

Программа
модернизации здравоохранения Архангельской области
на 2011-2012 годы

Наименование Программы	Программа модернизации здравоохранения Архангельской области на 2011-2012 годы
Наименование уполномоченного органа исполнительной власти Архангельской области	министерство здравоохранения и социального развития Архангельской области
Основание для разработки программы	Федеральный закон от « »_____2010 года №__-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
Срок реализации Программы	2011- 2012
Цель Программы	Улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению Архангельской области
Задачи Программы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений 2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение 3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи
Основные мероприятия Программы	<p style="text-align: center;">I. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие с численностью и составом населения, а также со структурой заболеваемости и смертности на территории региона, сети и структуры учреждений здравоохранения 2. Приведение материально-технической базы учреждений здравоохранения (включая завершение строительства ранее начатых объектов, оснащение оборудованием, проведение текущего и капитального ремонта) в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи

II. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

1. Персонифицированный учет оказанных медицинских услуг, ведение электронной медицинской карты гражданина, запись к врачу в электронном виде, обмен телемедицинскими данными, а также внедрение систем электронного документооборота
2. Ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы Архангельской области

III. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи

1. Поэтапный переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, устанавливаемыми Минздравсоцразвития России
2. Поэтапный переход к 2013 году к включению в тарифы на оплату медицинской помощи за счет ОМС расходов на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходов на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, приобретение оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу
3. Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи
4. Обеспечение потребности во врачах по основным специальностям с учетом объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала.
5. Подготовка к включению с 2013 года в территориальные программы обязательного медицинского страхования дополнительных денежных выплат медицинским работникам первичного звена здравоохранения и дополнительной диспансеризации

	<p>работающих граждан, диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации</p> <p>6. Повышение доступности и качества медицинской помощи неработающим пенсионерам</p>
<p>Объемы источники финансирования Программы</p> <p>и</p>	<p>Общий объем финансирования Программы модернизации здравоохранения: до 11247,8 млн. рублей, в том числе по годам: 2011 год – 6553,2 млн. руб., 2012 год – 4694,6 млн. руб.</p> <p>1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, до 9163,4 млн. рублей, в том числе по годам: 2011 год – 5426,7 млн. руб., 2012 год – 3736,7 млн. руб.</p> <p>2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение, до 748,0 млн. рублей, в том числе по годам: 2011 год – 513,3 млн. руб., 2012 год – 234,7 млн. руб.</p> <p>3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи, до 1336,4 млн. рублей, в том числе по годам: 2011 год – 613,2 млн. руб., 2012 год – 723,2 млн. руб.</p> <p>В том числе в разрезе указанных мероприятий по годам - за счет:</p> <p>субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до _____ млн. рублей;</p> <p>средств консолидированного бюджета Архангельской области – _____ млн. рублей;</p> <p>средств бюджета Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования – до _____ млн. рублей.</p>
<p>Основные показатели реализации Программы</p>	<p>I. Показатели медицинской результативности:</p> <p>1. Младенческая смертность – на 1 тыс. родившихся живыми</p> <p>2. Смертность населения в трудоспособном возрасте – на 100 тыс. населения</p> <p>от болезней системы кровообращения – на 100 тыс. населения</p> <p>от злокачественных новообразований – на 100 тыс. населения</p> <p>от травм – на 100 тыс. населения</p> <p>3. Смертность в течение года с момента установления диагноза злокачественного новообразования – на 100 тыс. населения</p> <p>4. Индекс здоровья детей (в возрасте 0-14 лет) – %</p> <p>5. Пятилетняя выживаемость больных со злокачественными новообразованиями с момента</p>

