

## ПАСПОРТ ПРОГРАММЫ

Наименование программы	Программа модернизации здравоохранения Новосибирской области на 2011-2012 годы.
Наименование уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации	Министерство здравоохранения Новосибирской области
Основание для разработки программы	Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
Срок реализации программы	2011-2012 годы
Цель программы	Улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению Новосибирской области.
Задачи программы	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.</li> <li>2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.</li> <li>3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.</li> </ol>
Основные мероприятия программы	<p>I. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие с численностью и составом населения Новосибирской области, со структурой заболеваемости и смертности на территории Новосибирской области.</li> <li>2. Приведение материально-технической базы учреждений здравоохранения в соответствие с требованиями порядков оказания медицинской помощи.</li> </ol> <p style="text-align: center;">II. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ведение электронной медицинской карты гражданина, организация локальных вычислительных сетей и каналов связи, автоматизация записи к врачу в электронном виде, ведение листков ожидания, учет и анализ деятельности медицинских учреждений, а также внедрение систем электронного документооборота. Осуществление персонифицированного учета оказанных медицинских услуг, обмен телемедицинскими данными.</li> <li>2. Ведение единого регистра медицинских работников,</li> </ol>

	<p>электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта Российской Федерации.</p> <p>III. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поэтапный переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, устанавливаемыми Минздравсоцразвития России по приоритетным профилям медицинской помощи.</li> <li>2. Реализация организационных мероприятий, позволяющих осуществить поэтапный переход к 2013 году на одноканальное финансирование в рамках системы обязательного медицинского страхования.</li> <li>3. Подготовка к включению в систему обязательного медицинского страхования скорой медицинской помощи.</li> <li>4. Организация отделений неотложной помощи при амбулаторно-поликлинических учреждениях с целью снижения показателя обращаемости населения за скорой медицинской помощью.</li> <li>5. Обеспечение потребности во врачах по основным специальностям с учетом объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и в соответствии с внедряемыми порядками оказания медицинской помощи. Осуществление подготовки, переподготовки медицинских кадров. Повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала.</li> <li>5 Реализация организационных мероприятий, обеспечивающих подготовку к включению с 2013 года в территориальные программы обязательного медицинского страхования дополнительных денежных выплат медицинским работникам первичного звена здравоохранения и дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.</li> <li>6. Повышение доступности и качества медицинской помощи неработающим пенсионерам.</li> </ol>
<p>Основные показатели реализации программы</p>	<p>I. Показатели медицинской результативности:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Младенческая смертность – снижение с уровня 8,5 на 1 тыс. родившихся живыми в 2009 году, до 7,8 на 1 тыс. родившихся живыми в 2012 году.</li> <li>2. Смертность населения в трудоспособном возрасте – снижение с уровня 14,1 в 2009 г. до 13,3 на 100 тыс. населения в 2012 г.</li> </ol> <p>от болезней системы кровообращения – снижение с уровня от 773,60 в 2009 г. до 743,00 в 2012 г. на 100 тыс. населения</p>

от злокачественных новообразований – снижение с уровня с 223,0 на 100 тыс. населения в 2009 г. до 220,1 на 100 тыс. населения в 2012 г.,

от травм – снижение с уровня 158,6 на 100 тыс. населения до 145,0 на 100 тыс. населения в 2012 г..

3. Удельный вес первой и второй групп здоровья у учащихся общеобразовательных учреждений – увеличение с уровня 65% до 72%.

5. Пятилетняя выживаемость больных со злокачественными новообразованиями с момента установления диагноза – увеличение доли выживших лиц с 44,2% в 2009 году до 45,0% в 2012 г;

6. Удовлетворенность населения медицинской помощью - повышение с уровня 39,5% в 2009г. до 45,0% в 2012 г;

8. Удовлетворенность потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи – повышение с уровня 80% в 2009 до 85% в 2012 г .

II. Показатели доступности медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения:

1. Среднегодовая занятость койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения – повышение уровня с 324,5 дней до 330,0 в 2012.

2. Среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников – увеличение с 14145 руб. в 2009 до 15400 руб. в 2012г;

3. Количество государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, осуществляющих автоматизированную запись на прием к врачу с использованием сети Интернет и информационно-справочных сенсорных терминалов (инфоматов), к общему количеству государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения – 109 учреждений, 100%.

4. Количество неработающих пенсионеров, в отношении которых осуществлен соплатеж на медицинскую помощь за счет средств, предоставленных на финансирование дополнительных государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи неработающим пенсионерам – 90 тыс. человек, 17% от общего числа неработающих пенсионеров.

## I. Содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения программными методами

### Новосибирская область



Новосибирская область входит в состав Сибирского Федерального округа. Расстояние от Москвы – 3190 км. Площадь области составляет 178,2 тыс. км<sup>2</sup>, плотность населения – 14,8 чел/кв. км. Протяженность субъекта с севера на юг – 444 км, с запада на восток – 642 км. Расстояние от областного центра до наиболее отдаленных районов 500 км.

Численность населения составляет 2649,9 тыс. чел.; 75% населения проживает в городах и посёлках городского типа. Плотность населения 14,8 чел. на кв. км.

В состав области входит 30 муниципальных районов, 5 городских округов, 26 городских поселений и 429 сельских поселений. Среднегодовая численность экономически активного населения составляет 1265 тыс. чел. Численность пенсионеров – 716 тыс. чел.

По развитию транспортной сети область занимает среднее положение в России: протяженность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием составляет 10761,4 км, густота автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием (километров дорог на 1000 квадратных километров территории) – 60,5; доля протяженности автомобильных дорог общего пользования местного значения, не отвечающих нормативным требованиям в общей протяженности автомобильных дорог общего пользования местного значения – 33%. Это влияет как на интенсивность дорожно-транспортного травматизма, так и на возможности своевременной эвакуации больных.

Индекс развития человеческого потенциала Новосибирской области, вычисляемый по методике ПРООН – 0,761.

### Основные демографические показатели.

Коэффициент рождаемости в Новосибирской области составил в 2009 году 12,9 на 1000 населения (с прогнозным ростом до 13,2 к 2012 г.), показатель смертности – 14,07 (с прогнозным снижением до 14,0 на 1000 населения).

Говоря о демографическом развитии Новосибирской области, необходимо отметить, что оно с момента образования области до 90-х годов XX века характеризовалось увеличением численности населения за счет естественного прироста населения.

Рост населения в области прекратился в 1992 году и, начиная с 1993 года, число жителей области стало сокращаться. При этом практически до конца 90-х годов шло чередование незначительного прироста или снижения численности населения области. В 1999 году область перешла в режим депопуляции на 12 тысяч человек ежегодно. Основной причиной сокращения численности населения явилась устойчивая естественная убыль, наблюдающаяся с 1992 года.

За последние годы в Новосибирской области наметилось значительное оздоровление демографической ситуации. Так с 2004 года в области сложился миграционный прирост, который в некоторой степени стал компенсировать потери населения от естественных причин. Увеличение миграционного прироста в последующие годы привело к замедлению темпов сокращения численности населения. И в 2008 году возросший миграционный прирост и положительная динамика основных процессов естественного движения населения предопределили увеличение населения в целом за год. Впервые за последние 10 лет прерван процесс сокращения числа жителей региона.

На 1 января 2010 года численность постоянного населения Новосибирской области составила 2649871 человек и за прошедший год увеличилась на 10014 человек (на 0,4%).

Увеличение темпа роста рождаемости и снижение показателей смертности населения, отмеченных в 2007 году, продолжилось. В 2009 году показатель рождаемости составил – 13,0 на тысячу населения, для сравнения в 2008 году этот показатель был равен – 12,5, в 2007 году – 11,4. Показатель смертности снизился с 14,7 в 2007 году до 14,1 в 2009 г. Естественная убыль населения в 2009 г. уменьшилась по сравнению с 2008 г. на 2,3 тыс. человек.

**Табл. 1. Численность постоянного населения Новосибирской области на 1 января 2009 года.**

	Все население	Городское население	Сельское население
Общая численность населения	2639857	1992048	647809
В том числе:	1214454	905147	309307
мужчины			
женщины	1425403	1086901	338502
Доля в населении, %	46.0	45.4	47.7
мужчины			
женщины	54.0	54.6	52.3
Число женщин на 1000 мужчин	1174	1201	1094

Среди причин смерти с большим отрывом лидируют болезни системы кровообращения (773,6 на 100000 населения), новообразования (223,0), травмы, отравления и другие внешние причины (158,6). Каждый из классов причин смерти имеет свои особенности на возрастной шкале. Для болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований – это средние и старшие возраста, для травм и отравлений – трудоспособный возраст.

