травматологии, офтальмологии, урологии, педиатрии и других сферах.

Стратегической целью развития системы здравоохранения Ростовской области является сохранение и улучшение здоровья населения, сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения и, как следствие, прекращение к 2020 году убыли населения Ростовской области и доведение его численности до 4,5 млн. человек к 2020 году, увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет.

Для решения указанных проблем и достижения поставленной цели необходимо реализовывать следующие мероприятия:

продолжить структурную реорганизацию сети медицинских учреждений, конечным итогом которой должны стать оптимизация коечного фонда отрасли,

приведение оказываемых в этих учреждениях объемов стационарной медицинской помощи в соответствие с потребностью населения Ростовской области. Упор при этом необходимо сделать на развитие сети межтерриториальных медицинских центров;

продолжить модернизацию и укрепление материально-технического оснащения лечебно-диагностических учреждений, включая проведение их капитального ремонта, оснащение современным лечебно-диагностическим оборудованием, приобретение модульных фельдшерско-акушерских пунктов;

продолжить развитие амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, приближение ее к населению отдаленных сельских территорий, значительное увеличение ее качества. Увеличение эффективности функционирования данного звена будет достигнуто за счет раннего выявления заболеваний у жителей Ростовской области и их своевременного лечения;

продолжить развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи (кардиохирургия, онкогематология, травматология и другие виды), повышение ее доступности для жителей Ростовской области, перераспределение потоков больных, нуждающихся в ее получении, с учреждений здравоохранения федерального уровня, расположенных вне Ростовской области, на лечебно-профилактические учреждения областного подчинения;

активно использовать в предоставлении населению медицинской помощи современных информационно-коммуникационных технологий. Эти меры повысят эффективность управления отраслью, позволят избавиться от традиционных проблем (очереди в поликлиниках), влияющих на удовлетворенность населения качеством получаемой медицинской помощи. Необходимо активно развивать телемедицинские технологии, которые приблизят высококвалифицированную медицинскую помощь к удалённым сельским территориям;

продолжить развитие и совершенствование профилактических направлений медицинской помощи, включая функционирование в области развитой сети центров здоровья, чья деятельность направлена на пропаганду и формирование у населения здорового образа жизни;

увеличить рождаемость за счет повышения качества медицинской помощи, предоставляемой беременным, роженицам и новорожденным детям, а также благодаря мерам социального стимулирования рождения детей;

снизить младенческую и материнскую смертность за счет сокращения репродуктивных потерь до уровня непредотвратимых благодаря реализации мероприятий по развитию служб детства и родовспоможения в Ростовской области;

продолжить внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи учреждениями здравоохранения при наиболее распространенных и социально значимых заболеваниях и патологических состояниях, что позволит оптимизировать этапность медицинской помощи, использовать правильный алгоритм взаимодействия учреждений здравоохранения и социального обеспечения, обеспечить преемственность в ведении больного на всех этапах, что значительно повысит качество медицинской помощи населению;

продолжить укреплять кадровый потенциал лечебно-профилактических учреждений, стимулировать его мотивацию к качественному труду. Данные меры направлены не только на повышение обеспеченности специалистами учреждений здравоохранения, но и увеличение уровня оплаты их труда;

совершенствовать льготное лекарственное обеспечение населения. Реализация указанных мер позволит существенно повысить качество жизни хронически больных и увеличить продолжительность их жизни.

Реализация комплекса мер по совершенствованию медицинской помощи, предоставляемой населению Ростовской области, позволит в перспективе до 2020 года достичь следующих результатов:

улучшение состояния здоровья населения Ростовской области, включая формирование у граждан здорового образа жизни и снижение распространенности социально значимых и массовых заболеваний (туберкулеза, онкологических заболеваний, болезней системы кровообращения, сахарного диабета). Видоизменится социальная картина заболеваний, будут преобладать случаи «компенсированной» патологии, существенно не снижающей качество жизни больных, в противовес «инвалидизирующему» протеканию значительной части заболеваний, которое наблюдается в настоящее время;

снижение уровней смертности от основных категорий заболеваний и причин (болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, внешние причины, включая последствия дорожно-транспортных происшествий);

увеличение продолжительности жизни населения Ростовской области, включая сглаживание различий значения данного показателя у мужчин и женщин. Необходимо отметить, что прямым следствием этого станет увеличение доли лиц пожилого возраста среди населения Ростовской области (так называемое «постарение» населения), сохраняющих социальную активность и продолжающих трудовую деятельность.

В краткосрочной перспективе (до 2012 – 2013 годов) в связи с проведением модернизации здравоохранения, укреплением материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, включая их оснащение современным диагностическим оборудованием, следует ожидать увеличение выявляемости заболеваний у жителей Ростовской области, что проявится в росте регистрируемой общей заболеваемости населения к указанному периоду.

#### 4. Задачи развития здравоохранения

Задачами развития здравоохранения являются:

создание условий, возможностей и мотивации населения Ростовской области для ведения здорового образа жизни;

переход на современную систему организации медицинской помощи;

стандартизация медицинской помощи;

выполнение государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

осуществление единой кадровой политики;

информатизация здравоохранения;

улучшение финансового обеспечения оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;

улучшение лекарственного обеспечения граждан;  
обеспечение больных сахарным диабетом лекарственными препаратами, средствами самоконтроля и иглами в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи;

организация работы по эффективному обеспечению жителей Ростовской области лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов и совершенствование организации лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан;

оптимизация процесса оказания льготной лекарственной помощи жителям Ростовской области, имеющим право на льготы за счет средств областного бюджета;

организация работы по эффективному лекарственному обеспечению жителей Ростовской области, страдающих орфанными заболеваниями, лекарственными препаратами.