	<p>установления диагноза – %</p> <p>6. Пятилетняя выживаемость лиц, перенесших острый инфаркт миокарда с момента установления диагноза – %</p> <p>7. Удовлетворенность населения медицинской помощью – %</p> <p>8. Удовлетворенность потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи – %</p> <p>II. Показатели доступности медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения:</p> <p>1. Среднегодовая занятость койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения – дней</p> <p>2. Размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения – руб. в расчете на 1 чел.</p> <p>3. Размер дефицита территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи – %</p> <p>4. Размер дефицита обеспеченности врачебными кадрами - всего, из них оказывающих – %: амбулаторную медицинскую помощь – %; стационарную медицинскую помощь – %; скорую медицинскую помощь – %</p> <p>5. Среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников – руб.</p> <p>6. Фондовооруженность учреждений здравоохранения – руб. на одного врача</p> <p>7. Фондооснащенность учреждений здравоохранения – руб. на один квадратный метр площади зданий и сооружений</p> <p>8. Количество зданий учреждений здравоохранения, прошедших капитальный ремонт из числа нуждающихся в нем – %</p> <p>9. Количество учреждений здравоохранения, материально-техническое оснащение которых приведено в соответствие с порядками оказания медицинской помощи – ед.</p> <p>10. Количество пациентов, у которых ведутся электронные медицинские карты – %</p> <p>11. Количество государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, осуществляющих автоматизированную запись на прием к врачу с</p>
--	--

	<p>использованием сети Интернет и информационно-справочных сенсорных терминалов (инфоматов), к общему количеству государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения – %</p> <p>12. Количество государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, использующих электронный документооборот при обмене медицинской информацией, от общего количества государственных (муниципальных) учреждений - %</p> <p>13. Количество неработающих пенсионеров, в отношении которых осуществлен соплатеж на медицинскую помощь за счет средств, предоставленных на финансирование дополнительных государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи неработающим пенсионерам – %</p>
--	---

	Исходное состояние на 01.01.2010	Целевое значение на 01.01.2011	Целевое значение на 01.01.2012	Целевое значение на 01.01.2013
I. Показатели медицинской результативности				
1. Младенческая смертность – на 1 тыс. родившихся живыми	7,9	7,5	7,0	6,8
2. Смертность населения в трудоспособном возрасте – на 100 тыс. населения	715,7	710,0	700,0	680,0
2.1. Смертность населения в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения – на 100 тыс. населения соответствующего возраста	261,6	252,0	246,0	240,0
2.2. Смертность населения в трудоспособном возрасте от злокачественных новообразований – на 100 тыс. населения соответствующего возраста	87,6	86,0	85,0	84,5
2.3. Смертность населения в трудоспособном возрасте от травм – на 100 тыс. населения соответствующего возраста	232,4	228,0	220,0	216,0
3. Смертность в течение года с момента установления диагноза	185,7	176,5	172,4	169,3

злокачественного новообразования – на 100 тыс. населения				
4. Индекс здоровья детей (в возрасте 0-14 лет) – %	71,3	73,0	74,5	75,0
5. Пятилетняя выживаемость больных со злокачественными новообразованиями с момента установления диагноза – %	52	53	55	57
6. Пятилетняя выживаемость лиц, перенесших острый инфаркт миокарда с момента установления диагноза – %				
7. Удовлетворенность населения медицинской помощью – %	34,7	40,0	45,0	50,0
8. Удовлетворенность потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи – %	50	60	68	75
II. Показатели доступности медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения				
1. Среднегодовая занятость койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения – дней	330	335	338	340
2. Размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения – руб. в расчете на 1 чел.	776,1	784,3	2177,9	2308,3
3. Размер дефицита территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи – %	46,2	45,6	32,0	30,0
4. Размер дефицита обеспеченности врачебными кадрами - всего, из них оказывающих – %:	37,2	36,3	34,0	31,7
амбулаторную медицинскую помощь – %;	32,9	32,0	30,0	28,5
стационарную медицинскую помощь - %;	42,0	41,0	39,0	36,5

скорую медицинскую помощь - %	36,7	36,0	33,0	30,0
5. Среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников – руб. (на занятую должность)	12926,0	13599,0	14529,0	15212,0
6. Фондовооруженность учреждений здравоохранения – руб. на одного врача	1780786,6	1892062,4	2233500,5	2618374,2
7. Фондооснащенность учреждений здравоохранения – руб. на один квадратный метр площади зданий и сооружений	14859,1	15445,9	16467,8	18350,9
8. Количество зданий учреждений здравоохранения, прошедших капитальный ремонт из числа нуждающихся в нем – %	2	5	20	40
9. Количество учреждений здравоохранения, материально-техническое оснащение которых приведено в соответствие с порядками оказания медицинской помощи – ед.	0	0	38	64
10. Количество пациентов, у которых ведутся электронные медицинские карты – %	8	9	26	50
11. 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 – %	14	20	35	100
12. Количество государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, использующих электронный документооборот	0	2	26	43