Решающее воздействие на развитие ситуации со смертностью оказывают возросшие потери трудоспособного населения. Лица данного возраста составляют почти третью часть всех умерших (27,1%). Подавляющее большинство (79,3%) из них – представители мужского пола. Почти каждый второй из числа умерших мужчин не достиг пенсионного возраста. Уровень мужской смертности в 4 раза выше уровня женской. Преждевременные смерти в рабочих возрастах наносят непосредственный урон трудовому потенциалу.

В структуре смертности трудоспособного населения на первом месте несчастные случаи, отравления и травмы (30,9%). Они явились причиной гибели 32,7% мужчин и 24,3% женщин, умерших в рабочем возрасте.

Младенческая смертность составляет 8,5 на 1000 родившихся живыми, показатель снизился на 21,3% от уровня значения в 2005 году (10,8 на 1000 родившихся).

Таким образом, в перспективе коэффициент демографической нагрузки на трудоспособное население будет нарастать, увеличится численность людей пожилого возраста, начнет уменьшаться число женщин детородного возраста. Указанные процессы потребуют оперативного изменения в структуре здравоохранения, прежде всего в области охраны здоровья матери и ребенка, обслуживания лиц пожилого возраста, совершенствования медицинской помощи при заболеваниях, лидирующих в структуре смертности.

### **Заболеваемость.**

Заболеваемость всего населения области составила 155785,0 на 100 тыс. жителей. Ведущие классы заболеваний всего населения: болезни органов дыхания - 40770,6 на 100 тыс. населения; болезни органов кровообращения - 21629,8; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 11698,1; болезни мочеполовой системы - 9805,1; болезни органов пищеварения - 8551,6.

Ежегодно в области регистрируется 3,9 - 4,1 млн. случаев заболеваний населения острыми и хроническими болезнями, из которых около 2,0 млн. - с впервые установленным диагнозом. За последние 5 лет уровень первичной заболеваемости вырос на 9,8% (общей заболеваемости населения - на 14,2%). Особенно быстрыми темпами растет заболеваемость болезнями эндокринной системы (на 33,8%), болезнями органов дыхания – 21,6%, новообразованиями – 14,6%, болезнями уха и сосцевидного – 12,5%, а также болезнями системы кровообращения – 9,0%.

Уровень общей заболеваемости по данным обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения имеет тенденцию к росту и составляет среди детей - 2374,8 случаев на 1000 соответствующего возраста, подростков - 1982,7‰ и взрослых - 1557,8‰. Рост показателей заболеваемости наблюдается практически по всем классам болезней. Основное место в структуре заболеваемости у детей и подростков занимают болезни органов дыхания (59,5%

- у детей, 43,5% - у подростков), у взрослых на первом месте находятся болезни системы кровообращения – 18,6%.

Профилактика и лечение болезней системы кровообращения в настоящее время является одной из приоритетных проблем здравоохранения. Это обусловлено теми значительными потерями, которые наносят данные заболевания в связи со смертностью и инвалидностью.

Сердечно-сосудистые заболевания обуславливают высокий уровень смертности и инвалидизации населения. На долю болезней сердечно-сосудистой системы в структуре причин общей смертности приходится более половины (54,8%) всех случаев смерти, инвалидности - 31,5 %, временной нетрудоспособности - 9,3%. Особенно тревожным представляется уровень смертности в трудоспособном возрасте. Наиболее неблагоприятный исход сердечно-сосудистых заболеваний отмечается среди мужчин, уровень смертности которых в 4,6 раза превышает уровень смертности женщин.

В Новосибирской области в настоящее время зарегистрировано 270,5 тыс. человек, страдающих артериальной гипертонией. Ежегодно впервые регистрируется около 25,1 тысяч больных, у которых ведущим или сопутствующим заболеванием является артериальная гипертония; 60,2% больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу болезней системы кровообращения, имеют это заболевание. Особую тревогу вызывает высокая распространенность артериальной гипертонии в молодом и трудоспособном возрасте.

Среди причин смертности от болезней системы кровообращения, формирующих ее структуру, главенствуют ишемическая болезнь сердца (50,5%) и цереброваскулярные болезни (39,4%), в основе которых лежит артериальная гипертония. Наличие последней резко увеличивает риск развития других сердечно-сосудистых заболеваний, а также смертности от них.

Необходимо преобразование системы оказания экстренной и специализированной медицинской помощи больным с инсультами и инфарктами для снижения смертности от сердечно-сосудистой патологии.

В 2009 году в Новосибирской области выявлено 11220 больных, с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования. Прирост абсолютного числа заболевших злокачественными новообразованиями по сравнению с 2008 годом составил 3,1%, а в сравнении с уровнем заболеваемости в 2005 году – на 25,4%. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 404,4. Наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями в области в 2009 году (как и в предшествующие годы) были опухоли кожи (14,1% от числа новых случаев рака), трахеи, бронхов, легкого (12,8%), молочной железы (10,8%).

Основные тенденции динамики онкоэпидемиологических процессов остались прежними.

На конец 2009 года на учете в онкологических учреждениях Новосибирской области состояли под наблюдением 55347 больных злокачественными новообразованиями, то есть 2,1% населения области. Доля

больных злокачественными новообразованиями, выявленных при профилактических осмотрах, по сравнению с уровнем 2008 года выросла и составила 10,2%. Увеличился удельный вес выявленных активно больных со злокачественными новообразованиями: шейки матки (25,6% против 16,9%), трахеи, бронхов, легкого (25,1% против 19,4% в 2008 г.), тела матки (11,4% против 9,6%), яичника (9,9% против 7,5%).

Увеличение в последние годы онкологической смертности и заболеваемости обуславливает необходимость совершенствования онкологической службы в Новосибирской области, и, в частности, – оснащение необходимым оборудованием областного онкологического диспансера и онкологических отделений городской клинической больницы №1.

Показатели травматизма в 2009 г. соответствовали уровню 2005 г. Ежегодно регистрируется 252-253 тысяч травм. Смертность от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних воздействий имеет явную тенденцию к снижению. Значение показателя на 100 тыс. населения в 2005 году составляло 233,0, в 2009 – 158,6. Но, несмотря на значительную положительную динамику показателя, сохраняется лидирующее место данной причины в структуре смертности.

Общая летальность от травм составила 1,4%, стационарная - 1,2%. При этом самая высокая летальность наблюдается при черепно-мозговой и спинальной травме, ожогах и сочетанных повреждениях.

В общей структуре травматизма в 2009г. производственные травмы составили 8,9%, бытовые травмы - 69,8%, уличные травмы - 17,4%, автотранспортные травмы - 0,9%, спортивные травмы - 1,2%, прочие - 1,8%.

Уровень госпитализации составляет 20,57%. Среднегодовая занятость травматологической койки составила 314,5 дней в 2009 году. Оборот койки составил 30,4. Ежегодно в стационарах проходят лечение более 31 тыс. пациентов. В поликлиниках выполнено 11365 операций, в стационарах - 20235.

Необходимо отрегулировать вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Новосибирской области.

Важным направлением деятельности системы здравоохранения Новосибирской области остается предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями.

Ситуация по туберкулезу последние годы остается стабильной, но значения показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза по-прежнему превышают средние показатели по Российской Федерации.

Показатель заболеваемости на 100 тыс. жителей составил 132,8 (136,6 в 2008г., 132,0 в 2007г.). Аналогичный индекс в Российской Федерации – 85,1 в 2008г., 83,3 в 2007г. За последние три года в Новосибирской области достигнуто снижение уровня показателя смертности от туберкулеза на 10,0% (25,8 на 100 тыс. жителей в 2009г., 29,8 в 2008г., 32,0 в 2007г.).



Положительным фактором является то, что эти изменения происходят на фоне роста охвата флюорографическим обследованием населения области с 61,6% (2007г.) до 67,0% (2009г.).

В течение последних лет удельный вес больных выявленных на профосмотре растет и превышает 60,0% (65,6% в 2009г., 62,8% - в 2008, 62,7% - в 2007г.). Улучшается структура форм у впервые заболевших: продолжается неуклонное снижение доли деструктивных форм туберкулёза легких в 2009г. - 41,3% (2008г - 42,3%, 2007 году - 42,4%) (по РФ в 2008г. - 47,3%) и бактериовыделителей 43,8% (2008г. - 45,2% , 2007г. - 46,2%) (по РФ - 44,0% в 2008г.). Удельный вес запущенных форм туберкулёза снизился до 11,4% (12,0 в 2008г., 12,5% в 2007г.) в Новосибирске - 10,3% (11,0% в 2008г., в 2007г. - 11,2%) и по районам области - 12,4% (12,9% в 2008г., в 2007г. - 13,5%).