#### 4.1. Создание условий, возможностей и мотивации населения Ростовской области для ведения здорового образа жизни

Для формирования здорового образа жизни необходимо внедрение системы государственных и общественных мер по:

совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения, особенно детей, подростков, молодежи, через средства массовой информации и обязательному внедрению соответствующих образовательных программ в учреждения дошкольного, среднего и высшего образования. В рамках указанного направления необходимо осуществлять обучение гигиеническим навыкам по соблюдению правил гигиены труда, режима труда (в том числе учебы) и отдыха, режима и структуры питания, своевременного обращения за медицинской помощью и иных норм поведения, поддерживающих здоровье;

созданию эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками (злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания и др.), включающей просвещение и информирование населения о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, содействие сокращению употребления табака и алкоголя, регулирование и раскрытие состава табачных изделий и алкогольной продукции и предоставление полных сведений о составе на упаковке, защита некурящих от воздействия табачного дыма, ограничение употребления алкоголя в общественных местах, регламентирование размещения мест продажи алкогольных напитков, табака и порядка их реализации, а также ценовые и налоговые меры;

созданию системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях, в первую очередь посредством популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья граждан Ростовской области, формирования моды на здоровье, особенно среди подрастающего поколения, внедрения системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых

граждан; ведению разъяснительной работы о важности и необходимости регулярной профилактики и диспансеризации граждан;

созданию системы мотивирования участия работодателей в охране здоровья работников посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное страхование, стимулирования работающих коллективов к ведению здорового образа жизни;

профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальное давление, неправильное питание, гиподинамия и т.д.);

внедрению здорового безопасного питания: поддержка грудного вскармливания детей раннего возраста, создание системы здорового питания детей в организованных коллективах, в том числе совершенствование организации питания учащихся в общеобразовательных учреждениях, информационно-коммуникационная кампания по формированию у граждан рациона здорового безопасного питания;

повышению двигательной активности, которая представляет собой важнейшее условие поддержания здоровья граждан. В числе таких мер должны быть: пропаганда и стимулирование активного образа жизни, развитие лечебной физкультуры и физической культуры, направленной на поддержание здоровья.

Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у граждан в Ростовской области, как и на всей территории Российской Федерации, осуществляются в два этапа.

На первом этапе (2009 – 2015 годы) специалистами министерства здравоохранения Российской Федерации были разработаны системы оценки здоровья, определены базовые индикативные показатели, такие как потенциал общественного здоровья и индекс здорового образа жизни. На территории Ростовской области в 2009 – 2011 годах были созданы 14 центров здоровья для взрослых и 6 центров здоровья для детей, которые были оснащены медицинским оборудованием за счет средств федерального и областного бюджета, в соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации.

На втором этапе (2016 – 2020 годы) планируется выйти на необходимый, с точки зрения эффективности, объем мероприятий для постепенного увеличения (по отношению к базовым показателям, установленным на первом этапе) потенциала общественного здоровья на 10 процентов и индекса здорового образа жизни на 25 процентов.

#### 4.2. Переход на современную систему организации медицинской помощи

В целях обеспечения качества и доступности медицинской помощи необходимо обеспечить функционирование организационной системы, предусматривающей:

максимально быструю доставку пациента в лечебно-профилактическое учреждение, оснащенное лечебно-диагностическим оборудованием, укомплектованное подготовленными медицинскими кадрами и обеспеченное необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения согласно соответствующим стандартам;

по медицинским показаниям – поэтапное продолжение лечения в других медицинских учреждениях (преемственные долечивание и реабилитация, вторичная профилактика, санаторно-курортное восстановительное лечение) или на дому в соответствии с порядком оказания медицинской помощи при конкретном заболевании или состоянии до достижения наилучшего результата (выздоровление, функциональное восстановление).

Для создания системы оказания медицинской помощи, удовлетворяющей указанным критериям, необходимо:

развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе уменьшение количества прикрепленного взрослого населения до 1,2 – 1,5 тыс. человек, детского – до 600 – 800 детей и подростков на 1 участок с уменьшением нагрузки на одного участкового врача; придание приоритета профилактической работе, усиление реабилитационной функции, совершенствование и расширение стационарзамещающих медицинских технологий;

совершенствование работы скорой медицинской помощи, в том числе 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;

оптимизация работы учреждений стационарного уровня в части установления целевых показателей работы учреждений, отражающих не только виды и объемы оказанной медицинской помощи, но и ее качество, внедрения этапности медицинской помощи и разработанных маршрутов транспортировки больных на основе рационального распределения функциональных обязанностей стационаров (муниципальные (городские и районные) – для оказания первичной помощи при неотложных состояниях; субъектовые межрайонные – для оказания специализированной помощи, в том числе при неотложных состояниях и состояниях, требующих восстановительного лечения и реабилитации; субъектовые и федеральные – для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи), развития специализированных учреждений для оказания диагностической и лечебной помощи больным с онкологическими заболеваниями, создания в каждом стационаре службы маршрутизации, ответственной за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных, а также расширения объемов и внедрения новых видов высокотехнологичной помощи, в том числе при неотложных состояниях;

