

**Программа**  
**модернизации здравоохранения**  
**Томской области**  
**на 2011-2012 гг.**

## Оглавление

Паспорт программы .....	5
Список сокращений.....	9
I. Содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения программными методами .....	11
1.1 Введение.....	11
1.2 Социально-экономическая характеристика Томской области .....	12
1.3 Характеристика системы здравоохранения Томской области.....	15
1.4 Основные демографические параметры .....	17
1.4.1 Общая демографическая характеристика.....	17
1.4.2 Младенческая смертность .....	19
1.4.3 Материнская смертность.....	21
1.4.4 Смертность населения .....	21
1.4.5 Смертность населения трудоспособного возраста .....	23
1.4.6 Заболеваемость населения .....	24
1.4.6.1 Общая заболеваемость.....	24
1.4.6.2 Хроническая заболеваемость .....	25
1.4.6.3 Впервые выявленная заболеваемость .....	29
1.4.6.4 Инвалидность .....	30
1.5 Учреждения здравоохранения Томской области .....	32
1.5.1 Характеристика инфраструктуры системы здравоохранения Томской области (финансирование, кадры, информационное обеспечение) .....	35
1.5.1.1 Финансирование системы .....	35
1.5.1.2 Кадровое обеспечение системы здравоохранения.....	39
1.5.1.3 Информационное обеспечение системы.....	46
1.5.2 Материально - техническая база системы здравоохранения Томской области.....	48
1.5.3 Мощность медицинских учреждений системы здравоохранения .....	50
1.5.4 Реализация мероприятий по обеспечению населения Томской области высокотехнологичной медицинской помощью .....	52
1.5.5 Доступность, качество и удовлетворённость граждан медицинской помощью в Томской области .....	57
1.6 Обоснование нормативов объемов медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий Томской области на 2010-2011 гг. и нормативов мощности и структуры коечного фонда .....	61

II. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений .....	67
2.1 Перечень медицинских организаций, планируемых к оказанию медицинской помощи в Томской области .....	67
2.2 Мероприятия по завершению строительства учреждений здравоохранения, текущий и капитальный ремонт .....	70
2.3 Мероприятия по обеспечению оборудованием медицинских учреждений Томской области .....	72
2.4 Мероприятия по укреплению первичного звена системы здравоохранения Томской области .....	75
2.5 Развитие межмуниципальных специализированных медицинских центров в Томской области .....	79
2.6 Развитие службы охраны материнства и детства.....	83
2.7 Мероприятия по развитию межтерриториальных медицинских центров превосходства в Томской области .....	87
2.8 Мероприятия по укреплению материально-технической базы бюджетных учреждений здравоохранения Томской области .....	89
2.9 Мероприятия по развитию учреждений паллиативной помощи детям.....	90
III. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение .....	90
3.1 Техническое оснащение учреждений здравоохранения Томской области в рамках мероприятий информатизации отрасли.....	90
3.2 Мероприятия по обеспечению информационной безопасности .....	93
3.3 Мероприятия по развитию информатизации в системе здравоохранения Томской области .....	96
3.4 Развитие телемедицинских технологий в Томской области.....	99
IV. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи .....	101
4.1 Внедрение Федеральных отраслевых стандартов на территории Томской области: текущее состояние .....	101
4.2 Приоритетные отраслевые стандарты.....	102
4.3 Мероприятия по подготовке включения СМП в состав программы ОМС в Томской области (с 2013 года) .....	107
4.4 Мероприятия по обеспечению кадрами системы здравоохранения Томской области ..	109
4.5 Диспансеризация 14-летних подростков: мероприятия по включению в состав ТПГГ Томской области (с 2013 года) .....	111
4.6 Профилактика и снижение числа аборт: мероприятия по включению в состав ТПГГ Томской области (с 2013 года) .....	112

V.	Система мероприятий по реализации Программы.....	113
VI.	Механизм реализации мероприятий Программы и контроль хода ее выполнения .....	114
VII.	Финансовое обеспечение Программы.....	116
VIII.	Оценка эффективности реализации Программы.....	118
8.1	Показатели доступности медицинской помощи больным кардиологического профиля и использования ресурсов здравоохранения в кардиологической службе.....	119
8.2	Показатели доступности медицинской помощи больным неврологического профиля и использования ресурсов здравоохранения в неврологической службе.....	120
8.3	Показатели доступности акушерской помощи и использования ресурсов здравоохранения в службе родовспоможения .....	122
8.4	Планируемые изменения показателей доступности медицинской помощи больным онкологического профиля и использования ресурсов здравоохранения в онкологической службе .....	124
8.5	Показатели доступности медицинской помощи больным и использования ресурсов здравоохранения в травматологической службе .....	126
8.6	Показатели совершенствования оказания медицинской помощи больным социально значимыми заболеваниями. ....	127
8.8	Показатели доступности и качества оказания медицинской помощи населению по всем профилям заболеваниям. ....	130
8.9	Показатели доступности и использования ресурсов здравоохранения при оказании медицинской помощи детям по всем профилям.....	132
8.10	Повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами. ....	134
8.11	Показатели мероприятий по совершенствованию организации, финансового обеспечения и учета медицинской помощи. ....	134
8.12	Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.....	136

## Паспорт программы

Наименование программы	Программа модернизации здравоохранения Томской области на 2011-2012 годы.				
Наименование уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации	Департамент здравоохранения Томской области				
Основание для разработки программы	Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"				
Срок реализации программы	2011-2012 годы.				
Объемы и источники финансирования программы (млн. руб.)			в т.ч. средства		
	Наименование задачи	ВСЕГО	ФФОМС	Консолидированного бюджета субъекта РФ	ТФОМС
	2011 год				
	1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений	1 299,34	874,92	270,06	154,36
	2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение	75,03	75,03	0,00	0,00
	3. Внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами	1 946,91	550,68	139,35	1 256,88
	2012 год				
	1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений	772,57	303,61	402,20	66,76
	2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение	96,80	76,80	20,00	0,00
	3. 3. Внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами	2 525,66	1 155,66	0,00	1 370,00

### Показатели реализации Программы модернизации здравоохранения

№ п/п	Наименование показателя	Единица измерения	Факт по состоянию на 01.01.2010	Целевые значения показателей		
				по состоянию на 01.01.2011	по состоянию на 01.01.2012	по состоянию на 01.01.2013
<b>I. Показатели медицинской результативности</b>						
1.1.	Младенческая смертность	на 1000 родившихся живыми	10,40	7,00	6,70	8,50
1.2.	Смертность населения в трудоспособном возрасте	количество случаев на 100 000 человек населения	607,50	615,00	606,00	605,00
1.3.	Смертность населения в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения	количество случаев на 100 000 человек населения	171,60	168,00	167,80	166,00
1.4.	Смертность населения в трудоспособном возрасте от злокачественных	количество случаев на 100 000 человек населения	89,80	89,50	89,30	89,00
1.5.	Смертность населения в трудоспособном возрасте от травм	количество случаев на 100 000 человек населения	206,20	205,00	204,00	203,00
1.6.	Доля детей 1 и 2 группы здоровья, обучающихся в общеобразовательных учреждениях	%	74,50	76,10	76,40	77,00
1.7.	Пятилетняя выживаемость больных со злокачественными новообразованиями с момента установления диагноза	%	50,20	50,20	50,20	50,20
1.8.	Пятилетняя выживаемость лиц, перенесших острый инфаркт миокарда с момента установления диагноза	%	2,10	2,20	2,50	2,70
1.9.	Удовлетворенность населения медицинской помощью	%	40,10	42,00	45,00	45,50
1.10.	Удовлетворенность потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи	%	58,30	60,00	62,00	65,00
<b>II. Показатели доступности медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения</b>						
2.1.	Среднегодовая занятость койки в государственных (муниципальных)	дни	303,00	315,00	318,00	324,00

	учреждениях здравоохранения					
2.2.	Размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения	рубли в расчете на 1 человека	2097,10	2372,56	2610,26	
2.3.	Размер дефицита территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи	%	53,10	47,90	41,30	40,00
2.4.	Размер дефицита обеспеченности врачами - всего	%	37,95	36,44	36,35	34,68
2.5.	Размер дефицита обеспеченности врачами, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь	%	29,07	29,08	28,06	27,18
2.6.	Размер дефицита обеспеченности врачами, оказывающими стационарную медицинскую помощь	%	46,23	43,38	44,36	41,58
2.7.	Размер дефицита обеспеченности врачами, оказывающими скорую медицинскую помощь	%	62,29	53,61	43,30	35,57
2.8.	Среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников	рубли	13792,40	14757,90	15717,20	16675,90
2.9.	Фондовооруженность учреждений здравоохранения	рублей на одного врача	451501,79	498711,44	566632,04	666870,27
2.10.	Фондооснащенность учреждений здравоохранения	рублей на один квадратный метр площади зданий и сооружений	6609,13	7298,06	8525,31	9503,38
2.11.	Количество зданий учреждений здравоохранения, прошедших капитальный ремонт из числа нуждающихся в нем	%	8,82	20,59	7,14	10,71

2.12.	Количество пациентов, у которых ведутся электронные медицинские карты	%	0,00	5,80	41,40	84,70
2.13.	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	%	38,00	45,70	78,60	85,70



## Список сокращений

АНО – автономная некоммерческая организация  
ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь  
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ГОУ ВПО – государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования  
ГУ – государственное учреждение  
ДТП – дорожно-транспортное происшествие  
ЗАО – закрытое акционерное общество  
ЗАО – закрытое административно-территориальное образование  
ИВЛ – искусственная вентиляция легких  
ИС – информационная система  
ИФА – иммуно-ферментный анализ  
ЛОР – оториноларингология  
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение  
МЗ и СР – Министерство здравоохранения и социального развития  
МЗ СССР – Министерство здравоохранения Союза Советских Социалистических Республик  
МКЛПМУ – муниципальное клиническое лечебно-профилактическое медицинское учреждение  
МЛПМУ – муниципальное лечебно-профилактическое медицинское учреждение  
МЛПУ – муниципальное лечебно-профилактическое учреждение  
МЛПУ ЗОТ – муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения особого типа  
МР – магнитно-резонансный  
МСЧ – медико-санитарная часть  
МУЗ – муниципальное учреждение здравоохранения  
НВП – научно-внедренческое предприятие  
НИИ – научно-исследовательский институт  
НУЗ – негосударственное учреждение здравоохранения  
ОАО – открытое акционерное общество  
ОВП – общая врачебная практика  
ОГОУ – областное государственное образовательное учреждение  
ОГУ – областное государственное учреждение  
ОГУЗ – областное государственное учреждение здравоохранения  
ОЗ – областной закон  
ОКБ – областная клиническая больница  
ОМС – обязательное медицинское страхование  
ООО – общество с ограниченной ответственностью  
ОУЗ – орган управления здравоохранением  
ПНП – приоритетный национальный проект  
РАМН – Российская Академия медицинских наук  
РАН – Российская Академия наук

РЖД – Российские железные дороги  
РФ – Российская Федерация  
РЭГ – реоэнцефалография  
СибГМУ – Сибирский государственный медицинский университет  
СМИ – средства массовой информации  
СМП – скорая медицинская помощь  
СО РАМН – Сибирское отделение Российской академии медицинских наук  
СОМЦ – Сибирский окружной медицинский центр  
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита  
СПО – среднее профессиональное образование  
ССС – сердечно-сосудистая система  
СФО – Сибирский федеральный округ  
ТФ – томский филиал  
ФГУ «РНЦ «ВТО» – федеральное государственное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия»  
ТППГ – территориальная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи  
ТТФОМС – Томский территориальный фонд обязательного медицинского страхования  
УВД – Управление внутренних дел  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт  
ФГУЗ – федеральное государственное учреждение здравоохранения  
ФЗ – федеральный закон  
ФМБА – Федеральное медико-биологическое агентство  
ЦРБ – центральная районная больница  
ЭКГ – электрокардиография  
ЭЭГ – электроэнцефалография

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

## **1.1 Введение**

Современная концепция развития системы здравоохранения Томской области ориентирована на повышение доступности, качества медицинской помощи, эффективного использования ресурсов здравоохранения на основе создания рыночных механизмов и конкурентной среды между медицинскими учреждениями. Основные мероприятия, реализуемые в рамках концепции развития здравоохранения Томской области, направлены на улучшение демографической ситуации и повышение удовлетворённости населения медицинской помощью.

Ключевыми целями развития и модернизации системы здравоохранения Томской области являются улучшение состояния здоровья населения, в первую очередь - снижение детской и материнской смертности и смертности в трудоспособном возрасте, увеличение продолжительности жизни граждан, снижение заболеваемости на основе развития современных технологий диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Не смотря на то, что в последние годы государством сделаны крупные вложения в развитие здравоохранения РФ материально - техническая база медицинских учреждений, информатизация системы оказания медицинской помощи по прежнему требует дополнительных финансовых вливаний с целью формирования единого подхода к реализации программы государственных гарантий и обеспечения выполнения Федеральных отраслевых стандартов диагностики и лечения на территории всей страны.

В течение последних десяти лет в здравоохранении появились высокотехнологичные виды медицинской помощи, методы пренатальной диагностики, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью, разработаны принципиально новые поколения лекарственных средств, что позволяет расширять возможности раннего выявления заболеваний и эффективного лечения больных. Однако, внедрение таких диагностических и лечебных технологий в систему практического здравоохранения требует инвестиций, которые должны быть направлены на ключевые, приоритетные направления медицинской отрасли, что позволит получить максимальный эффект в области улучшения состояния здоровья граждан.

Наиболее важными задачами при модернизации системы здравоохранения, нацеленной на совершенствование медицинской помощи, являются:

оптимизация сети учреждений здравоохранения и преодоление структурных диспропорций;

достижение сбалансированности объемов медицинской помощи и приведение их к федеральным нормативам;

внедрение современных информационных систем в системе здравоохранения;

обеспечение условий выполнения федеральных стандартов оказания медицинской помощи;

профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни;

развитие современных медицинских технологий и расширение их доступности;

формирование регламента, обеспечивающего одинаковую доступность медицинской помощи населению, проживающему в разных регионах РФ;

создание конкурентного рынка медицинских услуг и расширение возможностей выбора медицинской организации и врача;

усиление профессиональной и экономической мотивации медицинских работников к повышению качества и эффективности медицинской помощи;

обеспечение современной материально – технической базы учреждений здравоохранения.

Решение таких задач возможно лишь при детальном планировании и проектировании процесса модернизации системы здравоохранения. В этой связи Программа модернизации здравоохранения Томской области на 2011 – 2012 гг. разработана с учётом региональных особенностей, структуры заболеваемости и смертности населения региона, потребности в медицинской помощи с позиции реализации Федеральных отраслевых стандартов. Программа представляет собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, согласованных по ресурсам, исполнителям, срокам реализации и направленных на обеспечение модернизации системы здравоохранения Томской области.

## **1.2 Социально-экономическая характеристика Томской области**

Общая площадь Томской области составляет 316,9 тыс. км<sup>2</sup> (314,4 тыс. км<sup>2</sup> – по данным Росстата по Томской области). Численность населения, проживающего на территории субъекта (по данным на 1 января 2010 г.) - 1038,5 тыс. чел. (1043,8 тыс. чел.- по данным Росстата по Томской области), при этом показатель плотности населения не превышает 3,4 чел. на 1 км<sup>2</sup> (3,3 чел. на 1 км<sup>2</sup>- по данным Росстата по Томской области). Среди жителей Томской области зарегистрировано 80 национальностей и народностей, в том числе 22 народности Севера. Область насчитывает 20 муниципальных образований (в том

числе Северск – ЗАТО, т.е. город федерального значения), из которых 16 муниципальных районов, 3 городских округа, 3 городских поселения и 117 сельских поселений. При этом на территории области находятся 12 районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей. Административный центр Томской области - город Томск (более 500 тыс. жителей).

Томская область расположена в географическом центре Сибири: в юго-восточной части Западносибирской равнины. Область граничит: на юге - с Кемеровской, Новосибирской областями, на юго-западе - с Омской областью, на западе, северо-западе и севере - с Ханты-Мансийским автономным округом, на северо-востоке и востоке - с Красноярским краем. Транспортная сеть Томской области недостаточно развита, основные автомагистрали расположены в южной части области с выходом в соседние регионы. На конец года 2009 года протяженность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием составила 6044 км, плотность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием – 19,2 километра дорог на 1000 квадратных километров территории. Доля протяженности автомобильных дорог общего пользования местного значения, не отвечающих нормативным требованиям в общей протяженности автомобильных дорог общего пользования, составляет – 50,6%.

Область обладает значительными запасами полезных ископаемых и сырьевых ресурсов. На момент 01.01.2010 исследовано около половины геологических ресурсов нефти и газа. По объемам торфа область занимает второе место в России, кроме того, открыто 12 месторождений металлических руд: железа, титана, циркония, скандия, каолина, меди и др. Прогнозируемые запасы Бакчарского железорудного месторождения - 110 млрд. тонн., потенциальные геологические запасы углеводородов в Томской области - 5,47 млрд. тонн, торфа - 28,7 млрд. тонн. Общая площадь лесного фонда - 26722,0 тыс. га, в том числе площадь территории, занятой хвойными породами - 10105,6 тыс. га. Общий запас древесины основных лесобразующих пород - 2602,8 млн. м<sup>3</sup>, при этом лесные массивы занимают 60% территории субъекта.

Ведущие отрасли промышленности - машиностроение и металлообработка, лесная и нефте- и газодобывающая. Все машиностроительные и металлообрабатывающие предприятия сосредоточены главным образом в Томске и частично в Колпашево и Северске. Крупнейшие лесозаводы - Могочинский, Кетский, Асиновский и Томский. Нефтедобыча ведется в основном на северо-западе и западе области, в районе пос. Александровское и бассейне р. Васюган. В районе Томска расположен крупный нефтехимический комбинат.

Сельскохозяйственные угодья занимают около 5% территории области, где в небольших количествах выращивают пшеницу, лен, картофель и овощи, разводят скот, до-

машнюю птицу. В Томской области развит пушной промысел (белка, соболь, ондатра, колонок) и звероводство (серебристо-черная лисица).

Томскую область можно охарактеризовать как динамично развивающийся регион. По состоянию на 01.07.2010 года в консолидированный бюджет Томской области поступило доходов в сумме 21518,4 млн. рублей. Расходы консолидированного бюджета Томской области за январь-июнь 2010 года сложились в сумме 18225 млн. рублей, при этом основной группой расходов консолидированного бюджета Томской области в январе-июне 2010 года являются расходы на образование – 28%. В течение первого полугодия на территории Томской области отмечено увеличение индекса промышленного производства (по разделам «Добыча полезных ископаемых», «Обрабатывающие производства», «Производство и распределение электроэнергии, газа и воды»), который составил 107% к аналогичному периоду 2009 года.

Объем инвестиций в основной капитал экономики области (по кругу крупных организаций) в январе – мае 2010 года составил 12019,1 млн. руб. (или 90,2% по отношению к январю – маю 2009 года). Стоимость минимального набора продуктов питания, рассчитанного по среднероссийским нормам потребления, в июне 2010 года в Томской области составила 2337,94 рублей в расчете на месяц и по сравнению с маем 2010 года возросла на 1,1%, к декабрю 2009 года возросла на 10,5%, по городу Томску соответственно составила 2250,33 рублей и возросла к декабрю 2009 года на 11,4%.

По предварительным данным по итогам первого полугодия 2010 года номинальные среднедушевые денежные доходы населения сложились в сумме 14923 рубля и увеличились по сравнению с аналогичным периодом 2009 года на 2,5%. Реальные располагаемые денежные доходы (доходы за вычетом обязательных платежей, скорректированные на индекс потребительских цен) в январе-июне 2010 года по сравнению с январем - июнем 2009 года снизились на 0,1 %. Прожиточный минимум за 2 квартал 2010 года составил 6397 руб., среднедушевые денежные доходы за 1 полугодие 2010 года превышают данный показатель в 2,12 раза. Среднемесячная заработная плата работников за 5 месяцев 2010 года составила 20115,1 руб., темп роста к соответствующему периоду 2009 года 108,9%. Численность безработных граждан, состоявших на учете в центрах занятости населения на 1 июля 2010 года, составила 15 847 чел. (на 1 июля 2009 года – 17 641 чел.). Уровень регистрируемой безработицы на 01.07.2010 составил 2,8% от экономически активного населения (на 01.07.2009 – 3,2%).

Одной из ключевых позиций для Томской области является крупнейший в России научно – образовательный комплекс (университеты, институты, академии, научно – исследовательские институты и др.). Система организации медицинской помощи населению

Томской области (муниципальные и областные учреждения здравоохранения) интегрирована с медицинским университетом (СибГМУ), а также с ведущими федеральными НИИ РАМН медицинской отрасли. Такая интеграция ресурсов позволяет оказывать максимально эффективную, качественную медицинскую помощь населению Томской области, обеспечивая выполнение основных требований отраслевых стандартов диагностики и лечения.

### **1.3 Характеристика системы здравоохранения Томской области**

Здравоохранение Томской области – сложная, многофункциональная система, включающая учреждения, организации и иные организационно-правовые формы государственной, ведомственной, муниципальной и частной собственности. На момент 2005 г. на территории Томской области оказывало медицинскую помощь 490 учреждений, в том числе подчинения Минздравсоцразвития России, прочих министерств и ведомств, частнопрактикующие (97 учреждений участвовали в реализации Территориальной программы госгарантий из них 78 (80,4%) учреждений работали в системе ОМС).. Уникальность системы организации медицинской помощи жителям Томской области заключается в тесной интеграции муниципальных и областных ресурсов отрасли с возможностями федеральных медицинских научно-исследовательских институтов, медицинского университета (СибГМУ) и частных коммерческих медицинских предприятий.

На протяжении последних пяти лет (2005-2010 гг.) система здравоохранения (организация медицинской помощи населению) Томской области претерпела ряд существенных изменений, связанных с реализацией на территории субъекта Приоритетного национального проекта «Здоровье», Регионального пилотного проекта «Модернизация системы здравоохранения Томской области» и Федерального пилотного проекта. Проводимые в рамках указанных проектов мероприятия были направлены на повышение качества услуг в сфере здравоохранения и увеличение удовлетворённости граждан медицинской помощью.

Модернизация системы здравоохранения Томской области, проводимая в рамках проектных мероприятий, позволила повысить эффективность использования существующих ресурсов в системе здравоохранения на основе создания рыночных механизмов и конкурентной среды между производителями медицинских услуг. Ключевым параметром для планирования основных мероприятий в системе здравоохранения (объёмные показатели количества госпитализаций, посещений и т.д.) была выбрана потребность населения в том или ином виде медицинской помощи. В этой связи (с учётом потребности) проведе-

на оптимизация сети учреждений в системе здравоохранения Томской области, в результате которой количество учреждений сократилось на 19% (до 397 в 2009 году). Сокращение произошло за счет усиления амбулаторно-поликлинического звена - реорганизация фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, участковых больниц и преобразование их в общие врачебные практики.

В качестве основных инструментов реализации проекта модернизации системы здравоохранения Томской области были использованы:

переход (преимущественно) на одноканальное финансирование путем увеличения страхового платежа на неработающее население в Томский ТФОМС (перевод был осуществлен поэтапно, с постепенным включением видов расходов в тариф на оказание медицинской помощи). В результате доля средств обязательного медицинского страхования в финансировании территориальной программы государственных гарантий увеличилась с 53,4% (2005 г.) до 65,7% (2009 г.).

усиление первичной медико-санитарной помощи (за время реализации пилотного проекта к общим врачебным практикам прикреплено 137,9 тыс. чел, что составляет 13,3% численности населения); число посещений к этим специалистам выросло в 4,6 раза с 74,1 тыс. до 338,9 тыс. посещений);

фондодержание амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население. В подушевом нормативе на прикрепленное население предусмотрены расходы на фондодержание для оплаты специализированной консультативной помощи в областных лечебных учреждениях, оплаты стационарной медицинской помощи, а также взаиморасчеты между амбулаторно-поликлиническими учреждениями. В структуру тарифа, используемого для расчетов подушевого норматива, включены расходы на проведение капитальных ремонтов, приобретение медицинского оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей, а также средства для расчетов за медицинские услуги, оказанные стационарами (в том числе - дневными).

Реализация указанных мероприятий позволила не только эффективно перераспределить потоки пациентов, высвободить ресурсы внутри системы здравоохранения, но и обеспечила выполнение отраслевых стандартов медицинской помощи. В соответствии с существующими положениями и нормативными документами, действующими в Томской области, участковый врач (врач ОВП, врач семейной практики) учреждения фондодержателя обязан обеспечить все мероприятия отраслевого стандарта каждому пациенту вне зависимости от места жительства, что реализуется через направление (оплата по фондодержанию) на консультативные приёмы или отдельные виды исследований в другие (имеющие более квалифицированных специалистов или лучшую диагностическую базу) лечеб-



ные учреждения. Внедрение такого механизма позволило создать конкурентную среду, что является ключевым фактором, определяющим развитие каждого лечебного учреждения, работающего в системе здравоохранения Томской области.

В результате реализации проектов по модернизации системы здравоохранения Томской области обеспечена прозрачность финансовых потоков, упрощена система учета и отчетности. Для руководителей учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС появилась возможность управлять финансовыми ресурсами в соответствии с реальными потребностями в расходах, следовательно обеспечено внедрение элементов рыночных отношений в систему здравоохранения субъекта. Организационные мероприятия, реализованные в рамках проектов 2005-2009 годов на территории Томской области, стали инновационными по своему характеру и обеспечили формирование современной модели здравоохранения, ориентированной на достижение более высокого уровня качества и доступности медицинской помощи.

Таким образом, к настоящему времени в Томской области сложилась современная региональная система здравоохранения, имеющая эффективные и стабильные (в том числе в условиях кризиса) финансово-экономические механизмы взаимодействия всех ее участников. Имеется полное представление о направлениях дальнейшего развития системы регионального здравоохранения. Финансовое наполнение уже существующей системы позволит в кратчайшие сроки изменить ряд медико-демографических показателей путем повышения качества и доступности медицинской помощи населению Томской области.

## **1.4 Основные демографические параметры**

### **1.4.1 Общая демографическая характеристика**

Демографическая ситуация в Томской области на текущий момент характеризуется увеличением численности населения за счет естественного прироста. Так, численность населения в области на 01.01.2010 года составила 1 038 508 человек, что на 3,5 тыс. больше в сравнении с аналогичным периодом 2009 года. В общей численности населения области (что характерно и для России в целом) преобладают лица женского пола – 553,3 тыс. человек (53,3%), тогда как численность лиц мужского пола составляет 485,2 тыс. человек (46,7%). Меньшая доля мужского населения в гендерной структуре Томской области обусловлена, прежде всего, высокой преждевременной смертностью мужчин.

На протяжении последних лет в возрастной структуре населения Томской области регистрируется сокращение численности и удельного веса детей до 17 лет (2000 год - де-

тей до 14 лет 19,2% от общей численности населения; 2007 год - 14,6%). На момент 2009 года за счёт увеличения рождаемости отмечено повышение численности данной категории жителей области (дети до 14 лет, 14,9% в общей численности населения), но при этом существенно уменьшилась численность подростков (2000 год - дети 15-17 лет 54,3 тыс.; 2009 - 34,1 тыс.).

Анализ естественной убыли населения показал, что начиная с 1992 года, в Томской области преобладала устойчивая тенденция уменьшения данного параметра, при этом ежегодное сокращение в среднем варьировало от 3,5 – 4 тыс. человек в год. Проведённый анализ факторов, влияющих на уровень естественной убыли населения (как в целом по России, так и в Томской области) показал, что наибольшее значение имели: сближение параметров рождаемости городского и сельского населения (сближение городского и сельского стереотипов количества детей в семье); откладывание рождения первого ребенка; высокая доля бесплодных браков (18%); рост смертности населения (в том числе в трудоспособном возрасте); рост заболеваемости по основным классам причин смертности; снижение продолжительности жизни. По данным органов ЗАГС в 2009 году в Томской области родилось 13 732 человека, умерло 13 406 человек, в том числе в возрасте до 1 года – 143 человека. В течение первого полугодия 2010 года в области родилось 6653 человек, а умерло – 6637, в том числе в возрасте до 1 года – 43 (табл. 1).

**Таблица 1**

**Динамика демографических показателей в Томской области**

Показатель	Фактические данные					Прогноз		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Смертность, на 1000 нас.	14,5	13,5	12,8	12,9	12,9	12,8	12,7	12,6
Рождаемость, на 1000 нас.	10,7	11,1	11,2	12,8	13,2	13,4	13,2	12,9
Естественный прирост (убыль) населения, на 1000 нас.	-3,8	-2,4	-0,8	-0,1	0,3	0,6	0,5	0,3
Младенческая смертность, на 1000 родивш. живыми	13,2	13,8	11,1	10,9	10,4	8,8	8,6	8,5
Средняя ожидаемая прод. жизни, лет	65	66,5	67,7	68	68,8	68,82	68,84	68,85

Коэффициент смертности в течение последних пяти лет снизился на 11% и составил 12,9 случаев на 1000 населения (табл. 1). При этом данный параметр в Томской области на момент 2009 года был ниже на 10,4% в сравнении с СФО и на 11,6% в сравнении с данными по РФ. Впервые за 17 лет (начиная с 1992 года) на территории Томской области

зарегистрирован естественный прирост населения, который составил по итогам 2009 года 0,3 случая на 1000 населения, что является существенным положительным моментом, характеризующим демографическую ситуацию в области. На момент 2009 года на территории субъекта (в сравнении с 2005 годом) зарегистрировано увеличение рождаемости на 23,3% (2009 – 13,2 случаев на 1000 населения), что выше уровня РФ и СФО за аналогичный период времени. Однако, не смотря на увеличение данного параметра, Томская область занимает лишь 8-ю позицию среди 12 других субъектов РФ, входящих в СФО. В качестве основной причины роста общего коэффициента рождаемости в Томской области (период с 2000 по 2009 годы) можно рассматривать факт вступления значительного количества молодежи в возрастные группы, обеспечивающие наибольшую долю абсолютного числа рождений. Стоит отметить что, не смотря на увеличение коэффициента рождаемости в Томской области, как в целом и по России, данный показатель остаётся по-прежнему низким (в два раза ниже необходимого для воспроизводства населения). Ожидаемая продолжительность жизни (при рождении) в 2009 году в сравнении с 2005 годом у жителей Томской области увеличилась на 4,2% (с 65 лет до 67,7 лет), при этом за аналогичный период времени средний показатель для РФ увеличился на 4% (67,9 лет) – табл. 1.

#### 1.4.2 Младенческая смертность

Одним из основных демографических показателей, применяющихся для характеристики и оценки экономического развития, уровня и доступности медицинской помощи, социальных изменений территории является показатель младенческой смертности.

Таблица 2

##### Детская смертность

Показатель	Фактические данные					Прогноз		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Младенческая смертность, на 1000 родившихся живыми	13,2	13,8	11,1	10,9	10,4	7,0	6,7	8,5
Смертность населения в возрастной группе от 1 года до 4 лет (число умерших на 1000 человек соответствующего возраста)	78,8	71,1	73,5	69,4	69,4	69,4	69,2	69
Смертность населения в возрастной группе от 5 до 9 лет (число умерших на	45,2	30,0	23,4	26,7	23,2	23	22,9	20

1000 человек соответствующего возраста)								
Смертность населения в возрастной группе от 10 до 14 лет (число умерших на 1000 человек соответствующего возраста)	41,7	47,4	40,7	23,8	23,7	23,7	23,7	23,7
Смертность населения в возрастной группе от 15 до 19 лет (число умерших на 1000 человек соответствующего возраста)	120,6	100,2	109,4	137,7	137	137	136	130

Младенческая смертность в Томской области на момент 2009 года (в сравнении с 2005) снизилась на 21,2% и составила 10,4 на 1000 родившихся живыми – табл. 2. Однако, данный параметр, зарегистрированный на территории субъекта, превышает показатели младенческой смертности в РФ и СФО (преимущественно за счет высоких перинатальных потерь). Снижение показателя младенческой смертности является следствием создания в Томской области системы круглосуточного мониторинга беременных с высокой степенью риска и новорожденных детей, формирование чётких схем маршрутизации таких пациентов. Важно отметить, что принятые меры, в силу недостаточного финансирования носят в основном организационный характер и не могут кардинально изменить ситуацию. В этой связи, не смотря на снижение показателя младенческой смертности, Томская область (по данному параметру) занимает лишь 5-ю позицию среди 12 других субъектов РФ, входящих в СФО.

С целью снижения перинатальной смертности на территории Томской области планируется внедрение в реальную клиническую практику определения генетических маркеров гестоза и тромбофилии среди беременных группы высокого риска, расширение спектра скринингового обследования беременных на перинатально значимые инфекции, послеродовая иммунизация первородящих женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови для предупреждения гемолитической болезни плода и новорожденного, введение обязательного мониторинга наблюдения за состоянием плода в родах, расширение базовых учреждений, работающих в системе мониторинга по госпитализации беременных высокого риска и новорожденных, 100% предродовая госпитализация из ЦРБ в учреждения областного центра беременных с высокими показателями риска.

На территории субъекта реализуется федеральная целевая программа «Пренатальная диагностика», осуществление которой позволит существенно снизить количество пороков развития у новорожденных. Ожидаемая эффективность от реализации программы –

снижение младенческой смертности до 8,5 %, перинатальной смертности – до 7,5 % и количества случаев впервые установленной детской инвалидности на 15 %.

### 1.4.3 Материнская смертность

В течение последнего года на территории Томской области необходимо отметить рост материнской смертности. На протяжении 2009 года (табл. 3) показатель материнской смертности составил 72,8 случая на 100 000 родившихся живыми детей (в 2005 году – 53,8 на 100 000 родившихся живыми детей).