На фоне стабилизация основных эпидпоказателей по туберкулёзу, изменения структуры форм туберкулеза у впервые выявленных больных, растет число пациентов с множественной лекарственной устойчивостью, что отрицательно сказывается на эффективности лечения и требует дополнительных финансовых затрат.

Инфекции, передающиеся половым путем, являются социально значимой проблемой, поскольку распространены в настоящее время среди таких групп населения как женщины и мужчины детородного возраста, беременные, дети и подростки. Зависимость от социального статуса не выявлена.

Показатель заболеваемости сифилисом в Новосибирской области увеличился в целом на 1,5% от уровня значения в 2005 году, и превышает на 13,5% показатель по России за 2008 год.

На территории Новосибирской области показатель заболеваемости врожденным сифилисом в 2007-2008 г.г. составил 0,8 на 100 тыс. населения, удельный вес от всех зарегистрированных форм - 0,1%.

На территории Новосибирской области во всех случаях врожденный сифилис зарегистрирован от матерей не состоящих на учете по беременности, с впервые выявленными серологическими тестами на сифилис в родах.

Данная проблема является социальной и задачей дерматовенерологической службы является обеспечение у беременных раннего скрининга на сифилис регламентирующими методами, позволяющими на ранних стадиях заподозрить сифилис и провести профилактические мероприятия для предупреждения врожденного сифилиса. Учитывая, что в клинической структуре сифилиса у беременных в основном преобладает скрытые формы, диагностируемые только на основании серологических тестов, сохраняется необходимость тщательного обследования значительного количества детей, рожденных серопозитивными женщинами.

В 2009 году в Новосибирской области, по данным официальной государственной статистики, весь контингент психически больных на конец года (состоящие под диспансерным и консультативным наблюдением) составлял 77101 человек, или 2920,7 больных на 100 тыс. населения. Из каждых 100 тыс. населения 761,3 человека страдают тяжелыми формами психозов и слабоумия

(из них менее половины - 304,3 шизофренией), 1159,8 человек - пограничными психическими расстройствами и 999,5 человека - умственной отсталостью.

Всего, с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства в 2009 году зарегистрировано 4876 человек или 184,7 больных на 100 тыс. населения (РФ за 2008 г. – 357,0). Этот показатель, по сравнению с 2008 годом, уменьшился на 4,6%.

Группа больных консультативного наблюдения имеет тенденцию к увеличению (на 11,4 % за 3 года), что соответствует требованиям Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и повышает правовой статус психически больных.

Показатель общей инвалидизации населения области по психическим заболеваниям снизился на 8,8%, с 777,0 на 100 тыс. населения в 2007 году до 709,0 в 2009 (РФ за 2008 г. – 718,3). В целом по области за 2008 год инвалиды по психическим заболеваниям составляют 24,3 % от общего числа психически больных, состоящих под наблюдением врачей-психиатров (2007 г. – 27,5%; 2008 г. – 24,2 %).

Учитывая тот факт, что в структуре инвалидности по психическим заболеваниям среди детского населения преобладает умственная отсталость, необходимо решать проблему сохранения интеллектуального потенциала детского населения, формирования зрелой, социально адекватной личности.

Суммарное число потребителей алкоголя, зарегистрированных наркологической службой Новосибирской области в 2009 году, составило 45595 человек, или 1727,2 в расчете на 100 тыс. населения, что составляет около 1,7% общей численности населения. (По РФ в 2008 году - 1920,7 больных на 100 тыс. населения, или около 2,0% общей численности населения). Этот показатель включает: больных алкоголизмом - 37233 человек, или 1410,4 на 100 тыс. населения, алкогольными психозами – 1483 (56,2) и лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, т.е. без формирования зависимости, - 6879 (260,6). Распространенность алкоголизма, включая алкогольные психозы, в целом на территории области имеет стабильно высокий уровень – 1,5% общей численности населения области.

В 2009 году продолжает отмечаться стабилизация среднеобластного показателя общей заболеваемости алкоголизмом (включая алкогольные психозы), который составил 1466,6 больных на 100 тыс. населения (38716 чел.). По РФ в 2008 году - 1566,3 больных на 100 тыс. населения, или 1,6% его численности. За трехлетний период этот показатель снизился только на 0,5%; за 2009 год его уровень так же практически не изменился, т.к. увеличение составило всего 1,0%.

Вместе с тем существует высокая латентность распространенности алкоголизма среди населения. Снижение учтенных в наркологических учреждениях больных алкоголизмом объясняется рядом причин, в том числе их обращение за лечением в негосударственные структуры, оказывающим наркологическую помощь, получение наркологической помощи на анонимной основе, снижением доступности наркологической помощи сельским жителям.

Проблема наркомании в Новосибирской области, как и по стране в целом остается актуальной. В соответствии с официальными статистическими данными

на территории Новосибирской области, как и на территории Российской Федерации в целом, наблюдается ежегодное увеличение больных, зарегистрированных по поводу наркомании (синдрома зависимости от наркотических веществ) в наркологических учреждениях системы здравоохранения. Надежды на стабилизацию показателей учтенной распространенности наркомании в последние годы не оправдались: динамика показателей за последние 3-5 лет свидетельствует о появлении тенденции медленного роста, распространенность данной патологии за трехлетний период возросла на 10,9% со среднегодовым темпом прироста 3,6%.

Отмечавшийся в период 2006-2008г.г. рост числа больных наркоманией, обратившихся за медицинской помощью впервые в жизни (в среднем ежегодно на 8,8%), в 2009 году сменился их снижением на 18,7% по сравнению с 2008 годом. Показатель первичной заболеваемости наркоманией за период 2007-2009г.г. снизился на 9,7% (с 30,8 до 27,8 на 100 тыс. населения); за 2009 год он уменьшился на 19,0%. По РФ данный показатель в 2008 году составил 18,7.

Структура первичной заболеваемости наркоманией в Новосибирской области в 2009 году, по сравнению с предыдущим, практически не изменилась: как и по России в целом, большинство больных по-прежнему выявлялись с опийной зависимостью – 52,8% (2008г. - 53,8%); на больных с зависимостью, вызванной употреблением каннабиса, приходилось – 34,2% (2008г. - 35,2%), на больных с зависимостью от психостимуляторов - 0,1% (2008г. – 0,2%), на больных с зависимостью от других наркотиков и полинаркоманией – 12,9% (2008г. - 10,8%). В структуре наркомании среди выявленных впервые отмечается смещение 1% доли потребителей опиоидов, вызывающих быстрое возникновение зависимости, в сторону увеличения потребителей каннабиноидов - более «легких» наркотиков.

Проблема ВИЧ-инфекции/СПИДа в последнее время становится достаточно актуальной.

По уровню прироста кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных Новосибирская область занимает одно из ведущих мест среди территорий Сибирского Федерального Округа. В течение 2009 года зарегистрировано 2893 новых случаев ВИЧ - инфекции, кумулятивное число заболевших достигло 8403 случаев. Показатель пораженности (распространенности ВИЧ) на территории Новосибирской области составил на 01.01.2010 318,8 на 100 тысяч населения.

Растет число ВИЧ – инфицированных беременных женщин и детей, родившихся от ВИЧ – позитивных матерей (за весь период наблюдения родились 488 новорожденных от ВИЧ-инфицированных беременных женщин, из них в 2009 году - 203 новорожденных).

Сложившаяся ситуация требует комплексного подхода к ее решению, разработки комплекса мероприятий по совершенствованию системы профилактики, диагностики и лечению заболеваний вызванных вирусом иммунодефицита человека, развития профилактических подходов, подготовки кадров, укрепления материально-технической базы службы. Реализация данных мероприятий возможна путем целенаправленных скоординированных действий органов исполнительной власти с общественными объединениями, населением.

На территории города Новосибирска и области в последние годы сохраняется сложная ситуация по инфекционной заболеваемости. Ежегодно регистрируется более 700 тыс. инфекционных и паразитарных заболеваний. На протяжении ряда лет заболеваемость многими инфекциями заметно превышает средне – федеральный уровень. Сохраняется высокая заболеваемость острыми кишечными инфекциями. Большая часть инфекций этой группы остается нерасшифрованной. Особую значимость кишечные заболевания приобретают в связи с возникновением вспышек в результате употребления населением недоброкачественных продуктов питания и питьевой воды.