развитие патронажно-реабилитационной медицинской помощи, включающее создание сети учреждений (отделений) восстановительного лечения (долечивания), реабилитации, медицинского ухода, в том числе за счет перепрофилизации работающих стационаров, расширения сети дневных стационаров. Создание системы целевых показателей работы учреждений патронажно-реабилитационного уровня, отражающих качество медицинской помощи (степень восстановления нарушенных функций, показатели первичной инвалидности и утяжеления инвалидности);

контроль качества медицинской помощи на основе порядков и стандартов ее оказания;

оснащение медицинских организаций оборудованием в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи;

расширение хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения, а также повышение их ответственности за экономические результаты своей деятельности, в том числе с изменением организационно-правовых форм на основе единой системы критериев.

Этапы реализации:

2012 – 2014 годы:

создание системы оперативного учета медицинской помощи, учреждений здравоохранения и медицинских кадров;

планирование развития сети лечебно-профилактических учреждений с их профилизацией, перераспределением кадров и лечебно-диагностических мощностей, формированием маршрутов движения больных, созданием системы поэтапной преемственной помощи;

поэтапное совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями;

поэтапное совершенствование системы оказания помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на основе организации экстренной помощи в стационарах, расположенных вдоль федеральных магистралей;

поэтапное совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями: внедрение скрининга онкологических заболеваний в учреждениях первичного амбулаторно-поликлинического уровня и стационарах; переоснащение и доукомплектование кадрами пяти областных онкологических диспансеров;

поэтапное совершенствование системы оказания помощи женщинам в период беременности и родов, а также новорожденным и детям;

поэтапное совершенствование службы крови;

2015 – 2020 годы:

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи:

развитие территориально-участкового принципа оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению, в том числе в сельской местности;

доукомплектование учреждений амбулаторно-поликлинического уровня квалифицированными медицинскими кадрами (врачами и средним медицинским персоналом);

придание приоритета профилактической работе (системы оздоровительных мероприятий, диспансеризации, скрининговых осмотров, вакцинаций, углубленных осмотров и др.) на основе спланированной тарифной политики;

обеспечение профилактической помощью населения сельской местности с помощью формирования мобильных медицинских бригад, оснащенных необходимым лабораторным и инструментальным оборудованием;

развитие телемедицинских технологий для проведения дистанционной консультативно-диагностической деятельности;

дооснащение учреждений, совершенствование и расширение стационар-замещающих диагностических технологий;



внедрение целевых показателей работы учреждений амбулаторно-поликлинического звена, отражающих долю здоровых лиц среди прикрепленного населения и процент ранних стадий заболеваний среди всех впервые выявленных;

совершенствование тарифной политики оплаты труда, отражающей приоритет работы участкового врача, – комплекс профилактических мероприятий.

Совершенствование работы скорой медицинской помощи:

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

внедрение стандартов догоспитального ведения больных с разными видами патологии;

обеспечение бригад скорой медицинской помощи системой спутниковой навигации;

дооснащение службы скорой медицинской помощи согласно стандарту;

доукомплектование службы скорой медицинской помощи подготовленными кадрами;

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

Оптимизация работы учреждений стационарного уровня:

рациональное распределение функциональных обязанностей стационаров;

поэтапное создание головных региональных центров, координирующих весь объем профилактических, диагностических и лечебных мероприятий по социально значимым медицинским проблемам;

внедрение в деятельность клинических подразделений стационаров протоколов ведения больных и стандартов медицинской помощи, регистров стационарных больных и системы управления качеством медицинской помощи;

расширение объемов и внедрение новых видов высокотехнологичной помощи, в том числе при неотложных состояниях;

доукомплектование стационаров квалифицированными кадрами согласно стандартам;

дооснащение стационаров согласно стандартам;

обеспечение работы круглосуточной телемедицинской связи между стационарами муниципального и областного подчинения;

внедрение этапности медицинской помощи и разработанных маршрутов транспортировки больных, создание в каждом стационаре службы маршрутизации, ответственной за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных (направление в «стационар на дому» через связь с патронажной службой учреждения амбулаторно-поликлинического звена в соответствии с местом жительства больного, в специализированные стационары восстановительного лечения, реабилитации, медицинского ухода);

интенсификация работы стационарной койки за счет внедрения стационар-замещающих диагностических технологий на амбулаторно-поликлиническом уровне и организации поэтапного восстановительного лечения (патронажная служба, система долечивания и реабилитации);

совершенствование целевых показателей работы учреждений стационарного уровня, отражающих качество медицинской помощи (летальность, степень восстановления нарушенных функций);

совершенствование тарифной политики, основанной на учете не только вида и объема оказанной медицинской помощи, но и ее качества.

Совершенствование системы поэтапного восстановительного лечения и реабилитации:

создание сети учреждений (отделений) восстановительного лечения (долечивания), реабилитации, медицинского ухода, в том числе за счет перепрофилизации части работающих стационаров;

расширение сети дневных стационаров восстановительного лечения и реабилитации;

укомплектование учреждений (отделений) восстановительного лечения (долечивания), реабилитации, медицинского ухода квалифицированными кадрами согласно стандартам;

оснащение учреждений (отделений) восстановительного лечения (долечивания), реабилитации, медицинского ухода согласно стандартам;

внедрение высокотехнологичных реабилитационных технологий;

создание системы целевых показателей работы учреждений патронажно-реабилитационного уровня, отражающих качество медицинской помощи (степень восстановления нарушенных функций, показатели первичной инвалидности и утяжеления инвалидности);

совершенствование тарифной политики, основанной на учете не только вида и объема оказанной медицинской помощи, но и ее качества.