Таблица 3

#### Материнская смертность (на 100 000 родившихся живыми)

Территория	Фактические данные						Прогноз		
	2005	2006	2007	2008	2009	½ 2010	2010	2011	2012
Томская область	53,8	43,3	48,4	29,9	72,8	14,9	29	21	19
Сибирский Федеральный округ	35,2	27,3	28,1	20,9	---	---	---	---	---
Российская Федерация	25,4	23,6	22	22,5	---	---	---	---	---

Такой рост данного показателя зарегистрирован только в 2009 году, что обусловлено эпидемией острых респираторно-вирусных инфекций в осеннее - зимний период (в том числе высокопатогенного гриппа типа А-Н1N1), что связано с особенностью течения данного заболевания у этой группы пациентов (стремительное нарастание симптомов интоксикации и поражения легочной ткани).

### 1.4.4 Смертность населения

По данным за 2009 году в сравнении с 2005 годом, по Томской области, показатель смертности уменьшился на 11,1% (2009 – 12,9 случаев на 1000 на населения). По РФ в период с 2005 по 2008 год уменьшение показателя смертности составляет 9,3% (2008 – 14,6). По СФО за этот же период показатель снизился на 12,7% (2008 – 14,4). Среди областей СФО, по уровню смертности в 2008 году Томская область находится на 3 месте.

Уровень смертности в трудоспособном возрасте в 2008 году составил 47,4% (от всех возрастов): в группе 20 - 30 лет - основные причины смертности: несчастные случаи, отравления и травмы (около 70 %); 45 - 55 лет - основные причины смертности: болезни

органов кровообращения (около 29 - 30 %) и несчастные случаи, отравления и травмы (25 - 26 %). В структуре смертности населения Томской области смертность от болезней системы кровообращения занимает первое место, удельный вес умерших от данной патологии в 2009 году составляет 47,6% что несколько ниже, чем в 2008 году (47,7%) – рис. 1. В структуре умерших от болезней системы кровообращения в 2009 году преобладают случаи смерти по причине ишемической болезни сердца (2982 случая) и цереброваскулярных болезней (2193 случая).



**Рис. 1. Структура основных причин смертности населения в Томской области**

Также одну из ведущих позиций в структуре смертности населения занимают злокачественные новообразования: наибольший удельный вес составляют опухоли трахеи, бронхов, легкого (17,8%), желудка (10,2%), ободочной (6,0%) и прямой кишки (5,4%). Структура смертности населения России, так же как и населения Томской области имеет аналогичную тенденцию: трахея, бронхи, легкое (17,9%), желудок (12,6%), ободочная (7,4%) и прямая кишка (5,8%). Значительный удельный вес онкологической смертности и заболеваемости обуславливает необходимость совершенствования онкологической службы в Томской области, и, в частности, – строительство и оснащение необходимым оборудованием областного онкологического диспансера. Летальность на первом году жизни с момента установления диагноза по Томской области в 2009 году составила 33,1% (в 2008 году – 31,7%, в России – 29,9%, в СФО – 30,8%). В течении последних трех лет наметилась положительная тенденция к снижению показателя одногодичной летальности по

Томской области (2007 г. - 36,0% 2009г. – 33,1%), на 8% снизился показатель по отношению к 2007 году.

В структуре смертности по причине травм и отравлений, на первом месте бытовые травмы, уровень которых в 2009 году составил 50,3 на 1000 населения (2008г. – 52,5), на втором - уличные травмы 4,6 (2008г. – 4,9), на третьем - прочие виды травм 2,4 (2008 г – 2,6). В целом по области, показатель травматизма среди взрослого населения у мужчин выше, чем у женщин в 1,3 раза. Значительные различия выявлены в уровнях травматизма среди мужского и женского населения в промышленности (соотношение составляет 1,9:1), и уличном травматизме (1,4:1). В структуре умерших от инфекционных и паразитарных болезней, в 2009 году, зарегистрировано 111 случаев смерти от туберкулеза всех форм (в 2008 году - 97), 7 от менингококковой инфекции (в 2008 году - 4), септицемий 13 человек (в 2008 году - 9)

#### 1.4.5 Смертность населения трудоспособного возраста

Уровень смертности жителей Томской области в трудоспособном возрасте самый низкий среди регионов СФО. По данным за 2009 год (в сравнении с 2005 годом) смертность населения трудоспособного возраста уменьшилась на 19,4% (2009 – 607,5 на 100 000 населения соответствующего возраста), при этом в период с 2005 по 2008 год в РФ уровень данного параметра уменьшился на 9,3%, а в СФО на 12,7%. Смертность в трудоспособном возрасте обусловлена главным образом большим удельным весом умерших от внешних причин (33,9%), в тоже время число умерших от заболеваний снижается, в том числе от сердечнососудистых заболеваний на 1,4% (в 2009 году, по сравнению с 2005 годом, на 3,9%), онкологических на 2,6% к уровню 2008 года (табл. 4). В значительной степени указанное снижение является результатом реализации в области пакета областных целевых программ, направленных на снижение смертности по основным классам болезней.

**Таблица 4**

**Динамика смертности населения трудоспособного возраста (распределение показателя по основным причинам)**

Смертность населения трудоспособного возраста (умершие на 100 000 чел. возраста)	Отчетный период							
	Фактические данные					Прогноз		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012

Все	753,7	664,6	620,6	636,4	607,5	615	610	606
Внешние причины	249,0	224,4	226,6	225,0	206,2	205	204	204
Болезни ССС*	178,5	158,0	150,2	174,0	171,6	168	165	162
Новообразования	89,8	88,4	93,6	92,3	89,8	89	89	89
ДТП (данные Росстата)**	23,2	20,4	25,2	30,5	25,0	19	19	19

**Примечание:** \* - ССС – сердечно – сосудистая система; \*\* - единица измерения для ДТП число умерших на 100 000 человек

Одной из причин смертности, в том числе и среди лиц трудоспособного возраста являются онкологические заболевания. В течение последнего года (2009 год) в Томской области выявлено 3865 новых случаев злокачественных новообразований, при этом анализ данного параметра по гендерному признаку показал отсутствие значимых отличий заболеваемости в зависимости от половой принадлежности пациентов (женщины 49,5%, мужчины – 50,4%). По итогам 2009 года пациентов, заболевших онкологическими болезнями, в Томской области стало больше на 3,3% (в сравнении с 2008 годом - 3742). Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями в Томской области на 100 000 населения составил 372,2, что на 2,9% выше предыдущего года (2008 год в Томской области – 361,6; в России – 345,7; в СФО – 338,9). Показатель активной выявляемости злокачественных новообразований по итогам 2009 года составил 8,2% (2008 год в Томской области – 7,3%, в России – 12,2%, в СФО – 11,4%). В Томской области выявляемость больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в 2009 году на ранних стадиях опухолевого процесса (I-II) составила 45,0%, III – 23,7%, IV – 22,1%. Показатель запущенности для онкологических заболеваний в Томской области составил 28,8%, что на 11,9% ниже предыдущего года (2008 год – 32,7%).

#### **1.4.6 Заболеваемость населения**

##### **1.4.6.1 Общая заболеваемость**

Начиная с 2005 года, появилась тенденция к снижению уровня общей заболеваемости населения Томской области (табл. 5), при этом уменьшение уровня данного параметра в течение последних 5 лет составило 7,0% (в сравнении с 2005 годом). Однако, по сравнению с 2008 годом, общая заболеваемость увеличилась на 3,0% (2009 год - 1328,1 случаев на 1000 населения; 2008 год – 1310,5). Данное повышение произошло за счет роста случаев заболеваний по классу «Болезни органов дыхания» (на 44074 случаев больше итога предыдущего года), что отчасти обусловлено эпидемией острых респираторно – вирусных



инфекций, в том числе, высокопатогенного гриппа типа H1N1. Важно, что фактический уровень общей заболеваемости населения в Томской области на момент 2009 года ниже уровня аналогичного параметра в СФО 5,2%. В структуре заболеваемости населения Томской области по итогам 2009 года на первом месте: болезни органов дыхания (26,6%), на втором месте: болезни системы кровообращения (11,6%); на третьем месте: болезни костно-мышечной системы (9,0%).

Общая заболеваемость детей в 2009 году составила 2168,5 на 1000 детского населения. Заболеваемость детского населения Томской области (от рождения до 14 лет) по сравнению с 2008 годом увеличилась на 1,7% и составила в 2009 году 2168,5 на 1000 населения. В структуре заболеваемости детей этой возрастной группы на первое место вышли болезни органов дыхания 1149,0 на 1000; на 2-м месте инфекционные и паразитарные болезни – 115,8 на 1000; на 3-м месте болезни органов пищеварения – 102,9 на 1000. Уровень впервые зарегистрированной заболеваемости детского населения данной возрастной группы в 2009 году, по сравнению с 2008 годом вырос и составил 1789,7 случаев на 1000 населения (рост на 2,3%).

Заболеваемость среди подростков 15-17 лет увеличилась на 10,7% и составила – 1884,4 на 1000 соответствующего населения. В структуре заболеваемости подростков 15-17 лет на первое место вышли болезни дыхания 723,2 на 1000 детского населения; на 2-м месте болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 163,2 на 1000 детского населения; на 3-м месте болезни глаза и его придаточного аппарата – 158,1 на 1000 детского населения. Уровень впервые зарегистрированной заболеваемости детского населения данной возрастной группы в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, вырос и составил 1232,1 случаев на 1000 населения (рост на 12,2%).

При этом структура детского населения по группам здоровья распределена следующим образом: I группа – 10, 2% (в 2008 год – 11, 0%); II группа – 62, 9% (в 2008 год – 60, 0%); III группа – 25, 5% (в 2008 год – 23, 0%); IV группа – 1, 7% (в 2008 год – 4, 8%); V группа – 0, 2% (в 2008 год – 1,2%).

#### **1.4.6.2 Хроническая заболеваемость**

В течение последних четырёх лет (с 2005 по 2009 год) уровень хронической заболеваемости по Томской области снизился на 10,4%. При этом по данным СФО и РФ аналогичный параметр увеличился на 11,1% и 12,1% соответственно. По итогам 2009 года показатель хронической заболеваемости в Томской области был ниже общероссийского на

2,6%. Хроническая заболеваемость (в структуре общей по итогам 2009 года) составляет 50,2% в Томской области, по РФ – 50,1%, по СФО (в 2008 году) – 51,3%.

По итогам 2009 года (в структуре хронической заболеваемости) на первом месте: болезни системы кровообращения (20,5%), на втором месте: болезни костно-мышечной системы (13,3%), на третьем месте: болезни глаза и его придаточного аппарата (11,4%). Первые места в структуре хронической заболеваемости у детей (до 14 лет) занимают болезни нервной системы (17,2%), органов дыхания (16,0%) и психические расстройства (12,3%). Для подростков (15 – 17 лет) в большей степени характерно поражение глаза и придаточного аппарата (15,8%), костно-мышечной системы (15,1%), пищеварительной системы (13,3%).

### **Заболеваемость туберкулезом**

В Томской области определены приоритетные направления противотуберкулезной работы с учетом эпидемиологических, социально-экономических и технологических условий. Повышение качества системы своевременного выявления больных туберкулезом на муниципальном уровне в общей лечебной сети в связи с чем внедрена программа по раннему выявлению туберкулеза. Высокая заболеваемость обусловлена прежде всего климато-географическими особенностями Сибири, наличием на территории субъекта значительного количества учреждений системы исполнения наказаний, однако активная профилактическая работа и мероприятия направленные на раннее выявление туберкулеза в популяции жителей региона позволяют ежегодно снижать параметры заболеваемости в Томской области.

Заболеваемость туберкулезом на территории Томской области снизилась со 101,5 на 100 000 населения в 2008 году до 91,4 на 100 000 населения в 2009 году (заболеваемость по СФО в 2008 году составляла – 132,8 на 100 000 населения, по РФ - 85,1 на 100 000 населения). Распространенность туберкулеза на территории Томской области снизилась со 147,1 на 100 000 населения в 2008 году до 132,0 в 2009 году (по СФО в 2008 году этот показатель составлял 299,6 на 100 000 населения, по РФ – 197,7).

В области внедрены технологии ранней выявляемости туберкулеза в общей лечебной сети, благодаря чему Томская область стала одним из первых регионов Сибирского и Дальневосточного Федеральных округов, вышедшим за предел эпидемии по критериям ВОЗ (100 случаев на 100 000 населения). При этом в Томской области одни из самых низких показателей смертности, распространенности и заболеваемости туберкулезом по данным 2009 года, а в 2010 году прогнозируется дальнейшее их снижение на 10-15%. Показа-

тели эффективности лечения больных туберкулёзом в Томской области значительно выше, в сравнении с другими регионами: прекращение бактериовыделения – 84,6% (по СФО – 63,4%); закрытие полостей распада среди новых случаев – 67,7% (по СФО – 55,2%); клиническое излечение туберкулёза органов дыхания – 70,5% (по СФО – 32,9%).

В 2010 году на территории Томской области начата реализация проекта по развитию фтизио-хирургии, а также внедрение в клиническую практику и пациенто-ориентированных подходов. Основными стратегическими направлениями развития фтизиатрической службы в Томской области являются:

- единая высококвалифицированная инфраструктура со стойкой интеграцией гражданского и пенитенциарного секторов ТБ-службы;
- полная обеспеченность противотуберкулезными препаратами 1-го и 2-го ряда, а также препаратами для лечения побочных эффектов;
- качественная работа оснащенных бактериологических лабораторий с внедрением методов ускоренного определения лекарственной устойчивости;
- акцентуация на организацию своевременного (раннего) выявления туберкулёза в общей врачебной сети;
- обеспечение инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях;
- повышение эффективности лечения за счет развития приверженности пациентов к лечению:
  - развитие пациенто-ориентированных подходов с использованием стационар замещающих технологий (дневной стационар на 220 пациенто-мест, стационар на дому – до 90 пациентов, программа «Спутник» на 15 пациентов – углубленное медико-социальное и психологическое патронажное соупутствие на дому злостным отказчикам от лечения с элементами розыскной деятельности), обеспечение социальной поддержки нуждающимся пациентам (выдача ежедневных продуктовых и ежемесячных гигиенических наборов, проездных билетов, горячее питание в дневном стационаре), антиалкогольная программа и программа по снижению вреда от приема алкоголя с привлечением наркологов, психологов, соцработников;
  - предупреждение и своевременное лечение побочных эффектов;
  - специализированная комиссия по снижению числа отрывов пациентов от лечения еженедельно анализирует случаи пропуска пациентами приема противотуберкулезных препаратов и разрабатывает индивидуальные комплексы мероприятий для привлечения пациента к лечению;

- «Школа здоровья» по обучению всех пациентов по основным вопросам туберкулеза с последующим анкетированием;
- комплексная программа ВИЧ/ТБ – обеспечивает обследование на ТБ и профилактическое лечение ВИЧ-больных из групп риска;
- стойкая интеграция гражданского и пенитенциарного секторов противотуберкулезной службы (единый подход к лечению, база данных пациентов, в туберкулезной колонии УФСИН в течение 2-х месяцев до освобождения проводится «Школа освобождающегося», за месяц до освобождения из УФСИН в диспансер передается копия меддокументации и часть рентгенархива), требующие продолжения лечения доставляются в гражданские тубучреждения.

Регулярно проводятся тренинги в общей лечебной сети по организации плановых профилактических осмотров на туберкулез в рамках выполнения Национального приоритетного проекта «Здоровье» (задача «Туберкулез») и в противотуберкулезной службе по клиническим аспектам ведения множественно лекарственно устойчивого туберкулеза, а также по работе с «трудными» пациентами (алкоголизм / наркомания, профилактика отрывов от лечения).

### **Профилактика инфекций, передающихся половым путем, на территории Томской области**

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

По итогам 2009 года зарегистрировано 888 больных сифилисом (85,8 на 100 000 населения), в 2008 году 925 (89,4 на 100 000 населения) - отмечено снижение на 4,0%. По Российской Федерации за 2008 год этот показатель составляет 59,9 на 100 000 населения. Из 888 больных сифилисом в 2009 году городские жители составили 662 (74,5%), 6 дети от 0-14 лет (0,6%), 21 подростки от 15-17 лет (2,4%). Как и в предыдущем году, наибольшее количество заболевших лица 20-29 лет 332 (37,4%).

В 2008 году выявлено 1363 случаев – 131,7 на 100 000 населения, в 2009 году 1123 случаев - 108,5 на 100 000 населения (снижение составляет 17,6%). Показатель по Российской Федерации за 2008 год 56,4 на 100 000 населения.

Заболеваемость гонококковой инфекцией также имеет тенденцию к снижению. В 2009 году произошло снижение показателя на 17,9% (2008 – 131,7, 2009 – 108,1). 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.

Кроме того, для предупреждения распространения социально значимых заболеваний на территории Томской области создаются все условия. Работает ОГУЗ «Томский областной кожно-венерологический диспансер», который оказывает специализированную дерматовенерологическую помощь с применением эффективных современных медицинских технологий взрослому и детскому населению Томской области по профилактике, диагностике, лечению, диспансеризации больных с заболеваниями кожи и инфекциями, передаваемыми половым путем. Учреждение осуществляет профилактические и противоэпидемические мероприятия, предупреждающие возникновение инфекционных заболеваний кожи и заболеваний, обусловленных инфекциями, передаваемыми половым путем. В учреждениях здравоохранения работают кабинеты профилактики, занимающиеся профилактической работой с населением по предупреждению заболеваний. Городской центр медицинской профилактики занимается пропагандистской деятельностью и организацией массовых мероприятий, направленных на распространение знаний об основных факторах развития заболеваний, методах лечения и т.д.

В этой связи с целью снижения уровня заболеваемости болезнями, передающимися половым путем, в Томской области в рамках региональной программы модернизации запланировано (предполагается формирование областной целевой программы на 2011 – 2015 годы.):

- разработка и проведение школ здоровья по профилактике заболеваний, передающимся половым путем;
- проведение школ по репродуктивному здоровью молодежи;
- организация мероприятий по информированию населения о средствах и методах контрацепции и т.д.

#### **1.4.6.3 Впервые выявленная заболеваемость**

За период с 2005 по 2009 годы в Томской области уровень впервые выявленной заболеваемости снизился на 3,4%. В структуре общей заболеваемости первичная (в 2009 году) по Томской области составила 49,8%, по РФ – 49,9%, по СФО (2008 год) – 48,7%. В

структуре первичной заболеваемости населения Томской области по итогам 2009 года на первое место занимают болезни органов дыхания (45,0%), второе - травмы и отравления (9,4%), третье - болезни мочеполовой системы (6,1%).

#### **1.4.6.4 Инвалидность**

Общее количество граждан, признанных инвалидами уменьшилось с 18315 чел. в 2008 г. до 16940 чел. в 2009 г. (темп убыли составил 6,6%). При этом показатель первичной инвалидности на 10 000 всего населения Томской области составил 63,0 (в 2008 г. - 61,7). Таким образом, в 2009 году общее количество инвалидов на территории Томской области составило 64839 человек (табл. 6). Число детей признанных инвалидами уменьшилось с 2418 чел. в 2008г. до 2399 детей в 2009 г. (темп убыли – 7,8%). Число детей, которым категория «ребенок-инвалид» установлена до достижения 18 лет осталось на прежнем уровне 290 чел. (в 2008 г. – 291 детей). При этом количество детей инвалидов в 2009 году составило 3340 человек, что на 128 человек меньше в сравнении с 2008 годом.

Анализ первичной детской инвалидности по возрасту показал, что в отчетном году во всех возрастных группах детей (в сравнении с 2008 годом) инвалидов стало меньше, за исключением возрастной группы от 0 до 3 лет, где произошел рост на 5,5% (табл. 7). По нозологии в структуре первичной детской инвалидности ведущие места занимают: врожденные аномалии развития (далее ВАР) – 30,4% (в 2008г. – 21,9%), психические расстройства – 23,4% (в 2008 г. - 22,9%), болезни нервной системы - 13,6% (в 2008 г. – 13,3%), болезни эндокринной системы – 6,0% (в 2008 г. – 6,0%), болезни уха и сосцевидного отростка – 5,3% % (в 2008 г. – 6,3%). В отчетном году по сравнению с 2008 г. прослеживается рост показателей первичной инвалидности по следующим классам болезней: врожденные аномалии развития (увеличение на 39,2%), психические расстройства (увеличение на 3,8%). Отмечается снижение первичной инвалидности вследствие: болезней костно-мышечной системы (снижение на 31,2%), болезней уха и сосцевидного отростка (снижение на 20,0%), болезней глаза и прочих болезней на (снижение на 33,3%). Первичная инвалидность вследствие болезней эндокринной системы, новообразований и последствий травм на протяжении последних трех лет остается без изменений.

Таблица 5

## Динамика общей заболеваемости населения Томской области (факт и прогноз)

Показатель	Фактические данные					Прогноз		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Все болезни</b>	168101,9	141375,8	138396,7	131049,5	132810,2	132229,7	131150,3	130479,1
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	6410,1	5984,2	5892,4	4897,6	4579,4	4580,8	4545,8	4521,7
Новообразования	3930,0	3369,7	3290,1	3225,5	3205,4	3190,4	3167,8	3149,3
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1036,3	767,6	751,8	678,6	670,6	662,8	657,3	653,0
Болезни эндокринной системы	5581,9	4527,9	4438,7	4395,1	4709,9	4678,0	4647,0	4616,4
Болезни нервной системы	6065,0	5479,4	5573,3	5352,8	5261,5	5242,1	5174,0	5128,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	15760,9	12298,3	11649,3	11174,2	10810,5	10726,4	10663,0	10609,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	4506,3	3556,7	3500,8	3219,8	3273,3	3235,3	3203,2	3184,9
Болезни системы кровообращения	20836,8	17557,8	17449,9	15841,6	15528,0	15569,6	15476,2	15404,2
Болезни органов дыхания	38240,2	31049,5	30808,8	29953,7	34096,0	33976,0	33710,3	33542,9
Болезни органов пищеварения	13282,2	11179,5	10210,6	9632,9	9284,2	9207,8	9097,2	9065,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	5619,7	4285,5	4087,6	3688,5	3224,0	3190,1	3145,3	3129,8
Болезни костно-мышечной системы	14779,4	12772,2	12475,4	12106,8	12181,5	12130,6	12071,7	12034,4
Болезни мочеполовой системы	12409,2	11395,8	10858,9	9649,5	8998,4	8920,3	8817,2	8763,3
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	6358,1	6687,4	7287,9	8075,6	8943,4	8794,6	8760,6	8732,9
Врожденные аномалии	685,9	471,0	494,5	534,1	589,1	566,3	562,0	556,3
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	7753,0	6769,2	6810,8	6453,9	6332,1	6228,8	6193,2	6163,5

Таблица 6

**Количество инвалидов, проживающих на территории Томской области**

Показатель	2005	2006	2007	2008	2009
Общее количество инвалидов	59961	67740	63335	63763	64839
Количество детей инвалидов	3905	3805	3623	3468	3340

Таблица 7

**Количество детей, признанных инвалидами в 2005-2009 годах**

Показатель	2005	2006	2007	2008	2009
Первично признано инвалидами	547	486	433	398	398
Повторно признано инвалидами	2114	1961	2120	2020	2001
<b>Всего</b>	<b>2661</b>	<b>2447</b>	<b>2553</b>	<b>2418</b>	<b>2399</b>

В нозологической структуре первичной детской инвалидности городского населения в отчетном году отмечается рост количества психических расстройств, врожденных аномалий развития, болезней пищеварительной системы и снижение показателей болезней системы кровообращения, болезней костно-мышечной системы. Следует отметить, что у детей из сельской местности за прошлый год увеличилась инвалидность вследствие врожденных аномалий развития, болезней нервной системы, снизилась инвалидность вследствие психических расстройств, болезней уха, болезней глаз, болезней костно-мышечной системы, травм и прочих болезней и не зарегистрирована инвалидность вследствие болезней системы кровообращения и болезней органов дыхания.

Анализ динамики первичной детской инвалидности по городам и районам области свидетельствует о ее снижении на всех территориях за исключением: городов Томск, Асино, Стрежевой и районов Александровского, Кожевниковского, Томского, Чаинского.

**1.5 Учреждения здравоохранения Томской области**

Система здравоохранения Томской области представлена учреждениями, организациями и иными организационно-правовыми формами государственной, ведомственной, муниципальной и частной собственности (табл. 8). В Томской области проведена большая работа по реструктуризации системы оказания медицинской помощи на селе, что было связано, в первую очередь, с развитием системы общих врачебных практик, которых в области на настоящий момент 87. В результате система оказания медицинской помощи приобрела следующий вид: в районных центрах, по-прежнему, функционируют центральные районные больницы, оказывающие медицинскую помощь всем жителям территориально-



го образования. В крупных населенных пунктах, большинство из которых являются центрами поселений, созданы общие врачебные практики, при формировании которых было проведено специальное «районирование», позволяющее максимально оптимизировать доступность медицинской помощи для населения. В более мелких населенных пунктах сохраняются фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы). Таким образом, соблюдаются основные принципы доступности медицинской помощи и этапности её оказания (ФАП → ОВП → ЦРБ → медицинские учреждения Томска и областные ЛПУ → федеральные медицинские центры, НИИ).

**Таблица 8**

**Система учреждений здравоохранения Томской области**

<b>Показатели</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Число больничных учреждений	64	54	55	56	57	57
Число самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений	59	16	15	13	12	12
Диспансеры	7	6	5	5	5	5
Учреждения особого типа	5	10	11	11	11	11
Участковые больницы	8	8	7	6	4	4
Врачебные амбулатории и сельские поликлиники	38	24	21	21	21	21
Общие врачебные практики	8	19	46	67	84	87
Фельдшерско-акушерские пункты	305	310	298	280	275	275
Фельдшерские здравпункты	50	49	51	37	37	37
Санатории	14	5	11	5	5	5
Предприниматели без образования юридического лица	78	209	194	247	247	247
ЗАО, ОАО, ООО	87	194	221	228	241	241
Медицинские кабинеты	-	-	-	71	92	92

Подобная реорганизация системы медицинских учреждений в Томской области привела к сокращению ФАПов, врачебных амбулаторий, участковых больниц на территориях открытия ОВП. Проведённые мероприятия позволили создать работающую систему оказания медицинских услуг в условиях низкой плотности населения области и территориальной разобщённости населенных пунктов. Данная система получила активную поддержку со стороны органов местного самоуправления поселений, которые приняли финансовое участие в обустройстве помещений для врачей общих практик.

В результате реализации проектов по модернизации региональной системы здравоохранения Томской области зарегистрированы изменения в структуре обращаемости граждан за медицинской помощью. В течение последних пяти лет произошло снижение объ-

емов медицинской помощи, однако имеются отличия в динамике по отдельным видам помощи (табл. 9).

**Таблица 9**

**Динамика объёмов медицинской помощи по видам (2005 – 2009 гг.)**

<b>Показатели</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Стационарная медицинская помощь, койко-день</b>	2,885	2,728	2,703	2,640	2,642
<b>Амбулаторно-поликлиническая помощь, посещение</b>	8,351	8,278	8,196	7,841	7,760
<b>Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах, пациенто-день</b>	0,729	0,634	0,569	0,539	0,552
<b>Скорая медицинская помощь, вызов</b>	0,409	0,409	0,414	0,362	0,380

Снижение количества посещений в амбулаторно-поликлиническом звене обусловлено изменением принципа финансирования: взамен оплате за посещение внедрена система фондодержания, позволившая выявить реальную потребность населения в этом виде помощи. Рост количества выездов скорой медицинской помощи в 2009 году (относительно 2008 года) на фоне стабильной динамики с тенденцией к снижению показателя обусловлен эпидемией острых респираторно-вирусных инфекций, в том числе, высокопатогенного гриппа типа А-Н1N1, в период с ноября по декабрь 2009 года. Умеренное снижение числа госпитализаций в стационары на фоне снижения количества больничных учреждений свидетельствует об избыточном количестве ресурсов оказания стационарной помощи использовавшихся в системе здравоохранения Томской области до 2005 года (до Пилотного проекта модернизации региональной системы здравоохранения).

Важным для реализации основных принципов качественной и доступной медицинской помощи населению Томской области является интеграция ресурсов медицинских организаций всех организационно-правовых форм и форм собственности. В настоящий момент 14% объема услуг в системе обязательного медицинского страхования обеспечивается федеральными, частными и другими организациями, не относящимся к муниципальным и областным учреждениям. При этом в случае отсутствия каких-либо видов медицинских услуг в муниципальном учреждении здравоохранения формируется заказ для частных и федеральных организаций (на данные медицинские услуги) с учётом требования отраслевых стандартов медицинской помощи. Подобный подход стимулирует развитие конкуренции между всеми медицинскими учреждениями Томской области, что положительно

сказывается, в первую очередь, на качестве предоставляемых населению Томской области медицинских услуг.

## **1.5.1 Характеристика инфраструктуры системы здравоохранения Томской области (финансирование, кадры, информационное обеспечение)**

### **1.5.1.1 Финансирование системы**

Инфраструктура системы здравоохранения Томской области представляет собой совокупность основных ресурсов, образующих сложную многоуровневую систему оказания медицинской помощи населению. В период с 2005 по 2009 годы в системе здравоохранения Томской области произошел ряд существенных преобразований, которые коснулись не только структуры существующей сети учреждений, но и структуры и принципов их финансирования. Основными финансово-экономическими инструментами (в рамках реализации регионального Пилотного проекта) на территории Томской области стали: преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС; полный тариф; подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи; частичное фондодержание.

Основным источником финансирования здравоохранения Томской области являются средства Программы государственных гарантий (табл. 10). В 2009 году, фактические показатели финансирования территориальной Программы в расчете на 1 жителя увеличились по сравнению с 2005 годом на 55,5% и составили 5632,6 рублей (2005 год – 3621,9 рублей). В том числе финансирование территориальной программы ОМС по сравнению с 2005 годом увеличилось на 129% и составило 3841,0 руб. (2005 год – 1677,3 руб.). Однако по итогам 2009 года дефицит областной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Томской области составил 53,1%, в части программы ОМС – 45% (в 2008 году - 16%, в части программы ОМС – 10%). Рост дефицита Программы обусловлен существенным (в 1,7 раза) увеличением федерального норматива при ограниченных возможностях областного и муниципальных бюджетов по повышению расходов на ОМС.

Одноканальное финансирование здравоохранения в Томской области – это система оплаты медицинской помощи, при которой амбулаторно-поликлиническая, стационарная и оказываемая в условиях дневного стационара медицинская помощь финансируется через систему ОМС. Оплата медицинской помощи осуществляется по так называемому подушевому нормативу или полному тарифу. В состав полного тарифа к 2010 году включе-

ны все статьи расходов на оплату медицинской помощи: заработная плата, начисления на заработную плату, медикаменты, мягкий инвентарь, коммунальные платежи и хозяйственные расходы, приобретение горюче-смазочных материалов, текущее содержание и ремонт, приобретение оборудования, проведение капитальных ремонтов.

Взаиморасчеты между медицинскими учреждениями, территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями осуществляются преимущественно в рамках фондодержания. Фондодержание – это способ подушевого финансирования медицинской организации-фондодержателя, при которой подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность фондодержателя и дополнительные средства (фонды), за счет которых производятся взаиморасчеты за внешние медицинские услуги, оказанные прикрепленным к фондодержателю гражданам в медицинских организациях-исполнителях (стационары, дневные стационары, самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных учреждений, общие (семейные) врачебные практики).

Медицинские организации-фондодержатели - это амбулаторно-поликлинические организации (самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных учреждений, общие (семейные) врачебные практики) любой формы собственности, участвующие в реализации областной программы ОМС и имеющие застрахованное по ОМС прикрепленное население (кроме стоматологических поликлиник и женских консультаций), оплата медицинской помощи которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепленного жителя, сформированному с учетом фондодержания. Прикрепление к определенному амбулаторно-поликлиническому учреждению (по месту жительства) осуществляется при наличии страхового медицинского полиса ОМС, дающего основание для оплаты оказанной медицинской помощи работающему и неработающему населению в конкретном медицинском учреждении.

Оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной как медицинскими организациями-фондодержателями собственному прикрепленному населению, так и учреждениями исполнителями, производится за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской организации-фондодержателя с фондодержанием путем ежемесячного перечисления средств за каждого прикрепленного гражданина. В настоящее время доля амбулаторно-поликлинических учреждений в системе ОМС, финансируемых на основе подушевого норматива от числа учреждений, имеющих прикрепленное население, составляет 100%. Оплата внешних консультативных, диагностических, лечебных амбулаторно-поликлинических услуг, оказанных медицинской организацией-исполнителем прикрепленному к медицинской организации-фондодержателю гражд-

данину по направлению врача-специалиста медицинской организации-фондодержателя или при необходимости по направлению врача-специалиста медицинской организации - исполнителя, при наличии у последнего первичного направления врача медицинской организации-фондодержателя в отношении того же прикрепленного пациента, а также в случае оказания медицинской организацией-исполнителем экстренных амбулаторно-поликлинических медицинских услуг не прикрепленным к ней гражданам, производится страховой медицинской организацией за фактическое количество оказанных внешних услуг за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской организации-фондодержателя с фондодержанием. Оплата плановой стационарной помощи (или помощи в дневном стационаре), в том числе по альтернативным видам, оказанной медицинской организацией-исполнителем пациенту по направлению врача-специалиста медицинской организации-фондодержателя, осуществляется страховой медицинской организацией за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской организации-фондодержателя с фондодержанием за фактическое количество законченных случаев лечения. Оплата экстренной стационарной помощи осуществляется страховой медицинской организацией за фактическое количество законченных случаев лечения за счет дифференцированного подушевого норматива из средств фонда ОМС.