Возрастает актуальность природноочаговых инфекций – клещевого весенне - летнего энцефалита, малярии, описторхоза.

Здравоохранение Новосибирской области – сложная, многофункциональная система, включающая государственные и муниципальные учреждения, организации иных организационно-правовых форм собственности.

В Новосибирской области в 2009 году медицинскую помощь населению оказывали 127 учреждений муниципальной и государственной форм собственности. При этом 81,9% учреждений работали в системе обязательного медицинского страхования. Сеть лечебно-профилактических учреждений Новосибирской области представлена 62 больничными учреждениями, в числе которых 29 центральных районных больниц, 19 городских, 2 больницы скорой медицинской помощи, областная клиническая больница, 6 специализированных больниц, 3 госпиталя ветеранов войн; 11-ю диспансерами, 33 самостоятельными амбулаторно-поликлиническими учреждениями, 3 центрами, 11 учреждениями материнства и детства, станциями скорой медицинской помощи и переливания крови и 4 учреждениями особого типа.

Мощность всех амбулаторно-поликлинических учреждений составляет 51156 посещений в смену (показатель на 10000 населения – 217,6), численность коечного фонда муниципальных и государственных учреждений здравоохранения – 25320 коек (показатель обеспеченности койками – 95,9 на 10000 населения).

В государственной и муниципальной системах амбулаторно-поликлинического обслуживания работают 916 участковых терапевтов, 555 участковых педиатров, 28 врачей общей врачебной практики и 20 семейных врачей, 1576 участковых медицинских сестёр, 902 врача узких специальностей и 646 фельдшеров, ведущих самостоятельный приём на фельдшерско-акушерских пунктах.

Начиная с 2000 года на территории Новосибирской области наметилась тенденция к развитию сети общих врачебных практик: 2003-2004 годы пилотный проект в Бердской ЦРБ, 2007-2009 годы создание общих врачебных практик в г.Новосибирске, где впервые в основу обслуживания положен принцип приближения помощи к пациенту. На 01.01.2008г. было создано 10 участков общей врачебной практики и 7 участков семейной медицины. За 2008-2009 годы было открыто уже 18 участков ОВП, 13 участков семейной медицины. На 01.01.2010 стало 26 участков ОВП и 22 участка семейной медицины.

Сложившаяся ситуация в системе амбулаторно-поликлинического обслуживания населения характеризуется рядом недостатков, к которым можно отнести:

несбалансированность кадрового потенциала,  
недостаточно эффективная система управления потоками пациентов, начиная с регистратуры,  
недостаточный объем и низкая эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи,  
организационные недостатки в системе амбулаторного долечивания и патронажа,  
низкий уровень информатизации амбулаторно-поликлинической службы, не позволяющий оперативно решать вопросы планирования и управления для достижения существующих целевых показателей.

Как следствие этого, неудовлетворенность пациентов качеством и доступностью медицинской помощи, наличие жалоб на очередность к специалистам.

Реструктуризация и оптимизация сети стационарных учреждений проводится на территории Новосибирской области в течение последних шести лет. Показатель обеспеченности койками снизился с 112,2 на 10000 населения в 2004 до 95,9 в 2009.

В течение 2009 года продолжилось сокращение сети лечебно-профилактических учреждений в основном за счет реорганизации учреждений, оказывающих помощь при социально значимой патологии, участковых больниц в сельские амбулатории. В связи с продолжающейся реорганизацией коечного фонда стационаров, происходит дальнейшее сокращение (на 238 – 0,9%) числа коек круглосуточного пребывания и коек дневного пребывания в больницах (на 234 – 22,7%), численность которых составила: 25320 коек круглосуточного пребывания и 795 коек дневного стационара. Число пролеченных больных в стационарах круглосуточного пребывания увеличилось на 21351 (3,6%) больного.

Реструктуризация коечного фонда учреждений здравоохранения области повлекла за собой улучшение его деятельности, что отразилось в следующих показателях: среднегодовая занятость койки составила 324,5 дней против 265,0 дней в 2005 году, оборот койки увеличился с 20,4 в 2005 до 26,7 – в 2009, средняя длительность пребывания в стационаре сократилась с 12,9 до 12,3 дней.

Перспективы развития здравоохранения и, следовательно, качество и доступность оказываемой населению медицинской помощи напрямую зависят от состояния профессионального уровня медицинских и фармацевтических кадров, как главного ресурса здравоохранения, качества их подготовки, укомплектованности кадрами учреждений здравоохранения.

Обеспеченность (на 10 тыс. населения) врачами составляет 37,6, средними медицинскими работниками – 81,7, укомплектованности врачебных должностей – 64,1%, должностей средних медицинских работников – 67,9%, коэффициента совместительства врачебных должностей- 1,5, должностей средних медицинских работников – 1,4.

По состоянию на 01.01.2010 в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Новосибирской области:

- штатными расписаниями утверждено 88434 единиц штатных должностей, в т.ч. 17069 штатных врачебных должностей и 34609 штатных должностей средних медицинских работников;

- работает 55717 человек, в т.ч. врачей - 10371 человек, средних медицинских работников - 23037 человек;

- укомплектованность штатных должностей физическими лицами составляет 63,0%, врачебными кадрами – 60,8%, средними медицинскими работниками – 66,8%;

- не занято штатных должностей персоналом, работающим по основной должности, всего 3373 шт.ед. (3,8%), в т.ч. врачебных должностей всех специальностей - 1035 шт.ед. (6,1%), должностей средних медицинских работников 1207 шт.ед. (3,5%).

В 2008 году Постановлением Губернатора Новосибирской области от 28.01.2008 №20, в целях совершенствования организации заработной платы работников бюджетной сферы, стимулирования деятельности учреждений по расширению услуг и повышению их качества и результативности деятельности учреждений в государственных бюджетных учреждениях области введены отраслевые системы оплаты труда. В 2009 году на отраслевую систему оплаты труда перешли муниципальные учреждения здравоохранения области.

Руководителями учреждений были приняты меры по оптимизации штатной численности работников.

В предстоящее время надлежит пересмотреть штатное расписание учреждений в связи с внедрением порядков оказания медицинской помощи, в том числе рекомендованных штатных нормативов.

Для Новосибирской области характерно неравномерное распределение медицинских кадров. Отчетливо проявляется тенденция концентрации медицинских кадров, а соответственно и возможностей по оказанию доступной и качественной медицинской помощи, в крупных городских округах с одновременным ограничением доступности и снижением качества медицинской помощи, в первую очередь амбулаторно-поликлинической, в районах с низким показателем обеспеченности медицинскими работниками.

Система здравоохранения в целом страдает от несбалансированности медицинских кадров (показатель соотношения количества единиц штатных должностей врач - средний медицинский работник на 01.01.2010 г. в целом по области составляет 1:2,1 при рекомендуемом соотношении 1:4). Реальная кадровая диспропорция «сестринский персонал – врачи» сопровождается взаимосвязанными негативными тенденциями:

- увеличением во врачебной деятельности доли медицинских услуг, не требующих врачебной квалификации, а подлежащих осуществлению хорошо подготовленным сестринским персоналом;

- недооценка роли сестринского персонала в лечебном процессе, функции которого сводятся к выполнению технической работы, часто не требующей профессиональной подготовки.

Основными причинами ухода из муниципального и государственного здравоохранения медицинских работников и в первую очередь «молодых специалистов», являются:

- низкий уровень заработной платы;

- отсутствие социальной инфраструктуры и жилищно-бытовых условий в муниципальных образованиях области;

- проблема обеспечения медицинских работников жильем.

Таким образом, основными проблемам состояния кадрового обеспечения здравоохранения области являются:

- отсутствие комплексной системы планирования кадровых ресурсов с учетом реструктуризации сети здравоохранения области;

- дисбаланс штатной обеспеченности;

- низкий процент укомплектованности должностей;

- высокая доля лиц пенсионного возраста, среди работающих медицинских кадров;

- низкая доля «молодых специалистов» в структуре специалистов здравоохранения;

- низкий уровень заработной платы.

В 2009 году, фактические показатели финансирования территориальной Программы в расчете на 1 жителя увеличились по сравнению с 2005 годом на 117% и составили 5849,21 рублей (2005 год – 2693,44 рублей). В том числе финансирование территориальной программы ОМС по сравнению с 2005 годом увеличилось на 88,4% и составило 8423,64 млн. руб. (2005 год – 4471,36 млн. руб.).

В связи с кардинальным увеличением подушевого федерального норматива, по итогам 2009 года дефицит областной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Новосибирской области составил 32%, в части программы ОМС – 34,5%.