Расширение хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения, а также повышение их ответственности за экономические результаты своей деятельности, в том числе с изменением организационно-правовых форм, на основе единой системы критериев.

Создание правовых и экономических условий для формирования саморегулируемой системы оказания медицинской помощи населению, обеспечивающей мотивированную эффективную работу медицинских служб каждого уровня, преемственность их действий на всех этапах лечения для достижения наилучшего результата.

#### 4.3. Стандартизация медицинской помощи

Одним из основных факторов создания системы качественной и доступной медицинской помощи является наличие единых для всей территории Российской Федерации, в том числе и на всей территории Ростовской области, порядков и стандартов оказания медицинской помощи при наиболее распространенных и социально значимых заболеваниях и патологических состояниях.

Стандарты медицинской помощи разрабатываются в соответствии с показателями Программы государственных гарантий, и их выполнение гарантируется гражданам на всей территории Ростовской области.

Создание стандартов медицинской помощи позволит рассчитать реальную стоимость медицинских услуг в области, определить затраты на реализацию территориальной программы медицинской помощи населению, рассчитать

необходимое лекарственное обеспечение программы (список жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств), обосновывать подушевые нормативы финансирования и оптимизировать варианты проведения реструктуризации сети учреждений здравоохранения.

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

Порядки и стандарты оказания отдельных видов медицинской помощи выступают основой Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, соответствующих современному уровню развития медицины и обязательных для исполнения.

Одним из главных элементов обеспечения качества следует рассматривать разработку профессиональными сообществами (ассоциациями) клинических рекомендаций (руководств), содержащих сведения по профилактике, диагностике, лечению конкретных заболеваний и синдромов, которые будут служить основой для разработки стандартов медицинской помощи, индикаторов качества лечебно-диагностического процесса.

Такой подход к формированию алгоритма ведения больных помогает лечащим врачам планировать лечебно-диагностический процесс с учетом реальных возможностей медицинской организации. Руководители медицинских организаций могут оценивать качество медицинской помощи по критериям полноты выполнения обязательных лечебно-диагностических мероприятий, а также сравнивать качество работы отдельных врачей и подразделений и внедрять дифференцированную оплату труда.

Этапы реализации:

2012 – 2014 годы:

позаэтапное внедрение системы управления качеством медицинской помощи на основе порядков и стандартов ее оказания, регистров стационарных больных, включающих индикаторы качества оказанной помощи, а также совершенствование тарифной политики оплаты труда медицинских работников, зависимой от качества помощи;

установление порядка лицензирования медицинских организаций, исходя не только из наличия соответствующего материально-технического оснащения и сертифицированных специалистов, но и возможности соблюдения технологии оказания медицинской помощи (наличие достаточного количества подготовленных медицинских кадров с допусками к необходимым видам помощи и материально-технических ресурсов, позволяющих внедрить график эксплуатации оборудования в соответствии с технологиями оказания медицинской помощи);

2015 – 2020 годы:

внедрение экономически обоснованной саморегулируемой системы управления качеством медицинской помощи на территории Ростовской области.

#### 4.4. Выполнение государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

Государственные гарантии оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определены законодательно Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан», который включает:

источники финансового обеспечения государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

объем государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в части видов, порядка и условий оказания медицинской помощи;

порядок оценки эффективности исполнения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

ответственность за неисполнение показателей государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

порядок разработки нормативных актов, конкретизирующих установленный законодательством Российской Федерации объем государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

В соответствии с положениями законодательства Российской Федерации Правительство Российской Федерации принимает Программу государственных гарантий, содержащую:

минимальный размер подушевого норматива финансового обеспечения государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;

нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

подушевые нормативы объемов медицинской помощи по видам;

минимальные значения критериев оценки качества и доступности медицинской помощи.

На основании утвержденной Правительством Российской Федерации Программы государственных гарантий Правительство Ростовской области принимает Территориальную программу государственных гарантий, в зависимости от финансовой обеспеченности, устанавливая собственные финансовые нормативы (приближая их к установленным Правительством Российской Федерации), а также на этапе перехода на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования включает дополнительные виды медицинской помощи (с 2013 года – всех фельдшерско-акушерских пунктов, скорой помощи), дополнительные статьи (накладные и коммунальные расходы) в тариф обязательного медицинского страхования, вводит новые способы оплаты по подушевому нормативу финансирования.

Мониторинг реализации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи осуществляется на ежегодной основе, при этом информация о выполнении Территориальной программы государственных гарантий в соответствующем году должна являться основой для формирования показателей государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на последующие периоды.

Финансовые показатели должны быть увязаны с качественными:

удовлетворенность населения медицинской помощью;

смертность населения Ростовской области, в том числе младенческая и материнская, смертность населения в трудоспособном возрасте, смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, внешних причин, в результате дорожно-транспортных происшествий;

первичная заболеваемость основными социально значимыми болезнями;

первичная инвалидность;

сбалансированность Территориальной программы государственных гарантий по видам и объемам медицинской помощи в соответствии с установленными Программой нормативами;

сроки ожидания гражданами медицинской и реабилитационной помощи по видам и условиям оказания.