В результате реализации проектов по модернизации системы здравоохранения Томской области произошли серьезные изменения: обеспечена прозрачность финансовых потоков, упрощена система учета и отчетности, для руководителей ЛПУ появилась возможность управлять финансовыми ресурсами в соответствии с реальными потребностями в расходах, обеспечено внедрение элементов рыночных отношений в системе здравоохранения. Кроме того, за 5 лет существенно снизились объемы медицинской помощи за счет уменьшения социальной нагрузки на учреждения здравоохранения и реструктуризации коечного фонда. Помимо снижения объемов необходимой медицинской помощи и изменения структуры сети учреждений здравоохранения и их кадрового состава, произошло изменение структуры расходов на различные виды помощи (табл. 11).

Таблица 10

**Финансирование Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Томской области в 2005-2010 годах**

Источники финансового обеспечения областной Программы (ОП)	Утвержденная стоимость Программы											
	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	всего (млн руб.)	на 1 жителя (руб.)	всего (млн руб.)	на 1 жителя (руб.)	всего (млн руб.)	на 1 жителя (руб.)	всего (млн руб.)	на 1 жителя (руб.)	всего (млн руб.)	на 1 жителя (руб.)	всего (млн руб.)	на 1 жителя (руб.)
Стоимость ОП ОМС, всего, в том числе:	3749,4	3621,9	4007,2	3866,1	5795,7	5604,5	6629,5	6491,9	6332,3	6307,9	6384,3	6353,2
1. За счет средств консолидированного бюджета	2013,0	1944,7	1324,1	1277,5	1961,0	1896,3	2283,6	2210,5	2170,6	2097,2	2023,5	1943,7
2. Стоимость ОП ОМС, всего	1736,3	1677,3	2683,1	2588,6	2958,9	2861,3	3969,8	3910,9	4161,7	4210,7	4360,8	4409,5
3. Расходы на дополнительную медицинскую помощь за счет средств бюджета РФ, направляемых в бюджет территориального фонда	---	---	---	---	814,0	787,1	376,1	370,5	---	---	---	---

Таблица 11

**Объем и структура фактических расходов на виды медицинской помощи с 2005 по 2009 год**

Показатели	2005 год		2006 год		2007 год		2008 год		2009 год	
	Затраты, млн. руб.	%	Затраты, млн. руб.	%	Затраты, млн. руб.	%	Затраты, млн. руб.	%	Затраты, млн. руб.	%
Стационарная медицинская помощь	1713,3	55,2	1930,0	55,1	2263,6	55,0	2823,6	55,1	3120,7	56,9
Амбулаторно-поликлиническая помощь	1036,0	33,4	1155,0	33,0	1320,9	32,1	1710,8	33,4	1704,6	31,1
Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	105,3	3,4	107,9	3,1	141,4	3,4	138,8	2,7	179,7	3,3
Скорая медицинская помощь	246,4	8,0	307,4	8,8	391,7	9,5	449,1	8,8	481,8	8,8

### 1.5.1.2 Кадровое обеспечение системы здравоохранения

Обеспечение кадровыми ресурсами является одной из наиболее важных проблем в системе здравоохранения Томской области. Это обусловлено, прежде всего, такими проблемами как: низкая оплата труда медицинских работников, территориальные особенности региона – удаленность районов от областного центра, недостаточно развитая инфраструктура, низкая плотность населения.

Обеспеченность врачами в Томской области (с учетом кадровых ресурсов учреждений федерального подчинения) в 2009 г. составляла 5,6 врача на 1 тыс. населения, что выше показателя по РФ и по СФО на 27% (4,4 и 4,5 врачей на 1 тыс. населения соответственно). При этом обеспеченность врачами в муниципальных и областных учреждениях составляет 3,5 на 1000 населения. Среди сельских административных районов самый высокий показатель обеспеченности врачей на 1000 населения наблюдается в Парабельском районе (3,3) и Томском районе (3,0). Самый низкий показатель в Шегарском районе (1,6) и Кожевниковском районе (1,8). Обеспеченность врачами на селе гораздо ниже показателей, как в целом по области, так и по РФ и СФО и характеризуется неравномерностью распределения специалистами в разрезе муниципальных образований.

Обеспеченность средним медицинским персоналом в области (с учетом кадровых ресурсов учреждений федерального подчинения) в 2009г. составила 8,5 на 1000 населения, что ниже показателей в РФ и СФО (9,4 и 9,8 соответственно) на 11%. При этом обеспеченность средними медицинскими работниками в муниципальных и областных учреждениях составляет 7,2 на 1000 населения. Среди сельских административных районов самый высокий показатель обеспеченности средним медицинским персоналом на 1000 населения наблюдается в Колпашевском районе (11,0) и Чаинском районе (10,2); самый низкий - в Шегарском (5,9), Кожевниковском районах (7,0) и в не некоторых муниципальных учреждениях г. Томска (4,8).

С учетом коэффициента совместительства 1,2 дефицит кадров в муниципальных и государственных учреждениях Томской области для оказания амбулаторно-поликлинической помощи составляет 536 врачей и 825 в системе стационарной помощи. При высокой обеспеченности врачебными кадрами на территории области часть объемов медицинской помощи (главным образом, специализированной) оказывается в федеральных учреждениях здравоохранения.

Наибольший дефицит врачей для оказания амбулаторно-поликлинической помощи отмечается по следующим профилям: педиатры, стоматологи, терапевты, участковые терапевты (табл. 12). Для оказания стационарной помощи установлен дефицит акушеров-

гинекологов, терапевтов, хирургов (табл. 13). Анализ обеспеченности кадрами и деятельности врачей-специалистов показывает дефицит врачей при оказании первичной медико-санитарной помощи, т.е. в учреждениях муниципального подчинения.

В 2009 году выполнено на 1 жителя 8,8 посещения в год (с учётом посещений в федеральные учреждения). По программе государственных гарантий оказания медицинской помощи населению – 7,7. Снижение дефицита кадров позволит увеличить объем посещений и приблизить его к федеральному нормативу, прежде всего на муниципальном уровне. Дефицит кадров в системе стационарной помощи приходится на муниципальное звено и сопряжён с высоким коэффициентом совместительства, особенно в сельской местности. Снижение дефицита кадров позволит увеличить доступность стационарной помощи, прежде всего первичной специализированной.

**Таблица 12**

**Показатели обеспеченности врачебными кадрами для оказания амбулаторной помощи при реализации ТПГГ в Томской области в 2009 г.**

Специальность	Штатные должности	Занятые должности	Физические лица	Обеспеченность физическими лицами (на 10 тыс. населения)	Укомплектованность (занятые к штатным), %	Коэффициент совместительства (физические лица / занятые)	Дефицит (физ. лица) при коэффициенте совместительства 1,2
<b>Всего врачей,</b>	<b>2470,75</b>	<b>2242,25</b>	<b>1754</b>	<b>16,9</b>	<b>90,8</b>	<b>1,3</b>	<b>536</b>
из них:							
Терапия:	454,00	433,50	394	3,8	95,5	1,1	48
в том числе участк. Терапевтов	313,00	297,50	285	2,7	95,0	1,0	24
Врачей общей практики	85,75	77,50	72	0,7	90,4	1,1	12
Кардиология	25,25	23,75	25	0,2	94,1	1,0	
Ревматология	7,50	6,25	5	0,0	83,3	1,3	2
Гастроэнтерология	7,00	6,25	5	0,0	89,3	1,3	2
Пульмонология	5,75	4,50	3	0,0	78,3	1,5	2



Эндокринология	39,75	35,00	29	0,3	88,1	1,2	10
Нефрология	4,50	4,25	3	0,0	94,4	1,4	3
Гематология	6,00	5,75	3	0,0	95,8	1,9	2
Аллергология и иммунология	13,75	10,50	9	0,1	76,4	1,2	5
Педиатрия:	417,75	386,25	311	3,0	92,5	1,2	86
в том числе участковых педиатров	199,00	194,75	194	1,9	97,9	1,0	3
Хирургия	77,25	73,75	58	0,6	95,5	1,3	15
Урология	24,25	21,25	20	0,2	89,7	1,1	8
Травматология–ортопедия	31,50	26,25	12	0,1	83,3	2,2	17
Нейрохирургия	0,50	0,50	---	---	100,0	---	1
Колопроктология	0,25	0,25	---	---	100,0	---	---
Инфекционные болезни	31,00	28,00	19	0,2	90,3	1,5	13
Стоматология	186,50	141,00	97	0,9	75,6	1,5	72
Онкология	18,25	15,75	10	0,1	86,3	1,6	7
Акушерство и гинекология	140,25	137,75	112	1,1	98,2	1,2	25
Оториноларингология	67,25	59,00	46	0,4	87,7	1,3	18
Офтальмология	77,50	70,75	58	0,6	91,3	1,2	17
Неврология	95,75	91,50	76	0,7	95,6	1,2	16
Психиатрия	49,00	46,75	37	0,4	95,4	1,3	12
Психиатрия–наркология	39,00	34,00	18	0,2	87,2	1,9	17
Фтизиатрия	59,50	58,00	39	0,4	97,5	1,5	17
Дерматовенерология	47,00	47,00	40	0,4	100,0	1,2	6
прочие специальности врачей,	544,75	454,25	325	3,1	87,1	1,5	103
из них: анестезиологи-реаниматологи	2,00	2,00	1	0,0	100,0	2,0	1

**Таблица 13**

**Обеспеченность врачебными кадрами для оказания стационарной помощи при реализации ТПГТ в Томской области в 2009 г.**

<b>Специальности</b>	<b>Всего в стационарных учреждениях</b>
----------------------	---

	Штатные должности	Занятые должности	Физ. лица	Обеспеченность физ. лицами на 10 тыс. нас.)	Укомплектованность, занятые к штатным, %	Коэф. сов-мест. Физ./занятые	Дефицит (физ. лица) при коэффициенте совместительства 1,2
<b>Всего врачей из них по основным специальностям:</b>	<b>2 450,75</b>	<b>2 240,00</b>	<b>1 327</b>	<b>12,8</b>	<b>91,4</b>	<b>1,7</b>	<b>825</b>
Терапия	157,75	144,25	82	0,8	91,4	1,8	67
Кардиология	11,25	10,75	8	0,1	95,6	1,3	2
Ревматология	4,25	4,25	4	0,0	100,0	1,1	0
Гастроэнтерология	11,25	11,25	11	0,1	100,0	1,0	0
Пульмонология	11,75	10,50	7	0,1	89,4	1,5	4
Эндокринология	9,25	8,75	9	0,1	94,6	1,0	1
Нефрология	7,00	7,00	7	0,1	100,0	1,0	0
Гематология	5,00	5,00	4	0,0	100,0	1,3	1
Аллергология и иммунология	5,75	5,75	2	0,0	100,0	2,9	3
Педиатрия	96,50	94,25	54	0,5	97,7	1,7	33
Хирургия	176,25	160,50	107	1,0	91,1	1,5	56
Урология	33,50	27,75	16	0,2	82,8	1,7	10
Травматология - ортопедия	50,25	47,50	30	0,3	94,5	1,6	11
Нейрохирургия	38,25	30,25	15	0,1	79,1	2,0	5
Торакальная хирургия	9,25	9,25	6	0,1	100,0	1,5	1
Кардиохирургия							
Сосудистая хирургия	7,75	7,75	6	0,1	100,0	1,3	1
Колопроктология	4,50	4,50	4	0,0	100,0	1,1	1
Инфекционные болезни	65,00	44,50	29	0,3	68,5	1,5	32
Стоматология	12,75	10,50	9	0,1	82,4	1,2	5
Онкология	8,75	8,25	8	0,1	94,3	1,0	1
Акушерство и гинекология	181,75	180,75	104	1,0	99,4	1,7	68
Оториноларингология	27,75	26,00	18	0,2	93,7	1,4	8
Офтальмология	32,75	32,50	17	0,2	99,2	1,9	16
Неврология	62,00	57,50	38	0,4	92,7	1,5	23
Психиатрия	78,75	78,75	60	0,6	100,0	1,3	17
Психиатрия-наркология	30,00	28,00	12	0,1	93,3	2,3	15

Фтизиатрия	32,75	32,75	27	0,3	100,0	1,2	4
Дерматовенерология	10,25	9,50	7	0,1	92,7	1,4	3
прочие специальности врачей	1 268,75	1 141,75	626	6,0	90,0	1,8	437
из них: анестезиологи-реаниматологи	279,00	262,50	136	1,3	94,1	1,9	115

С целью привлечения кадров в медицинские учреждения сельской местности Администрациями органов местного самоуправления некоторых муниципальных образований Томской области выделяется жилье, производятся дополнительные выплаты работникам и т.д. Постановлением Государственной Думы Томской области от 23.04.2009г. № 2209 принят Закон Томской области от 30.04.2009г. № 59-ОЗ «О мерах социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг отдельных категорий граждан, работающих (работавших) и проживающих в сельской местности и рабочих поселках на территории Томской области». В рамках данного закона медицинским и фармацевтическим работникам учреждений здравоохранения оказывается социальная поддержка по оплате жилых помещений и коммунальных услуг в форме ежемесячных денежных выплат в размере 100% стоимости этих услуг.

Проводится целенаправленная подготовка специалистов для районов области (табл. 14). В течение ряда лет осуществляется целевая подготовка специалистов на базе ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава. По целевому набору направлено на обучение в ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава в 2010 году - 33 чел., в 2009 году - 38 чел. из районов области, которые в дальнейшем будут направляться на работу в районы области.

Договорные отношения с СибГМУ позволят направлять студентов старших курсов на производственную практику в лечебные учреждения районов Томской области, что повысит заинтересованность будущих врачей в рабочих местах. Наряду с подготовкой кадров ведется работа по повышению материальной заинтересованности медицинских работников, сопровождающаяся разработкой гибкой системы надбавок, доплат, стимулирующих выплат врачам и молодым специалистам.

Несмотря на принимаемые меры, остается проблема направления выпускников на работу в сельскую местность. Проблему обеспечения кадрами нужно решать на федеральном уровне, внося изменения как в уже существующие нормативные правовые акты, так и разрабатывая новые, позволяющие регламентировать деятельность по обеспечению кадрами медицинских учреждений с применением гибких систем оплаты труда. Существующая нормативная база не дает возможности возвращать в село специалистов, направленных

ных на обучение в образовательные учреждения г. Томска и другие регионы, и закреплять на рабочих местах в районных больницах.

В целях улучшения системы обеспечения кадрами в регионе планируется осуществить ряд стратегически важных мероприятий. Ввиду того, что на территории сохраняется высокая смертность населения от онкологических заболеваний, приоритетным направлением становится подготовка специалистов-онкологов. Для этого выпускники ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава будут направляться на обучение в ординатуру в ведущие научные центры подготовки Российской Федерации, включая ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, расположенный в г. Томске. Вместе с тем планируется обучение специалистов по ряду профилей, потребность в которых имеется в учреждениях здравоохранения на сегодняшний день: врачи-травматологи, акушеры-гинекологи, педиатры, терапевты, анестезиологи-реаниматологи, кардиологи, стоматологи, урологи, инфекционисты, патологоанатомы, психиатры и психиатры-наркологи а также младший и средний медицинский персонал. Подготовка специалистов будет осуществляться на циклах профессиональной переподготовки, а также в интернатуре или ординатуре. Повышение квалификации и профессиональная переподготовка специалистов до 2012 года представлена в таблице.

**Таблица 14**

**Подготовка и переподготовка врачебных кадров для оказания медицинской помощи**

Специальность	Численность врачей, прошедших повышение квалификации				Численность врачей, прошедших профессиональную переподготовку			
	2009 год (факт)	2010 год (прогноз)	2011 год (прогноз)	2012 год (прогноз)	2009 год (факт)	2010 год (прогноз)	2011 год (прогноз)	2012 год (прогноз)
<b>Всего врачей</b>	849	710	725	719	100	64	75	75
<b>из них по основным специальностям:</b>	567	437	473	481	65	38	36	36
Терапия:	165	135	112	110	20	8	6	6
в том числе участковых терапевтов	89	85	76	79	---	---	---	---

врачей общей практики	45	32	14	10	20	8	6	6
Кардиология	10	8	10	10	5	4	5	5
Ревматология	2	1	2	1	1	---	---	---
Гастроэнтерология	15	2	2	5	1	1	---	---
Пульмонология	2	4	2	4	1	2	1	1
Эндокринология	10	6	15	4	1	2	---	---
Нефрология	4	1	---	2	1	---	---	
Гематология	1	---	---	3	---	---	2	2-
Аллергология и иммунология	2	5	8	5	---	1	---	---
Педиатрия:	104	82	98	80	---	---	---	---
в том числе участковых педиатров	57	46	58	33	---	---	---	---
Хирургия	38	30	35	36	---	---	---	---
Урология	6	9	8	8	---	---	---	---
Травматология - ортопедия	2	2	4	10	---	---	---	---
Нейрохирургия	8	1	1	8	---	---	---	---
Колопроктология	2	1	2	2	---	---	---	---
Инфекционные болезни	14	7	13	12	---	---	---	---
Стоматология	36	27	24	39	4	5	5	5
Онкология	2	2	5	7	---	---	---	---
Акушерство и гинекология	45	39	49	51	---	---	---	---
Оториноларингология	11	10	15	15	---	---	---	---
Офтальмология	13	10	10	12	---	---	---	---
Неврология	23	18	29	21	---	---	---	---
Психиатрия	15	8	9	11	---	---	---	---
Психиатрия-наркология	21	12	8	11	1	3	3	3
Фтизиатрия	10	7	11	10	---	---	---	---

Дерматовенерология	6	10	15	10	---	---	---	---
Анестезиологи- реаниматологи	28	38	27	24	---	---	---	---

Подготовка среднего медицинского персонала осуществляется на базах ОГОУ «Томский базовый медицинский колледж» (ТБМК) и ОГОУ СПО «Колпашевское медицинское училище», в том числе и в рамках целевого набора. Повышение квалификации среднего медицинского персонала проходит на базе ТБМК, с 2010 года по некоторым программам осуществляется дистанционное обучение средних медицинских работников.

Все учреждения Томской области запланировали обучение специалистов в соответствии с поставленными перед ними задачами в рамках программы модернизации, что отражено в разделе 5, п. 5.3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

Меры по обеспечению кадрами выведут систему здравоохранения на уровень, позволяющий в итоге улучшить демографическую ситуацию в Томской области, через выполнение отраслевых стандартов, повышение доступности медицинской помощи разным слоям населения, увеличение посещений к специалистам, через повышение качества оказания медицинской помощи.

### 1.5.1.3 Информационное обеспечение системы

На сегодняшний день информационное обеспечение системы здравоохранения представлено наличием целого ряда программных продуктов. На территории Томской области успешно внедрены и функционируют информационная система комплексного учета и статистики «ИСКУС» и многоотраслевая информационная система территориального развития «МИСТЕР» (ООО НВП Социопрогресс, <http://sprogress.ru>, Томск). Данные системы учета позволяют в оперативном режиме вводить и использовать статистическую информацию о деятельности всех подведомственных медицинских учреждений. Задачи бухгалтерского учета и финансов в большинстве учреждений здравоохранения Томской области реализуются через использование бухгалтерских систем 1С-Бюджет и Парус-Бюджет, во всех учреждениях установлены автоматизированные центры контроля системы казначейского исполнения бюджета. В Департаменте здравоохранения Томской области внедрена система электронного документооборота при взаимодействии с ГУ Федерального казначейства по Томской области. Активно применяются системы налоговой и пенсионной отчетности через Интернет (Томлайн, СКБ «Контур»). Также в некоторых уч-

реждениях используются информационные системы таких разработчиков как Пост Модерн Текнолоджи (<http://medialog.ru>, Москва), Элекард-Мед (<http://elec-card-med.com>, Томск), ЮМССофт (<http://umssoft.com>, Томск), Инфосиб (<http://infosib.com.ru>, Омск), которые позволяют решать локальные задачи в рамках работы учреждений здравоохранения, обеспечивают электронный документооборот. Помимо этого, в Томской области разработана и внедрена с 2004 года медицинская информационная система ДИСПАН (Департамент здравоохранения Томской области, Сибирский медицинский университет, ОГУЗ «Областная детская больница»), обеспечивающая формирование аналитической информации о состоянии здоровья детского населения Томской области, накопление данных о проводимых мероприятиях для диспансерных групп от 0 до 17 лет (дети, состоящие на диспансерном учёте; дети первого года жизни; дети, оставшиеся без попечения родителей и/или находящиеся в трудной жизненной ситуации), что позволяет органам управления здравоохранением и учреждениям здравоохранения планировать мероприятия прицельной диспансеризации. Также в рамках данной информационной системы реализована программа мониторинга болезни с формированием прогноза риска развития тяжёлых состояний у детей (используется технология поддержки принятия клинических решений), создан центр мониторинга на базе ОГУЗ «Областная детская больница».

Не смотря на столь широкий спектр информационных систем, внедрённых в систему здравоохранения Томской области, вопрос об информатизации отрасли здравоохранения (в соответствии с существующими современными требованиями) остаётся открытым. Федеральные инициативы по внедрению в медицинские учреждения электронных амбулаторных карт и историй болезни в учреждениях Томской области не реализованы в полном объёме. Исключением является МКЛПМУ «Городская больница №3», в которой используется электронный документооборот. В целом система информатизации здравоохранения Томской области развита недостаточно, отсутствует полноценное единое информационное пространство. Однако сегодня ведутся работы по проектированию такой информационной системы, позволяющей объединять все ЛПУ, аптечные учреждения и заинтересованные учреждения социальной сферы в единую информационную сеть.

В рамках региональных программ по информатизации здравоохранения потребность медицинских учреждений Томской области в компьютерах, средствах связи и типовом программном обеспечении была частично удовлетворена.

В настоящее время все учреждения, оснащенные электронно-вычислительной техникой, имеют выход в сеть Интернет. В основном, существующие каналы связи организованы по технологии DSL. В связи с возрастающими требованиями к пропускной способности каналов связи, по целому ряду учреждений требуется замена каналов DSL на опто-

волоконные линии, с пропускной способностью не менее 100 Мб/с. Многие филиалы учреждений здравоохранения не связаны каналами связи с головными учреждениями (80%).

В 2009 году оснащенность учреждений здравоохранения электронно-вычислительной техникой составила 4620 единиц, из которых 20% в настоящее время нуждаются в замене.

### **1.5.2 Материально - техническая база системы здравоохранения Томской области**

Материально-техническая база учреждений здравоохранения Томской области представлена зданиями и сооружениями, а также различными видами оборудования, включая медицинское, офисное, компьютерное, автомобильную технику и т.д.

По итогам 2009 года на территории Томской области присутствует 265 зданий учреждений здравоохранения муниципального и областного подчинения, из которых 7 зданий находятся в аварийном состоянии, 1 - требует реконструкции и 34 здания нуждаются в капитальном ремонте (табл. 15). На текущий момент капитальные ремонты необходимы в ОГУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница» (64% износа), ОГУЗ «Томская областная клиническая туберкулезная больница» (85-92% износа), ОГУЗ «Томский областной онкологический диспансер» (19-55% износа), ОГУЗ «Томская областная станция переливания крови» (20-100% износа), ОГУЗ «Патологанатомическое бюро» (19-67% износа), МУЗ «Городская больница» г. Стрежевого (60% износа), МУЗ «Асиновская ЦРБ» (52,7% износа), МУЗ «Кривошеинская ЦРБ» (80,9% износа), МУЗ «Молчановская ЦРБ» (79% износа), МУЗ «Шегарская ЦРБ» (54% износа) и др.

Кроме того, на территории Томской области имеются объекты незавершенного строительства, к которым относятся здания радиологического корпуса Онкологического диспансера, Областного бюро судебной медицины, грязелечебницы ОКБ, аудиторско-административного корпуса ОКБ, заглубленного здания для нетранспортабельных больных ОКБ. Завершение строительства и оборудование данных зданий также требует дополнительных финансовых вливаний. В соответствии с потребностью в совершенствовании онкологической службы, обусловленной высокой смертностью населения от данной группы заболеваний, приоритетным для Томской области является завершение строительства ОГУЗ «Областной онкологический диспансер».

**Таблица 15**

**Состояние зданий областных и муниципальных медицинских учреждений Томской области**



Показатель	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Число зданий из них:	250	244	259	259	265	265
в аварийном состоянии	14	7	11	12	7	7
в состоянии, требующем реконструкции	4	5	7	6	1	1
в состоянии, требующем капитального ремонта	51	50	65	63	34	34

Необходимо отметить, что в целом с 2005 по 2009 год произошло существенное снижение количества зданий лечебно-профилактических учреждений области, находящихся в аварийном состоянии или требующих капитального ремонта. При этом не смотря на уменьшение количества таких зданий с 27,6% до 15,8% (в период с 2005 до 2009 года), доля учреждений, находящихся в аварийном состоянии остается достаточно высокой, что требует принятия соответствующих мер.

Существующий в настоящее время дефицит территориальной программы государственных гарантий (53,1%) не позволяет эффективно развивать региональную систему здравоохранения и приобретать современное медицинское оборудование, осуществлять текущий, капитальный ремонт зданий, а также достройку объектов здравоохранения и ввод их в эксплуатацию. В результате доля медицинских учреждений области, техническое оснащение которых позволяет соблюдать стандарты оказания медицинской помощи, составляет порядка 50% для стационаров и 70% для учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Ежегодно за счёт средств, заложенных на оборудование в тарифе Томского Территориального фонда ОМС, а также бюджетов субъекта РФ, муниципальных образований и внебюджетных средств в учреждения здравоохранения закупается современное лечебно – диагностическое оборудование.

В 2009 году на медицинском оборудовании проведено 5 875 519 исследований 1 697 772 человекам, что по сравнению с 2008 годом больше на 5,6% и 5,4% соответственно. В сравнении с 2008 годом увеличилось количество исследований на следующих видах оборудования: рентгенодиагностическом – на 27%, лабораторном – на 5,2%, ультразвуковом – на 3,1%, электрокардиографическом – на 0,4%.

В рамках реализации ПНП «Здоровье» в Томскую область за период 2006-2007 гг. поставлено рентгенодиагностическое, лабораторное, ультразвуковое, электрокардиографическое, эндоскопическое, эхографическое оборудование и санитарный автотранспорт (104

единицы санитарного автотранспорта в т.ч.: 2 реанимобиля для новорожденных, 3 реанимобиля для взрослых, 2 снегоболотохода).

Несмотря на то, что удовлетворенность потребности населения Томской области в высокотехнологичной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения на территории Томской области в 2009 году составляет 51,8%, вся помощь оказывается в федеральных научно-исследовательских институтах и их филиалах, что так же подтверждает неудовлетворительное обеспечение оборудованием для оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в учреждениях Томской области. При этом, учитывая особенности распределения оборудования в рамках ПНП «Здоровье» и приоритеты, расставленные при реализации данного проекта – первичное звено, обеспеченность оборудованием муниципальных учреждений области по некоторым позициям превышает таковую в областных ЛПУ.

### **1.5.3 Мощность медицинских учреждений системы здравоохранения**

В реализации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям Томской области в 2009 году приняло участие 91 медицинская организация различных типов и уровней подчиненности (в 2008 году показатель составлял 90).

Больничные учреждения составили 60,4% от общего числа медицинских организаций, амбулаторно-поликлинические учреждения – 23,1 %, диспансеры – 5,5%, учреждения особого типа и прочие – 7,7%, учреждения скорой медицинской помощи и переливания крови – 2,2 %, центры – 1,1 % . В структуре медицинских организаций, принимавших участие в реализации территориальных программ, преобладали муниципальные медицинские учреждения, которые составили 59,3% общего числа организаций, медицинские учреждения субъектов Российской Федерации – 19,8%, федеральной собственности – 12,1%, медицинские организации частной системы здравоохранения – 8,8%. В отчетном году в системе обязательного медицинского страхования работали 79,1% медицинских учреждений и организаций (в 2008 году – 78,9%). Большинство муниципальных медицинских учреждений осуществляли свою деятельность в рамках системы ОМС (92,6%), среди сельских муниципальных медицинских учреждений этот показатель составил 100,0%.

Обеспеченность плановой мощностью амбулаторно-поликлинической службы населения Томской области составляет 251 посещение на 10 000 населения или 26034 посещения в смену. В данный показатель включены все медицинские организации, оказывающие

амбулаторно-поликлиническую помощь. Плановая мощность муниципальных и государственных медицинских учреждений составляет 210 посещений на 10 000 населения или 21834 посещения в смену. Данной мощностью обеспечивается, главным образом, выполнение территориальной программы государственных гарантий жителям Томской области.

Использование плановой мощности амбулаторно-поликлинической службы в 2009 году составило 230 посещений на 10 000 населения в целом по системе здравоохранения и 165 на 10 000 по учреждениям муниципального и областного подчинения. При условии учёта того, что в оказании первичной медико-санитарной помощи участвует средний медицинский персонал, ведущий самостоятельный прием, использование плановой мощности амбулаторной службы достигает 186,0 посещений на 10 000 населения, что закрывает 90,0% планового объема. Таким образом, в Томской области существующая мощность амбулаторно-поликлинических учреждений достаточна для проведения мероприятий в рамках программы модернизации, направленных на усиление эффективности работы амбулаторно-поликлинического звена системы здравоохранения (развитие мощности стационарзамещающих технологий, центров амбулаторной хирургии, пунктов неотложной помощи, общеврачебных практик, ФАПов).

Плановая мощность стационаров Томской области составляет 12.235 коек или 117,8 коек на 10 000 населения. При расчёте данного показателя учтены все медицинские организации, оказывающие стационарную помощь в Томской области. Плановая мощность стационаров муниципальных и государственных медицинских учреждений составляет 8.235 коек, или 79,8 коек на 10 000 населения. Использование плановой мощности стационаров в 2009 году, при фактической занятости койки 303 дня, составило 92,0%. При этом стоит отметить, что за последние годы в Томской области произошло сокращение средней длительности пребывания больного с 17,0 дней до 14,0 дней, таким образом, в учреждениях здравоохранения был достигнут федеральный норматив по срокам пребывания больных в стационаре, при этом рост больничной летальности отсутствует. В рамках мероприятий, запланированных в программе модернизации здравоохранения Томской области, планируется перепрофилирование коек с учетом потребности населения, а также реорганизация коечной мощности, направленная на открытие коек дневных стационаров по профилям, увеличением коек социальной направленности.

В целом следует отметить, что имеющиеся ресурсы позволяют проводить мероприятия по модернизации системы здравоохранения, направленные на расширение функций амбулаторно-поликлинической службы и увеличение интенсивности использования коек в стационаре.

#### **1.5.4 Реализация мероприятий по обеспечению населения Томской области высокотехнологической медицинской помощью**

Отмечаемое за последние годы значительное повышение доступности высокотехнологической медицинской помощи для жителей Томской области связано, прежде всего, с увеличением количества плановых объемов (в течение 3-х лет – на 130%).

Несмотря на столь существенный рост плановых показателей, ежегодно объем оказания ВМП жителям нашей области перевыполняется на 40-50 %.

В значительной мере, указанная динамика связана с повышением выявляемости потребности граждан в оказании ВМП, благодаря проводимой в рамках национального проекта «Здоровье» диспансеризации населения, усилению профилактической работы с жителями отдаленных районов области.

В результате обеспеченность жителей субъекта Российской Федерации высокотехнологической медицинской помощью за счет средств федерального бюджета достигла в 2009 году 289,45 в расчете на 100 000 населения, что в 1,6 раза превышает общероссийский показатель (179,32 на 100 000).

Важную роль в росте удовлетворенности наших жителей в ВМП сыграло также приближение помощи к населению благодаря увеличению в 2008 году на территории области в 2 раза количества учреждений, участвующих в выполнении государственного задания (с 3 до 6).

Таким образом в 2010 году в выполнении государственного задания по оказанию ВМП участвовали находящиеся на территории Томской области федеральные учреждения:

- УРАМН НИИ медицинской генетики СО РАМН,
- НИИ онкологии СО РАМН,
- НИИ Кардиологии СО РАМН,
- ФГУЗ КБ №81 ФМБА России,
- Томский филиал ФГУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия им. академика Г.А. Илизарова»,  
Томский филиал ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии».

При этом практически 90% объемов ВМП за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета жителям Томской области было оказано в федеральных медицинских учреждениях, расположенных на территории субъекта (табл. 16).

**Объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи жителям субъекта Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в федеральных медицинских учреждениях (по профилям высокотехнологичной медицинской помощи) в 2009-2010 гг.**

Профили ВМП	Всего пролеченных по ВМП			
	в ФГУ		в ФГУ, на территории субъекта	
	2009	2010	2009	2010
Абдоминальная хирургия	9	22	6	15
Акушерство и гинекология	24	4	0	0
Акушерство и гинекология (ЭКО)	-	6		0
Комбустиология	0	0	0	0
Неонатология и детская хирургия в период новорожденности	-	0	-	0
Нейрохирургия	78	95	4	0
Онкология	932	796	896	756
Оториноларингология	113	114	108	114
Оториноларингология (кохлеары)	-	15	-	15
Офтальмология	23	52	4	17
Педиатрия	32	40	25	25
Сердечно-сосудистая хирургия	1499	1392	1486	1384
Торакальная хирургия	0	0	0	0
Травматология и ортопедия	238	74	138	42
Травматология и ортопедия (эндопротезирование)	-	187	-	120
Трансплантация	5	4	0	0
Урология	6	3	0	0
Челюстно-лицевая хирургия	5	3	0	0
Итого	2964	2863	2667*	2488**

**Примечание:** \* - 90% годовых объемов; \*\* - 87% годовых объемов.

Вместе с тем, показатель удовлетворенности потребности населения Томской области в ВМП остается ниже среднероссийского (табл. 17).

**Таблица 17**

**Показатель удовлетворенности потребности населения в ВМП в 2009-2012 гг.**

Год	Удовлетворение потребностей населения в ВМП	
	Томская область	Российская Федерация
2009	58.3%	60%
2010	60%	70%
2011	62%	76%
2012	65%	80%

Так, в 2009 году было направлено для оказания ВМП 8313 граждан (за счет средств федерального бюджета 3882 человека и 4431 за счет средств субъектового бюджета), ВМП оказана 4 306 гражданам (3014 – за счет средств федерального бюджета, 1292 – субъектового).