Функционирующие в учреждениях здравоохранения информационные системы носят узконаправленный характер, ориентированный на обеспечение частных функций и задач и представляют собой комплекс разрозненных автоматизированных рабочих мест, а не единую информационную среду.

Уровень оснащения современными информационно-коммуникационными технологиями крайне неоднороден и в основном ограничивается использованием нескольких компьютеров в качестве автономных автоматизированных рабочих мест.

К настоящему времени не сформирован единый подход к организации разработки, внедрения и использования информационно-коммуникационных технологий в медицинских учреждениях и организациях. В результате возможности интеграции существующих программных решений весьма ограничены.

Современные информационные технологии, программный инструментальный, компьютерная техника и сети телекоммуникаций создают реальные предпосылки для формирования единого информационного пространства здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования в качестве одного из важнейших факторов повышения управляемости отраслью и качества предоставляемых медицинских услуг в Новосибирской области. Не менее важным результатом распространения

информационных и коммуникационных технологий (далее - ИКТ) и полномасштабного проникновения их в сферу здравоохранения является создание технологических предпосылок для развития механизмов взаимодействия граждан со всеми субъектами инфраструктуры здравоохранения и ОМС через глобальную сеть Интернет, обеспечение прозрачности деятельности и принятия решений, организацию обратной связи населения с руководством всех уровней.

Применение современных ИКТ позволит создать единое информационное пространство для всех участников системы здравоохранения как основы повышения ее управляемости и эффективности функционирования. Использование ИКТ обеспечивает централизацию управления, интеграцию и унификацию задач и функций здравоохранения.

Применение современных технологий в области медицины требует совершенствования материально-технической базы и оснащения модернизированным оборудованием. Материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений складывается из нескольких составляющих – это техническое состояние зданий и сооружений и оснащение учреждений здравоохранения технологическим медицинским оборудованием.

За период с 2006 по 2009 годы на территории Новосибирской области после реконструкции и строительства введено в строй 26 объектов здравоохранения, в том числе:

- 9 объектов в 7 центральных районных больницах;
- 8 объектов в 5 больницах города Новосибирска;
- 5 поликлиник;
- 1 сельская врачебная амбулатория;
- 1 станция скорой медицинской помощи в г.Новосибирске;
- 2 многоквартирных общежития для медицинских работников в г.Новосибирске.

Общий объем инвестиций составил 2049,3 млн. рублей.

Несмотря на серьезные финансовые вложения, износ основных фондов в здравоохранении Новосибирской области составляет 58,5%. Большая часть амбулаторно-поликлинических учреждений располагаются в непригодных и несоответствующих современным требованиям зданиях и сооружениях.

На данный момент материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений области во многом не отвечает современным требованиям медико-технологического оснащения, износ медицинского оборудования составляет 64%.

Общая характеристика ЛПУ по уровням оказания помощи, приведена в таблице.

Уровень ЛПУ	Число учреждений	Число коек	Средний койко-день	Число амбулаторных посещений	Фондооснащенность, руб/м <sup>2</sup>	Фондовооруженность, руб/врача	Удельный вес зданий,
-------------	------------------	------------	--------------------	------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------	----------------------



	абсол. значение	удель ный вес	абсол. значение	удель ный вес		абсол. значение	удель ный вес			нуждающ ихся в кап. ремонте, реконстр укции, сносе %
1 уровень	6	5,3	2075	8,2	10,8	1145064	4,7	государств енных – 49000,0	государств енных - 5220854,0	40,7
								муниципа льных - 103987,0	муниципа льных - 3950624,7	
2 уровень	15	13,3	6596	26,1	54,7	1614367	6,7	120 268	6 284 490	67
3 уровень	44	38,9	13255	52,3	10,3	8975798	37,0	447 535	45 478 713	27,6
4 уровень	48	42,5	3394	13,4	10,6	12529553	51,6	521 840	32 498 203	41,9
5 уровень	9	8,0	1503	5,9	10,8	964099	4,0	111 145	18 269 293	32,8

Наибольший удельный вес в структуре ЛПУ занимают учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (42,5%). В учреждения 4 уровня в 2009 году осуществлено наибольшее число амбулаторных посещений (51,6% от всех посещений), наибольшая численность коечного фонда в учреждениях 3 уровня, оказывающих специализированную и первичную медико-санитарную помощь.

Обращает на себя внимание рост фондооснащенности и фондовооруженности по мере снижения уровня оказания медицинской помощи ЛПУ. Кроме того, состояние основных фондов ЛПУ (зданий, сооружений, коммуникаций) далеко от идеала и требует значительных капиталовложений.

Таким образом, общая мощность стационарной и амбулаторно-поликлинической сети в Новосибирской области не требует увеличения. Требуется доведение её до уровня, делающего возможным курс на интенсификацию оказания медицинской помощи, т.е. комплексное медико-технологическое перевооружение.

Вышеперечисленные проблемы обусловили необходимость применения программно-целевого метода, который позволит обеспечить наиболее рациональное использование финансовых средств, повысит эффективность использования ресурсов в здравоохранении.

### **Основные цели и задачи Программы**

Целью настоящей Программы является улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению Новосибирской области.

Основными направлениями реализации Программы модернизации здравоохранения Новосибирской области на 2011-2012 гг. являются:

1. Улучшение демографической ситуации в области.

В рамках данного направления должны решаться следующие задачи:

1.1. содействие снижению смертности от управляемых причин (особенно у населения в трудоспособном возрасте);

1.2. создание благоприятных условий для снижения перинатальных потерь и повышения рождаемости.

2. Разработка мер, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи.

В рамках данного направления должны решаться следующие задачи:

2.1. обеспечение доступности и качества медицинской помощи, в первую очередь на основе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.;

2.2. оказание населению медицинской помощи в соответствии с федеральными стандартами, обеспечивающими равнодоступный, гарантированный объем помощи, в том числе лекарственное обеспечение.

2.3. профилактика болезней, являющихся причинами основных потерь капитала здоровья населения и других угрожающих жизни и здоровью состояний.

3. Повышение эффективности системы организации медицинской помощи, в том числе:

3.1. развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи и повышение роли профилактического лечения лиц, состоящих в группе риска по социально значимым заболеваниям;

3.2. оптимизация стационарной помощи, оказываемой населению на основе интенсификации занятости коечного фонда;

3.3. обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи, включая реабилитационные методы и санаторно-курортное лечение;

3.4. содействие развитию института общей врачебной практики и семейных врачей;

3.5. обеспечение потребности населения в получении высокотехнологичной медицинской помощи;

3.6. увеличение инвестиций, направленных на укрепление материально-технической базы медицинских организаций для оснащения их современными лечебно-диагностическим медицинским оборудованием и техникой в соответствии со стандартами оснащения, обеспечивающими качественное оказание медицинской помощи;

4. Информатизация системы здравоохранения, в том числе:

4.1. развитие информатизации системы здравоохранения, включая персонализированный учет оказанных медицинских услуг, ведение электронной медицинской карты гражданина, запись к врачу в электронном виде, внедрение систем электронного документооборота.

4.2. ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения Новосибирской области;

4.3. введение телемедицинских технологий;

4.4. создание областного медицинского информационного и образовательного ресурса;

5. Повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду, в том числе:

5.1. обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования, повышения профессионального уровня и внедрения передовых медицинских технологий,

## **II. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.**

Реформирование инфраструктуры.

Анализ системы оказания медицинской помощи в Новосибирской области выявил необходимость приведения инфраструктуры здравоохранения в соответствие с численностью населения, а так же со структурой заболеваемости и смертности.

Программа модернизации здравоохранения должна в течение 2011-2012 годов обеспечить коренную модернизацию отрасли на амбулаторно-поликлиническом этапе за счет расширения профилактической работы, в том числе в центрах здоровья, общеврачебных практиках, повышения качества и доступности работы поликлиник путем ввода в эксплуатацию новых помещений в отдаленных территориях, изменения качества существующих учреждений, оснащение их современным оборудованием и мебелью.

Расширение направления профилактики произойдет за счет предполагаемого создания на территории города Новосибирска еще 3-х Центров здоровья и 10 общеврачебных практик в отдаленных районах г.Новосибирска. Повышение комфортности предоставляемых услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях станет возможным после проведения капитальных и текущих ремонтов в 18 поликлиниках г.Новосибирска, 16 поликлинических отделениях центральных районных больниц.

Серьезную поддержку получают фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории. Будет осуществлен капитальный ремонт ФАПов на сумму 174126,8 тыс. рублей, текущий ремонт – 32340,4 тыс. рублей.