При этом Территориальная программа государственных гарантий устанавливает целевые значения указанных показателей и, при необходимости, дополнительные показатели с учетом приоритетов здравоохранения.

В рамках системы управления реализацией Территориальной программы государственных гарантий Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России) и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования предусмотрены механизмы финансового стимулирования достижения соответствующих показателей через предоставление дополнительных трансфертов из федерального бюджета и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Вместе с тем, в случае невыполнения установленных контрольных значений законодательством Российской Федерации должны быть установлены соответствующие санкции и внедрен эффективный механизм применения этих санкций.

Этапы реализации:

2012 – 2014 годы – конкретизация государственных гарантий на основе стандартизации медицинской помощи; переход на планирование Территориальной программы государственных гарантий на три года с ежегодной корректировкой; паспортизация медицинских учреждений на предмет оснащенности помещениями и оборудованием с целью определения возможности включения инвестиционных расходов в систему обязательного медицинского страхования;

2015 – 2020 годы – поэтапное включение в подушевой норматив Территориальной программы государственных гарантий расходов инвестиционного характера; переход на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования включает дополнительные виды медицинской помощи (с 2013 года – всех фельдшерско-акушерских пунктов, скорой помощи), дополнительные статьи (накладные и коммунальные расходы) в тариф обязательного медицинского страхования; введение новых способов оплаты по подушевому нормативу финансирования.

#### 4.5. Осуществление единой кадровой политики

Современная ситуация в здравоохранении предполагает проведение преобразований в области управления кадровым потенциалом отрасли.

Целью кадровой политики является подготовка и переподготовка специалистов, обладающих современными знаниями и способных обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых высоких медицинских технологий и новых методов профилактики, диагностики и лечения, достижение оптимального соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала, а также устранение диспропорций в кадровом обеспечении всех уровней системы здравоохранения.

Организация кадровой политики должна быть согласована с образовательной политикой в системе непрерывного профессионального образования, а также направлена на стимулирование мотивации медицинских работников к повышению профессиональной квалификации.

Основными критериями эффективности кадровой политики, медицинского образования и системы стимулирования медицинских кадров являются качество оказываемой медицинской помощи и удовлетворенность пациента.

Перспективное кадровое планирование возможно лишь при условии наличия достоверной информации о количестве медицинских работников (врачей разного профиля и среднего медицинского персонала).

Одним из направлений развития системы оказания медицинской помощи населению и залогом повышения ее эффективности является создание условий для мотивированного труда медицинского персонала. Механизмом регулирования должно стать создание системы профессионального самоуправления и корпоративной ответственности в коллективе каждого лечебно-профилактического учреждения.

Внедрение врачебного самоуправления позволит «изнутри» регулировать медицинскую деятельность каждого врача и каждого медицинского коллектива, гибко используя экономические и морально-нравственные рычаги.

Важными компонентами развития системы врачебного самоуправления являются:

- формирование системы корпоративной ответственности за качество оказываемой медицинской помощи;

- рейтинговая оценка результатов работы каждого члена медицинского коллектива в зависимости от эффективности и результативности его работы;

- корпоративное распределение финансовых средств за оказанные медицинские услуги (переход на новые формы оплаты труда);

- формирование системы персональных допусков к видам медицинской деятельности в зависимости от уровня их сложности;

- повышение мотивации медицинских работников к непрерывному профессиональному образованию и приобретению допусков к новым видам медицинской деятельности в рамках основной специальности или смежных областей медицины.

Для определения персонального вклада каждого медицинского работника в результат работы медицинского учреждения необходимо обновление

классификации всех видов медицинской помощи, ранжированной по медицинским специальностям, уровню сложности и технологичности, требуемой квалификации медицинского работника.

Внедрение принципов врачебного самоуправления и корпоративной ответственности позволит эффективно использовать материальное и моральное стимулирование в повышении мотивации каждого члена медицинского коллектива к непрерывному профессиональному совершенствованию, что приведет к значительному повышению качества как его персональной работы, так и всего лечебно-профилактического учреждения.

В рамках реализации кадровой политики предлагается осуществить следующие мероприятия.

Кадровое обеспечение здравоохранения:

приведение численности и структуры медицинских кадров в соответствие с объемами деятельности персонала и перспективными задачами. Устранение дублирования функций, перераспределение функций между различными профессиональными группами (врачи и сестринский персонал, медицинские сестры и младшие медицинские сестры);

повышение профессионального уровня работников здравоохранения на основе дальнейшего развития системы непрерывного образования медицинских и фармацевтических работников;

совершенствование условий труда и его оплаты. Приведение системы оплаты труда в соответствие со сложностью, количеством и качеством оказания медицинской помощи. Модернизация рабочих мест, повышение технической оснащенности труда медицинских работников;

совершенствование нормативной правовой базы, определяющей профессиональную деятельность медицинского и фармацевтического персонала;

разработка комплекса мероприятий, направленных на повышение статуса врача и среднего медицинского персонала, на осознание медицинским работником потенциала профессии и ее перспектив, значимости для общества;

подготовка специалистов в сфере управления здравоохранением.