В 2010 году заявка субъекта – 6244 объема была удовлетворена на 39% (плановое количество с учетом корректировок составило 2436). На сегодняшний день израсходовано 2863 объема, что обеспечило выполнение плана с учетом корректировок на 118%. При этом в листе ожидания находится 1475 человек. Учитывая низкую удовлетворенность заявки на оказание ВМП за счет средств федерального бюджета, помощь оказывается за счет субъектового бюджета. На сегодняшний день за счет средств областного бюджета помощь получили 1702 человека.

Таким образом, из направленных для оказания ВМП 7864 граждан (3546 за счет федерального и 4318- за счет областного бюджетов) помощь получили 4565 граждан (58 %). Для достижения запланированных показателей индикатора удовлетворенности потребности населения Томской области в высокотехнологичной медицинской помощи планируется развитие оказания ВМП на территории Томской области. Так, в текущем году лицензию на оказание ВМП по 8 профилям получило ОГУЗ Томская областная клиническая больница. С четвертого квартала 2010 года этим учреждением оказывается ВМП за счет средств областного бюджета.

С 2013 года в ОГУЗ ТОКБ планируется оказание ВМП за счет средств областного бюджета по профилям:

- абдоминальная хирургия;
- нейрохирургия;
- онкология;
- офтальмология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- эндокринология.

В двух других учреждениях 1 уровня также планируется оказание ВМП в 2013 году за счет средств бюджета области: в МЛПМУ МСЧ Строитель – по профилю «травматология и ортопедия», в ОГУЗ Перинатальный центр – по профилям «акушерство и гинекология», «неонатология», «педиатрия».

Также в текущем году лицензию на оказание ВМП получило еще одно федеральное медицинское учреждение, расположенное на территории Томской области – ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, по профилям:

- абдоминальная хирургия;
- акушерство и гинекология;
- нейрохирургия;
- онкология;
- офтальмология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология.

В 2011 году планируется участие указанного учреждения в выполнении государственного задания на оказание ВМП за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Кроме того, для достижения запланированных показателей индикатора удовлетворенности потребности населения Томской области в ВМП в проекте областного бюджета на 2011 год и период 2012-2013 гг. предусмотрено увеличение объема финансовых средств, предусматриваемых на оказания ВМП. В целом, расходные обязательства Томской области на ВМП, оказываемую в рамках территориальной программы государственных гарантий в 2009-2010 гг., увеличились с 2009 по 2011 год на 25% (табл. 18).

**Таблица 18**

**Расходные обязательства субъекта (млн. рублей)**

<b>Показатель</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Финансовое обеспечение ВМП за счет средств субъекта Российской Федерации, млн. рублей	36,919400	43,584000	46,155456	46,155 456	46,155 456

При этом обеспечение жителей Томской области ВМП в рамках территориальной программы государственных гарантий осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21.07.2005 № 94-ФЗ (ред. от 03.11.2010) «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Таким образом, планируется повысить уровень обеспеченности жителей Томской области

в ВМП, оказываемой как за счет средств федерального, так и субъектового бюджетов (табл. 19).

Таблица 19

**Объемы высокотехнологичной медицинской помощи, которой планируется обеспечить жителей субъекта в федеральных медицинских учреждениях за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и в медицинских учреждениях в рамках территориальной программы государственных гарантий за счет средств субъектового бюджета**

Профили ВМП	Планируемые объемы оказания ВМП			В т.ч. за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета			В т.ч. за счет средств субъектового бюджета		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Абдоминальная хирургия	437	490	490	259	290	290	178	200	200
Акушерство и гинекология	90	90	90	90	90	90	---	---	---
Акушерство и гинекология (ЭКО)	155	160	160	155	160	160	---	---	---
Комбустиология	0	20	20	0	20	20	---	---	---
Неонатология и детская хирургия в период новорожденности	0	50	50	0	50	50	---	---	---
Нейрохирургия	322	350	350	322	330	330	---	20	20
Онкология	1433	1500	1500	1433	1500	1500	---	---	---
Оториноларингология	300	200	200	300	200	200	---	---	---
Оториноларингология (кохлеары)	15	10	10	15	10	10	---	---	---
Офтальмология	160	200	200	160	200	200	---	---	---
Педиатрия	95	100	100	95	100	100	---	---	---
Сердечно-сосудистая хирургия	3328	3300	3300	2544	2500	2500	784	800	800
Торакальная хирургия	18	40	40	18	40	40	---	---	---
Травматология и ортопедия	288	250	250	288	250	250	---	---	---
Травматология и ортопедия (эндопротезирование)	643	400	400	597	390	390	46	10	10
Трансплантация	14	15	15	14	15	15	---	---	---
Урология	94	100	100	94	100	100	---	---	---
Челюстно-лицевая хирургия	16	20	20	16	20	20	---	---	---
Иные	900	900	900	---	---	---	900	900	900
<b>Итого</b>	<b>7018</b>	<b>8395</b>	<b>8395</b>	<b>5110</b>	<b>6465</b>	<b>6465</b>	<b>1908</b>	<b>1930</b>	<b>1930</b>



### **1.5.5 Доступность, качество и удовлетворённость граждан медицинской помощью в Томской области**

Удовлетворённость населения медицинской помощью является очень важным параметром, оцениваемым органами управления здравоохранения с целью формирования оптимальных условий функционирования системы здравоохранения. Данный показатель зависит от ряда субъективных (ощущения пациента) и объективных факторов. Единого подхода к оценке удовлетворенности медицинской помощью на территории России нет. Медицинские услуги являются специфичными услугами и, в большинстве случаев, пациент не может быть контролером качества медицинской помощи.

Концепция ВОЗ предполагает три аспекта качества: качество структуры (оснащенность, обеспеченность), качество процесса (соблюдение технологий) и качество результатов. Чаще всего представления самих пациентов о том, где, кто и какого рода медицинскую помощь им должны оказать, формируются на основании жизненного опыта, в который входят полученное образование, интерес к медицинской тематике, перенесенные заболевания и их исход, результаты контактов с медицинскими работниками и причины, побудившие обратиться за медицинской помощью. Оценивая такой параметр, как удовлетворённость медицинской помощью, необходимо учитывать уровень образования пациента. К числу групп населения, наименее удовлетворенных медицинским обслуживанием, относятся лица с высшим и незаконченным высшим образованием, а также лица с низкой самооценкой здоровья.

Степень удовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощи на территории Томской области определяется по следующим критериям:

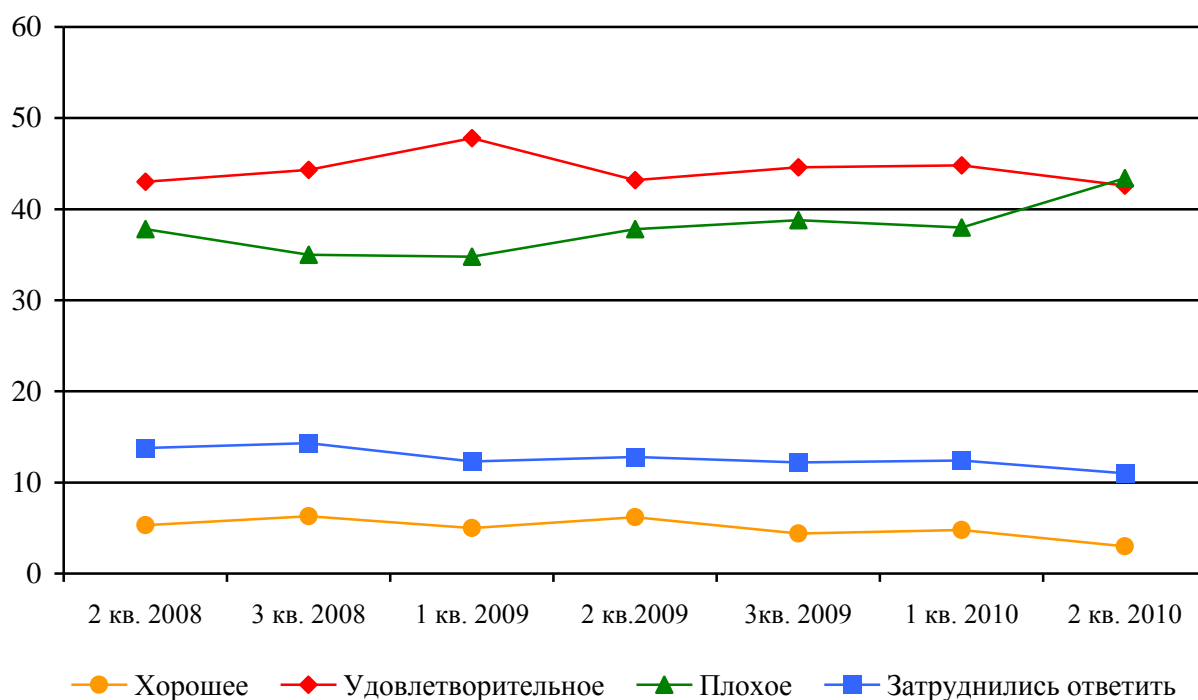
- удовлетворенность организацией работы структурных подразделений медицинских организаций;
- возможность получения медицинской помощи в сроки, определенные Территориальной программой государственных гарантий;
- отношение медицинского персонала к пациенту;
- причины и частота получения медицинских услуг на платной основе.

Анализируя удовлетворённость медицинской помощью в Томске и Томской области (табл. 20) необходимо отметить, что в настоящее время данный показатель варьирует в пределах 42,0 – 66,8% (в зависимости от вида медицинской помощи), что может быть обусловлено высоким образовательным статусом жителей области, а также сложившимся (за последнее время) негативным стереотипом в отношении отечественного здравоохранения.

**Степень удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи по данным Департамента здравоохранения и ОГУ «Томский территориальный фонд обязательного медицинского страхования»**

<b>Наименование показателя</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Удовлетворенность медицинской помощью, %	38,4	40,1	42,0
Удовлетворенность качеством медицинской помощи (% от числа опрошенных в стационаре)	83,7	79,4	64,5
Удовлетворенность качеством медицинской помощи (% от числа опрошенных при получении стационар замещающей медицинской помощи)	50,6	61,3	60,0
Удовлетворенность качеством медицинской помощи (% от числа опрошенных при получении амбулаторно-поликлинической помощи)	53,3	66,5	66,8

По результатам проведенных социологических опросов состояние здравоохранения оценивается респондентами в основном как удовлетворительное (рис. 2). При проведении опросов основными проблемами в первичном звене здравоохранения являются: недостаточное количество талонов к врачам узких специальностей; отсутствие необходимых специалистов; недостаточное количество или отсутствие современного медицинского оборудования; наличие очередей на прием к участковому врачу; большая загруженность терапевтов и педиатров, включающая, кроме приемов, выезды на дом, проведение дополнительной диспансеризации и оформление медицинской документации. В работе участкового врача респондентов не удовлетворяет отсутствие желаемых результатов, отношение врача к пациенту, а также уровень квалификации и график работы специалистов. В организации работы структурных подразделений поликлиник респондентов больше всего не удовлетворяет наличие очередей, отношение медицинского персонала к пациенту и квалификация специалистов (по мнению пациента). В случае получения услуг на платной основе пациенты, как правило, не довольны отсутствием или нехваткой узких специалистов и современного медицинского оборудования.



**Рис. 2. Оценка состояния здравоохранения Томской области по результатам анкетирования**

Степень удовлетворенности респондентов качеством оказания медицинской помощи в стационарах составила в первом полугодии 2010 года 64,5%, в 2009 году - 79,4%, в 2008 году - 83,7%. Основной проблемой, отмечаемой респондентами, является ожидание плановой госпитализации более одного месяца. Показатель удовлетворенности респондентов лекарственным обеспечением в стационарах является одним из самых негативных, так как в большинстве анкет необходимость приобретения лекарственных препаратов за собственные средства стала основной причиной неудовлетворенности респондентов качеством оказания медицинской помощи в стационаре.

Кроме того, проведенное исследование показало, что качество и эффективность лечения в условиях стационара определялись своевременностью назначения и выполнения диагностических исследований и процедур. Таким образом, деонтологические аспекты поведения медицинского персонала неизбежно сказывались на качестве лечения и напрямую увязывались с выполнением профессиональных обязанностей. Основные предложения респондентов по улучшению организации медицинского обслуживания, определённые в ходе опроса, были следующие: улучшить лекарственное обеспечение в стационарах; улучшить оснащение медицинских организаций современным диагностическим оборудованием; укомплектовать штаты в медицинских организациях; материально заинтересовать

медицинский персонал в добросовестном труде и оказании качественной медицинской помощи.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований по изучению механизмов формирования удовлетворенности пациентов медицинской помощью с позиции системного подхода. В настоящее время Департамент здравоохранения совместно с ОГУ «Томский территориальный фонд обязательного медицинского страхования» (ОГУ «ТТФОМС») и страховые медицинские организации планируют разработать методику определения рейтинга медицинских организаций, участвующих в реализации областной Программы ОМС. Для формирования публичности мнений граждан о качестве медицинской помощи публиковать в областных печатных изданиях и на сайте Администрации Томской области, Администрации г. Томска, ОГУ «ТТФОМС» статистические сведения об обращениях граждан, связанные с работой медицинских учреждений, а также результаты проверок медицинских учреждений.

Сегодня на территории Томска и Томской области сформирована и развивается система контроля качества медицинской помощи. Контроль осуществляется одновременно несколькими структурами: медицинскими учреждениями, органами здравоохранения, медицинскими ассоциациями, страховыми медицинскими организациями, фондом ОМС. Согласно основным положениям об экспертизе качества (принятым на территории Томской области) большая часть экспертиз качества медицинской помощи проводится в плановом порядке, при этом в полном объёме осуществляется анализ медицинской документации по обращениям застрахованных граждан. По данным ОГУ «ТТФОМС», количество жалоб с 2006 по 2009 год продолжает расти, однако доля обоснованных жалоб по отношению к общему количеству уменьшается (таблица 21).

**Таблица 21**

**Динамика жалоб населения Томской области на качество медицинской помощи**

<b>Наименование показателя</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>½ 2010</b>
Количество поступивших жалоб, из них:	1400	962	944	1289	2560	966
обоснованных	1092	547	500	698	898	195
% обоснованных от общего количества жалоб	78,0	56,9	53,0	54,2	35,1	20,2

Несмотря на приведённые данные, стоит отметить, что удовлетворенность ожиданий пациентов не может служить единственным или основным показателем качества ме-

дицинской помощи, так как складывается под влиянием множества факторов: эффективности лечения, отношения персонала, условий оказания помощи, личных предпочтений, времени ожидания и т.п. При этом оценка удовлетворённости граждан медицинской помощью и ориентация на потребителя медицинской услуги, являются ключевыми принципами организации системы управления качеством медицинской помощи на территории Томской области.

### **Информированность населения о здоровом образе жизни**

На официальном сайте департамента здравоохранения Томской области ([www.zdrav.tomsk.ru](http://www.zdrav.tomsk.ru)) размещена информация по вопросам здорового образа жизни и профилактики основных заболеваний. В настоящее время с целью повышения информированности населения о здоровом образе жизни и внедрения здоровые сберегающих технологий разрабатывается Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Томской области. В рамках мероприятий по реализации концепции предусмотрено проведение кампаний по формированию здорового образа жизни среди различных слоев населения и возрастных групп, разработка и реализация в СМИ информационной кампании по популяризации здорового образа жизни, проведение областных конкурсов социальных проектов по пропаганде здорового образа жизни "Жить здорово здоровым", проведение ежегодной Акции «Студенчество Томска без наркотиков», а также осуществление информационно-образовательной антинаркотической деятельности среди обучающихся. Разработаны мероприятия по обучению врачей первичного звена здравоохранения (участковых терапевтов, педиатров, школьных врачей и др.) вопросам профилактики заболеваний и здоровому образу жизни. При этом в Томской области проводится активная популяризация Центров здоровья, выпускается ежемесячная газета (при поддержке Департамента здравоохранения Томской области), направленная не только на повышение информированности населения субъекта в области здравоохранения и здорового образа жизни, но и на привлечение молодых кадров в систему здравоохранения и повышение престижа отрасли в целом.

### **1.6 Обоснование нормативов объемов медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий Томской области на 2010-2011 гг. и нормативов мощности и структуры коечного фонда**

Нормативы объемов медицинской помощи измеряются следующими показателями:

- необходимым объемом амбулаторно-поликлинической помощи в связи с заболеваемостью, профилактическим и диспансерным обслуживанием, выраженным в числе посещений к врачам (включая посещение врачами на дому), дифференцированным по врачебным специальностям, в расчете на 1 человека в год;
- необходимым объемом стационарной помощи, выраженным в числе койко-дней круглосуточного пребывания в стационаре в расчете на 1 человека в год, определяемым требуемым уровнем госпитализации и средней длительностью стационарного лечения;
- число вызовов скорой медицинской помощи в расчете на 1 человека в год;
- число пациенто-дней лечения в дневном стационаре в расчете на 1 человека в год.

При установлении норматива необходимо учесть уровень и структуру заболеваемости населения в области, а также изменение технологий оказания медицинской помощи: внедрение стационарозамещающих технологий лечения, необходимость усиления профилактической работы и др. Нормативы объемов медицинской помощи также ежегодно утверждаются постановлением Правительства Российской Федерации. С учетом всех вышеизложенных факторов фактические и планируемые объемы медицинской помощи и планируемые нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для Томской области на 2011-2012 гг. представлены в табл. 22, 23. В Томской области в планах на 2011 и 2012 год акцент сделан в пользу увеличения объемов амбулаторно-поликлинической помощи и снижения объемов стационарной помощи.

**Таблица 22**

**Нормативы объемов и стоимости медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий Томской области**

<b>Виды медицинской помощи</b>	<b>На 1 чел. в год</b>	<b>2009 год (факт)</b>	<b>2010 год (утверждено)</b>	<b>2011 год (прогноз)</b>	<b>2012 год (прогноз)</b>
По ТПГГ для скорой медицинской помощи	вызовы	0,380	0,343	0,338	0,330
для скорой медицинской помощи	руб.	463,900	480.100	519,900	550,700
для амбулаторной медицинской помощи	посещения	7,760	9,211	9,395	9,825
для амбулаторной медицинской помощи	руб.	1 641,400	1 777,500	1 862,700	2130,000

в т.ч. неотложной медицинской помощи	посещения	0	0	0,030	0,080
для стационарной медицинской помощи	койко-дни	2,642	2,825	2,640	2,564
для стационарной медицинской помощи	руб.	3 004,900	3 160,600	3615,90	3898,9
для медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров	пациенто-дни	0,552	0,635	0,661	0,697
для медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров	руб.	173,100	226,600	209,500	223,700
из них по ОМС:					
для амбулаторной медицинской помощи	посещения	7,042	8,393	8,457	8,821
для амбулаторной медицинской помощи	руб.	1 305,900	1 518,900	1 534,600	1 467,300
в т.ч. неотложной медицинской помощи	посещения	0	0	0,030	0,080
для стационарной медицинской помощи	койко-дни	1,879	2,103	1,964	1,932
для стационарной медицинской помощи	руб.	2 394,100	2 620,400	3 252,200	3 838,700
для медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров	пациенто-дни	0,433	0,516	0,518	0,522
для медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров	руб.	141,000	188,400	178,700	179,700

Таблица 23

**Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий Томской области**

<b>Виды медицинской помощи</b>	<b>2009 год (факт)</b>	<b>2010 год (утверждено)</b>	<b>2011 год (прогноз)</b>	<b>2012 год (прогноз)</b>
по ТППГ на 1 вызов скорой медицинской помощи	1 220,79	1 399,70	1 538,20	1 669,00
на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений	211,52	193,6	198,30	216,80
на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров	313,53	356,00	316,90	320,90
на 1 койко-день в больничных и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях	1 137,36	1111,40	1 369,70	1 520,63
из них по ОМС:				
на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений	185,44	181,00	181,46	166,34
на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров	325,64	365,2	344,98	344,25
на 1 койко-день в больничных и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях	1 274,14	1 242,2	1 655,91	1 986,9

С учетом нормативов объемов стационарной медицинской помощи по Российской Федерации, рекомендуемых МЗ и СР РФ, а также коррекции этих нормативов в Томской области с учетом демографической структуры населения, плотности населения территории, транспортной доступности, заболеваемости по оценке главных специалистов ДЗТО



составлены нормативы потребности в коечном фонде для Томской области на 2012 год (табл. 24). Эти нормативы также учитывают оптимальную занятость коек по профилям.

**Таблица 24**

**Нормативы потребности в коечном фонде здравоохранения Томской области с учетом корректирующих коэффициентов и оптимальной занятости койки**

Профиль койки	Число больничных коек*		Нормативная занятость койки в году, дней	Планируемое количество коек в 2012 году по профилям*		
	взрослые	дети	всего	всего	взрослые	дети
Кардиологические	1,56	1,04	336	155	135	20
Ревматологические	0,52		338	45	45	
Гастроэнтерологические	0,75	3,13	335	125	65	60
Пульмонологические	1,02		335	88	88	
Эндокринологические	0,46	1,56	336	70	40	30
Нефрологические	0,58	1,56	333	80	50	30
Гематологические	0,81		338	70	70	
Аллергологические	0,02	2,61	335	52	2	50
Педиатрические		27,77	326	533		533
Терапевтические	10,87		332	938	938	
Травматологическая и ортопедия	2,43	2,61	332	260	210	50
Урологические	1,53	1,56	329	162	132	30
Нейрохирургические	1,21	1,04	331	124	104	20
Стоматология	0,35		325	30	30	
Торакальной хирургии	0,35		339	30	30	
Проктологические	0,41		335	35	35	
Сосудистой хирургии	0,52		335	45	45	

Хирургические	8,88	1,04	327	786	766	20
Онкологические	0,72		337	62	62	
Отоларингологические	0,93	2,34	321	125	80	45
Офтальмологические	1,04		327	90	90	
Неврологические	3,71	1,93	336	357	320	37
Дерматовенерологические	0,93		334	80	80	
Инфекционные	3,64	8,81	273	483	314	169
Акушерство и гинекология	9,0		278	948	948	
Психиатрические	12,17	4,95	348	1145	1050	95
Наркологические	2,39		338	206	206	
Фтизиатрические	4,65	6,51	338	526	401	125
<b>ВСЕГО</b>	<b>78,99</b>	<b>71,12</b>		<b>8179</b>	<b>6814</b>	<b>1365</b>

**Примечание:** Поправочные коэффициенты рассчитаны с учетом численности населения: дети 0-17 лет - 189304 человек, взрослые 18 лет и старше - 849204 человек (или 18,2% и 81,8% соответственно); \* - на 10 тыс. соответствующего населения с учетом коэффициента 1,05 (взрослые) и 0,83 (дети).

В 2009 году по факту выполнено 7,7 посещений на 1 жителя по программе государственных гарантий оказания медицинской помощи. Учитывая, что фактическое выполнение ниже федерального норматива, разработаны мероприятия, которые позволят увеличить объем посещений. Планируемое значение на 2012 год составляет 9,8 посещений на 1 жителя в год. Увеличение объемов деятельности амбулаторно-поликлинического звена планируется за счет следующих мероприятий:

- развитие сети общих врачебных практик – увеличение посещений на 50 тыс.;
- диспансеризация подростков – увеличение посещений на 200 тыс.;
- при укомплектованности врачей первичного звена (в частности участковой службы) – увеличение посещений на 150 тыс.;
- увеличение укомплектованности узкими специалистами – 200тыс.;
- развитие сети межмуниципальных центров – увеличение посещений на 455тыс.;
- выездные бригады врачей с профилактической целью – увеличение посещений на 175 тыс.;

- деятельность Центров здоровья – увеличение посещений на 20 тыс.;
- объем деятельности доврачебных кабинетов и пунктов неотложной помощи в поликлинике, фельдшеров амбулаторно-поликлинического звена - увеличение посещений на 950 тыс.

## II. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений

### 2.1 Перечень медицинских организаций, планируемых к оказанию медицинской помощи в Томской области

На территории Томска и Томской области 91 учреждение оказывают населению медицинскую помощь, в их числе представлены муниципальные, областные, федеральные и частные структуры, большая часть которых выполняет медицинские услуги в рамках страхового поля системы ОМС (табл. 25).

Таблица 25

#### Перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь на территории Томской области

№ п/п	Наименование учреждения	Источник финансирования				Уровень учреждения
		Средства ОМС	Средства муниципального бюджета	Средства областного бюджета	Средства федерального бюджета	
<b>Муниципальные медицинские учреждения</b>						
1.	МЛПМУ "Городская больница скорой медицинской помощи"	x	x			2
2.	МЛПУ "Больница № 2"	x	x			3
3.	МКЛПМУ "Городская больница №3"	x	x			2
4.	МЛПМУ "Межвузовская больница"	x	x			3
5.	МЛПМУ "Медико-санитарная часть №1"	x	x			2
6.	МЛПУ "Медико-санитарная часть №2"	x	x			2
7.	МЛПУ "Медико-санитарная часть "Строитель"	x	x			1

8.	МЛПУ "Родильный дом №1"	x	x			3
9.	МЛПМУ "Родильный дом №2"	x	x			3
10.	МЛПМУ "Родильный дом им. Н.А. Семашко"	x	x			3
11.	МЛПМУ "Родильный дом №4"	x	x			3
12.	МЛПУ "Детская больница №1"	x	x			3
13.	МЛПМУ "Детская городская больница №2"	x	x			3
14.	МЛПУ "Детская поликлиника №3"	x	x			3
15.	МЛПМУ "Детская городская больница №4"	x	x			2
16.	МЛПУ "Детская инфекционная больница им. Г.Е. Сибирцева"	x	x			2
17.	МЛПМУ "Поликлиника №1"	x	x			3
18.	МЛПМУ "Поликлиника №3"	x	x			3
19.	МЛПУ "Поликлиника №4"	x	x			3
20.	МЛПМУ "Поликлиника №6"	x	x			3
21.	МЛПУ "Поликлиника №8"	x	x			3
22.	МЛПМУ "Поликлиника №10"	x	x			3
23.	Поликлиника ТНЦ СО РАН	x	x			3
24.	МЛПУ "Стоматологическая поликлиника №1"	x	x			3
25.	МЛПУ "Стоматологическая поликлиника №2"	x	x			3
26.	МЛПУ "Стоматологическая поликлиника №3"	x	x			3
27.	МЛПУ "Детская стоматологическая поликлиника №1"	x	x			3
28.	МЛПМУ "Детская стоматологическая поликлиника №2"	x	x			3
29.	МУЗ "Александровская ЦРБ"	x	x			3,5
30.	МУЗ Асиновская ЦРБ	x	x			2
31.	МУЗ Бакчарская ЦРБ	x	x			3,5
32.	МУЗ "Верхнекетская ЦРБ"	x	x			3
33.	МУЗ "Зырянская ЦРБ"	x	x			3,5
34.	МУЗ "Каргасокская ЦРБ"	x	x			3,5
35.	МУЗ Кожевниковская ЦРБ	x	x			3,5
36.	МУЗ "Колпашевская ЦРБ"	x	x			2
37.	МУЗ "Кривошеинская ЦРБ"	x	x			3,5
38.	МУЗ "Молчановская ЦРБ"	x	x			3,5
39.	МУ «Парабельская ЦРБ»	x	x			3,5
40.	МУЗ "Первомайская ЦРБ"	x	x			3,5
41.	МУЗ "Тегульдетская ЦРБ"	x	x			4,5
42.	МУЗ "Томская ЦРБ"	x	x			3
43.	МУЗ "Октябрьская РБ №2"	x	x			3,5
44.	МУЗ "Лоскутовская ЦРП"	x	x			4
45.	МУЗ "Светленская РБ №1"	x	x			3
46.	МУЗ "Моряковская УБ"	x				4,5
47.	МУЗ "Чаинская ЦРБ"	x	x			3,5
48.	МУЗ "Шегарская ЦРБ"	x	x			3,5
49.	МУЗ "Городская больница" ( г.Стрежевой)	x	x			2

50.	МУЗ МСЧ г. Кедрового	x	x			4
51.	МЛПУ Детский центр восстановительного лечения		x			2
52.	МЛПУ ЗОТ «Центр медицинской профилактики»		x			4
53.	МЛПМУ "Станция скорой медицинской помощи"		x			2
54.	МЛПУ «Специализированный дом ребенка для детей с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики»		x			2
<b>Областные медицинские учреждения</b>						
55.	ОГУЗ Томская областная клиническая больница	x		x		1
56.	ОГУЗ "Областная детская больница"	x		x		2
57.	ОГУЗ "Стоматологическая поликлиника"	x		x		2
58.	ОГУЗ "Томский областной онкологический диспансер"			x		2
59.	ОГУЗ "Томский областной кожно-венерологический диспансер"			x		2
60.	ОГУЗ "Томская клиническая психиатрическая больница"			x		2
61.	ОГУЗ "Томский областной наркологический диспансер"			x		2
62.	ОГУЗ "Томская областная клиническая туберкулезная больница"			x		2
63.	ОГУЗ "Томский областной противотуберкулезный диспансер"			x		2
64.	ОГУЗ "Областная детская туберкулезная больница"			x		2
65.	ОГУЗ "Врачебно-физкультурный диспансер"			x		2
66.	ОГУЗ "Томский областной дом ребенка, специализированный для детей с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики"			x		2
67.	ОГУЗ "Томский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями"			x		2
68.	ОГУЗ "Томская областная станция переливания крови"			x		2
69.	ОГУЗ "Бюро судебно-медицинской экспертизы Томской области"			x		2
70.	ОГУЗ "Территориальный центр медицины катастроф"			x		4
71.	ОГУЗ "Бюро медицинской статистики"			x		3
72.	ОГУЗ "Патологоанатомическое бюро"			x		2
73.	ОГУЗ «Областной перинатальный центр» (с 2012 года)	x				1
<b>Федеральные медицинские учреждения</b>						

74.	Филиал №2-Томская больница ФГУ "СОМЦ ФМБА России"	x			x	3
75.	ФГУЗ Клиническая больница №81 ФМБА России	x			x	1
76.	ГУ НИИ кардиологии СО РАМН	x			x	1
77.	НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ Росздрава	x			x	1
78.	АНО "НИИ микрохирургии ТНЦ СО РАМН"	x			x	1
79.	ФГУЗ "МСЧ УВД Томской области"	x			x	
80.	Клиники ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава	x			x	1
81.	Клиники ГОУ ВПО «Томский Военно-медицинский институт»	x			x	2
82.	НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии СО РАМН	x			x	1
83.	ТФ «ФГУ РНЦ "ВТО" имени академика Г.А. Илизарова "Росмедтехнологий"	x			x	
84.	Учреждение РАМН НИИ медицинской генетики СО РАМН				x	1
85.	Учреждение РАМН НИИ психического здоровья СО РАМН				x	1
86.	ФГУ «Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России»				x	1
87.	ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН				x	1
88.	ГУ НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН				x	1
<b>Медицинские учреждения частной и иной формы собственности</b>						
89.	ООО "Частная клиника № 1"	x				2
90.	ООО "Клиника эндоскопической и эстетической хирургии"	x				2
91.	ООО "Мадез"	x				2
92.	ЗАО "Центр семейной медицины"	x				3
93.	ООО Медико-санитарная часть №3	x				3
94.	ООО "Медстар-сервис"	x				2
95.	ООО "МАДЖ" (г. Северск)	x				2
96.	НУЗ "Узловая поликлиника на ст. Томск-2 ОАО "РЖД"	x				3

## 2.2 Мероприятия по завершению строительства учреждений здравоохранения, текущий и капитальный ремонт

В рамках реализации данной программы планируется завершение строительства, а также капитальные и текущие ремонты учреждений здравоохранения. При составлении программы Департаментом здравоохранения Томской области проведены общественная и правовая оценка состояния учреждений здравоохранения. При этом в программу включены

ны только те учреждения, которые имеют максимальное значение для системы здравоохранения Томской области.

#### **Объекты, нуждающиеся в завершении строительства**

1. Завершение строительства инфекционного корпуса МЛПУ "Детская инфекционная больница им. Г.Е. Сибирцева", находящегося в высокой степени готовности, позволит сосредоточить всю медицинскую помощь по данному профилю, как для взрослых, так и для детей, в одном специализированном центре, что положительно скажется на качестве оказываемой помощи.

#### **Объекты, нуждающиеся в проведении капитального ремонта**

1. Капитальный ремонт ОГУЗ «Томская областная клиническая больница» позволит улучшить условия пребывания и качество оказания специализированной медицинской помощи населению Томской области.
2. Капитальный ремонт роддома г. Томска (МЛПМУ «Родильный дом №4») позволит улучшить условия пребывания на стационарном лечении в данных учреждениях и качество оказания акушерско-гинекологической помощи населению г. Томска.
3. Капитальный ремонт лечебного корпуса и поликлинического отделения №2 детской больницы (МЛПМУ «Детская больница №1»), позволит улучшить условия пребывания на стационарном лечении и при амбулаторно-поликлиническом обслуживании в данных учреждениях и качество оказания педиатрической помощи населению г. Томска.
4. Капитальный ремонт 10 районных больниц (МУЗ «Асиновская ЦРБ, МУЗ «Зырянская ЦРБ», МУЗ «Каргасокская ЦРБ», МУЗ «Кожевниковская ЦРБ», МУЗ «Колпашевская ЦРБ», МУЗ «Молчановская ЦРБ», МУЗ «Парабельская ЦРБ», МУЗ «Томская ЦРБ», МУЗ «Шегарская ЦРБ», МУЗ «Городская больница г. Стрежевой») позволит улучшить условия пребывания в данных учреждениях и качество оказания первичной медицинской помощи сельскому населению Томской области.
5. Капитальный ремонт ОГУЗ "Томская областная клиническая туберкулезная больница", ОГУЗ "Областная детская туберкулезная больница", ОГУЗ "Томская областная клиническая психиатрическая больница" и ОГУЗ «Томская областная станция переливания крови» позволит улучшить условия пребывания при оказании специализированной помощи населению Томской области и будет выполнен за счет средств бюджета Томской области.