Кабинеты участковых врачей и врачей общей практики, фельдшерско-акушерские пунктов планируется оснастить необходимым оборудованием, в соответствии с табелем оснащения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 01.12.2005 №753 «Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований», от 20.11.2002 №350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации».

Планируется организация отделений неотложной помощи при учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (32 учреждения г.Новосибирска, 34 учреждения районов области), с целью снижения показателя обращаемости населения за скорой медицинской помощью, обеспечения сбалансированности объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. В штатном расписании отделения предусмотрена должность врача,

фельдшера, водителя-санитара. Будет произведено оснащение отделений автотранспортом, оборудованием, инструментарием.

В организации медицинской помощи во главу угла будет поставлена проблема экстренной медицинской помощи при заболеваниях и травмах, которые формируют высокие уровни смертности населения (инсульт, инфаркт, онкология, травмы и отравления). Предстоит организовать незамедлительную доставку больного скорой помощью в специализированные медицинские центры и отделения, минуя все остальные этапы оказания медицинской помощи.

Планируется выстроить систему лечения сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с порядками оказания плановой и экстренной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля, больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

На территории области и города Новосибирска планируется организация 4-х первичных сосудистых центров для лечения инсультов и инфарктов (Бердск, Куйбышев, БСМП №2, ГКБ №34) и двух региональных – ГБУЗ НСО «ГНОКБ» и МУЗ «ГКБ №1».

Будет укреплена материально-техническая база областного кардиологического диспансера с целью расширения возможностей плановых и экстренных кардиохирургических вмешательств, а так же усиления роли данного учреждения в обеспечении населения Новосибирской области высокотехнологичной помощью.

С целью оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, определена система организации помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, в том числе схема доставки пациентов. Определены межрайонные центры (МУЗ «Искитимская ЦГБ», МУЗ «Бердская ЦГБ», МУЗ «Татарская ЦРБ», МУЗ «Тогучинская ЦРБ», МУЗ «Куйбышевская ЦРБ»), которые будут модернизированы с целью оказания помощи пострадавшим с сочетанными травмами, доставляемыми бригадами скорой помощи.

Создание на базе многопрофильного стационара (МУЗ «Городская клиническая больница №34») отделения множественной и сочетанной травмы на 40 коек (реструктуризация коечного фонда без увеличения общей численности), позволит в полном объеме оказывать квалифицированную медицинскую помощь, в соответствии с порядком оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком. Расширение площадей для операционных, отделений реанимации и интенсивной терапии, сосудистого центра потребует капитальных вложений в строительство на сумму 326 млн.рублей.

С целью доступности медицинской помощи жителям правобережья г.Новосибирска планируется организация нейротравматологического отделения на 20 коек (в пределах коечной мощности) в МУЗ «БСМП №2».

Совершенствование оказания онкологической помощи населению Новосибирской области станет возможным при внедрении порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 03.12.2009 №944-н.

Планируется организация и оснащение 11 первичных онкологических кабинетов и 2 отделений в районах Новосибирской области.

В структуре лечебных отделений ГБУЗ НСО «Новосибирский областной онкологический диспансер» планируется организация отделения противоопухолевой лекарственной терапии на 30 коек.

В соответствии с Приложением N 5 к Порядку оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2009 г. N 944-н, планируется дооснастить отделения, оказывающие специализированную онкологическую помощь.

Будет продолжена оптимизация структуры коечного фонда стационаров в первую очередь за счет сокращения длительности госпитального этапа. Это станет возможно, в том числе за счет создания центров восстановительного лечения и реабилитации на базе отдельных больниц, госпиталей, детских санаториев.

Первый этап медицинской реабилитации лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, будет осуществляться в палатах ранней реабилитации неврологических отделений на базе первичных отделений сосудистых центров и в специализированных профильных отделениях стационаров.

Для оказания медицинской реабилитационной помощи в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы планируется улучшение условий для пребывания пациентов и оснащение необходимым оборудованием специализированных отделений восстановительного лечения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Будет расширено отделение восстановительного лечения кардиологических больных до 60 коек (без общего увеличения коечного фонда) МБУЗ Новосибирская городская клиническая больница № 19, для чего будет произведен капитальный ремонт корпуса (предполагаемая сумма средств составит 25,0 млн. рублей).

Для реабилитации детей с онкогематологической, хирургической, ортопедо-травматологической патологией планируется капитальный ремонт корпуса МУЗ Новосибирская муниципальная детская клиническая больница скорой помощи № 3, реабилитационно-восстановительного центра «Обские Зори» (предполагаемая сумма средств составит 30,0 млн. рублей).

Демографические процессы потребуют оперативного изменения в структуре здравоохранения, прежде всего в области охраны здоровья матери и ребенка. К числу приоритетных направлений развития стационарной медицинской помощи детям относится создание оптимальных условий для оказания неотложной помощи новорожденным на различных ее этапах (родильный дом, специализированная скорая помощь, детские стационары). Разработан территориальный порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, позволяющий предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами учреждений здравоохранения.

Усилить медицинскую помощь матерям и детям, существенно улучшить демографические показатели территории планируется за счет ввода в эксплуатацию нового перинатального центра в г.Новосибирске. При этом будет произведена реструктуризация коечного фонда в двух муниципальных учреждениях - родильном доме №2 и центре планирования семьи и репродукции.

Все родильные отделения 1 и 2 уровня (ЦРБ, ЦГБ, родильные дома г.Новосибирска) будут оснащены оборудованием для выхаживания недоношенных новорожденных (аппараты ИВЛ, кюветы, открытые реанимационные системы). Перинатальные центры (областной и городской) получают современное оборудование в соответствии с федеральными стандартами оснащения.

Планируется укрепление материально-технической базы учреждений родовспоможения второго уровня в районах Новосибирской области, с целью оказания в них помощи беременным и роженицам в случае возникновения факторов риска (МУЗ «Искитимская ЦГБ», МУЗ «Карасукская ЦРБ», МУЗ «Куйбышевская ЦРБ», МУЗ «Новосибирская ЦРБ», МУЗ «Татарская ЦРБ», МУЗ «Тогучинская ЦРБ», МУЗ «Бердская ЦГБ»).

Важным направлением деятельности системы здравоохранения Новосибирской области остается предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (туберкулез, ВИЧ, наркология, психиатрия).

Особую актуальность для Новосибирской области имеет профилактика, своевременная диагностика и эффективное лечение (в том числе хирургическое) больных туберкулезом.

Будет улучшена материально-техническая база противотуберкулезных учреждений: проведены капитальные и текущие ремонты в диспансерных и стационарных отделениях, оснащены недостающим оборудованием, в районы области, в которые переданы полномочия по оказанию специализированной фтизиатрической помощи, планируется закупить дезинфекционные камеры для заключительной дезинфекции в очагах туберкулеза.

Учитывая структуру и распространенность наркологических заболеваний, с целью приближения специализированной помощи жителям северо-западных районов Новосибирской области на базе МУЗ «Куйбышевская ЦРБ» планируется организация межрайонного наркологического отделения на 30 коек, с передачей государственных полномочий и субвенций.

За два года модернизации планируется завершить строительство объектов в 13 учреждениях, провести капитальный ремонт в 56 учреждениях, текущий ремонт в 54 учреждениях.

Предполагаемая сумма расходов по направлению - укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения составляет 11863,579 млн. рублей, из них на завершение строительства – 2937,952 млн. рублей, капитальный ремонт – 3948,285 млн. рублей, текущий ремонт – 1228,839 млн. рублей, оснащение оборудованием – 3748,503 млн. рублей.

### **III. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение**

Модернизация информационно-технологической инфраструктуры здравоохранения Новосибирской области будет строиться на основе уже существующих информационных систем.

В 110 учреждениях здравоохранения будут внедрены такие технологии, как запись на прием к врачу через Интернет и инфоматы, ведение электронной медицинской карты, внедрение телемедицинских технологий. Эти мероприятия позволят сформировать систему персонифицированного учета оказанных медицинских услуг, последовательно перейти на электронный документооборот.

Планируется на первом этапе оснащение регистратур лечебно-профилактических учреждений серверным оборудованием, персональными компьютерами, источниками бесперебойного питания. В учреждениях будут смонтированы локальные вычислительные сети, которые позволят внедрить медицинскую информационную систему «Электронная регистратура», обмениваться данными между подразделениями, обеспечат системную интеграцию информационных ресурсов в учреждениях здравоохранения, возможность ведения электронного паспорта медицинского учреждения.