Повышение качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров:

разработка комплекса мероприятий для подготовки специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием согласно государственным приоритетам;

совершенствование целевой контрактной подготовки кадров, предусматривающей предоставление студентам и молодым специалистам определенных социальных гарантий;

создание учебно-научно-клинических комплексов, объединяющих образовательные учреждения (медицинский вуз, училище), профильные научно-исследовательские институты и клинические базы;

оптимизация правовых и экономических взаимоотношений между медицинскими образовательными учреждениями и лечебно-профилактическими учреждениями в рамках создания единой клинической базы;

развитие информатизации обучения в медицинских и фармацевтических образовательных учреждениях: формирование электронных библиотек и

справочно-информационных баз данных, внедрение информационных технологий и систем менеджмента качества в образовательный процесс;

совершенствование системы непрерывного медицинского образования;

реализация государственных программ международного обмена в рамках профессионального совершенствования медицинских работников;

совершенствование подготовки управленческих кадров в здравоохранении и специалистов кадровых служб медицинских организаций, основанных на современных принципах управления качеством и стандартизации, многопрофильных профессиональных знаниях (юридических, экономических, психологических, социологических и др.) и навыках управления кадрами;

внедрение системы страхования ответственности медицинских работников на случай ошибки и при наличии степени риска медицинского вмешательства, а также личного страхования в случае, когда исполнение служебных обязанностей сопряжено с угрозой для жизни и здоровья;

внедрение единых критериев формирования профессионального сообщества по медицинским специальностям (группам специальностей), развитие механизмов их участия в разработке стандартов оказания медицинской помощи, клинических протоколов, в лицензировании медицинской деятельности и сертификации специалистов;

совершенствование работы главных внештатных специалистов, руководителей профильных научных организаций, представителей профессиональных обществ и ассоциаций и др.;

повышение роли научных, экспертных и консультативных органов; развитие медицинских профессиональных обществ и ассоциаций.

Этапы реализации:

2012 – 2014 годы:

подготовка медицинских специалистов, соответствующих новым требованиям к профессиональной медицинской деятельности; достижение соотношения врачей и среднего медицинского персонала 1 к 3 (5);

внедрение новых федеральных государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования по специальностям группы «Здравоохранение» и федеральных государственных требований к последипломному медицинскому образованию (в том числе интернатура, ординатура и др.);

оптимизация системы непрерывного медицинского образования;

формирование системы профессионального роста;

введение в действие механизмов реализации прав работников системы здравоохранения на страхование в случаях, когда исполнение обязанностей связано с угрозой их жизни и здоровью;

внедрение системы страхования профессиональной ответственности на случай ошибки и при наличии риска в связи с медицинским вмешательством;

2015 – 2020 годы:

позапный переход на оптимальную систему расстановки медицинских кадров; приближение к прогнозному по Российской Федерации соотношению численности врачей и среднего медицинского персонала (1 к 7) для патронажной службы области;



мониторинг состояния кадрового обеспечения здравоохранения и миграции кадров, оптимизация кадровой политики в соответствии с потребностями системы здравоохранения;

формирование профессионального самоуправления в решении вопросов кадровой и инновационной политики, разработке единых стандартов оказания медицинской помощи и оценке ее качества.

#### 4.6. Информатизация здравоохранения

В целях повышения доступности и качества медицинской помощи гражданам и для решения ключевых задач оперативного управления здравоохранением в Ростовской области создается региональный сегмент единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ).

Внедрение современных информационных систем в здравоохранение предусматривает мероприятия по персонифицированному учету оказания медицинских услуг, возможности ведения медицинской карты, записи к врачу в электронном виде, обмену телемедицинскими данными, внедрению систем электронного документооборота.

В рамках этих мероприятий планируется переход всех лечебно-профилактических учреждений области, работающих в системе обязательного медицинского страхования, на единый номер полиса обязательного медицинского страхования, с персонификацией оказанной медицинской помощи по нему. Указанная мера позволит увеличить достоверность собираемой медицинской информации, облегчит межтерриториальные расчеты.

Мероприятие по обмену телемедицинскими данными позволит приблизить современный уровень диагностических исследований к пациентам сельской местности. Повышение социально-экономической эффективности расходов при использовании методов телемедицины достигается за счет расширения объема первичной медико-санитарной помощи и обеспечения ее соответствия стандартам оказания медицинских услуг по видам и характеру заболеваний, удовлетворения потребностей и ожиданий населения, а также оптимизации использования квот на лечение граждан в федеральных медицинских центрах, выделяемых Минздравом России.

Реализация мероприятия позволит:

обеспечить общедоступность и единый высокий стандарт качества медицинского обслуживания в любом учреждении здравоохранения независимо от его территориального положения и ведомственной принадлежности;

организовывать консультации в ведущих медицинских центрах;

наблюдать и консультировать больных после сложных оперативных вмешательств;

преодолеть разрыв между концентрацией лучших врачей в ведущих медицинских центрах и низким уровнем обеспеченности высококвалифицированными специалистами в муниципальных медицинских организациях;

повысить уровень медицинского обслуживания населения путем внедрения в практику здравоохранения методов дистанционного оказания консультативной медицинской помощи и обмена специализированной информацией на базе современных наукоемких технологий.

Мероприятия по персонализированному учету оказания медицинских услуг, возможности ведения электронной медицинской карты, по записи к врачу в электронном виде планируется осуществлять в региональном сегменте ЕГИСЗ.

Централизованная архитектура регионального сегмента ЕГИСЗ позволит масштабировать ее в пределах региона в короткие сроки. За счет централизации будут минимизированы затраты бюджета на обеспечение медицинских учреждений технической базой, снизятся финансовые затраты на обеспечение защиты конфиденциальной информации (персональных данных и врачебной тайны).