#### **Объекты, нуждающиеся в проведении текущего ремонта**

1. Текущий ремонт 6 районных больниц (МУЗ «Бакчарская ЦРБ», МУЗ «Верхнекетская ЦРБ», МУЗ «Каргасокская ЦРБ», МУЗ «Кожевниковская ЦРБ», МУЗ «Молчановская ЦРБ», МУЗ «Городская больница г. Стрежевой») позволит улучшить условия пребывания пациентов, обеспечить безопасность работы учреждения.
2. Текущий ремонт ОГУЗ «Областная детская больница» позволит улучшить условия пребывания в данном учреждении пациентов педиатрического профиля.
3. Текущий ремонт ОГУЗ «Томский областной онкологический диспансер» позволит улучшить условия пребывания в данном учреждении пациентов онкологического профиля.

В течение 2012 года текущий ремонт указанных учреждений будет выполнен за счет средств территориального фонда ОМС и консолидированного бюджета Томской области, полученных в составе тарифа на оплату медицинской помощи. Отдельно необходимо отметить, что проведение мероприятий по завершению строительства и ремонту учреждений здравоохранения Томской области не приведет к увеличению общей коечной мощности региона.

### **2.3 Мероприятия по обеспечению оборудованием медицинских учреждений Томской области**

Основной целью оснащения лечебно-профилактических учреждений медицинским оборудованием является улучшение качества и повышение доступности первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи населению Томской области, повышение эффективности профилактических мероприятий при оказании медицинской помощи.

Организация оптимального соотношения ресурсных потенциалов амбулаторно-поликлинического звена и стационарной помощи, позволит сбалансировать объемы медицинской помощи, сократить потери на содержание неэффективно работающих и нерентабельных медицинских учреждений. При этом замена медицинского оборудования, имеющего значительный процент износа, и оснащение недостающим оборудованием в рамках мероприятий программы модернизации будут осуществляться в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи по приоритетным для населения Томской области, направлениям: акушерство и перинатология, онкология, кардиология, травматология и ортопедия, педиатрия (специализированная).

В первую очередь, в рамках программы модернизации здравоохранения Томской области предполагается оснащение медицинским оборудованием четырех общих лечеб-



ных практик, позволяющих повысить доступность амбулаторно-поликлинической и неотложной медицинской помощи.

Сосредоточение современного диагностического и лечебного оборудования в межмуниципальных медицинских центрах позволит не только обеспечить сельское население специализированными видами медицинской помощи в первичном звене системы здравоохранения, но и повысить доступность медицинской помощи. Медицинское оборудование для межмуниципальных центров в рамках программы модернизации спланировано, исходя из необходимости выполнения стандартов и порядков оказания медицинской помощи, утвержденных МЗ и СР РФ. С целью создания медицинских центров диагностической направленности предполагается приобретение рентгенодиагностических аппаратов, УЗИ аппаратов экспертного класса, лабораторного оборудования, аппаратов суточного мониторинга артериального давления и ЭКГ.

Многопрофильный межмуниципальный центр, расположенный в городской больнице г. Стрежевой, с учетом специфики оказания медицинской помощи населению самого северного и отдаленного от областного центра района, планируется оснастить в соответствии с приоритетными для Александровского района, профилями: акушерство и перинатология, хирургия, травматология. Кроме того, планируется развитие диагностического направления и оснащение диагностическим оборудованием: цифровое рентгенодиагностическое оборудование, УЗИ аппарат экспертного класса.

Многопрофильный межмуниципальный центр, расположенный в МУЗ «Парабельская ЦРБ» планируется оснастить медицинским оборудованием по следующим профилям: акушерство, хирургия, диагностика, урология. Кроме того, предполагается приобретение диагностического оборудования: УЗИ аппарат экспертного класса, оснащение отделения реанимации аппаратами ИВЛ.

Многопрофильный межмуниципальный центр, расположенный в МУЗ «Молчановская ЦРБ», планируется оснастить медицинским оборудованием в соответствии с профилем: акушерство, диагностика, травматология. Диагностическое оборудование необходимо для внедрения в реальную клиническую практику современных методов обследования населения не только в Молчановском районе, но и в других районах области. В первую очередь это цифровой ультразвуковой сканер, аппарат суточного мониторинга АД и ЭКГ, лабораторное оборудование.

Многопрофильный межмуниципальный центр, расположенный в МУЗ «Асиновская ЦРБ» планируется оснастить лечебным и диагностическим медицинским оборудованием по профилям: акушерство, хирургия и диагностика. С этой целью будут приобрете-

ны рентгенодиагностический комплекс с динамическим плоскопанельным детектором, цифровой ультразвуковой сканер, фетальный монитор.

Одним из основных направлений обеспечения ЛПУ медицинским оборудованием является оснащение эндоскопическим оборудованием и наркозно-дыхательной аппаратурой хирургических отделений. Поставка данного оборудования предполагается не только в многопрофильных центрах но и монопрофильном центре с развитием хирургического направления в МУЗ «Кривошеинская ЦРБ». Широкое применение эндоскопических методов доступа при хирургических вмешательствах позволит улучшить результаты лечения, снизить сроки длительности лечения, уменьшить вероятность развития рецидивов заболевания и риск развития осложнений, а также число неблагоприятных исходов лечебно-диагностического процесса.

Обеспечение населения Томской области необходимыми исследованиями в соответствии с требованиями стандартов оказания медицинской помощи, включая использование магнитно-резонансных томографов, компьютерных томографов, рентгенодиагностических аппаратов, является одной из задач по оснащению дорогостоящим высокотехнологичным медицинским оборудованием. В настоящее время в муниципальных и областных государственных медицинских учреждениях Томской области отсутствует подобное оборудование, что обуславливает необходимость приобретения магнитно-резонансного томографа и его размещением в ОГУЗ «Томская областная клиническая больница». Приобретение указанной диагностической аппаратуры позволит частично удовлетворить потребность населения г. Томска и Томской области в данном виде исследований.

Кроме того, существует потребность для Томской области в оснащении компьютерными томографами. В настоящее время единственный имеющийся в учреждениях здравоохранения муниципального и областного подчинения компьютерный томограф установлен в ОГУЗ «Томская областная клиническая больница», имеет значительный износ и требует замены. Планируется приобретение рентгеновского компьютерного томографа в МКЛПМУ "Городская больница №3".

Обращает внимание недостаточное оснащение муниципальных и областных государственных медицинских учреждений цифровым рентгенодиагностическим оборудованием. Большинство из имеющихся в учреждениях здравоохранения аппаратов имеют высокий процент износа и требуют замены. В этой связи планируется приобретение 14 цифровых рентгенодиагностических установок. В условиях развития телемедицинских технологий оснащение данным видом оборудования является наиболее значимым.

Обеспечение медицинским оборудованием ключевых областных многопрофильных больниц – ОГУЗ «Томская областная клиническая больница» и ОГУЗ "Областная детская больница", оказывающих медицинскую помощь всему населению Томской области, позволит расширить спектр высокотехнологичных и малотравматичных вмешательств, сократить время постановки диагноза и сроки лечения. Это, в конечном итоге, не только приведет к повышению качества оказания медицинской помощи, но и окажет существенное влияние на показатели заболеваемости и смертности населения Томской области. Развитие детского диагностического центра на базе ОГУЗ «Областная детская больница» позволит централизовать специализированную медицинскую помощь и диагностические услуги детскому населению г. Томска и Томской области.

Оснащение медицинским оборудованием в рамках программы модернизации позволит не только выполнять утвержденные стандарты оказания медицинской помощи, но и более широко внедрять современные методы диагностики и лечения на территории Томской области.

#### **2.4 Мероприятия по укреплению первичного звена системы здравоохранения Томской области**

Развитие первичного звена системы здравоохранения, а вместе с тем и первичной медико-санитарной помощи в Томской области, является ключевым направлением работы органов управления здравоохранением субъекта и муниципалитетов. В рамках Приоритетного национального проекта "Здоровье" за счет средств, предусмотренных на развитие первичного звена системы здравоохранения в течение четырех лет, обучено 418 врачей, при этом из них 74 доктора по специальности общая врачебная практика (семейная медицина), 206 участковых терапевтов и 138 участковых педиатров. Продолжаются денежные выплаты медицинским работникам первичного звена здравоохранения, медицинскому персоналу ФАПов и скорой медицинской помощи за счет средств федерального бюджета и системы обязательного медицинского страхования (медицинскому персоналу частных и ведомственных учреждений здравоохранения, участвующим в оказании первичной медико-санитарной помощи, а также медицинским сотрудникам муниципальных учреждений здравоохранения, работающим на малокомплектных участках). Повышение уровня оплаты труда медицинских работников первичного звена здравоохранения стало ключевым инструментом повышения мотивации медицинских работников в процессе трудовой деятельности. Благодаря совершенствованию оснащенности диагностическим оборудованием лечебно-профилактических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную

помощь населению, сократилось время ожидания диагностических исследований. Сегодня есть все основания говорить о более эффективном лечении заболеваний, а также своевременной диагностике на ранних стадиях процесса.

### **Развитие ОВП и ФАП в Томске и Томской области**

Количество ФАПов, являющихся первичным звеном в системе сельского здравоохранения, на текущий момент составляет 305 единиц. В то же время на территории Томской области идет развитие общих врачебных практик, число которых в 2010 году увеличилось до 87. В рамках программы модернизации Томской области при наличии необходимого финансирования до конца 2012 года на открытие 3 ОВП необходимо затратить около 9 млн. рублей (расходы на текущий и капитальный ремонт помещений, оснащение медицинским оборудованием и необходимым инструментарием, приобретение транспорта и прочее). Данные общие врачебные практики будут располагаться в Кривошеинском и Парабельском районах Томской области. Открытие новых ОВП в районах, позволит расширить географию обслуживания и приблизить первичную медико-санитарную помощь к пациенту, что особенно актуально для территорий с низкой плотностью населения (плотность жителей в Томской области 3,3 человека/км<sup>2</sup>).

### **Формирование мобильных бригад**

Учитывая низкую плотность населения, дефицит врачей–специалистов в большинстве ЦРБ Томской области в рамках программы модернизации планируется развитие мобильных бригад первичной специализированной помощи, которые будут закреплены за ОГУЗ «Томская областная клиническая больница» (2 бригады – 2 автомобиля), ОГУЗ «Областная детская больница» (1 бригада – 1 автомобиль), а также за многопрофильными межмуниципальными медицинскими центрами (4 бригады – 4 автомобиля). В состав мобильных бригад ОГУЗ «Томская областная клиническая больница» будут включены специалисты: кардиолог, онколог, гастроэнтеролог, офтальмолог, невролог, врач УЗИ - диагностики, оториноларинголог; при этом такие бригады будут оснащены: эндоскопом для проведения фиброгастродуоденоскопии, портативным аппаратом для исследования внутренних органов, портативным электрокардиографом, набором ЛОР инструментов, набором необходимых медикаментов для неотложной помощи. Детская бригада (ОГУЗ «Областная детская больница») будет укомплектована такими специалистами как: кардиолог, гастроэнтеролог, офтальмолог, невролог, врач УЗИ - диагностики, оториноларинголог,

детский хирург, при этом оснащение для детской бригады будет включать: эндоскоп для проведения фиброгастроуденоскопии, портативный аппарат для исследования внутренних органов, портативный электрокардиограф, набор ЛОР инструментов, набор необходимых медикаментов для неотложной помощи. В состав мобильных бригад межмуниципальных медицинских центров будут входить терапевт, педиатр, онколог, кардиолог и невролог. Бригады будут оснащены портативным электрокардиографом, набором необходимых медикаментов для неотложной помощи. Кадровый состав и оснащение мобильных бригад обусловлены потребностью населения районов Томской области, а также продиктованы необходимостью приближения данных видов первичной специализированной медицинской помощи к сельскому населению территории, что позволит добиться как выполнения стандартов оказания медицинской помощи, так и итогового снижения заболеваемости и смертности по профильной патологии.

Учитывая некоторый опыт работы в данном направлении, а также сложившиеся потребности населения в первичной специализированной помощи деятельность мобильных бригад будет осуществляться по утверждённым Департаментом здравоохранения графикам движения, сформированным отдельно для каждого района Томской области с учётом времени года, погодных условий (наличие зимних переправ, распутица). Такой метод работы позволит максимально приблизить специализированную медицинскую помощь в отдалённые районы Томской области.

### **Развитие первичной специализированной помощи**

Особое внимание стоит обратить на оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений Томской области. На сегодняшний день техническое оснащение лишь 70% учреждений способны выполнять отраслевые стандарты, не прибегая к увеличению объёма внешних (заказываемых в другом учреждении) услуг. Несмотря на это оптимизация потоков пациентов позволяет оказывать медицинскую помощь всему населению в необходимом объёме.

В последние годы свое развитие получило и такое направление медицинской помощи, как неотложная амбулаторная помощь. Данный вид представляет собой синтез двух услуг: скорой помощи и травматологического пункта. За такой помощью может обратиться любой человек, который имеет внезапное острое заболевание, состояние, обострение хронических заболеваний, не опасное для жизни и не требующее экстренной медицинской помощи.

Неотложную амбулаторную помощь в Томской области частично оказывают поликлиники г. Томска и центральные районные больницы, оснащенные необходимым, в том числе диагностическим оборудованием. В рамках программы модернизации планируется открытие отделений и кабинетов неотложной помощи во всех поликлиниках г. Томска (3 учреждения, оказывающие помощь детям и 11 учреждений – взрослым), а также укомплектовать все ЦРБ Томской области (18 учреждений) для оказания данного вида медицинской помощи.

С этой целью кабинеты (отделения) неотложной помощи предполагается оснастить трехканальным электрокардиографом, компрессорным ингалятором (небулайзером) и портативным глюкометром. Также в оснащение кабинета будет входить укладка врача неотложной медицинской помощи, включающая в себя как препараты, так и расходные материалы, необходимые для оказания неотложной помощи. Кроме того, за каждым кабинетом (отделением) планируется закрепить автомобиль с целью сокращения времени ожидания населением необходимой помощи.

В рамках программы модернизации здравоохранения Томской области планируется развитие амбулаторной онкологической службы (открытие онкокабинетов) в каждой поликлинике г. Томска и поликлиниках межмуниципальных центров Томской области (в соответствии с приказом МЗ и СР РФ от 03.12.2009, № 944н). Кроме того, планируется обеспечить межмуниципальные медицинские центры следующим оборудованием: рентгеновские комплексы, маммографы, УЗИ-аппараты. Данные мероприятия позволят проводить скрининг по онкологической патологии среди жителей, прикрепленных к лечебному учреждению, оказывать своевременную помощь, осуществлять наблюдение и реабилитацию (выполнение рекомендаций врачей после проведения оперативного и других видов лечения) онкобольных. Более того, наличие онкокабинетов в амбулаторном звене позволит сформировать кластерный подход к организации онкологической службы в Томской области за счёт закрепления механизмов функционального взаимодействия всех учреждений медицинской сети, оказывающих данный вид медицинской помощи (от онкокабинета поликлиники ЦРБ до НИИ Онкологии СО РАМН).

Учитывая развитие медицинских технологий, в рамках программы модернизации здравоохранения планируется усиление амбулаторной хирургии, что позволит сократить срок госпитализации пациентов в хирургических отделениях стационаров, сформировать мероприятия полноценного этапа долечивания и реабилитации таких пациентов в амбулаторном звене. Подобные центры амбулаторной хирургии планируется развивать на базе учреждений г. Томска (2 учреждения) и в межмуниципальных лечебно–диагностических центрах Томской области. При этом предполагается оснащение кабинетов лазерным аппа-

ратом для резекции и коагуляции, ручным дыхательным аппаратом, хирургическим отсасывателем, криодеструктором, негатоскопом и детским ректоскопом.

Кроме указанных мероприятий, одним из приоритетных направлений является развитие амбулаторной кардиологической и неврологической помощи, что связано с необходимостью раннего выявления, назначением своевременной адекватной терапии заболеваний, формированием профилактических мероприятий, являющихся основными в структуре смертности жителей Томской области.

Таким образом, развитие неотложной амбулаторной помощи, службы мобильных бригад, увеличение числа ФАПов и ОВП, формирование кластерного подхода в организации онкологической службы, усиление амбулаторной хирургии, кардиологии и неврологии позволит максимально увеличить доступность медицинской помощи, сократить потребность в скорой медицинской помощи, а также оптимизировать коечный фонд в стационарах Томска и районах Томской области.

## **2.5 Развитие межмуниципальных специализированных медицинских центров в Томской области**

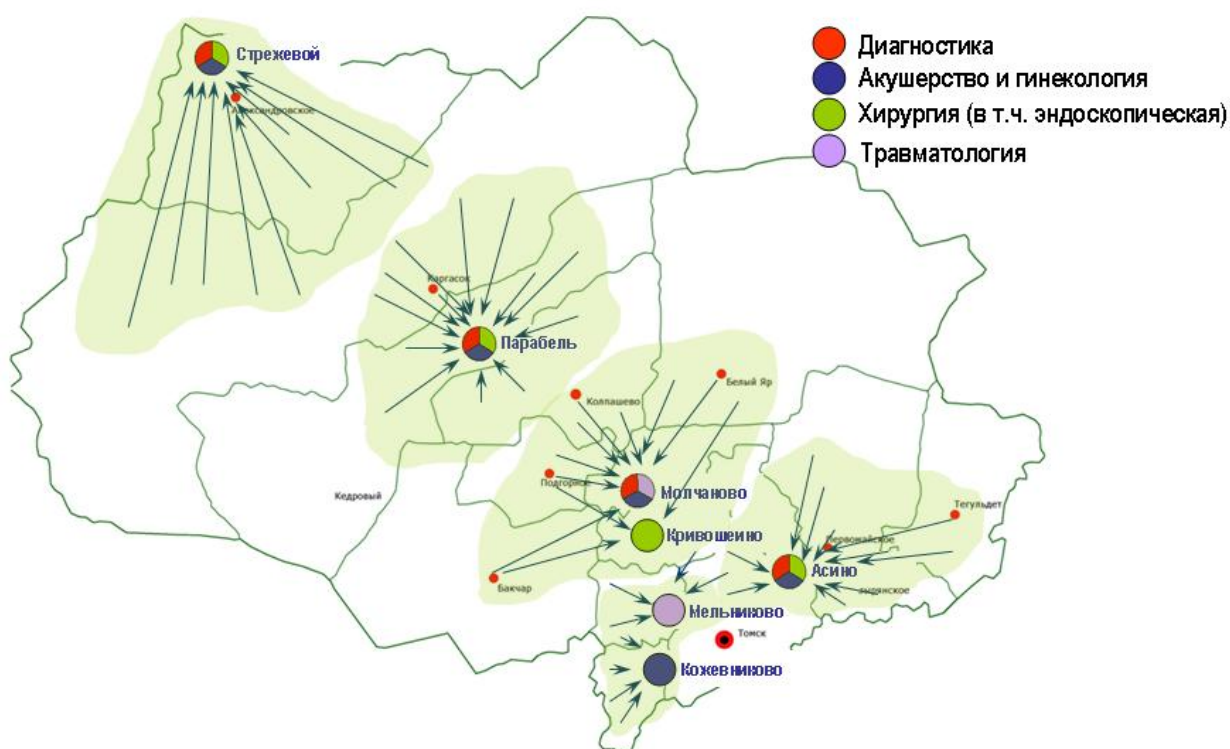
Большое значение в модернизации системы здравоохранения Томской области отводится развитию межмуниципальных специализированных медицинских центров. Учитывая потребность населения районов Томской области, сформировавшиеся потоки пациентов, особенности расположения ЦРБ, сети транспортной доступности, наличие врачей-специалистов и мощность учреждений здравоохранения, в рамках региональной программы модернизации планируется создание четырёх многопрофильных и трех монопрофильных специализированных межмуниципальных центров (рис. 3, табл. 26).

### **Многопрофильные межмуниципальные медицинские центры**

- 1. Межмуниципальный медицинский центр г. Стрежевой** будет оказывать специализированную медицинскую помощь населению Александровского района и северо-западной части Каргасокского района по следующим профилям: акушерство, хирургия, травматология, диагностика. При этом планируется передача части объемов стационарной и амбулаторной (кардиология, неврология, онкология, функциональная диагностика) помощи из центральных больниц указанных районов в городскую больницу г. Стрежевой.
- 2. Межмуниципальный медицинский центр с. Парабель** будет оказывать специализированную медицинскую помощь населению Парабельского, Каргасокского,

Колпашевского районов по следующим профилям: акушерство, хирургия, диагностика. При этом планируется передача части объемов стационарной и амбулаторной (кардиология, неврология, онкология, функциональная диагностика) помощи из центральных больниц указанных районов в ЦРБ с. Парабель.

3. **Межмуниципальный медицинский центр с. Молчаново** будет оказывать специализированную медицинскую помощь населению Молчановского, Верхнекетского, Колпашевского, Чаинского и Кривошеинского районов по следующим профилям: акушерство, диагностика, травматология. При этом планируется передача части объемов стационарной и амбулаторной (кардиология, неврология, онкология, функциональная диагностика) помощи из центральных больниц указанных районов в ЦРБ с. Молчаново.
4. **Межмуниципальный медицинский центр г. Асино** будет оказывать специализированную медицинскую помощь населению Асиновского, Первомайского, Зырянского и Тегульдетского районов по следующими профилям: акушерство, хирургия, диагностика. При этом планируется передача части объемов стационарной и амбулаторной (кардиология, неврология, онкология, функциональная диагностика) помощи из центральных больниц указанных районов в ЦРБ г. Асино.



**Рис. 3. Дислокация межмуниципальных центров Томской области**

### **Монопрофильные межмуниципальные медицинские центры**



**Межмуниципальный медицинский центр с. Кожевниково** будет оказывать специализированную медицинскую помощь населению Кожевниковского и Шегарского районов с передачей части коек и объемов стационарной помощи по профилю «акушерство» в ЦРБ с. Кожевниково.

**Межмуниципальный медицинский центр с. Кривошеино** будет оказывать специализированную медицинскую помощь населению Кривошеинского, Молчановского, и Чаинского районов по профилю «хирургия» с передачей части коек и объемов стационарной помощи по профилю «хирургия» в ЦРБ с. Кривошеино.

**Межмуниципальный медицинский центр с. Мельниково** будет оказывать специализированную медицинскую помощь населению Шегарского, Кривошеинского, Молчановского и Кожевниковского районов по профилю «травматология», что связано с повышенным количеством аварийно-опасных участков на дорогах и максимально высоким количеством ДТП, как в самом районе, так и на прилегающих территориях.

На базе всех планируемых межмуниципальных медицинских центров будут размещаться кабинеты неотложной помощи и онкологические кабинеты, планируется усиление амбулаторной хирургической помощи. Кроме того, межмуниципальные медицинские центры будут укомплектованы мобильными бригадами, в состав которых будут входить терапевт, педиатр, онколог, кардиолог и невролог. Бригады будут оснащены портативным электрокардиографом, набором необходимых медикаментов для неотложной помощи.

**Таблица 26**

**Профили оказываемой медицинской помощи и зоны обслуживания межмуниципальных медицинских центров Томской области**

<b>Межмуниципальный медицинский центр</b>	<b>Имеющиеся профили медицинской помощи</b>	<b>Профили, которые планируется развивать в рамках создания центра</b>	<b>Территория обслуживания</b>
МУЗ «Асиновская ЦРБ»	Терапия Кардиология Педиатрия Хирургия Травматология-ортопедия Инфекционные болезни Акушерство	Акушерство Хирургия Диагностика	Асиновский, Первомайский, Зырянский и Тегульдетский

	Гинекология Неврология Диагностика		
МУЗ «Молчановская ЦРБ»	Терапия Педиатрия Хирургия Инфекционные болезни Акушерство Гинекология Диагностика	Акушерство Диагностика Травматология	Молчановский, Верхнекетский, Колпашевский, Чаинский и Кривошеинский
МУЗ «Городская больница», г. Стрежевой	Терапия, Кардиология Педиатрия Хирургия Инфекционные болезни Акушерство Гинекология Неврология Психиатрия Наркология Диагностика	Акушерство Хирургия Травматология Диагностика	Александровский и северо-западная часть Каргасокского, территориальные образования Тюменской области и ХМАО
МУЗ «Парабельская ЦРБ»	Терапия Педиатрия Хирургия Инфекционные болезни Акушерство Гинекология Неврология Диагностика	Акушерство Хирургия Диагностика	Парабельский, Каргасокский, Колпашевский
МУЗ «Кривошеинская ЦРБ»	Терапия Педиатрия Хирургия Инфекционные болезни Акушерство Гинекология Диагностика	Хирургия	Кривошеинский, Молчановский, и Чаинский районы
МУЗ «Шегарская ЦРБ»	Терапия Педиатрия Хирургия Инфекционные болезни Акушерство Гинекология Диагностика	Травматология	Шегарский, Кривошеинский, Молчановский и Кожевниковский
МУЗ «Кожевниковская ЦРБ»	Терапия Педиатрия Хирургия Инфекционные болезни Акушерство Гинекология Диагностика	Акушерство	Кожевниковский и Шегарский

Открытие таких центров позволит оказывать комплекс медицинских услуг в одном месте с применением необходимого оборудования, что приведёт к повышению удовлетворённости населения медицинской помощи, оптимизации коечного фонда учреждений здравоохранения в близко расположенных к межмуниципальному центру районах Томской области, повысит эффективность работы амбулаторной службы.

В перспективе (к 2012 году) планируется повышение тарифов на стационарную помощь, оказываемую в межмуниципальных медицинских центрах, с учетом расширения спектра услуг за счет приобретения современного оборудования, необходимого для оказания медицинской помощи.

## **2.6 Развитие службы охраны материнства и детства**

Существующий уровень рождаемости в Томской области не обеспечивает воспроизводства населения, показатели младенческой и материнской смертности остаются высокими по сравнению с Российской Федерацией и Сибирским федеральным округом. Так, в 2009 году младенческая смертность составила 10,4 на 1000 родившихся живыми, за 10 месяцев 2010 года – 6,4 на 1000 родившихся живыми. С введением в 2012 году критериев живорожденности, рекомендованных ВОЗ (регистрация ранних преждевременных родов с 22 недель гестации при массе тела плода от 500 грамм), показатель младенческой смертности и число детей, нуждающихся в интенсивной терапии, возрастет. Данное обстоятельство учтено при формировании целевого индикатора по младенческой смертности: прогнозный показатель по Томской области в 2012 году – 8,5 на 1000 родившихся живыми.

В структуре смертности детей первого года наибольшее значение имеют состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные пороки развития. Ухудшение здоровья детей в значительной степени определяется неблагополучием в состоянии здоровья матерей. Так, экстрагенитальные заболевания отмечаются у 75% матерей, около 60% родов протекают с различными осложнениями, что определяет рождение детей с патологией, в первую очередь со стороны центральной нервной системы. В дальнейшем эта группа детей требует длительного проведения реабилитационных мероприятий.

В настоящее время, учитывая недостаточное финансирование службы охраны здоровья матери и ребёнка, дефицит неонатологических отделений, отделений реанимации и интенсивной терапии для новорожденных актуальным является реализация комплекса мер, направленных на снижение материнской и младенческой смертности, внедрение специализированной помощи новорожденным с экстремально низкой массой тела, вспомогательных репродуктивных и реабилитационных технологий.

### **Развитие перинатальной и акушерской помощи**

Развитие перинатальной службы предполагает наличие медицинских учреждений, обеспечивающих уход за матерями и новорожденными на всех уровнях. В учреждениях здравоохранения периферийного уровня оказание экстренной помощи женщинам и детям

должно быть обеспечено в рамках деятельности отделений реанимации и интенсивной терапии путем подготовки специалистов анестезиологов-реаниматологов по специальности «неонатология», в структуре многопрофильных больниц – в отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. Организация деятельности перинатального центра предусматривает работу выездных реанимационных бригад, межрайонных центров – отделений реанимации и интенсивной терапии, в которых будет обеспечена помощь новорожденным. Именно такая многоуровневая структура позволит обеспечить внедрение перинатальных технологий, снижающих риск неблагоприятного исхода беременности и родов, развитие восстановительной медицины в педиатрии.

Главным условием организации единой перинатальной службы является взаимодействие между медицинскими учреждениями всех уровней для обеспечения эффективной и безопасной помощи, маршрутизации пациентов с одного уровня на другой. В рамках деятельности перинатальной службы в Томской области предусмотрена работа выездных бригад в режиме консультативной помощи и в эвакуационном режиме, которые обеспечены специалистами, имеющими специализацию и опыт работы в области неонатологии и анестезиологии-реаниматологии, и техникой (реанимобиль для новорождённых детей, санитарная авиация).

В рамках реализации программы модернизации здравоохранения в Томской области планируется открытие 4-х межрайонных центров, где будут организованы подразделения родовспоможения, имеющие отделения реанимации и интенсивной терапии (которые будут оказывать помощь, в том числе и новорожденным). Работать в этих отделениях будут специалисты, имеющие подготовку по неонатологии и анестезиологии-реаниматологии.

В 2010 году будет завершено строительство областного перинатального центра в г. Томске. Введение в эксплуатацию этого учреждения здравоохранения позволит обеспечить внедрение современных технологий выхаживания новорожденных в критических состояниях, с экстремально низкой массой тела; совершенствовать дистанционные и выездные формы оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным, развивать фетальную и неонатальную хирургию. В области неонатальной хирургии на текущий момент обеспечено направление кардиохирургии на базе Учреждения РАМН НИИ кардиологии РАМН, а также оказание хирургической помощи новорожденным в условиях МЛПМУ «Детская городская больница № 4». Приобретение специализированного оборудования, обучение специалистов за счет средств областного бюджета (2010 год) позволит значительно расширить имеющиеся возможности неонатальной хирургии и обеспечить развитие фетальной хирургии. Организация деятельности перинатального центра позволит повысить интенсивность использования коечного фонда в акушерстве за счет сниже-

ния удельного веса коек для беременных и родильниц в учреждениях родовспоможения 1 группы и увеличения числа коек для ведения патологии беременности. Развитие дистанционных форм оказания медицинской консультативной помощи предполагает использование Skype-технологий (раздел информатизация), при этом консультативные центры будут находиться в ОГУЗ «Областная детская больница» и ОГУЗ «Областной перинатальный центр».

Предупреждение рождения детей с пороками развития имеет существенное значение в улучшении здоровья населения. В Томской области в ноябре 2010 года начата реализация мероприятий по пренатальной диагностике нарушений развития плода в рамках федеральной целевой программы «Пренатальная диагностика», что также позволит снизить показатели младенческой смертности и детской инвалидности.

Большое значение для улучшения показателей рождаемости, сохранения здоровья женщин имеют психологические аспекты организации службы родовспоможения. В Томской области на протяжении нескольких лет в учреждениях родовспоможения г. Томска существует практика партнерских родов, которая будет иметь дальнейшее развитие и будет внедрена в работу областного перинатального и 4-х межрайонных центров. Кроме того, в структуре ОГУЗ Томская областная клиническая больница работает центр планирования семьи и репродукции, а в 4-х женских консультациях г. Томска открыты кабинеты психопрофилактики по подготовке беременных и их семей к родам, оказанию психологической помощи в кризисных ситуациях («кризисная» беременность), профилактике абортов. С открытием областного перинатального центра будет организовано взаимодействие этих подразделений с единым методическим руководством.

Таким образом, с целью развития перинатальной и акушерской помощи в Томской области планируются:

- подготовка специалистов по неонатологии и анестезиологии-реаниматологии для межмуниципальных медицинских центров (в Асиновском, Молчановском, Парабельском, Кожевниковском районах и в г. Стрежевом);
- реализация мероприятий по развитию фетальной и неонатальной хирургии, в т.ч. покупка оборудования (до конца 2010 года за счет средств бюджета Томской области) и привлечение кадров из ведущих НИИ (ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина», ФГУ «НИИ кардиологии СО РАМН»);
- выстраивание функционального взаимодействия лечебных учреждений и маршрутизации пациенток в связи с открытием в 2011 году ОГУЗ «Областной перинатальный центр»;

- перераспределение числа родов в учреждениях 2 и 3 групп с обеспечением количества родов в ОГУЗ «Областной перинатальный центр» до 15% от общего объема в связи с его введением в эксплуатацию с 2011 года;
- открытие центра мониторинга с применением Skype-технологий на базе ОГУЗ «Областной перинатальный центр», что обусловлено низкой плотностью населения и большой территорией региона;
- открытие межтерриториального центра превосходства по пренатальной диагностике на базе НИИ медицинской генетики, функционирующей в рамках системы ОМС;
- развитие службы психологической поддержки беременных в дополнение к уже действующим в женских консультациях (открытие кабинетов психологической поддержки на базе ОГУЗ «Областной перинатальный центр» и в межмуниципальных центрах в Асиновском, Молчановском, Парабельском, Кожевниковском районах и в г. Стрежевом).

### **Развитие специализированной педиатрической помощи**

Специализированная педиатрическая служба в Томской области представлена в основном в муниципальных учреждениях здравоохранения. В плане развития системы здравоохранения Томской области рассматриваются 2 проекта реорганизации областной детской больницы. Первый проект предусматривает объединение ОГУЗ «Областная детская больница», МЛПМУ «Детская городская больница №1» и МЛПМУ «Детская городская больница № 4», второй – строительство нового хирургического корпуса, территориально объединенного с многопрофильным учреждением здравоохранения МЛПУ «Детская городская больница № 1», и ввод его в эксплуатацию к 2015 году. Данное учреждение здравоохранения будет соответствовать 1 уровню оказания медицинской помощи в педиатрии (расчётный коечный фонд – 545 коек). Кроме того, здесь будет организован реабилитационный центр для детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, получавших реанимационную и агрессивную респираторную терапию.