Предполагаемая сумма расходов – 533,786 млн. рублей.

Результатом производимых мероприятий станет создание регионального сегмента информационной системы, содержащей данные об оказанной медицинской помощи и ресурсном обеспечении здравоохранения, наполнение которого осуществляется медицинскими организациями на основании первичных данных.

### **IV. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.**

Для достижения высокого уровня оказания медицинской помощи, способствующего снижению заболеваемости и смертности населения Новосибирской области планируются следующие мероприятия.

На внедрение стандартов медицинской помощи планируется направить:

- в 2011 году: 1 552,6 млн.руб., в том числе за счет средств ФФОМС 1 393,6 млн.руб., ТФОМС 159,0 млн.руб.

- в 2012 году: 1 572,0 млн.руб., в том числе за счет средств ФФОМС 1 402,8 млн.руб., ТФОМС 169,2 млн.руб.

Общая сумма средств на внедрение стандартов за два года составит 3 123,9 млн.руб., в том числе за счет средств ФФОМС 2 796,0 млн.руб., ТФОМС 327,9 млн.руб.

Планируется внедрить следующие стандарты медицинской помощи:

- больным со злокачественным новообразованием молочной железы (приказ Минздравсоцразвития РФ от 09.10.2006 №700) со стоимостью стандарта 2 модели пациента – 42 983 руб., 4 модели пациента – 1 006 301 руб. Плановое ежегодное количество случаев лечения составляет 606 случаев;

- больным со злокачественным новообразованием яичника (приказ Минздравсоцразвития РФ от 20.11.2006 №776) со стоимостью стандарта 2

модели пациента – 71 776 руб., 3 модели пациента – 552 428 руб. Плановое ежегодное количество случаев лечения – 108 случаев;

- больным со злокачественным новообразованием прямой кишки (приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.12.2005 №740) со стоимостью стандарта 2 модели пациента – 599 309 руб., 4 модели – 823 714 руб. Плановое ежегодное количество случаев лечения – 212 случаев;

- больным со злокачественным новообразованием щитовидной железы (приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.11.2006 №808) со стоимостью стандарта 2 модели пациента – 100 208 руб. Плановое ежегодное количество случаев – 161случай;

- больным с острым инфарктом миокарда (приказ Минздравсоцразвития РФ от 06.09.2005 №548) со стоимостью стандарта 1 модели пациента 205 926 руб. Плановое ежегодное количество случаев – 4 362 случая;

- больным с инсультом (приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007 №513) со стоимостью стандарта 7 модели пациента 36 541 руб. Плановое количество случаев лечения в 2011 году составляет 2 840 случаев, в 2012 году – 3 370 случаев;

- больным с воспалительными болезнями шейки матки, влагалища и вульвы (приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.12.2007 №767) со стоимостью стандарта – 19 186 руб. Плановое ежегодное количество случаев лечения – 2 353 случая;

- больным с переломом пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза (приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.07.2007 №460):

- взрослому населению - со стоимостью стандарта – 16 754 руб. Плановое ежегодное количество случаев лечения – 192 случая;

- детскому населению - со стоимостью стандарта – 16 769 руб. Плановое ежегодное количество случаев лечения – 30 случаев;

- больным с переломом костей голени (приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2007 №695)

- взрослому населению со стоимостью стандарта – 66 594 руб. Плановое ежегодное количество случаев лечения – 498 случая;

- детскому населению со стоимостью стандарта – 66 618 руб. Плановое ежегодное количество случаев лечения – 97 случаев.

В рамках перехода к одноканальному финансированию медицинской помощи в рамках системы ОМС (включение в тариф на оплату медицинской помощи за счет ОМС расходов на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходов на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, приобретение оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу) в течение 2011 года планируется перевести на данный вид финансирования медицинские учреждения областного подчинения, в 2012 году дополнительно все муниципальные медицинские учреждения, привлеченные к реализации ТП ОМС. Расчетная сумма средств составляет на 2011 год 258,5 млн. руб., на 2012 год – 2 108,5 млн. руб.



Сумма определена исходя из запланированных в бюджете расходов на содержание медицинских учреждений в 2010 году с применением коэффициента-дефлятора - 1,2 - к статье «Коммунальные услуги».

В рамках сбалансированности объемов медицинской помощи планируется привести территориальные нормативы объемов скорой медицинской помощи к федеральным, путем развития неотложной амбулаторно-поликлической помощи.

Планируется доукомплектовать в пределах штатной численности муниципальные территориальные поликлиники г.Новосибирска и центральные районные больницы врачами для оказания неотложной помощи, со средней заработной платой 25 тыс.руб.

Прогнозная ежегодная оценка суммы средств, необходимых для создания подразделений неотложной помощи, составляет 104,7 млн. руб. в год, из них на фонд оплаты труда 85,7 млн.руб., на медикаменты, необходимые для оказания медицинской помощи, 19,0 млн.руб.

Перспективы развития здравоохранения и, следовательно, качество и доступность оказываемой населению медицинской помощи напрямую зависят от состояния профессионального уровня медицинских и фармацевтических кадров, как главного ресурса здравоохранения, качества их подготовки, укомплектованности кадрами учреждений здравоохранения.

В рамках совершенствования медицинской помощи по приоритетным направлениям планируется осуществить подготовку 1156 специалистов (интернатура, ординатура, первичная переподготовка, базовое образование для средних медицинских работников), повысить квалификацию 1700 специалистов.

Наибольшая потребность в подготовке специалистов для оказания первичной медико-санитарной помощи, особенно для сельской местности. Средний возраст фельдшеров на фельдшерско-акушерских пунктах – 54 года, потребность в подготовке фельдшеров составила - 347 чел., медицинских сестер – 73 чел. С целью укомплектования участковой службы необходимо подготовить 178 терапевтов, 61 педиатра, 21 врача общей практики. Разработаны планы подготовки кадров. Так, к июню 2012 года, силами шести образовательных учреждений Новосибирской области за счет средств бюджета будет подготовлено 464 фельдшера. Врачи общей практики будут подготовлены в течение 2011-2012 годов, в том числе 18 человек из числа терапевтов. Предполагаемая сумма расходов на подготовку специалистов для первичного звена здравоохранения составит 21 477,7 тыс. рублей.

Штатная структура сосудистых центров и отделений предполагает наличие таких специальностей, как медицинский психолог, логопед, социальный работник, рефлексотерапевт, физиотерапевт, специалист по восстановительной медицине. На их подготовку планируется 815 тыс. руб. Кроме того, все врачи отделений (неврологи, анестезиологи – реаниматологи) должны пройти повышение квалификации по вопросам интенсивной терапии и реанимации, новым технологиям диагностики, лечения и профилактики острых нарушений мозгового кровообращения. Предполагаемая сумма средств составит 811 тыс.

руб. На повышение квалификации специалистов по восстановительной терапии планируется 453 тыс. руб.

Внедряя порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, и учитывая штатные нормативы медицинского персонала – потребность в подготовке врачей составляет 40 чел., сумма средств – 2570 тыс.руб.

Общая сумма средств на подготовку кадров составляет 82 967,0 млн. рублей.

В 2011-2012 годах планируется сохранить действующий в 2010 году порядок финансирования дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также дополнительных денежных выплат медицинским работникам первичного звена. Новосибирским областным фондом обязательного медицинского страхования совместно с министерством здравоохранения Новосибирской области проводятся мероприятия, которые позволят с 2013 года включить в территориальную программу обязательного медицинского страхования дополнительные денежные выплаты медицинским работникам первичного звена здравоохранения, дополнительную диспансеризацию работающих граждан, диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Анализируется пятилетняя медицинская, экономическая статистика, разрабатываются медико-экономические стандарты, определяются объемы и средства, необходимые для финансирования данных мероприятий.

Расчетная сумма средств, направляемая на дополнительные гарантии неработающим пенсионерам (1000 руб. за первый случай оказания стационарной медицинской помощи в текущем году) в 2011 году составит 96,3 млн. руб., в 2012 году – 97,9 млн. руб.

Расчет сумм произведен на основе фактических данных о медицинской помощи, оказанной неработающим пенсионерам за 2009-2010 годы. Согласно базе данных медицинских услуг за стационарной медицинской помощью обращается 18% неработающих пенсионеров. Плановое число неработающих пенсионеров на 2011-2012 годы определено с учетом ожидаемого роста числа неработающих пенсионеров по возрасту (1,5% в 2011 году, 3,2% в 2012 году по отношению к 2010 году).