Этапы реализации:

2012 – 2020 годы:

централизованное размещение информационных систем и ресурсов, обеспечение резервирования и непрерывной доступности, требований Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

объединение областных учреждений здравоохранения, медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования по Ростовской области в единую защищенную и резервируемую мультисервисную сеть передачи данных для доступа к централизованным информационным ресурсам и обмена информацией;

оснащение медицинских организаций компьютерной техникой;

создание и модернизация уже имеющихся локально-вычислительных сетей в медицинских организациях, в том числе закупка, установка и настройка сетевого оборудования;

регистрация и учет обслуживаемых граждан, запись пациентов на обслуживание, управление ресурсами медицинских организаций, ведение электронных медицинских карт пациентов, управление аптечной деятельностью, учет оказанных медицинских услуг;

внедрение системы электронного документооборота в областных учреждениях здравоохранения и медицинских организациях;

внедрение информационной системы управления кадрами областных учреждений здравоохранения и медицинских организаций;

интеграция информационных систем с региональным и Единым порталом государственных услуг, системой межведомственного электронного взаимодействия, федеральными компонентами, универсальной электронной картой гражданина России, автоматизированной системой Территориального фонда обязательного медицинского страхования по Ростовской области;

обеспечение безопасности конфиденциальной информации и персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных (ИСПДн) в соответствии с требованиями действующего законодательства.

#### 4.7. Финансовое обеспечение оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

Оказание гражданам Ростовской области бесплатной медицинской помощи осуществляется за счет средств консолидированного бюджета Ростовской области и средств обязательного медицинского страхования.

Утвержденная стоимость Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2012 год составила 25,7 млрд. рублей, в том числе средства консолидированного бюджета – 11,3 млрд. рублей, средства обязательного медицинского страхования – 14,4 млрд. рублей (с учетом страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в сумме 7,9 млрд. рублей).

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Территориальной программой государственных гарантий, отражают размер бюджетных ассигнований и средств обязательного медицинского страхования, необходимых для компенсации затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год. В 2012 году указанные расходы составили:

за счет средств обязательного медицинского страхования на 1 застрахованное лицо в год – 3 576,53 рубля;

за счет средств консолидированного бюджета области на 1 жителя – 2 664,12 рублей.

С каждым годом наблюдается рост общей стоимости Территориальной программы государственных гарантий, а также территориальных нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Несмотря на рост финансирования здравоохранения, его уровень остается недостаточным. При этом финансовые средства, направляемые на здравоохранение области, позволяют ее жителям получать бесплатно медицинскую помощь в полном объеме, предусмотренном Территориальной программой государственных гарантий.

Учитывая, что система финансирования здравоохранения должна обеспечить использование ресурсов в качестве экономического инструмента повышения эффективности и качества медицинской помощи, необходимо:

обеспечить сбалансированность объемов медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой государственных гарантий, и ресурсов на их выполнение путем оптимизации объемов бесплатной медицинской помощи, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий;

разработать и внедрить современные методы планирования финансовых ресурсов и оплаты медицинской помощи, соответствующие целям и задачам реализации Территориальной программы государственных гарантий с учетом показателей качества лечебно-профилактической деятельности;

продолжить целевое финансирование приоритетных направлений деятельности, определяемых ежегодно на основе программно-целевого метода планирования.

завершить переход на преимущественно одноканальное финансирование системы здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования.

#### 4.8. Улучшение лекарственного обеспечения граждан

Одним из существенных направлений повышения доступности медицинской помощи является возможность удовлетворить потребности всех пациентов, включая социально незащищенных, в качественных лекарственных средствах в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

На основании статистического прогноза количество больных сахарным диабетом на территории Ростовской области ежегодно увеличивается на 6 – 8 процентов. У больных, страдающих сахарным диабетом, потребность в медицинской помощи возрастает по мере ухудшения их состояния и возникновения осложнений. В этой связи требуются дополнительные меры по обеспечению первичной и вторичной профилактики, организации лечения, в том числе лекарственного обеспечения и реабилитации, пациентов, страдающих сахарным диабетом. Это возможно с помощью применения программных методов.

Реализация программ предусматривает закупку и обеспечение лекарственными средствами больных сахарным диабетом. Перечень лекарственных средств формируется в соответствии с перечнем основных жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, стандартов оказания медицинской помощи и предусматривает обеспечение больных инсулинами и их аналогами, сахароснижающими препаратами, т.е. предусматривается лечение как I типа сахарного диабета – инсулинозависимого, так и инсулинонезависимого сахарного диабета II типа, а так же средствами самоконтроля и иглами.

Удовлетворение потребности жителей Ростовской области, включая социально незащищенные группы населения, в лекарственных препаратах и изделиях медицинского назначения, а также специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с терапевтическими показаниями и нозологией должно рассматриваться как мероприятие государственного масштаба. Для улучшения доступности и качества оказания лекарственной помощи требуются дополнительные меры, которые должны быть направлены на повышение управляемости финансовыми, товарными потоками и выпиской лекарственных препаратов с одновременным созданием более жесткой системы контроля за полнотой удовлетворения спроса и обоснованности выписки препаратов отдельным категориям граждан.