В настоящее время, в условиях отсутствия учреждения здравоохранения 1 уровня педиатрического профиля, специализированная помощь детям оказывается в областных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Так, в ОГУЗ «Областная детская больница» функционируют отделения клинической иммунологии и аллергологии, гастроэнтерологии; в МЛПУ «Детская городская больница № 1» – отделения нефрологии, неврологии, эндокринологии, гастроэнтерологии; в МЛПМУ «Детская городская больница № 2» – отделение кардиоревматологии; в МЛПМУ «Детская городская больница № 4» – отделения

хирургии, травматологии-ортопедии, отоларингологии, анестезиологии и реаниматологии. Также специализированная помощь детям оказывается в ОГУЗ «Томская областная детская туберкулезная больница», МЛПМУ «Детская инфекционная больница им. Г.Е. Сибирцева», МЛПМУ «Детская стоматологическая поликлиника №1», МЛПУ «Детский центр восстановительного лечения». Помощь во всех этих учреждениях здравоохранения получают дети г. Томска и Томской области.

Специализированная детская онкологическая помощь осуществляется в рамках гематологической помощи: в структуре отделения гематологии ОГУЗ ТОКБ выделено 15 коек для лечения детей с гемобластозами. В настоящее время начата процедура лицензирования оказания помощи по детской онкологии (5 коек в составе отделения гематологии ОГУЗ Томская областная клиническая больница). Кроме того, в плане развития системы здравоохранения Томской области предусмотрена реконструкция ОГУЗ «Томский областной онкологический диспансер» с открытием отделения детской онкологии на 10 коек.

Таким образом, с целью развития специализированной педиатрической помощи в Томской области планируются:

- открытие центра мониторинга с применением Skype-технологий на базе ОГУЗ «Областная детская больница», что обусловлено низкой плотностью населения и большой территорией региона;
- создание мультидисциплинарных мобильных бригад на базе ОГУЗ «Областная детская больница» и многопрофильных межмуниципальных центров (в Асиновском, Молчановском, Парабельском районах и г. Стрежевом).

## **2.7 Мероприятия по развитию межтерриториальных медицинских центров превосходства в Томской области**

В рамках деятельности по развитию специализированной медицинской помощи в Томской области планируется создание межтерриториальных центров превосходства. Основная задача указанных центров – обеспечить оказание квалифицированной помощи населению по соответствующим профилям в рамках системы обязательного медицинского страхования, как для жителей Томской области, так и для других территорий Сибирского федерального округа.

Центры превосходства будут осуществлять свою деятельность на базе федеральных учреждений: НИИ кардиологии, АНО «НИИ микрохирургии СО РАМН», НИИ медицинской генетики, НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава. Данные медицинские организации выбраны по принципу текущего участия их в

программе обязательного медицинского страхования, а также в связи с их исключительными возможностями в оказании определенных видов специализированной помощи и сложившихся потоков пациентов из других регионов.

### **Межтерриториальный центр пренатальной и детской кардиологии**

В рамках работы данного центра планируется оказание консультативной кардиологической помощи детям в возрасте от 0 до 17 лет, имеющим пороки развития сердечно-сосудистой системы, а также пациентам с нарушениями сердечного ритма. На базе центра планируется оказание консультативной помощи беременным женщинам в случае наличия порока сердца у плода в рамках системы обязательного медицинского страхования. Открытие такого центра позволит проводить селекцию пациентов в Сибирском федеральном округе для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в области кардиологии и кардиохирургии.

### **Межтерриториальный центр микрохирургии**

В рамках работы данного центра планируется оказание медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования по профилям: отдельные виды хирургической помощи, сосудистая и челюстно-лицевая хирургия – в первую очередь для детей с поражением развития лицевого скелета и мягких тканей.

### **Межтерриториальный центр медицинской генетики**

В рамках работы данного центра планируется консультирование сложных случаев патологии, подтверждающая цитогенетическая, биохимическая и молекулярно-генетическая диагностика сложных и редких случаев наследственных болезней и другие диагностические и генетические исследования в рамках системы обязательного медицинского страхования для формирования реестра пациентов, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи.

### **Межтерриториальный центр гастроэнтерологии**

В рамках работы данного центра планируется оказание специализированной медицинской помощи по абдоминальной хирургии, гастроэнтерологии, колопроктологии, хи-



рургии, эндоскопии и другим видам помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования. Кроме того, предполагается отбор больных, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи по абдоминальной хирургии.

Создание подобных центров не предусматривает масштабного строительства и больших капиталовложений. Осуществление деятельности планируется на уже существующих и успешно функционирующих передовых клинических базах. Развитие межтерриториальных центров превосходства позволит обеспечить доступность специализированной медицинской помощи населению Томской области и регионов Сибирского федерального округа, возможность диагностировать многие заболевания с использованием передового оборудования, частично решит проблему раннего выявления онкологических и других заболеваний. Пациенты смогут получать данный вид помощи бесплатно, в рамках программы обязательного медицинского страхования.

## **2.8 Мероприятия по укреплению материально-технической базы бюджетных учреждений здравоохранения Томской области**

Проблема повышения качества и доступности медицинской помощи населению особенно остро ощущается в специализированных, в том числе высокотехнологичных видах помощи. Дальнейшее тиражирование высоких медицинских технологий невозможно без серьезных финансовых вложений в модернизацию специализированных, медицинских учреждений. Практически во всех из них существуют неотложные проблемы, связанные не только с завершением дооснащения современной медицинской аппаратурой и внедрением новейших технологий, но и с состоянием зданий учреждений здравоохранения.

Обеспечение медицинским оборудованием бюджетных учреждений здравоохранения в настоящее время является недостаточным, значительная часть оборудования требует замены и имеет значительный износ. С учетом специфики помощи, оказываемой бюджетными учреждениями здравоохранения, планируется приобрести медицинское оборудование для ОГУЗ «Областная детская туберкулезная больница» и ОГУЗ «Томская областная клиническая туберкулезная больница», ОГУЗ «Томская областная клиническая психиатрическая больница».

Кроме того, предполагается ремонт ОГУЗ «Областная детская туберкулезная больница», ОГУЗ «Томская областная клиническая туберкулезная больница» и ОГУЗ «Томская областная станция переливания крови».

Приобретение указанного оборудования для бюджетных учреждений, а также ремонты планируются за счет выделенных средств консолидированного бюджета субъекта.

## **2.9 Мероприятия по развитию учреждений паллиативной помощи детям**

Паллиативная помощь - направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни инкурабельных больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли, а также других симптомов, как физических, так и психологических.

Одним из направлений развития паллиативной помощи детям в Томской области является увеличение количества коек пребывания для больных с хроническими прогрессирующими заболеваниями, а также других категорий пациентов, нуждающихся в круглосуточном хосписном уходе.

В настоящее время в составе коечного фонда ОГУЗ «Томский областной дом ребенка, специализированный для детей с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики» выделено 5 коек паллиативной помощи для пациентов данного контингента. Кроме того, паллиативные койки имеются в других учреждениях, подведомственных органам социальной защиты населения. В дальнейшем, при увеличении потребности в данном виде помощи планируется увеличение количества коек данного профиля для детей.

Выделение паллиативных коек позволит оказывать адекватную комплексную медико-социальную помощь населению Томской области. В настоящее время в структуре учреждений здравоохранения Томской области предполагается увеличение фонда социальных коек на 30% в пределах имеющегося коечного фонда (по итогам 2009 года – 166 коек, к 2012 году планируется открыть 216 коек). Данная мера является необходимой вследствие реструктуризации коечного фонда учреждений, а также в целях оптимизации и рационального использования финансовых ресурсов, позволяющих формировать тарифы в соответствии с реальной работой «лечебной» койки.

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

### **3.1 Техническое оснащение учреждений здравоохранения Томской области в рамках мероприятий информатизации отрасли**

Несмотря на то, что большинство областных и муниципальных медицинских учреждений внедрило в свою работу медицинские информационные системы, имеют собст-

венные интернет-сайты (с возможностью для населения задавать интересующие вопросы и узнавать расписание работы специалистов) - техническое оснащение системы здравоохранения является недостаточным.

Во многих лечебных учреждениях большая часть компьютерной техники выработала свой ресурс, имеет устаревшее программное обеспечение. С целью внедрения современных информационных технологий в рамках программы модернизации здравоохранения планируется значительно обновить и дооснастить парк электронно-вычислительной техники, для обеспечения базового уровня оснащенности всех медицинских учреждений здравоохранения из расчета количество врачей (операторов ЭВМ) на одно рабочее место (персональный компьютер). Средняя стоимость одного рабочего места (персонального компьютера) по региону составляет двадцать пять тысяч рублей 00 копеек (25 000,00), которое должно удовлетворять минимальной комплектации состоящей из системного блока, монитора, клавиатуры, манипулятора мыш. Требования по детализации минимальной спецификации приведены в табл. 27.

**Таблица 27**

**Минимальная спецификация для одного рабочего места**

<b>№</b>	<b>Наименование</b>	<b>Характеристики</b>	<b>Ценовая категория, руб.</b>
1	Системный блок		18 500,00
1.1	Материнская плата	1.Гнездо: Socket LGA1156; 2.Видео: встроенное в процессор; 3.Звук: встроенный; 4.Количество разъемов DDR3: не менее 4 шт. 5.Сеть: встроенная; 6.Порты USB 2.0: не менее 6 шт.	3 000,00
1.2	Процессор	1.Производитель: INTEL; 2.Модель: не ниже i5; 3.Частота: не менее 3,33 ГГц; 4.Гнездо: Socket LGA1156.	7 500,00
1.3	Оперативная память	1.Объем: не менее 4 Гб; 2.Частота: не менее 1333 МГц; 3.Тип: DDR3; 4.Стандарт: PC3-10600 (DDR3 1333 МГц).	3 500,00
1.4	Накопитель на жесткий диск	1.Объем: не менее 500 Гб; 2.Интерфейс: SATA-II.	1 500,00
1.5	Устройство для записи	1.Скорости чтения: не ниже DVD-ROM: 16x, CD-ROM:	1 000,00

№	Наименование	Характеристики	Ценовая категория, руб.
		48х; 2.Скорость записи: DVD+R: 24х, DVD+RW: 8х, DVD-R: 24х, DVD-RW: 6х, CD-R: 48х, CD-RW: 32х, DVD+R9 (dual layer): 12х, DVD-R DL (dual layer): 12х; 3.Интерфейс: SATA.	
1.6	Корпус	Мощность блока питания: не ниже 450 Вт.	2 000,00
2	Монитор	1. Диагональ: не менее 19"; 2. Разрешение LCD-матрицы: 1280x1024.	5 500,00
3	Клавиатура	Стандарт	500,00
4	Манипулятор мышь	Стандарт	500,00

Приведенная минимальная спецификация составлена из расчета потребностей конечных пользователей к производительности, требований используемого программного обеспечения, а также периода морального устаревания и амортизации электронно-вычислительной техники.

Помимо покупки персональных компьютеров планируется приобретение лазерных принтеров с сетевым интерфейсом для организации печати по сети. Средняя стоимость одного лазерного принтера с сетевым интерфейсом по региону составляет двенадцать тысяч рублей 00 копеек (12 000,00). Количество приобретаемых принтеров определяется из расчета один сетевой принтер на три рабочих места (персональных компьютеров).

**Таблица 27**

**Средняя стоимость лицензий базового комплекта для одного рабочего места**

№	Наименование	Ценовая категория, руб.
1	Неисключительное право на использование программы для ЭВМ WinPro 7 RUS OLP NL Legalization GetGenuine	5 500,00
2	Неисключительное право на использование программы для ЭВМ OfficeProPlus 2010 RUS OLP NL	16 000,00
3	Kaspersky Internet Security 2011 Russian Edition	800,00

Каждое рабочее место (персональный компьютер) должно быть оснащено базовым комплектом лицензионного программного обеспечения. Под базовым комплектом подразумевается следующее программное обеспечение: операционная система, офисный пакет и антивирусная программа. Средняя стоимость лицензий базового комплекта для одного

рабочего места (персонального компьютера) по региону составляет двадцать две тысячи триста рублей 00 копеек (22 300,00), без учета стоимости сертифицированного ФСТЭК носителя с дистрибутивами. Требования по детализации базового комплекта приведены в табл. 28.

Базовый комплект не включает в себя программное обеспечение для бухгалтерского и кадрового учета и программного обеспечения электронного документооборота. Приведенная базовая спецификация составлена с учетом, что данный вид лицензирования покрывает входящее в линейку программное обеспечение предыдущих версий и рассчитано из соображения одно рабочее место (персональный компьютер) равно один базовый комплект программного обеспечения.

Помимо оснащения компьютерной техникой и программным обеспечением планируются работы по организации локальных компьютерных сетей внутри медицинских учреждений из расчета имеющихся у них в эксплуатации зданий (корпусов, филиалов). Также планируется организация широкополосных каналов связи для обеспечения информационного обмена между государственными, муниципальными медицинскими учреждениями, региональным информационным ресурсом и федеральным информационным ресурсом, органом управления здравоохранением Томской области, территориальным фондом обязательного медицинского страхования и другими участниками системы обязательного медицинского страхования. Данные виды работ планируются из расчета количества участников вовлеченных в процесс информационного обмена.

Это позволит иметь развитую внутриотраслевую информационную сеть, что необходимо для внедрения единых подходов к информатизации отрасли, организации регионального ресурса, обеспечивающего информационный обмен между всеми участниками, на базе регионального оператора информационной системы здравоохранения – органа управления здравоохранением и/или ТТФОМС, а также хранение в анонимизированном виде медицинской информации, информации о медицинских учреждениях, медицинских работниках.

### **3.2 Мероприятия по обеспечению информационной безопасности**

Во всех учреждениях здравоохранения в существующих информационных системах обрабатываются персональные данные пациентов и сотрудников. Так, в ЛПУ внедрены разного уровня медицинские информационные системы, регистры по различным нозологическим формам, используются программные решения, обеспечивающие анализ медицинских данных по риску развития тяжёлых состояний у беременных женщин и детей

разных категорий («Центр мониторинга беременных» в ОГУЗ «Томская областная клиническая больница» и «Центр мониторинга состояния здоровья детей» в ОГУЗ «Областная детская больница»), ведутся профессиональные регистры (персональные данные медицинских работников), обрабатывается финансовая информация (осуществление бухгалтерской отчетности в электронном виде).

Учитывая специфику обрабатываемых данных (персональные данные), с использованием современных информационных технологий, в рамках реализации мероприятий по развитию информатизации в программе модернизации здравоохранения Томской области запланирован перечень мероприятия в учреждениях здравоохранения Томской области по обеспечению информационной безопасности в соответствии с 152-ФЗ «О персональных данных».

В рамках запланированных мероприятий по обеспечению информационной безопасности в соответствии с 152-ФЗ «О персональных данных», планируется проведение следующих работ:

1. проведение классификации информационных систем персональных данных, используемых в учреждениях здравоохранения Томской области, в зависимости от объема обрабатываемых ими персональных данных и угроз безопасности жизненно важным интересам личности, общества и государства;
2. определение угроз безопасности персональных данных при их обработке и формирование на их основе модели угроз;
3. разработка на основе модели угроз системы защиты персональных данных, обеспечивающей нейтрализацию предполагаемых угроз с использованием методов и способов защиты персональных данных, предусмотренных для соответствующего класса информационных систем;

Выбор и реализация методов и способов защиты информации будут осуществляться на основе угроз безопасности персональных данных (модели угроз) и в зависимости от класса информационной системы, определенного в соответствии с Порядком проведения классификации информационных систем персональных данных, утвержденным совместным Приказом ФСТЭК России, ФСБ России и Мининформсвязи России от 13 февраля 2008 г. N 55/86/20.

Модель угроз будет разрабатываться на основе методических документов, утвержденных в соответствии с пунктом 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2007 г. N 781.

Под системой защиты персональных данных подразумевается ряд организационных и технических мероприятий направленных на защиту персональных данных от не-

санкционированного, в том числе случайного, доступа к персональным данным, результатом которого может стать уничтожение, изменение, блокирование, копирование, распространение персональных данных, а также иных несанкционированных действий.

В рамках организационных мероприятий при реализации системы защиты планируется: разработка и совершенствование нормативной правовой и методической базы, регламентирующей доступ, обработку и передачу информации, содержащей персональные данные; стандартизация, унификация и обеспечение совместимости между отдельными решениями информационного взаимодействия; реализация комплексного подхода к информационному взаимодействию, обеспечение последовательности и согласованности во время информационного взаимодействия. Помимо перечисленных мероприятий также запланировано регламентированное ведение рекомендованных списков лиц, осуществляющих обработку персональных данных.

В рамках технических мероприятий при реализации системы защиты планируется: реализация разрешительной системы допуска пользователей к информационным ресурсам, информационной системе и связанным с ее использованием работам, документам; ограничение доступа пользователей в помещения, где размещены технические средства, позволяющие осуществлять обработку персональных данных, а также хранятся носители информации; разграничение доступа пользователей и обслуживающего персонала к информационным ресурсам, программным средствам обработки (передачи) и защиты информации; регистрация действий пользователей и обслуживающего персонала, контроль несанкционированного доступа и действий пользователей, обслуживающего персонала и посторонних лиц; учет и хранение съемных носителей информации и их обращение, исключаящее хищение, подмену и уничтожение; резервирование технических средств, дублирование массивов и носителей информации; использование средств защиты информации, прошедших в установленном порядке процедуру оценки соответствия; использование защищенных каналов связи; предотвращение внедрения в информационные системы вредоносных программ (программ-вирусов). Также планируется подготовка рекомендуемого типового перечня программного обеспечения для реализации мероприятий в рамках организации системы защиты персональных данных.

Выбранные и реализованные методы, и способы защиты информации должны обеспечить нейтрализацию предполагаемых угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах в составе системы защиты персональных данных.

### **3.3 Мероприятия по развитию информатизации в системе здравоохранения Томской области**

Сегодня на территории Томской области в учреждениях здравоохранения установлено более 10 различных аналитических информационных медицинских систем (раздел 1.5.1., подраздел Информационное обеспечение системы), введено в эксплуатацию более 30 различных специализированных информационных систем, в т.ч. региональный сегмент Федерального регистра медицинских работников, а также региональный сегмент Федерального регистра медицинских и фармацевтических работников. Готовится внедрение крупных ИС – паспорт ЛПУ и регистр медицинской техники.

В большинстве случаев каждый конкретный производитель программного обеспечения решает текущие проблемы ЛПУ, что не позволяет говорить об информатизации отрасли в целом.

В этой связи в рамках программы модернизации здравоохранения Томской области предполагается разработка единой информационной системы, которая позволит не только создать единую информационную площадку для всех стейкхолдеров отрасли здравоохранения (пациенты, ЛПУ, медицинский персонал, ТТФОМС, страховые компании, аптеки, учреждения, обеспечивающие услуги аутсорсинга и т.д.), сохранить накопленные за длительный период времени медицинские данные о пациентах, но и обеспечит условия равной конкуренции между производителями программного обеспечения в области здравоохранения. Такой подход позволит сформировать единые механизмы накопления и анализа информации, мониторинга ситуации по различным направлениям системы здравоохранения. Для решения данной задачи предполагается использовать интегрированные стандартизированные информационные системы, позволяющие решать весь спектр задач автоматизации медицинской отрасли.

Концепция информатизации отрасли здравоохранения Томской области разработана в соответствии со следующими нормативно-правовыми документами:

- Федеральный Закон №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных»;
- Федеральный Закон №149-ФЗ от 27.07.2006 «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
- Распоряжение Правительства РФ №1024-р от 17.07.2006 «Об утверждении концепции региональной информатизации до 2010г.»;
- Распоряжение Правительства РФ №516-р от 24.04.2007 «О концепции создания государственной автоматизированной системы информационного обеспечения управления приоритетными национальными проектами»;



В настоящее время все проекты информатизации в сфере здравоохранения, как правило, направлены на обеспечение задач органов управления или отдельных ЛПУ, при этом интересы конечных потребителей медицинских услуг уходят на второй план. Существующие в отрасли процессы не соответствуют современному уровню развития информационных технологий, что накладывает ограничения на успешность реализации проектов информатизации. Это приводит к появлению множества несвязанных локальных решений, нацеленных на реализацию узконаправленных функций, без учета их роли в процессах отрасли в целом. Учитывая, что основной целью программы модернизации здравоохранения является повышение качества и доступности оказания медицинских услуг, Департаментом здравоохранения Томской области спланированы мероприятия по обеспечению стандартизации процессов оказания медицинских услуг с помощью внедрения информационной системы основанной на анализе бизнес – процессов, включающих все возможные взаимоотношения стейкхолдеров системы здравоохранения Томской области.

### **Население Томской области**

Приоритетным потребителем медицинских услуг является население. Именно с изучения потребностей населения предлагается начинать реализацию концепции информатизации медицинской отрасли. С целью выявления проблемных ситуаций и интересов населения планируется проведение широкомасштабного социологического исследования, результаты которого позволят определить перечень потребностей населения в информации, услугах (например, электронное расписание или запись на прием, услуги телемедицины, единая социальная карта и т. д.). Анализ бизнес-процессов в социальной сфере позволит максимально чётко определить и реализовать в информационной системе механизмы взаимоотношений пациентов и системы здравоохранения, что, безусловно, найдёт отражение в увеличении удовлетворённости населения при получении медицинской услуги.

### **Лечебные учреждения Томской области**

На сегодняшний день существует ряд действующих решений, обеспечивающих автоматизацию отдельных бизнес-процессов ЛПУ. Данные решения сформировали конкурентоспособный рынок среди разработчиков медицинских информационных систем. Однако эти решения отвечают только специфике отдельных ЛПУ, без использования единых

стандартов информационного взаимодействия между различными информационными системами (в том числе и органов управления здравоохранением).

Анализ существующих бизнес-процессов позволит смоделировать модернизированные процессы, с учетом выявленных потребностей заинтересованных сторон (стейкхолдеров системы здравоохранения), сформулировать типовые требования к информационным системам и стандартизировать процессы информационного взаимодействия. Разработанная Департаментом здравоохранения концепция информатизации предполагает сохранение существующего рынка с привнесением в него требований выполнения определённых стандартов информационного взаимодействия и модернизированных бизнес-процессов, что не только позволит сформировать единое информационное пространство, но и обеспечит увеличение удовлетворённости медицинской помощью (получение услуги) со стороны населения.

### **Органы управления здравоохранением**

Органы управления представлены органами муниципального, регионального и федерального уровней управления в здравоохранении. На сегодняшний день в связи с разрозненностью существующих информационных систем значительно затруднен сбор, а также анализ статистических и аналитических данных в оперативном режиме. Также вызывает сложности проведение детальных исследований, на основе первичных данных (сегодня в органы управления здравоохранением передаются лишь сводные данные в определённые периоды времени – годовой, квартальный отчёты и т.д.).

Концепция информатизации здравоохранения, разработанная Департаментом здравоохранения Томской области, предполагает создание единого хранилища данных (регулируемого стандартами информационного взаимодействия), объединяющего информацию различных информационных систем ЛПУ, открытием центра обработки данных. Таким образом, в случае внедрения подобной информационной системы руководитель любого ЛПУ может выбрать любую из существующих на данном рынке информационных систем, при этом не потеряв ключевую персонифицированную информацию о прикрепленных пациентах. Кроме того, в едином хранилище данных предполагается обеспечить целостность данных в системах различного уровня, электронный документооборот, а также централизованное управление справочными и нормативными документами.

### **Внешние организации, участвующие в обеспечении медицинской помощью населения**

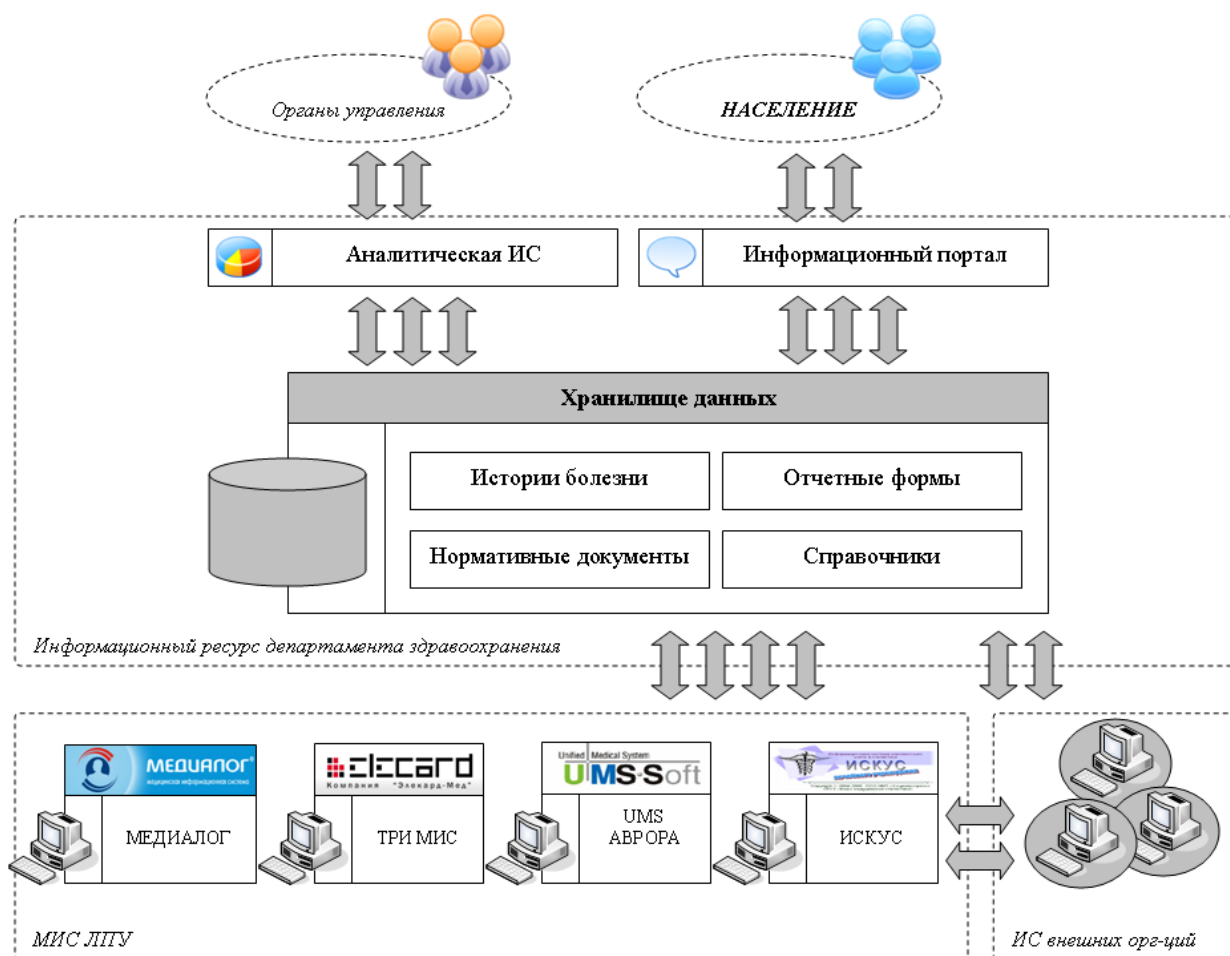
Информатизация системы здравоохранения Томской области предполагает создание механизмов интеграции информационных систем внешних организаций, участвующих в процессах оказания медицинских услуг (например, фонд обязательного медицинского страхования, страховые компании, аптечные сети, частные учреждения здравоохранения или медицинские учреждения иной формы собственности и т.д.).

Таким образом, информационная система будет состоять из нескольких функциональных подсистем: подсистема ориентированная на потребности пациента (запись на приём через интернет, удалённые терминалы, соответствующий call – центр для получения справочной информации по всем аспектам деятельности системы здравоохранения), подсистема, обеспечивающая решение задач конкретного ЛПУ, аптеки, фонда ОМС или любого другого стейкхолдера системы здравоохранения, единое хранилище данных (возможность накопления, анализа, разнополярного обмена информацией), аналитическая подсистема, обеспечивающая потребности органов управления здравоохранением и органы государственной статистики (рис. 4).

### **3.4 Развитие телемедицинских технологий в Томской области**

На современном этапе в Томской области создан телемедицинский центр (ОГУЗ «Областная клиническая больница»), однако по причине недостаточного финансирования к данному portalу подключено лишь три лечебных учреждения, находящихся на севере Томской области, имеющих всю необходимую техническое обеспечение. В рамках программы модернизации системы здравоохранения предполагается развивать столь важное направление для территорий с низкой плотностью населения и большой удалённостью населённых пунктов друг от друга, при этом планируется также формирование центров телеморфологии с целью своевременной профессиональной гистологической диагностики онкологических и других заболеваний.

Помимо этого, при реализации мероприятий концепции информатизации здравоохранения планируется развитие web – технологий, позволяющих установить визуальный контакт пациента и врача (телемедицина - light). Несмотря на недостаточную разрешающую способность (в сравнении с классическими телемедицинскими технологиями), мы находим возможным применение такого дешёвого способа связи при условии формирования и внедрения специальных протоколов хранения оцифрованной медицинской информации (результаты УЗИ, рентгенологического исследования, ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ и т.д.).



**Рис. 4. Схема информатизации медицинской отрасли в Томской области**

Такой способ визуализированного контакта врача и пациента (или консилиума врачей), при возможности (отдельной от web - изображения) визуализации качественных снимков (например, записи ЭКГ и т.д.) позволит эффективно и оперативно решать многие вопросы относительно тактики ведения пациентов. Более того, развитие таких технологий позволит увеличить спектр обслуживания пациентов (например, возможность коммуникации с врачом в такой форме позволит увеличить доступность медицинской консультативной помощи для инвалидов).

В соответствии с методическими рекомендациями по подготовке раздела «Внедрение современных информационных систем в здравоохранение» Программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации на 2011-2012 годы (исх. 29-/10/2-10191 от 08 ноября 2010 г.), в рамках региональной программы модернизации системы здравоохранения Томской области помимо мероприятий по защите персональных данных в соответствии с 152ФЗ и разработки региональной информационной системы планируется:

- обеспечение медицинских учреждений оборудованием, обеспечение широкополосного доступа в интернет, создание внутренних сетей учреждений;
- обеспечение всех медицинских учреждений программным обеспечением для кадрового учета с целью автоматического формирования федерального (регионального) регистра медицинских и фармацевтических работников;

внедрение системы мониторинга реализации программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации.

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

Определение сущности процесса стандартизации в медицине является одним из важнейших вопросов концепции современной структуры управления здравоохранением. В целях реализации преемственности результатов диагностических и лечебных технологий, выполненных в различных лечебно-профилактических учреждениях, для сравнения результатов диагностических и лечебных технологий, выполненных в разных ЛПУ (в т. ч. и в других территориях) на территории Томской области с 2006 года началось внедрение системы стандартов оказания медицинской помощи.

Важность и необходимость данных мер способствовала разработке региональных стандартов, которые поэтапно внедрялись в процесс оказания медицинской помощи, начиная с амбулаторного звена. Возросшее значение медицинских стандартов было обусловлено необходимостью обозначения ведущих ориентиров в процессе совершенствования медицинской помощи, самоконтроля в деятельности медицинского работника, обеспечения защиты населения от некачественного медицинского вмешательства, формирования адекватного ресурсного обеспечения. В конце 2006 года на территории Томской области были введены в действие существующие федеральные отраслевые стандарты, введение которых отменило действие региональных стандартов по конкретным нозологиям. Финансирование медицинской помощи на территории Томской области на текущий момент осуществляется по законченному случаю, при этом тарифы ранжированы в зависимости от учреждения, квалификации специалистов, а также профиля отделения.

##### **4.1 Внедрение Федеральных отраслевых стандартов на территории Томской области: текущее состояние**

В настоящее время на территории Томской области выполняется значительная часть медицинских стандартов амбулаторно-поликлинической, стационарной (в том числе специализированной и высокотехнологичной) и скорой медицинской помощи. Более того, в случае отсутствия того или иного вида помощи по необходимому профилю (или невозможности его предоставления в необходимом объеме в конкретном лечебно-профилактическом учреждении) на территории Томской области, пациенту обеспечивают выполнение мероприятий стандарта за счет направления в другие лечебные учреждения области, либо в соседние (Красноярский край, Новосибирская область) регионы Российской Федерации. Таким образом, в условиях существующей на территории области организации медицинской помощи, имеется возможность выполнения федерального отраслевого стандарта любому жителю региона в полном объеме.

В случае, если выполнение стандарта требует получения пациентом высокотехнологичной медицинской помощи, то органы управления здравоохранением, при наличии необходимой медицинской документации, обеспечивают направление на лечение в ведущие медицинские центры Российской Федерации, в том числе расположенные в городе Томске.

Несмотря на разработанные организационные мероприятия, обеспечивающие выполнение стандарта, существуют определенные трудности, связанные, прежде всего, с дефицитом финансирования областной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Томской области (дефицит 53,1%), а также с отсутствием достаточного (в соответствии с потребностью) количества квалифицированных обученных специалистов и высокотехнологичных видов оборудования. Устранение дефицита позволит финансировать необходимые для выполнения стандарта статьи расходов на оборудование, медикаменты, заработную плату.

Мероприятия по обеспечению федеральных стандартов на территории области, которые будут осуществлены до 2012 года в рамках программы модернизации, позволят системе здравоохранения Томской области обеспечить выполнение федеральных отраслевых стандартов по всем видам медицинской помощи на высоком технологическом уровне.