## **V. Механизм реализации мероприятий Программы и контроль хода ее выполнения**

Средства на финансовое обеспечение Программы направляются на следующие цели:

- 1) укрепление материально-технической базы медицинских учреждений;
- 2) внедрение современных информационных систем в здравоохранении;
- 3) внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

Финансовое обеспечение Программы осуществляется в пределах ассигнований, предусмотренных в областном бюджете Новосибирской области,

и в бюджете Новосибирского областного фонда обязательного медицинского страхования на финансирование программных мероприятий.

Предусмотренные в бюджете Новосибирского областного фонда обязательного медицинского страхования средства на финансовое обеспечение Программы направляются в областной бюджет Новосибирской области в виде межбюджетных трансфертов и направляются в рамках реализации Программы на совершенствование организации медицинской помощи по видам заболеваний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение мероприятий Программы по видам медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств областного бюджета Новосибирской области, предусмотренных на данные цели.

Министерство здравоохранения Новосибирской области на основании уведомлений министерства финансов и налоговой политики Новосибирской области доводит до государственных бюджетных учреждений здравоохранения – исполнителей Программы уведомления о бюджетных ассигнованиях и лимитах бюджетных обязательств на реализацию мероприятий, предусмотренных Программой.

Государственные бюджетные учреждения здравоохранения – исполнители Программы в рамках реализации мероприятий Программы размещают заказы на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг и заключают государственные контракты в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».

Для оплаты принятых обязательств государственные бюджетные учреждения здравоохранения – исполнители Программы в пределах доведенных лимитов бюджетных обязательств представляют в министерство здравоохранения Новосибирской области заявку на финансовое обеспечение мероприятий Программы для зачисления средств на их лицевые счета.

Условия для зачисления средств на лицевые счета государственных бюджетных учреждений – исполнителей Программы на цели:

осуществление текущего и капитального ремонта – необходимо наличие заключенных государственных контрактов (договоров) и документов к ним, подтверждающих объемы выполненных работ;

приобретение медицинского оборудования – необходимо наличие заключенных государственных контрактов (договоров) на закупку оборудования и документов к ним, подтверждающих факт поставки оборудования;

Министерство здравоохранения Новосибирской области при выполнении условий для зачисления средств направляет бюджетную заявку в министерство финансов и налоговой политики Новосибирской области на выделение объемов финансирования из областного бюджета Новосибирской области.

Учет кассовых операций государственных бюджетных учреждений здравоохранения, реализующих мероприятия Программы, по средствам областного бюджета осуществляется на лицевых счетах, открытых в министерстве финансов и налоговой политики Новосибирской области, по средствам федерального бюджета – на счетах, открытых в Управлении Федерального казначейства по Новосибирской области.

Государственные бюджетные учреждения здравоохранения, реализующие мероприятия Программы, ведут отдельный учет полученных целевых средств и представляют в министерство здравоохранения Новосибирской области отчет об использовании средств Программы в порядке и по форме, установленным приказом Министерства финансов Российской Федерации.

Средства, предусмотренные в Программе на модернизацию медицинских учреждений, находящихся в ведении муниципальных образований Новосибирской области, предоставляются бюджетам муниципальных образований Новосибирской области в виде субсидий.

Субсидии предоставляются на основе заключенных между министерством здравоохранения Новосибирской области и администрациями муниципальных образований Новосибирской области соглашений о предоставлении субсидий на цели, предусмотренные Программой.

Условия предоставления субсидий на укрепление материально-технической базы муниципальных учреждений здравоохранения на цели:

завершения строительства ранее начатых объектов, а также осуществление капитального ремонта – необходимо наличие утвержденной в установленном порядке проектно-сметной документации;

осуществление текущего ремонта – необходимо наличие утвержденной сметы;

приобретение медицинского оборудования – необходимо наличие перечня оборудования с указанием ориентировочных цен приобретения.

Перечисление субсидий осуществляется министерством здравоохранения Новосибирской области в соответствии с утвержденными лимитами бюджетных обязательств и предельными объемами финансирования в установленном порядке с лицевого счета, открытого министерством здравоохранения Новосибирской области в министерстве финансов и налоговой политики Новосибирской области, на счет Управления Федерального казначейства по Новосибирской области, открытый для учета поступлений и их распределения между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации, для последующего перечисления в местные бюджеты.

Администрации муниципальных образований Новосибирской области – получатели субсидий осуществляют проведение торгов и заключают муниципальные контракты для реализации мероприятий Программы в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» и представляют в министерство здравоохранения отчеты о расходах местного бюджета, источником финансового обеспечения которых являются субсидии.

В случае нецелевого или неполного использования органами местного самоуправления, субсидии подлежат возврату в областной бюджет Новосибирской области в соответствии с бюджетным законодательством.

Получатели средств - исполнители Программы несут ответственность за нецелевое использование бюджетных средств в соответствии с бюджетным законодательством.

Министерство здравоохранения Новосибирской области на основании отчетов, представляемых получателями средств, осуществляет контроль

эффективного и целевого использования средств, выделяемых на реализацию Программы.

При изменении программных мероприятий, связанных с изменением объемов их финансирования, министерство здравоохранения готовит предложения по изменению межбюджетных трансфертов для включения данных изменений в сводную бюджетную роспись областного бюджета Новосибирской области.

Общий контроль за исполнением Программы осуществляется высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Управление Программой и контроль за ходом ее реализации обеспечиваются уполномоченным органом – министерством здравоохранения Новосибирской области (далее – министерство).

В целях управления и контроля за ходом реализации Программы министерство выполняет следующие функции:

- координация реализации программных мероприятий;
- сбор и систематизация статистической информации о реализации программных мероприятий;

- мониторинг результатов реализации программных мероприятий;
- контроль за ходом осуществления программных мероприятий;
- контроль за достижением целевых индикаторов и показателей социально-экономической эффективности;

- представление в установленные сроки отчета о ходе реализации Программы и об использовании бюджетных средств.

Министерство проводит:

- ежегодно анализ затрат по программным мероприятиям, оценку механизмов ее реализации,
- в случае необходимости вносит в установленном порядке предложения о корректировке Программы в части изменения состава основных мероприятий Программы, перечня получателей финансовых средств, перечня организаций, в которых будут реализовываться мероприятия Программы на рассмотрение Губернатора Новосибирской области и Министерство здравоохранения и социального развития Новосибирской области;

- ежегодно формирование бюджетной заявки на выделение ассигнований из областного бюджета для осуществления программных мероприятий;

- ежегодно и ежеквартально (по итогам I, II, III кварталов), не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, представляет в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации отчет о реализации мероприятий Программы, а также о расходах бюджета субъекта Российской Федерации и бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования по установленной форме.

Непосредственные исполнители мероприятий Программы представляют отчеты об исполнении мероприятий Программы в министерство ежеквартально в срок до 5-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, и ежегодно - в срок до 10 февраля года, следующего за отчетным годом;

- ежегодно в срок до 1 марта подготовку информации о ходе реализации Программы за отчетный год, включая оценку значений целевых индикаторов и

показателей, а также показателей эффективности реализации Программы, и представляет на рассмотрение Правительства Новосибирской области.

## **VII. Финансовое обеспечение Программы**

Источниками финансирования мероприятий Программы являются средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставленные бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию Программы, а также средства бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования и бюджета субъекта Российской Федерации.

## **VIII. Оценка эффективности реализации Программы**

Эффективность Программы оценивается на основе анализа достижения целевых значений показателей результативности.

Количество развернутых круглосуточных стационарных коек всех профилей в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не должно превысить в среднем по области 90 коек на 10 000 населения. Средняя длительность пребывания больного на круглосуточной койке в среднем по всем профилям не должна превысить 11,9 дней. Должен быть организован персонифицированный учет всех видов медицинской помощи, оказываемых по программе государственных гарантий. Уровень младенческой смертности не должен превышать 7,8 на 1 000 родившихся живыми. Уровень общей смертности не должен превышать 13,3 на 1 000 населения. Уровень смертности населения в трудоспособном возрасте не должен превышать 607,0 на 100 000 населения. Уровень летальности от острого нарушения мозгового кровообращения не должен превышать 18,0%. Объем оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения с мультидисциплинарным подходом должен составить не менее 50%. Уровень летальности от инфаркта миокарда не должен превышать 12,8%. Пятилетняя выживаемость больных со злокачественными образованиями с момента установления диагноза не должна быть менее 45%. Уровень госпитализации в государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения (на 100 чел. населения) не должен превысить 20,0. Удельный вес больных с ОНМК, доставленных в сосудистые центры в первые 6 часов с момента заболевания, должен составить не менее 65,0%.