В соответствии с целью и задачами Концепции предусматриваются мероприятия по организации обеспечения граждан лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (обеспечение логистического сопровождения лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных данной категории).

В соответствии со статьей 44 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в Ростовской области имеются категории граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и региональный сегмент Федерального регистра, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты, изделия медицинского назначения, специализированные продукты лечебного питания и перевязочные средства отпускаются по рецептам врача бесплатно.

Организация обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности, отнесена к полномочиям субъектов Российской Федерации, которые реализуются в 2012 году в Ростовской области за счет средств областного бюджета. В связи с этим необходима организация работы по эффективному лекарственному обеспечению жителей области, страдающих орфанными заболеваниями, лекарственными препаратами.

Таким образом, основными направлениями реализации государственной политики в области лекарственной помощи гражданам должны явиться:

гарантированное доступное лекарственное обеспечение граждан (в том числе льготное) в рамках Программы государственных гарантий, действующей и вновь вводимой систем обеспечения государственной социальной помощи за счет средств федерального бюджета, мер социальной поддержки по лекарственному обеспечению населения за счет средств областного бюджета и иных источников;

совершенствование организации лекарственной помощи, управления фармацевтической деятельностью и механизма государственного регулирования лекарственного обеспечения, сохранение и развитие существующей сети государственных и муниципальных аптек;

повышение эффективности использования финансовых средств, предназначенных для лекарственного обеспечения граждан.

## 5. Основные этапы и ожидаемые результаты реализации Концепции развития здравоохранения Ростовской области до 2020 года

Реализация Концепции развития здравоохранения Ростовской области до 2020 года будет происходить поэтапно.

На первом этапе (2012 – 2014 годы) будет осуществлена конкретизация государственных гарантий на основе стандартизации медицинской помощи; переход на планирование Территориальной программы государственных гарантий на три года с ежегодной корректировкой; паспортизация медицинских учреждений на предмет оснащенности помещениями и оборудованием с целью определения возможности включения инвестиционных расходов в систему обязательного медицинского страхования; проведено поэтапное внедрение системы управления качеством медицинской помощи на основе порядков и

стандартов ее оказания, регистров стационарных больных, включающих индикаторы качества оказанной помощи, а также совершенствование тарифной политики оплаты труда медицинских работников, зависимой от качества помощи; проведена модернизация материально-технической базы учреждений здравоохранения; начнет реализовываться система непрерывной подготовки кадров, основанная на единой кадровой политике, внедрены новые федеральные государственные образовательные стандарты высшего и среднего профессионального образования по специальностям группы «Здравоохранение» и федеральные государственные требования к последипломному медицинскому образованию.

Кроме того, на первом этапе будет продолжена реализация Приоритетного национального проекта «Здоровье» по следующим направлениям:

- формирование здорового образа жизни;
- развитие первичной медико-санитарной помощи и медицинской профилактики;

- совершенствование специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, включая сердечно-сосудистые, онкологические, комбинированные травмы при дорожно-транспортных происшествиях;

  - развитие службы крови;

  - совершенствование медицинской помощи матерям и детям.

На втором этапе реализации Концепции (2015 – 2020 годы) предполагается поэтапный переход к саморегулируемой системе организации медицинской помощи на основе созданных инфраструктуры и кадрового ресурса здравоохранения и информатизации отрасли, дальнейшее внедрение новых технологий, разработанных с учетом приоритетов инновационного развития здравоохранения, включение высокотехнологичной и скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования, интеграция бюджетных инвестиций в тарифы на медицинскую помощь, создание системы лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках обязательного медицинского страхования.

К 2020 году предполагается:

- снижение уровня материнской смертности до 13,8 на 100 тыс. детей, родившихся живыми, к 2020 году;

- снижение показателя младенческой смертности до 7,2 на 1000 родившихся живыми, на период с 2015 по 2020 год;

- смертность населения трудоспособного возраста составит 546,0 человек на 100 тыс. населения;

- смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения составит 173,0 человек на 100 тыс. населения;

- смертность населения трудоспособного возраста от новообразований снизится до 82,0 человека на 100 тыс. населения;

- смертность населения в трудоспособном возрасте от травм будет составлять 13,5 человек на 100 тыс. населения;

- увеличение укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами на уровне 72 процентов;

увеличение укомплектованности штатных должностей средних медицинских работников физическими лицами до 76,2 процента;

увеличение расходов консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на реализацию Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области в расчете на 1 жителя до 3 787 рублей;

снижение обеспеченности круглосуточными койками (работающими в системе обязательного медицинского страхования) в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения до 60,2 койки на 10 тыс. человек населения;

обеспечение среднегодовой занятости койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения на уровне 340 дней (в том числе на койках сестринского ухода, организованных с целью обеспечения потребности населения в медико-социальной помощи);

стабилизация доли больных алкоголизмом, воздерживающихся от употребления алкоголя на фоне курсового лечения лекарственными препаратами пролонгированного действия, до 45 процентов.

В целом, реализация всех направлений Концепции обеспечит к 2020 году формирование здорового образа жизни населения Ростовской области, а также создаст систему здравоохранения, позволяющую оказывать доступную и качественную медицинскую помощь на основе единых требований и подходов с учетом передовых достижений научно-технического прогресса, которая будет являться залогом устойчивого социально-экономического развития региона в долгосрочной перспективе.

Начальник общего отдела  
Правительства Ростовской области

М.В. Фишкин