#### **4.2 Приоритетные отраслевые стандарты**

В рамках программы модернизации планируется обеспечение выполнения уже работающих отраслевых стандартов. С этой целью проводится планомерная работа по решению проблем с кадрами в сельской местности, в которой имеется дефицит участковых врачей терапевтов и узких специалистов. Осуществляется укомплектование необходимым

оборудованием тех медицинских учреждений, которые не могут выполнять определенные стандарты на своих клинико-диагностических базах. С этой же целью создаются мобильные бригады первичной специализированной помощи, которые практически в полном объеме смогут удовлетворять потребность населения в первичной помощи наряду с кабинетами амбулаторного приема в поликлиниках, работой врачей ФАП и ОВП.

На сегодняшний день наиболее приоритетными являются те стандарты, выполнение которых позволит снизить заболеваемость по основным классам. Так, в соответствии со структурой заболеваемости и с учётом показателей смертности выбраны 16 основных направлений. Реализация запланированных программ модернизации мероприятий не только позволит снизить смертность в регионе, но и улучшить ряд демографических показателей, некоторые из которых значительно превышают общероссийский уровень.

Оценка затрат на оказание медицинской помощи по федеральным стандартам произведена путем сравнения сложившихся затрат на оказание медицинской помощи по законченным случаям лечения заболеваний в Томской области с расчетными (нормативными) затратами. Для этого были отобраны группы заболеваний, наиболее распространенные в ИО и по которым медицинская помощь оказывается в соответствии с отраслевыми стандартами (табл. 29, 30). Оценка нормативных затрат проведена по методике, разработанной для ФОМС («Реализация территориальным Фондом обязательного медицинского страхования модели управления затратами по обеспечению застрахованных граждан амбулаторной помощью. Методическое обеспечение». М., 2010. 331 с.), а также с учетом сложившихся расходов на заработную плату в Томской области и коэффициентов удорожания бюджетных услуг ( $K=1,5796$ ). Нормативные затраты были рассчитаны с учетом того, что Минздравсоцразвития РФ подготовил проекты новых стандартов по 107 заболеваниям, а также с учетом порядков медицинской помощи (в них предъявляются новые требования к оснащению медицинских организаций).

Из таблицы видно, что в среднем фактические затраты на оказание медицинской помощи по стандартам в ИО ниже, чем расчетные. Коэффициент удорожания в среднем составляет около 40 - 50%.

Перечень заболеваний, по которым в первую очередь необходимо применять стандарты сформирован из заболеваний наиболее часто, встречающихся как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и в стационарных. В этот перечень также включены заболевания, имеющие не только высокую распространенность по числу обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения и госпитализаций в стационар, но и высокие показатели смертности.

Таким образом, необходимое финансовое наполнение тарифа в системе ОМС с целью обеспечения отраслевого стандарта на амбулаторном и стационарном этапе в год (в ценах 2010 года) составляет в 2011 году 1807,6 млн. рублей из которых софинансирование из средств ТТФОМС составит 1256,9 млн. рублей, в 2012 году с учётом предполагаемого уровня инфляции для обеспечения стандартов медицинской помощи жителям Томской области, а также с целью расширения спектра стандартов, необходимо финансирование в размере 2525,7 млн. руб., при этом объём софинансирования ТТФОМС составит 1370,0 млн. руб.

### **Этапы работ по обеспечению стандартов по выбранным направлениям**

1. Утверждение перечня стандартов и этапов их реализации в Томской области Приказом ДЗТО январь 2011 г.
2. Определения перечня услуг, включенных в стандарты, и затрат на оказание медицинской помощи в соответствии с отобранными стандартами - январь 2011 г.
3. Отбор и утверждение списка учреждений здравоохранения, которые будут участвовать в реализации стандартов, с указанием перечня стандартов для каждого учреждения - январь 2011 г. Отобранные учреждения должны иметь необходимое лечебно-диагностическое оборудование и кадры для выполнения требований стандартов.
4. Организация системы оплаты медицинской помощи учреждениям здравоохранения, отобранным для оказания медицинской помощи по стандартам.
5. Организация системы контроля полноты и правильности применения стандартов, в том числе разработка показателей, по которым будет оцениваться правильность применения стандартов, - январь 2011 г., далее постоянно.



Таблица 29

## Расчёт стоимости отраслевого стандарта на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи

№	Группа заболеваний	Всего случаев обращений	Стоимость услуг в системе ОМС, случай	Стоимость услуг всего	Стоимость услуг с учётом удорожания	Дельта между 6 и 5
1	2	3	4	5	6	7
1	Болезни органов дыхания	1 327 199	137,18	182 061 026,69	219 309 147,96	37 248 121,27
2	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	248 256	136,48	33 881 409,89	40 813 255,15	6 931 845,26
3	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	200 088	142,06	28 423 530,54	34 238 740,59	5 815 210,05
4	Цереброваскулярные болезни	172 267	128,82	22 191 713,62	26 731 947,49	4 540 233,87
5	Ишемическая болезнь сердца	141 835	143,79	20 393 828,58	24 566 230,63	4 172 402,05
6	Гастрит и дуоденит	56422	143,19	8 079 173,04	9 732 102,41	1 652 929,37
7	Гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почек и мочеточника	39 257	136,59	5 362 236,93	6 459 304,52	1 097 067,59
ИТОГО		2 185 324	137,46	300 392 919,29	361 850 728,75	61 457 809,46

Таблица 30

## Расчёт стоимости отраслевого стандарта в стационаре

№	Группа заболеваний	Всего случаев обращений	Стоимость услуг в системе ОМС, случай	Стоимость услуг всего	Стоимость услуг с учётом удорожания	Дельта между 6 и 5
1	2	3	4	5	6	7
1	Беременность, роды, послеродовой период	34 415	9668,52	332 742 228,38	502 932 728,52	170 190 500,14
2	Травма	16 424	15243,33	250 356 494,59	378 408 462,13	128 051 967,54
3	Онкология	5 919	14494,97	85 795 736,25	129 678 411,84	43 882 675,59
4	Болезни органов дыхания (пневмонии)	5 320	11830,85	62 940 106,42	95 132 618,45	32 192 512,03
5	Инсульт	3 535	21254,65	75 135 174,46	113 565 201,76	38 430 027,30
6	Гломерулярные болезни почек, почечная недостаточность	3 222	16040,96	51 683 963,03	78 119 199,58	26 435 236,55
7	Сахарный диабет	2 840	12527,80	35 578 941,97	53 776 806,30	18 197 864,33
8	Перинатальная патология	1 562	26339,49	41 142 283,89	62 185 678,08	21 043 394,19
9	Острый и повторный инфаркт миокарда	1 518	13907,36	21 111 371,49	31 909 384,39	10 798 012,90
ИТОГО		74 755	12794,95	956 486 300,48	1 445 708 491,02	489 222 190,54

6. Повышение эффективности расходования ресурсов здравоохранения при внедрении стандартов: уменьшение числа случаев госпитализаций по заболеваниям, лечение которых можно было бы организовать в амбулаторных условиях, и снижение числа осложнений заболеваний, требующих увеличения стоимости лечения, например, в результате осложнений. Для этого планируется разработать систему показателей и систему стимулов для врачей, поощряющих снижение числа неоправданных госпитализаций и соответственно лечения по более дорогостоящим стандартам.
7. Оценка эффективности внедрения стандартов, анализ причин нарушений технологии исполнения стандартов - постоянно.

#### **4.3 Мероприятия по подготовке включения СМП в состав программы ОМС в Томской области (с 2013 года)**

Для включения в тарифы на оплату медицинской помощи за счет ОМС расходов на оплату услуг связи, транспортных, 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 100 000 рублей за единицу (далее текущее содержание имущества) с 2013 г. предусмотрены следующие мероприятия:

1. Сбор и анализ ожидаемых расходов по статьям, не входящим в тариф по медицинским учреждениям, работающим в системе ОМС и планируемых к переходу в систему ОМС, для определения статей расходов и медицинских учреждений, включаемых в тариф и оплату через систему ОМС.
2. Оценка объемов планируемых расходов на 2013–2014 гг. с учетом расчетных нормативов коечного фонда, оснащения, площадей и применения мероприятий по энергосберегающим технологиям и эффективного использования оборудования.
3. Внесение изменений в нормативную базу формирования тарифа ОМС и порядок оплаты медицинских услуг с учетом новой структуры тарифа и оплаты медицинских услуг:
  - разработка и утверждение новой структуры тарифа на оказание медицинских услуг.
  - доведение до сведения учреждений здравоохранения до начала финансового года, ожидаемых изменений по формированию тарифа на оплату медицинских услуг, а также расходования средств ОМС в соответствии с законодательством по размещению заказов на поставку товаров, оказанию услуг или выполнения работ для нужд государственных (муниципальных) учреждений.

Для включения в тариф на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС в 2013 году необходимо без учёта приобретения оборудования стоимостью до 100 000 рублей 429,3 млн рублей (табл. 31).

**Таблица 31**

**Расчет стоимости скорой медицинской помощи с учётом существующего финансирования ТППГ Томской области и норматива федеральной ПГГ**

Показатель	2010	2011	2012	Разница между 2011-2010	Разница между 2012-2010
Количество вызовов на 1 человека в год	0,343	0,338*	0,330*	-0,005	-0,013
Колво вызовов скорой медицинской помощи	358 023	352 805	344 454	-5 218	-13 569
Стоимость вызова СМП в рамках ТППГ, руб.	1 399,7	2 701,3**	2 701,3**	1 302	1 302
Стоимость всех вызовов СМП в год, млн. руб.	501,1	953,1	930,5	451,9	429,3

**Примечание:** \* - запланированное значение в рамках региональной программы модернизации здравоохранения; \*\* - стоимость в соответствии с федеральной программой государственных гарантий с учётом регионального коэффициента 1,5796.

С целью подготовки включения скорой медицинской помощи в состав программы ОМС с 2013 года в рамках программы модернизации в 2011-2012 годах предполагается провести ряд мероприятий: в частности планируется проведение капитального ремонта здания и оснащение службы скорой медицинской помощи г. Томска и районов области соответствующим медицинским оборудованием, необходимым для оказания данного вида помощи.

1. В Томске (в рамках программы модернизации) планируется реализация целевой программы «Скорая помощь» (за счет средств муниципального бюджета г. Томска), согласно которой предполагается как оснащение оборудованием, так и подготовка врачей и среднего медицинского персонала на общую сумму около 245 млн. рублей в течение 2011-2012 годов. Кроме того, в ходе реализации данной программы на всех машинах скорой медицинской помощи г. Томска будут установлены спутниковые навигаторы ГЛОНАСС (глобальная навигационная спутниковая система), что позволит добиться ряда положительных эффектов, основными из которых станут уменьшение времени прибытия бригады скорой медицинской помощи к пациенту и оптимизация

расходов, связанная с сокращением маршрута. Установка навигаторов планируется в течение 2011 года, основной эффект от применения системы будет оценен в 2012 году.

2. В больницах районов области планируется приобретение автомобилей скорой медицинской помощи и обучение врачей, а также среднего медицинского персонала.
3. Планируется разработка алгоритмов работы диспетчерской службы, что позволит селекционировать вызовы, требующие оказания экстренной медицинской помощи, а при отсутствии такой необходимости – перенаправить пациента в поликлинику или службу неотложной помощи.

Указанные мероприятия позволят не только оптимизировать деятельность службы скорой медицинской помощи, но и облегчить ее переход с бюджетной системы финансирования на страховую.

#### **4.4 Мероприятия по обеспечению кадрами системы здравоохранения Томской области**

Обеспечение кадровыми ресурсами является одной из наиболее важных проблем в системе здравоохранения Томской области. Это обусловлено, прежде всего, такими проблемами как: низкая оплата труда медицинских работников, территориальные особенности региона – удаленность районов от областного центра, недостаточно развитая инфраструктура, низкая плотность населения.

Несмотря на это в Томской области ведется усиленная работа в данном направлении. С целью привлечения кадров в медицинские учреждения сельской местности Администрациями органов местного самоуправления некоторых муниципальных образований Томской области выделяется жилье, производятся дополнительные выплаты работникам и т.д. Постановлением Государственной Думы Томской области от 23.04.2009г. № 2209 принят Закон Томской области от 30.04.2009г. № 59-ОЗ «О мерах социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг отдельных категорий граждан, работающих (работавших) и проживающих в сельской местности и рабочих поселках на территории Томской области». В рамках данного закона медицинским и фармацевтическим работникам учреждений здравоохранения оказывается социальная поддержка по оплате жилых помещений и коммунальных услуг в форме ежемесячных денежных выплат в размере 100% стоимости этих услуг.

В целях улучшения системы обеспечения кадрами в регионе планируется осуществить ряд стратегически важных мероприятий. Ввиду того, что на территории сохраняется

высокая смертность населения от онкологических заболеваний, приоритетным направлением становится подготовка специалистов-онкологов. Для этого выпускники ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава будут направляться на обучение в ординатуру в ведущие научные центры подготовки Российской Федерации, включая ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, расположенный в г. Томске. Вместе с тем планируется обучение специалистов по ряду профилей, потребность в которых имеется в учреждениях здравоохранения на сегодняшний день: врачи травматологи, акушеры-гинекологи, венерологи, педиатры, рентгенологи, эндокринологи, кардиологи, стоматологи, урологи, инфекционисты, патологоанатомы, а также младший и средний медицинский персонал и многие другие.

Основным образовательным учреждением для Томска является Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ) - крупный научно-образовательно-клинический комплекс, включающий в себя 8 факультетов, 78 кафедр, 3 научно-исследовательских института, 7 междисциплинарных научно-образовательных центров, 26 учебно-научных лабораторий, Центральную научно-исследовательскую лабораторию, Биотехнологический центр коллективного пользования, Сибирский центр компетенций по проблеме инфекционных заболеваний им. И.И. Мечникова и Р. Коха, 3 анатомических театра. На базе СибГМУ и институтов РАМН и РАН созданы и реализуют научно-образовательную деятельность 9 совместных центров и кафедр, выпускающих ежегодно более 500 специалистов разных профилей. Благодаря СибГМУ решается проблема повышения квалификации врачей разных специальностей, а вместе с тем и проблема выполнения отраслевых стандартов оказания медицинской помощи.

Договорные отношения с СибГМУ позволят направлять студентов старших курсов на производственную практику в лечебные учреждения районов Томской области, что повысит заинтересованность будущих врачей в рабочих местах. Наряду с подготовкой кадров ведется работа по повышению материальной заинтересованности медицинских работников, сопровождающаяся разработкой гибкой системы надбавок, доплат, стимулирующих выплат врачам и молодым специалистам.

На территории Томской области имеется потребность не только в узких специалистах, но и в младшем и среднем медицинском персонале, которых готовят в ОГОУ СПО «Колпашевское медицинское училище» и ОГОУ «Томский базовый медицинский колледж».

Следует отметить, что укомплектованность врачами-терапевтами, врачами-педиатрами и частично медицинскими сестрами удалось повысить только ввиду дополнительной оплаты труда в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Дан-

ные меры необходимо применять и для узких специалистов, а также младшего медицинского персонала, особенно в сельских районах Томской области.

Проблему обеспечения кадрами нужно решать на федеральном уровне, внося изменения как в уже существующие нормативные правовые акты, так и разрабатывая новые, позволяющие регламентировать деятельность по обеспечению кадрами медицинских учреждений с применением гибких систем оплаты труда. Существующая нормативная база не дает возможности возвращать в село специалистов, направленных на обучение в образовательные учреждения г. Томска и другие регионы, и закреплять на рабочих местах в районных больницах. Студенты из районов Томской области, поступающие по целевым наборам в СибГМУ, к концу обучения остаются жить и работать в городе, находя массу способов не возвращаться в сельское здравоохранение.

Все учреждения Томской области запланировали обучение специалистов в соответствии с поставленными перед ними задачами в рамках программы модернизации.

Меры по обеспечению кадрами выведут систему здравоохранения на уровень, позволяющий в итоге улучшить демографическую ситуацию в Томской области, через выполнение отраслевых стандартов, повышение доступности медицинской помощи разным слоям населения, увеличение посещений к специалистам, через повышение качества оказания медицинской помощи.

#### **4.5 Диспансеризация 14-летних подростков: мероприятия по включению в состав ТПГГ Томской области (с 2013 года)**

В связи с включением в национальный проект «Здоровье» новых мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи детям, в рамках данной программы в 2011 и 2012 годах должно быть осуществлено проведение диспансеризации 14-летних подростков (с последующим включением с 2013 года в территориальную программу обязательного медицинского страхования). По итогам 2009 года в Томской области насчитывается около 9 тыс. детей данной возрастной группы, что составляет 1% населения региона.

В настоящее время диспансеризация 14-летних подростков на территории Томской области уже осуществляется в рамках приказа МЗ СССР от 30.05.1986 г. №770 (возрастная категории «школьники до 15 лет»). То есть, к настоящему моменту в Томской области уже отработаны, как механизм проведения диспансеризации подросткового населения, так и порядок ведения необходимой учетной документации.

Кроме того, в рамках программы модернизации здравоохранения Томской области планируются, как мероприятия, так и необходимый объем средств, для проведения углубленной диспансеризации 14-летних подростков. Диспансеризация городского населения и населения районных центров будет осуществляться в поликлиниках по месту жительства. В диспансеризации детей отдаленных районов области будут принимать участие мобильные медицинские бригады, базирующиеся в ОГУЗ «Областная детская больница» и в межмуниципальных медицинских центрах.

При этом детская бригада (ОГУЗ «Областная детская больница») будет укомплектована такими специалистами как: кардиолог, гастроэнтеролог, офтальмолог, невролог, врач УЗИ - диагностики, оториноларинголог, детский хирург, а оснащение для детской бригады будет включать: эндоскоп для проведения фиброгастроудоденоскопии, портативный аппарат для исследования внутренних органов, портативный электрокардиограф, набор ЛОР инструментов, набор необходимых медикаментов для неотложной помощи.

В состав мобильных бригад межмуниципальных медицинских центров помимо онколога, кардиолога и невролога для проведения углубленной диспансеризации 14-летних подростков будут включаться педиатр, детский хирург и гинеколог. Бригады будут оснащены портативным электрокардиографом, набором необходимых медикаментов для неотложной помощи.

Главной целью диспансеризации детей подросткового возраста (14-летних) станет оценка репродуктивной функции, а также определение группы здоровья, на основании чего будут сформированы реабилитационные мероприятия, позволяющие улучшить или сохранить текущий статус здоровья подростков.

#### **4.6 Профилактика и снижение числа абортов: мероприятия по включению в состав ТПГГ Томской области (с 2013 года)**

В связи с включением в национальный проект «Здоровье» новых мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи матерям, в рамках программы в 2011 и 2012 годах будут осуществлены мероприятия по профилактике и снижению числа абортов (с последующим включением в территориальную программу обязательного медицинского страхования).

На территории Томской области мероприятия по профилактике абортов осуществляются на постоянной основе, что приводит к сокращению количества искусственных прерываний беременности. Если в 2005 году количество абортов было в 1,4 раза выше, чем количество родов, то по итогам 2009 года это соотношение снизилось до 1:1.



Тем не менее, в рамках данной программы предусмотрены мероприятия по снижению количества выполняемых на территории Томской области операций искусственного прерывания беременности посредством повышения доступности для населения оптимальных методов планирования семьи. Основными направлениями осуществления данной цели являются:

- I. дифференцированное обеспечение целевых групп населения современными средствами контрацепции (обеспечение женщин в возрасте 20-35 лет, отнесенных к группе малоимущих, бесплатными внутриматочными контрацептивами; выполнение операции трубной стерилизации женщин позднего репродуктивного возраста);
- II. сохранение репродуктивного здоровья женщин (обеспечение гормональными контрацептивами женщин в возрасте 15-18 лет в течение 1 года после операции искусственного аборта);
- III. повышение медицинской культуры населения в вопросах, касающихся сохранения репродуктивного здоровья (создание и прокат в средствах массовой информации видеороликов о методах планирования семьи);
- IV. изменение порядка финансирования лечебно-профилактических учреждений за выполнение операций по прерыванию беременности в ранние сроки (снижение количества абортов при сохранении нормативного финансирования согласно тарифу фонда ОМС с последующим целевым использованием остатка денежных средств на приобретение различных видов контрацептивов).

В рамках программы модернизации финансирование указанных мероприятий планируется за счет средств федерального фонда ОМС в структуре тарифа на оказание первичной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Томской области.

В результате реализации мероприятий программы ожидается повышение доступности использования современных контрацептивных средств в группах высокого риска (малоимущие, многорожавшие, подростки, поздний репродуктивный возраст); сохранение репродуктивного потенциала женщин, а также повышение демографической и сексуальной культуры населения.

## **V. Система мероприятий по реализации Программы.**

Данные о системе мероприятий по реализации Программы приводятся в приложении к тексту программы – форма «Мероприятия программы модернизации» (приложение 1).

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

Департамент здравоохранения Томской области является уполномоченным исполнительным органом государственной власти Томской области по организации реализации Программы и осуществлению взаимодействия с Министерством здравоохранения и социального развития в целях реализации Программы.

Реализация Программы осуществляется совместно с Управлением здравоохранения г. Томска, Департаментом по социально-экономическому развитию села Томской области, Департаментом строительства и архитектуры Томской области, Департаментом экономики, Департаментом финансов Томской области, Департаментом по управлению государственной собственностью Томской области, органами местного самоуправления (по согласованию). Распоряжением Губернатора Томской области № 149-р от 13 мая 2010 года создана рабочая группа по разработке региональной программы модернизации здравоохранения Томской области под руководством первого заместителя Губернатора Томской области С.Е. Ильиных и заместителя Губернатора Томской области по социальной политике В.И. Самокиша.

Финансовое обеспечение мероприятий Программы, направленных на модернизацию здравоохранения, осуществляется в пределах выделенных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемых в форме субсидий бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию Программы, а также в рамках бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования, выделенных на эти цели.

Средства, предоставленные на реализацию программы модернизации здравоохранения из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направляются на совершенствование организации медицинской помощи по видам заболеваний, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования. В рамках видов медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение мероприятий программы осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации.

Порядок расходования средств на реализацию мероприятий Программы будет закреплён соответствующим нормативным актом Администрации Томской области. Получателем бюджетных средств, выделенных на финансовое обеспечение модернизации системы здравоохранения, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи жителям Томской области является ОГУ «Томский территориальный фонд обязательного медицинского страхования». В целях реализации мероприятий по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения и внедрению современных информационных систем в здравоохранение из бюджета Томского территориального фонда обязательного медицинского страхования передаются межбюджетные трансферты в бюджет Томской области.

Департамент здравоохранения Томской области является главным распорядителем бюджетных ассигнований, выделенных на финансовое обеспечение мероприятий программы. Порядок расходования Департаментом здравоохранения Томской области средств, выделенных на реализацию программы, предусматривает предварительное проведение конкурсных процедур в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. При этом в связи с адресным характером распределения средств на конкретные программные мероприятия и утверждением программных мероприятий и их финансирования в МЗ и СР РФ, дополнительного отбора, как муниципалитетов, так и медицинских учреждений, участвующих в реализации мероприятий программы, не предусматривается.

Планируется заключение дополнительных соглашений о взаимодействии в области модернизации здравоохранения между Администрацией Томской области и Администрациями муниципальных образований, находящихся на территории Томской области. При необходимости внесения изменений в программу в ходе ее реализации, как в части изменения необходимых объемов финансирования, так и в части изменения состава основных мероприятий программы или перечня получателей финансовых средств, перечня организаций, в которых будут реализовываться мероприятия программы, Администрация Томской области осуществляет внесение изменений на условиях и в порядке, аналогичных рассмотрению и отбору региональных программ, предусмотренных Постановлением Правительства Российской Федерации

Общий контроль за исполнением Программы осуществляется Администрацией Томской области. Департамент здравоохранения Томской области, ответственный за организацию реализации Программы, осуществляет:

- обеспечение реализации мероприятий за счет средств, переданных из Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также средств бюджета субъек-

екта Российской Федерации и территориального фонда обязательного медицинского страхования;

- подготовку информации и отчетов о выполнении программы;
- подготовку предложений по корректировке;
- совершенствование механизма реализации программы;
- контроль эффективного и целевого использования средств, выделяемых на реализацию программы, своевременное и в полном объеме выполнение мероприятий программы.

Департамент здравоохранения Томской области ежеквартально, 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.

## **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. Финансовое обеспечение программы должно быть предусмотрено в бюджете соответствующего субъекта Российской Федерации, в бюджете ТФОМС. В случае принятия бюджета на один год, на 2012 год указываются бюджетные ассигнования, предусмотренные в финансовом плане, утвержденном в соответствии с законодательством субъекта Российской Федерации.

Финансовое обеспечение Программы включает бюджетные ассигнования бюджета субъекта Российской Федерации, а также бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Общий объем финансового обеспечения Программы в 2011, 2012 годах составит до 6 716,3 млн. рублей, в том числе:

- средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до 3 036,7 млн. рублей, из них:
  - в 2011 году до 1 500,6 млн. рублей, в 2012 году до 1 536,1 млн. рублей;
- средства бюджета субъекта Российской Федерации – 831,6 млн. рублей, из них:

- в 2011 году 409,4 млн. рублей, в 2012 году до 422,2 млн. рублей;
- средства бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования до 2 848,0 млн. рублей, из них:
  - в 2011 году 1 411,2 млн. рублей, в 2012 году до 1 436,8 млн. рублей.

В 2011 году объем финансирования Программы составит – до 3 321,3 млн. рублей, в том числе:

- на укрепление материально-технической базы медицинских учреждений до 1 299,3 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до 874,9 млн. рублей, средства бюджета субъекта Российской Федерации – 270,0 млн. рублей; средства бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования до 154,4 млн. рублей,
- на внедрение современных информационных систем в здравоохранение до 75,0 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до 75,0 млн. рублей, средства бюджета субъекта Российской Федерации и средства бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования не предусмотрены,
- на внедрение стандартов оказания медицинской помощи до 1 946,9 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до 550,7 млн. рублей, средства бюджета субъекта Российской Федерации – 139,3 млн. рублей, средства бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования 1 256,9 млн. рублей.

В 2012 году объем финансирования Программы составит – до 3 395,0 млн. рублей, в том числе:

- на укрепление материально-технической базы медицинских учреждений до 772,6 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до 303,6 млн. рублей, средства бюджета субъекта Российской Федерации – 402,2 млн. рублей; средства бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования до 66,8 млн. рублей,
- на внедрение современных информационных систем в здравоохранение до 96,8 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до 76,8 млн. рублей, средства бюджета субъекта Российской Федерации – до 20,0 млн. рублей, средства бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования не предусмотрены;

- на внедрение стандартов оказания медицинской помощи до 2 525,7 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до 1 155,7 млн. рублей, средства бюджета субъекта Российской Федерации не предусмотрены, средства бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования – 1 370,0 млн. рублей.

Объемы бюджетных ассигнований субъекта Российской Федерации, направляемые на финансирование Программы, не включают в себя бюджетные ассигнования, направляемые на финансирование иных программ в сфере здравоохранения в 2011, 2012 годах, осуществляемое с учетом субсидий из федерального бюджета. Распределение объемов финансирования приводится по направлениям реализации Программы. При этом, субъекту Российской Федерации следует обосновать общий размер расходов на Программу с учетом анализа расходов по объектам (учреждениям здравоохранения), основным мероприятиям и задачам, а также источникам финансового обеспечения.

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

Эффективность программы оценивается на основе анализа достижения целевых значений показателей результативности, установленных паспортом программы. Устанавливаются целевые значения индикаторов в результате реализации программы в период 2011, 2012 годов в соответствии с данными, приведенными в приложении 2 к программе.

Основными направлениями программы модернизации здравоохранения Томской области является совершенствование медицинской помощи населению региона по кардиологии, онкологии, неврологии и акушерству.

Выбор кардиологического и онкологического профилей был обусловлен высокой смертностью от данных классов заболеваний в Томской области (47,6% и 16,9% соответственно). При этом в структуре смертности жителей региона от болезней системы кровообращения 34,3% составляют умершие от цереброваскулярной болезни, в связи с чем неврологический профиль был также обозначен в качестве одного из важнейших для здравоохранения области. Значимость акушерской помощи определяется ее приоритетным влиянием на показатели как материнской, так и младенческой смертности, значения которых в Томской области по-прежнему выше, чем в среднем по СФО и России.

Именно поэтому для оценки эффективности реализации мероприятий программы планируется осуществление контроля показателей, характеризующих деятельность учре-

ждений здравоохранения по кардиологическому, онкологическому, неврологическому и акушерскому профилям.

### **8.1 Показатели доступности медицинской помощи больным кардиологического профиля и использования ресурсов здравоохранения в кардиологической службе**

1. Увеличение количества коек в кардиологических отделениях в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения и их доли в структуре коечного фонда с 0,67 (0,85%) в 2010 году до 1,47 (1,90%) к 2013 году.
2. Увеличение количества пациентов кардиологического профиля, которым проведена плановая госпитализация и их доли от общего числа пациентов кардиологического профиля, нуждающихся в плановой госпитализации с 12 240,0 (20,83%) в 2010 году до 12 603,0 (21,30%) к 2013 году.
3. Увеличение количества пациентов кардиологического профиля, получивших стационарную медицинскую помощь в соответствии со стандартами медицинской помощи, и сохранение их доли от общего числа пролеченных пациентов кардиологического профиля с 12 240,0 (100%) в 2010 году до 12 603,0 (100%) к 2013 году.
4. Увеличение среднегодовой занятости койки кардиологического профиля в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения с 308,0 в 2010 году до 329,0 к 2013 году.
5. Увеличение количества пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия в первые 12 часов госпитализации и их доли от общего числа пациентов с острым инфарктом миокарда с 719,2 (7,2%) в 2010 году до 766,9 (7,7%) к 2013 году.
6. Увеличение укомплектованности врачами-кардиологами в первичном звене здравоохранения с 34 (70,8%) в 2010 году до 36 (75%) к 2013 году.
7. Сохранение количества специализированных бригад скорой медицинской помощи кардиологического профиля и их доли к числу выездных бригад скорой медицинской помощи с 0,04 (1,19%) в 2010 году до 0,04 (1,18%) к 2013 году.
8. Уменьшение количества проведенных тромболизисов у больных с острым коронарным синдромом бригадой скорой медицинской помощи и их доли от общего числа больных с острым коронарным синдромом, которым оказана скорая медицинская помощь с 730,0 (7,3%) в 2010 году до 728,1 (7,22%) к 2013 году.

### **Медико-демографические показатели (медицинская результативность)**

1. Уменьшение количества пациентов, у которых зарегистрирован повторный инфаркт миокарда и их доля от общего числа пациентов с острым инфарктом миокарда с 0,06 (7,16%) в 2010 году до 0,05 (7,11%) к 2013 году.
2. Увеличение пятилетней выживаемости лиц, перенесших острый инфаркт миокарда, с момента установления диагноза и их доли от общего числа пациентов с болезнями системы кровообращения, которым установлен диагноз в течение 5 лет с 370,0 (2,2%) в 2010 году до 462 (2,7%) к 2013 году.
3. Уменьшение количества умерших от инфаркта миокарда в первые 24 часа после поступления в стационар и их доли к общему числу поступивших в стационар с инфарктом миокарда с 103,0 (11,6%) в 2010 году до 91,0 (10,3%) к 2013 году.
4. Уменьшение смертность населения от болезней системы кровообращения с 614,5 в 2010 году до 614,0 к 2013 году.
5. Уменьшение смертности населения от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте со 168,0 в 2010 году до 166,0 к 2013 году.
6. Уменьшение количества умерших от ишемической болезни сердца в присутствии врача, фельдшера скорой медицинской помощи и их доля от общего числа умерших от ишемической болезни сердца с 26,0 (0,87%) в 2010 году до 20,0 (0,67%) к 2013 году.
7. Уменьшение количества умерших пациентов от ишемической болезни сердца в стационаре и их доли от общего числа пациентов с умерших от ишемической болезни сердца с 497,0 (16,68%) в 2010 году до 477,0 (16,01%) к 2013 году.

## **8.2 Показатели доступности медицинской помощи больным неврологического профиля и использования ресурсов здравоохранения в неврологической службе**

1. Увеличение количества коек в неврологических отделениях для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения и их доли в структуре коечного фонда с 3,42 (4,32%) в 2010 году до 3,39 (4,36%) к 2013 году.
2. Увеличение количества коек интенсивного наблюдения и лечения в неврологических отделениях для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения и их доли к общей численности коечного фонда неврологических отделений с 0,11 (1,12%) в 2010 году до 0,17 (1,40%) к 2013 году.



3. Увеличение количества коек долечивания и восстановительного лечения для больных с очаговыми поражениями головного мозга сосудистого и травматического генеза в структуре коечного фонда государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения и их доли к общей численности коечного фонда неврологических отделений для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения до 40,0 (11,2%) к 2013 году.
4. Увеличение количества коек в неврологических отделениях для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, полностью укомплектованных в соответствии со штатными нормативами и стандартами оснащения и их доли от общего количества коек в профильных отделениях со 100 (28%) в 2010 году до 150 (42%) к 2013 году.
5. Увеличение количества пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, получивших стационарную медицинскую помощь в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и их доли от общего числа пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, получивших стационарную медицинскую помощь с 1700 (63,5%) в 2010 году до 2000 (74,7%) к 2013 году.
6. Увеличение среднегодовой занятости койки неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения с 320,0 в 2010 году до 325,0 к 2013 году.
7. Увеличение количества пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, которым компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головного мозга и исследования крови выполнены в срок до 40 минут с момента поступления пациента в неврологическое отделение и их доли от пациентов, у которых срок соблюден, к общему количеству поступивших пациентов с подозрением на острые нарушения мозгового кровообращения с 2200 (82,1%) в 2010 году до 2500 (93,3%) к 2013 году.
8. Увеличение количества больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, которым проведена тромболитическая терапия в первые 12 часов госпитализации и их доли от общего числа тромболизов, проведенных больным с острым нарушением мозгового кровообращения с 0,60 (1,70%) в 2010 году до 0,61 (1,75%) к 2013 году.
9. Сохранение укомплектованности первичного звена оказания медицинской помощи врачами-неврологами в соответствии со штатными нормативами и их доля от общего количества медицинского персонала неврологического профиля на уровне 113,0 (72,4%) к 2013 году.

10. Увеличение количества больных с целевыми показателями артериального давления с 31 781,0 (60,9%) в 2010 году до 32 100 (65,0%) к 2013 году.

### **Медико-демографические показатели (медицинская результативность)**

1. Снижение смертности населения от цереброваскулярных болезней (на 100 000 человек населения) с 210,0 в 2010 году до 207,0 к 2013 году.
2. Снижение смертности населения трудоспособного возраста от цереброваскулярных болезней (на 100 000 человек населения) с 73,4 в 2010 году до 72,5 к 2013 году.

### **8.3 Показатели доступности акушерской помощи и использования ресурсов здравоохранения в службе родовспоможения**

1. Снижение количества акушерских коек в государственных (муниципальных) учреждениях родовспоможения I группы со 132 (25,2%) до 97 (18,5%) к 2013 году.
2. Снижение количества акушерских коек в государственных (муниципальных) учреждениях родовспоможения II группы с 392 (74,8%) в 2010 году до 347 (66,2%) к 2013 году.
3. Увеличение количества акушерских коек в государственных (муниципальных) учреждениях родовспоможения III группы до 80 (15,3 %) к 2013 году.
4. Уменьшение количества акушерских коек в учреждениях родовспоможения в составе многопрофильных лечебно-профилактических учреждений и их доли в структуре акушерского коечного фонда с 229,0 (43,7%) в 2010 году до 184,0 (35,1%) к 2013 году.
5. Увеличение количества акушерских коек в самостоятельных учреждениях родовспоможения с 295,0 (56,3%) в 2010 году до 340,0 (69,9%) к 2013 году.
6. Увеличение количества коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в учреждениях родовспоможения и их количества на 1000 родов до 46 (3,3) к 2013 году.
7. Увеличение количества коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в детских больницах и их количества на 1000 родов с 6,0 (0,45) в 2010 году до 12,0 (0,9) к 2013 году.
8. Увеличение количества коек патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания) в учреждениях родовспоможения и детских больницах и их количества на 1000 родов до 30 (2,2) к 2013 году.

9. Увеличение количества коек патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания) в детских больницах и их количества на 1000 родов с 55,0 (4,0) до 85,0 (6,0) к 2013 году.
10. Снижение количества коек в учреждениях родовспоможения I группы, полностью укомплектованных в соответствии со штатными нормативами и стандартами оснащения и сохранение их доли от числа учреждений I группы со 132,0 (100%) в 2010 году до 97,0 (100%) к 2013 году.
11. Снижение количества коек в учреждениях родовспоможения II группы, полностью укомплектованных в соответствии со штатными нормативами и стандартами оснащения и увеличение их доли от числа учреждений II группы с 356,0 (90,82%) в 2010 году до 347,0 (100%) к 2013 году.
12. Увеличение количества коек в учреждениях родовспоможения III группы, полностью укомплектованных в соответствии со штатными нормативами и стандартами оснащения до 80 (100%) к 2013 году.
13. Увеличение количества учреждений родовспоможения, имеющих палаты совместного пребывания матери и ребенка и сохранение их доли от общего числа учреждений родовспоможения с 22,0 (100%) в 2010 году до 23,0 (100%) к 2013 году.
14. Уменьшение среднегодовой занятости акушерской койки в учреждениях родовспоможения I группы с 288,0 в 2010 году до 265,0 к 2013 году.
15. Уменьшение среднегодовой занятости акушерской койки в учреждениях родовспоможения II группы с 307,0 в 2010 году до 285,0 к 2013 году.
16. Увеличение среднегодовой занятости акушерской койки в учреждениях родовспоможения III группы до 295,0 к 2013 году.
17. Уменьшение среднегодовой занятости акушерской койки в учреждениях родовспоможения в составе многопрофильных лечебно-профилактических учреждений и их доли в структуре акушерского коечного фонда с 305,0 в 2010 году до 297,0 (35,1%) к 2013 году.
18. Увеличение количества женщин, вставших на учет по беременности до 12 недель с 77% в 2010 году до 85% к 2013 году.
19. Снижение доли врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений плода, не выявленных во время беременности от общего числа врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений плода с 47,8% в 2010 году до 25,0% к 2013 году.
20. Увеличение количества акушерских дистанционных консультативных центров до 1 к 2013 году.

21. Увеличение количества беременных, рожениц и родильниц, проконсультированных сотрудниками акушерских дистанционных консультативных центров и их доли от числа закончивших беременность до 520 (3,8%) к 2013 году.
22. Сохранение количества женских консультаций (акушерско-гинекологических кабинетов), полностью укомплектованных в соответствии со штатными нормативами и стандартами оснащения и их доли от общего числа женских консультаций на уровне 22,0 (100%) к 2013 году.
23. Увеличение количества выездных анестезиолого-реанимационных акушерских бригад их доли от общего количества выездных акушерских бригад до 1,0 (100%) к 2013 году.
24. Увеличение количества женщин, транспортированных выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами, и их доли от числа закончивших беременность до 222,0 (1,6%) к 2013 году.

#### **Медико-демографические показатели (медицинская результативность)**

1. Снижение показателя материнской смертности с 29,0 в 2010 году до 19,0 к 2013 году.
2. Увеличение показателя младенческой смертности с 7,0 в 2010 году до 8,5 к 2013 году.
3. Увеличение показателя перинатальной смертности с 5,1 в 2010 году до 7,5 к 2013 году.
4. Увеличение показателя мертворождаемости с 3,06 в 2010 году до 4,80 к 2013 году.
5. Увеличение показателя ранней неонатальной смертности с 2,1 в 2010 году до 2,8 к 2013 году.

#### **8.4 Планируемые изменения показателей доступности медицинской помощи больным онкологического профиля и использования ресурсов здравоохранения в онкологической службе**

1. Увеличение количества пациентов онкологического профиля, которым проведена плановая госпитализация и доли от общего числа пациентов онкологического профиля, состоящих на диспансерном учете с 6556 (85,5%) в 2010 году до 6888 (89,8%) к 2013 году.
2. Увеличение количества пациентов онкологического профиля, нуждающихся в плановой госпитализации и доли от общего числа пациентов онкологического профиля,

нуждающихся в плановой госпитализации с 7 668,0 (32,17%) в 2010 году до 7 670,0 (32,3%) к 2013 году.

3. Увеличение укомплектованности первичного звена оказания медицинской помощи врачами-онкологами и доли от необходимого количества с 5,0 (15,6%) в 2010 году до 21,0 (100%) к 2013 году.
4. Увеличение количества онкологических кабинетов поликлиник и кабинетов онкологических диспансеров, полностью укомплектованных в соответствии со штатными нормативами и стандартами оснащения, и доли от необходимого количества с 7,0 (36,8%) в 2010 году до 21,0 (100%) к 2013 году.
5. Уменьшение длительности ожидания пациентами онкологического профиля необходимых лабораторных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях до 3 дней и доли от общего числа нуждающихся в проведении исследований пациентов онкологического профиля с 37 493,0 (90%) в 2010 году до 38 696,0 (84%) к 2013 году.
6. Уменьшение длительности ожидания пациентами онкологического профиля необходимых диагностических обследований в амбулаторно-поликлинических условиях до 2 дней и доли от общего числа нуждающихся в проведении обследований пациентов онкологического профиля с 6 657,0 (58%) в 2010 году до 6 994,0 (61%) к 2013 году.
7. Увеличение количества (на 1 тыс. населения) женщин в возрасте 40-60 лет, прошедших маммографическое обследование с 3898 в 2010 году до 4095 к 2013 году.
8. Увеличение доли женщин в возрасте 40-60 лет, прошедших маммографическое обследование, в общей численности данной категории населения с 15,1% в 2010 году до 15,8% к 2013 году.
9. Увеличение обеспеченности пациентов онкологического профиля в течение 1-го года с момента установки диагноза диспансерным осмотром не реже 1 раза в 3 месяца с 2973 в 2010 году до 3123 к 2013 году.
10. Увеличение доли пациентов онкологического профиля, обеспеченных в течение 1-го года с момента установки диагноза диспансерным осмотром не реже 1 раза в 3 месяца (от общего числа пациентов онкологического профиля, которым диагноз установлен в течение года) с 89,5% в 2010 году до 93,9 % к 2013 году.
11. Увеличение обеспеченности пациентов онкологического профиля в течение 2-го года с момента установки диагноза диспансерным осмотром не реже 1 раза в 6 месяцев с 4366 в 2010 году до 4587 к 2013 году.
12. Увеличение доли пациентов онкологического профиля, обеспеченных в течение 2-го года с момента установки диагноза диспансерным осмотром не реже 1 раза в 6 меся-

цев (от общего числа пациентов данного профиля, которым диагноз установлен в течение двух лет) с 66,5% в 2010 году до 70,0 % к 2013 году.

13. Увеличение обеспеченности пациентов онкологического профиля диспансерным осмотром не реже 1 раза в год после 2-го года с момента установки диагноза с 2856 в 2010 году до 3000 к 2013 году.
14. Увеличение доли пациентов онкологического профиля, обеспеченных диспансерным осмотром не реже 1 раза в год после 2-го года с момента установки диагноза (от общего числа пациентов данного профиля, которым диагноз установлен свыше двух лет) с 23,6% в 2010 году до 25,0 % к 2013 году.

### **Медико-демографические показатели (медицинская результативность)**

1. Увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями и сохранение их доли от общего числа пациентов онкологического профиля, которым диагноз установлен в течение последних 5 лет с 89,9 (50,2%) в 2010 году до 90,2 (50,2 %) к 2013 году.
2. Уменьшение количества лиц трудоспособного возраста со злокачественными новообразованиями, впервые признанных инвалидами их доли от общего количества впервые признанных инвалидами с 1 201,1 (12,3%) в 2010 году до 1 161,0 (12,18 %) к 2013 году.
3. Уменьшение смертности населения от злокачественных новообразований инвалидами с 212,8 в 2010 году до 212,0 (12,18 %) к 2013 году.
4. Уменьшение смертности населения трудоспособного возраста от злокачественных новообразований с 89,5 в 2010 году до 89,0 к 2013 году.

### **8.5 Показатели доступности медицинской помощи больным и использования ресурсов здравоохранения в травматологической службе**

1. Снижение количества коек травматологического профиля в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения и снижение их доли в структуре коечного фонда с 2,49 (3,18%) в 2010 году до 2,47 (3,15%) к 2013 году.
2. Сохранение количества коек интенсивного лечения в травматологических отделениях в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения и сохранение их доли в структуре коечного фонда травматологических отделении на уровне 0,06 (2,40%) к 2013 году.

3. Увеличение количества коек травматологического профиля в межмуниципальных специализированных центрах и их доли в структуре коечного фонда межмуниципальных специализированных центров до 0,10 (20%) к 2013 году.
4. Увеличение количества коек травматологических отделений в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения, включая травмоцентры, полностью укомплектованных в соответствии со штатными нормативами и табелем оснащения их доли в структуре коечного фонда травматологических отделений, травмоцентров до 110,0 (42,0%) к 2013 году.
5. Уменьшение количества больных, находившихся в приемном отделении более 1 часа и их доли от общего числа госпитализированных с 2276,00 (50%) в 2010 году до 1866,00 (41%) к 2013 году.
6. Увеличение среднегодовой занятости койки травматологического профиля в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения, включая койку в травмоцентрах с 333,0 в 2010 году до 337,0 к 2013 году.
7. Увеличение количества пациентов с сочетанными травмами, получивших стационарную медицинскую помощь в соответствии со стандартами медицинской помощи и их доли от общего числа пролеченных пациентов данного профиля с 1729,0 (38%) в 2010 году до 2822,0 (65%) к 2013 году.

#### **Медико-демографические показатели (медицинская результативность)**

1. Снижение показателя смертности населения трудоспособного возраста от травм с 205,0 в 2010 году до 203,0 к 2013 году.

#### **8.6 Показатели совершенствования оказания медицинской помощи больным социально значимыми заболеваниями**

#### **Медико-демографические показатели (медицинская результативность)**

1. Снижение количества пациентов туберкулёзом органов дыхания, взятых под диспансерное наблюдение в предыдущем году, у которых закрылась полость распада и увеличение их доли к общему числу больных туберкулёзом органов дыхания с 240,0 (68,6%) в 2010 году до 215,0 (74,1%) к 2013 году.
2. Снижение количества клинически излеченных пациентов с туберкулёзом органов дыхания и увеличение их доли к общему числу больных туберкулёзом органов дыхания с 965,0 (69%) в 2010 году до 925,0 (73,5%) к 2013 году.

3. Снижение количества зарегистрированных больных с наркологическими расстройствами и количества зарегистрированных больных с наркологическими расстройствами на 100 тысяч населения с 3850,0 (368,8) в 2010 году до 3550,0 (340,1) к 2013 году.
4. Снижение количества зарегистрированных больных с психическими расстройствами и количества зарегистрированных больных с психическими расстройствами на 100 тысяч населения с 5083,0 (487,0) до 4749,0 (455,0) к 2013 году.
5. Увеличение удельного веса больных лиц с установленным диагнозом наркомания, находящихся в ремиссии свыше двух лет и увеличение доли к общему числу лиц, состоящих на диспансерном наблюдении с 251,0 (5,6%) в 2010 году до 280,0 (6,2%) к 2013 году.
6. Увеличение удельного веса больных лиц с установленным диагнозом алкоголизм, находящихся в ремиссии свыше двух лет и увеличение их доли к общему числу зарегистрированных больных с наркологическими расстройствами с 1 144,0 (7,3%) в 2010 году до 1 238,0 (7,9%) к 2013 году.
7. Увеличение удельного веса больных лиц с установленным диагнозом психического расстройства, находящихся в ремиссии свыше двух лет и увеличение их доли к общему числу зарегистрированных больных с наркологическими расстройствами с 600,0 (4,4%) в 2010 году до 680,0 (5,0%) к 2013 году.
8. Увеличение удельного веса больных наркологическими расстройствами, включенных в реабилитационные программы и их доли к общему числу зарегистрированных больных с психическими расстройствами с 151,0 (0,5%) в 2010 году до 604,0 (2,0%) к 2013 году.
9. Увеличение удельного веса больных психическими расстройствами, включенных в реабилитационные программы и их доли к общему числу зарегистрированных больных с психическими расстройствами с 17001,0 (45,9%) в 2010 году до 17499,0 (47,2%) к 2013 году.
10. Увеличение удельного веса больных наркологическими расстройствами, успешно завершивших реабилитационные программы и их доли к общему числу зарегистрированных больных с психическими расстройствами с 91,0 (0,3%) в 2010 году до 302,0 (1,0%) к 2013 году.
11. Увеличение удельного веса больных лиц психическими расстройствами, успешно завершивших реабилитационные программы и увеличение их доли к общему числу зарегистрированных больных с психическими расстройствами с 3505,0 (9,4%) в 2010 году до 3755,0 (10,1%) к 2013 году.



12. Сохранение показателя смертности от алкоголизма населения в трудоспособном возрасте на уровне 0,17 к 2013 году.
13. Снижение показателя смертности населения от туберкулеза в трудоспособном возрасте с 8,60 в 2010 году до 8,20 к 2013 году.

#### **8.7 Показатели доступности медицинской помощи и использования ресурсов здравоохранения при совершенствовании оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля**

1. Уменьшение количества коек в профильных отделениях в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения и их доли в структуре коечного фонда с 1,60 (2,02%) в 2010 году до 0,83 (1,08%) к 2013 году.
2. Увеличение количества профильных пациентов, получивших стационарную медицинскую помощь в соответствии со стандартами медицинской помощи и их доли от общего числа пролеченных профильных пациентов с 1 805,0 (86%) в 2010 году до 2 057,0 (98%) к 2013 году.
3. Увеличение среднегодовой занятости профильной койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения с 332,0 в 2010 году до 339,0 к 2013 году.
4. Увеличение укомплектованности первичного звена оказания медицинской помощи врачами-специалистами соответствующего профиля и доли от необходимого количества с 2,0 (50%) в 2010 году до 4,0 (100%) к 2013 году.

#### **Медико-демографические показатели (медицинская результативность)**

1. Уменьшение количества экстренных госпитализаций пациентов профильного заболевания (случаев на 1 тыс. человек прикрепленного населения) и их доли от общего числа экстренно госпитализированных пациентов с 1,36 (1,09%) в 2010 году до 1,30 (1,00%) к 2013 году.
2. Уменьшение смертности населения от профильных заболеваний с 49,4 в 2010 году до 48,6 к 2013 году.
3. Уменьшение смертности от профильных заболеваний населения в трудоспособном возрасте с 31,0 в 2010 году до 30,2 к 2013 году.

## **8.8 Показатели доступности и качества оказания медицинской помощи населению по всем профилям заболеваний**

1. Уменьшение количества коек в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения (на 10 тыс. человек населения) с 78,21 в 2010 году до 77,54 к 2013 году.
2. Увеличение количества коек сестринского ухода и их доли к общей численности коечного фонда со 137,0 (1,7%) в 2010 году до 239,0 (2,92%) к 2013 году.
3. Увеличение уровня госпитализации в государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения на 100 человек населения с 17,0 в 2010 году до 17,1 к 2013 году.
4. Уменьшение средней продолжительности пребывания пациента на койке в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения с 14,4 в 2010 году до 14,3 к 2013 году.
5. Увеличение среднегодовой занятости койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения с 315,0 в 2010 году до 324,0 к 2013 году.
6. Уменьшение соотношения численности врачебных должностей и должностей среднего медицинского персонала с 1:2,6 в 2010 году до 1:2,2 в 2013 году.
7. Уменьшение количества врачей, прошедших профессиональную переподготовку и повышение квалификации в течение последних 5 лет и их доли от общей численности врачей с 4 783,0 (129,0%) в 2010 году до 4 196,0 (113,9%) к 2013 году.
8. Уменьшение количества среднего медицинского персонала, прошедшего профессиональную переподготовку и повышение квалификации в течение последних 5 лет и их доли от общей численности среднего медицинского персонала с 11 870,0 (159,2%) в 2010 году до 11 692,0 (156,8%) к 2013 году.
9. Увеличение количества действующих в сельской местности субъекта Российской Федерации офисов врачей общей практики (семейных врачей) и их доли к общему количеству офисов врачей общей практики и фельдшерско-акушерских пунктов, работающих в сельской местности с 278,0 (82,99%) в 2010 году до 316,0 (94,33%) к 2013 году.
10. Увеличение количества фельдшерско-акушерских пунктов, полностью укомплектованных в соответствии со штатными нормативами и табелями оснащения и их доли к общему количеству фельдшерско-акушерских пунктов, работающих в сельской местности с 207,0 (78,41%) в 2010 году до 241,0 (92,69%) к 2013 году.
11. Увеличение укомплектованности участковой службы первичного звена врачами и их доли от необходимого количества в соответствии со штатными нормативами с 482,0 (93,87%) в 2010 году до 486,0 (94,00%) к 2013 году.

12. Увеличение укомплектованности участковой службы первичного звена медицинскими сестрами и их доли от необходимого количества с 470,0 (88,06%) в 2010 году до 476,0 (80,37%) к 2013 году.
13. Увеличение укомплектованности первичного звена здравоохранения врачами-специалистами и их доли от необходимого количества в соответствии со штатными нормативами с 2 657,0 (60,07%) в 2010 году до 2 861,0 (62,42%) к 2013 году.
14. Увеличение количества человек, прошедших комплексное обследование в центрах здоровья (на 1 тыс. населения) с 18,2 в 2010 году до 20,1 к 2013 году.
15. Увеличение количества вызовов скорой помощи со временем доезда до 20 мин. (на 1 тыс. вызовов) и их доля к общему числу вызовов с 695,0 (70,1%) в 2010 году до 724,0 (72,3%) к 2013 году.
16. Уменьшение количества зданий учреждений государственных (муниципальных) здравоохранения, прошедших капитальный ремонт и их доли от числа зданий, нуждающихся в ремонте с 7,0 (20,59%) в 2010 году до 3,0 (10,71%) к 2013 году.
17. Увеличение фондооснащенности медицинским оборудованием государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения с 7 298,06 в 2010 году до 9 503,38 к 2013 году.
18. Увеличение фондовооруженности медицинским оборудованием государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения с 498 711,44 в 2010 году до 666 870,27 к 2013 году.
19. Уменьшение дефицита обеспеченности врачебными кадрами (разницы между потребностью и фактической численностью врачей и их удельного веса от потребности во врачебных кадрах) с 1 828,0 (36,44%) в 2010 году до 1 806,0 (34,68%) к 2013 году.
20. Уменьшение дефицита обеспеченности врачебными кадрами, оказывающими амбулаторную помощь (разницы между потребностью и фактической численностью врачей и их удельного веса от потребности во врачебных кадрах) с 724,0 (29,08%) в 2010 году до 687,0 (27,18%) к 2013 году.
21. Увеличение разницы между потребностью и фактической численностью врачей и уменьшение их удельного веса от потребности во врачебных кадрах с 1 052,0 (43,38%) в 2010 году до 1 072,0 (41,58%) к 2013 году.
22. Уменьшение количества жалоб по поводу взимания денежных средств за оказание медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (на 1 тыс. населения) с 0,10 в 2010 году до 0,09 к 2013 году.

23. Уменьшение количества экстренных госпитализаций (на 1000 человек населения) со 121,0 в 2010 году до 115,0 к 2013 году.
24. Уменьшение смертности населения (на 1 тыс. населения) с 12,8 в 2010 году до 12,5 к 2013 году.
25. Уменьшение смертности населения трудоспособного возраста (на 10 тыс. населения) с 615,0 в 2010 году до 605,0 к 2013 году.
26. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни (всего) с 68,82 в 2010 году до 68,87 к 2013 году.
27. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни у мужчин с 61,75 в 2010 году до 61,76 к 2013 году.
28. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни у женщин с 61,75 в 2010 году до 73,85 к 2013 году.
29. Уменьшение численности лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами (на 10 тыс. трудоспособного населения) с 26,0 в 2010 году до 25,0 к 2013 году.
30. Увеличение удовлетворения потребностей населения в высокотехнологичной медицинской помощи (на конец года, от общего количества нуждающихся в данном виде помощи) с 60,0% в 2010 году до 65,0% к 2013 году.
31. Увеличение удовлетворенности населения медицинской помощью (от числа опрошенных) с 42,0% в 2010 году до 45,5% к 2013 году.

### **8.9 Показатели доступности и использования ресурсов здравоохранения при оказании медицинской помощи детям по всем профилям**

1. Уменьшение числа коек педиатрического профиля в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения с 60,14 в 2010 году до 60,02 к 2013 году.
2. Увеличение числа коек педиатрического профиля и их доли к общей численности коечного фонда с 1142,0 (13,81%) в 2010 году до 1152,00 (14,08%) к 2013 году.
3. Уменьшение числа коек педиатрического профиля в детских стационарных (самостоятельных) учреждениях с 598,0 в 2010 году до 595,0 к 2013 году и увеличение их доли к общей численности коечного фонда с 7,23% в 2010 году до 7,27% в 2013 году.
4. Увеличение числа коек педиатрического профиля в стационарных учреждениях для «взрослых и детей» и увеличение доли к общей численности коечного фонда с 544,0 (6,58%) в 2010 году до 557,00 (6,81%) к 2013 году.
5. Сохранение числа коек хирургического профиля для детей на уровне 213,0 к 2013 году и увеличение доли к общей численности коечного фонда с 2,58% в 2010 году до

2,60% к 2013 году.

6. Сохранение числа коек хирургического профиля для детей в детских (самостоятельных) стационарных учреждениях на уровне 183,0 к 2013 году и увеличение доли к общей численности коечного фонда с 2,21% в 2010 году до 2,24% к 2013 году.
7. Сохранение числа коек хирургического профиля для детей в стационарных учреждениях для «взрослых и детей» на уровне 30,0 к 2013 году и увеличение доли к общей численности коечного фонда с 0,36% в 2010 году до 0,37% к 2013 году.
8. Увеличение уровня госпитализации в педиатрические государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения с 17,2 в 2010 году до 17,74 к 2013 году.
9. Сохранение соотношения численности педиатрических врачебных должностей и должностей среднего медицинского персонала на уровне 1,10 к 2013 году.
10. Увеличение укомплектованности участковой службы первичного звена здравоохранения врачами-педиатрами и сохранение их доли от необходимого количества в соответствии со штатными нормативами с 193,0 (96%) в 2010 году до 194,00 (96%) к 2013 году.
11. Увеличение укомплектованности участковой службы первичного звена здравоохранения медицинскими сестрами и снижение их доли от необходимого количества с 179,0 (88,5%) в 2010 году до 182,00 (85,4%) к 2013 году.
12. Сохранение количества педиатрических бригад скорой медицинской помощи, полностью укомплектованных в соответствии со штатными нормативами и оснащенных в соответствии с перечнем оснащения и их доли от общего количества выездных бригад на уровне 24,0 (7,0%) к 2013 году.

#### **Медико-демографические показатели (медицинская результативность)**

1. Снижение общей заболеваемости детей в возрасте 0-17 лет с 210 523,0 в 2010 году до 209 987,4 к 2013 году.
2. Увеличение доли детей 1 и 2 группы здоровья в образовательных учреждениях с 76,1 в 2010 году до 77,0 к 2013 году.
3. Увеличение показателя младенческой смертности с 7,0 в 2010 году до 8,5 к 2013 году
4. Снижение показателя смертности детей в возрасте до 1 года на дому с 1,21 в 2010 году до 1,00 к 2013 году.
5. Снижение показателя досуточной летальности детей в возрасте до 1 года с 1,51 в 2010 году до 1,20 к 2013 году.
6. Увеличение показателя смертности детей в возрасте от 0 до 4 лет включительно с 27,0 в 2010 году до 27,5 к 2013 году.

#### **8.10 Повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами**

1. Увеличение количества врачей-специалистов, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь с 1,766 тыс. человек в 2010 году до 1,841 тыс. человек к 2013 году.
2. Увеличение количества врачей-специалистов, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, которым были осуществлены денежные выплаты стимулирующего характера с 1,766 тыс. человек в 2010 году до 1,841 тыс. человек к 2013 году.
3. Увеличение количества среднего медицинского персонала, работающего с врачами-специалистами, либо оказывающего амбулаторную медицинскую помощь самостоятельно с 2,940 тыс. человек в 2010 году до 2,954 тыс. человек к 2013 году.
4. Увеличение количества среднего медицинского персонала, работающего с врачами-специалистами, либо оказывающего амбулаторную медицинскую помощь самостоятельно, которым были осуществлены денежные выплаты стимулирующего характера с 2,940 тыс. человек в 2010 году до 2,954 тыс. человек к 2013 году.
5. Увеличение суммы средств на денежные выплаты врачам-специалистам, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, с 47 585,0 тыс. руб. в 2010 году до 52 830,0 тыс. руб. к 2013 году.
6. Увеличение суммы средств на денежные выплаты среднему медицинскому персоналу, работающему с врачами-специалистами, либо оказывающему амбулаторную медицинскую помощь самостоятельно с 53 659,0 тыс. руб. в 2010 году до 59 578,0 тыс. руб. к 2013 году.
7. Увеличение размера затрат на расходные материалы, обеспечивающие деятельность врачей-специалистов, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, а также среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами, либо оказывающего амбулаторную медицинскую помощь с 30 244,1 тыс. руб. в 2010 году до 32 391,0 тыс. руб. к 2013 году.
8. Увеличение общего объема средств на денежные выплаты с 101 244,0 тыс. руб. в 2010 году до 112 408,0 тыс. руб. к 2013 году.

#### **8.11 Показатели мероприятий по совершенствованию организации, финансового обеспечения и учета медицинской помощи**

- Сохранение количества государственных (муниципальных) амбулаторно-поликлинических учреждений, финансирование которых осуществляется на основании подушевого норматива на прикрепленное население в общем количестве государственных (муниципальных) амбулаторно-поликлинических учреждений и их доли от общего числа государственных (муниципальных) амбулаторно-поликлинических учреждений на уровне 14,0 (82,4%) к 2013 году.
- Сохранение количества государственных (муниципальных) больничных учреждений, финансирование которых осуществляется по результатам деятельности по законченному случаю, в общем количестве государственных (муниципальных) больничных учреждений и их доли от общего числа государственных (муниципальных) больничных учреждений на уровне 45,0 (100%) к 2013 году.
- Сохранение количества государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, которыми осуществляется оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования по полному тарифу и их доли от общего количества государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС на уровне 51,0 (71,8%) к 2013 году.
- Увеличение фактических расходов на медицинскую помощь по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за счет средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, на 1 жителя (сумма в тыс.руб.) и их доли в подушевом нормативе по территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации с 1,94 (32,10%) в 2010 году до 2,3 (32,98%) к 2013 году.
- Увеличение страховых взносов на ОМС неработающего населения (общая сумма и в расчете на 1 чел., руб.) с 2 476 479 100,00 (2 372,56) в 2010 году до 2 739 542 900,00 (2 610,26) к 2012 году.
- Увеличение размера дефицита территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и уменьшение удельного веса фактического финансового обеспечения от потребности с 3 058 079 700,00 (47,9%) в 2010 году до 3 077 040 000,00 (40,0%) к 2013 году.
- Увеличение расходов на амбулаторную медицинскую помощь и удельного веса в общей стоимости территориальной программы ОМС до 2 246 270 230,00 (31,31%) к 2013 году.
- Увеличение объема средств, поступающих через систему обязательного медицинского страхования, на выполнение Программы государственных гарантий оказания гражда-

нам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и уменьшение доли от поступивших средств на выполнение Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи с 4 279 797,10 (67,90%) в 2010 году до 4 929 142,40 (67,02%) к 2013 году.

- Увеличение средней заработной платы врачей с 18 822,0 руб. в 2010 году до 22 456,0 руб. к 2013 году.
- Увеличение средней заработной платы среднего медицинского персонала с 12 564,0 руб. в 2010 году до 14 990,0 руб. к 2013 году.
- Увеличение количества медицинских работников, оплата труда которых осуществляется по новой (отраслевой) системе оплаты труда, ориентированной на результат и сохранение их доли от общего количества медицинских работников с 18 894,0 (100,0%) в 2010 году до 19 100,0 (100,0%) в 2013 году.

## **8.12 Внедрение современных информационных систем в здравоохранение**

- Увеличение количества государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, осуществляющих автоматизированную запись на прием к врачу с использованием сети Интернет и информационно-справочных сенсорных терминалов (инфоматов), и их доли к общему количеству государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения с 32 (45,7%) в 2010 году до 60 (85,7%) к 2013 году.
- Увеличение количества государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, осуществляющих автоматизированное ведение листов ожидания с возможностью контроля за состоянием очереди посредством сети Интернет и информационно-справочных сенсорных терминалов (инфоматов), и их доли к общему количеству государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения с 10 (14,3%) до 54 (73%) к 2013 году.
- Увеличение количества пациентов, у которых ведутся электронные медицинские карты, и их доли от общей численности населения с 58,0 человек на 1 тыс. населения (5,8%) до 847,0 человек на 1 тыс. населения (84,7%) к 2013 году.
- Увеличение количества государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, предоставляющих возможность, посредством информационно-справочных сенсорных терминалов (инфоматов), доступа граждан к их персональным страничкам, содержащим информацию о медицинских услугах, предоставленных гражданину, и результаты анализов, с возможностью тут же распечатать их, и их доли к общему ко-



личеству государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения до 39 (43%) к 2013 году.

- Увеличение количества государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, предоставляющих, посредством информационно-справочных сенсорных терминалов (инфоматов), информацию об оказываемых услугах, детальной схеме учреждения, графиках работы врачей, информацию о квалификации и опыте работы персонала, и их доли к общему количеству государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения до 39 (43%) к 2013 году.
- Увеличение количества государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, предоставляющих, посредством информационно-справочных сенсорных терминалов (инфоматов), информацию об оказываемых услугах, детальной схеме учреждения, графиках работы врачей, информацию о квалификации и опыте работы персонала, и их доли к общему количеству государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения с 1 (1,4%) до 39 (43%) к 2013 году.
- Увеличение количества государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, предоставляющих, посредством информационно-справочных сенсорных терминалов (инфоматов), возможность гражданину (с использованием универсальной электронной карты) выставления оценки удовлетворенности медицинской помощью, и их доли к общему количеству государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения с 1 (1,4%) до 39 (43%) к 2013 году.
- Увеличение количества государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, включенных в механизм информационного взаимодействия с территориальным фондом обязательного медицинского страхования с использованием электронно-цифровой подписи, и их доли к общему количеству государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения с 9 (12%) до 74 (100%) к 2013 году.
- Сохранение количества страховых медицинских организаций, включенных в механизм информационного взаимодействия с территориальным фондом обязательного медицинского страхования с использованием электронно-цифровой подписи, и их доли к общему количеству страховых медицинских организаций, действующих на территории субъекта Российской Федерации, на уровне 3 (100%) к 2013 году.
- Сохранение наличия на специализированном сайте субъекта Российской Федерации информации о перечне медицинских организаций, видах предоставляемых услуг, детальной схеме медицинской организации, графиках работы врачей, квалификации и опыте работы персонала.

- Увеличение количества (муниципальных) учреждений здравоохранения, охваченных системой телемедицинских консультаций, и их доли к общему количеству государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения с 3 (4,0%) в 2010 году до 7 (9,4%) к 2013 году.