при обмене медицинской информацией, от общего количества государственных (муниципальных) учреждений - %				
13. Количество неработающих пенсионеров, в отношении которых осуществлен соплатеж на медицинскую помощь за счет средств, предоставленных на финансирование дополнительных государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи неработающим пенсионерам – %	0	0	186240	184640

I. Содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения программными методами

Программа представляет собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям, срокам реализации и направленных на модернизацию здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

Программа разрабатывается в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Реализация Программы направлена на решение следующих основных задач:

1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.
2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.
3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

В течение последних 5 лет в Архангельской области наметилась тенденция к стабилизации демографической ситуации при сохранении регрессивной структуры населения, заключающейся в низком удельном весе детского населения и высоком удельном весе лиц пенсионного возраста.

С 1992 года коэффициент естественного прироста стал отрицательный. Только за последние пять лет (2005-2009 гг.) убыль населения в среднем составляет 10,0 тыс. человек в год. В 2009 году коэффициент естественной убыли населения равняется 2,1 человек на 1000 населения, в 1 полугодии 2010 года коэффициент естественной убыли населения составил 2,5. В последние годы превышение числа умерших над числом родившихся в целом по области было стабильным и составляло 1,7–1,6 раза. В 2009 году это

соотношение уменьшилось и число умерших превысило число родившихся в 1,2 раза.

Адекватно отражается состояние здоровья населения в ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Крайне низкая продолжительность предстоящей жизни северян с 2004 года вновь приобретает положительную динамику. В 2008 году по сравнению с 2004 годом для населения в целом этот показатель увеличился на 4,6 года (у мужчин на 4,80 года, у женщин – на 3,50 года), достигнув 60,4 и 74,0 лет соответственно. Сокращение различий между полами за этот период составило 1,30 года (с 14,90 лет в 2004 г. до 13,60 лет в 2008 г.).

Отмечается повышение показателя рождаемости населения на 2,5% в 2009 году по сравнению с 2008 годом (12,3 и 12,0 на 1000 жителей соответственно). Сохраняется естественная убыль населения за счет превышения смертности над рождаемостью в 1,2 раза, но темпы убыли ежегодно снижаются (-2,6 в 2009 году, -2,0 в 2008 году). В структуре убыли населения 66% составляют миграционные потери и 34% приходится на естественную убыль.

Показатель смертности в 2009 году составил 14,3 на 1000 населения, что на 2,1% ниже уровня 2008 года (14,6 на 1000 жителей). В структуре общей смертности на первом месте остаются болезни системы кровообращения, на второе место впервые вышли новообразования, травмы и отравления – на третьем. Уровень смертности в трудоспособном возрасте снизился по всем классам, за исключением смертности в результате дорожно-транспортных происшествий.

Показатель младенческой смертности по области снизился в 2009 году до 7,9 на 1000 родившихся живыми (в 2008 году – 8,9). Основной причиной младенческой смертности является перинатальная патология.

За 6 месяцев 2010 года отмечается сохранение рождаемости практически на уровне аналогичного периода 2009 года (12,1 на 1000 населения). Показатель смертности также остаётся на уровне первого полугодия 2009 года (14,6 на 1000 населения). Среди причин смертности отмечается снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения на 1,0%, от травм и отравлений на 3,7%, от новообразований на 0,6%. Уровень младенческой смертности составил 6,4‰ (за 6 месяцев 2009 года 7,7‰ – снижение на 16,9%).

С 2009 года утвержден и реализуется «Комплекс мероприятий департамента здравоохранения по профилактике младенческой смертности в Архангельской области на 2009-2011 годы». В целях снижения детской смертности и инвалидности проводится работа по совершенствованию оказания акушерской помощи беременным по трехуровневой системе, начата диспансеризации женщин фертильного возраста, организуются акушерско-терапевтико-педиатрические комплексы, внедряются новые формы эффективных медико-социальных патронажей детей и семей, находящихся в социально опасном положении, службы ранней помощи семьям и детям из группы социального риска.

В целях дальнейшего снижения уровня смертности населения в трудоспособном возрасте в Архангельской области реализуются мероприятия, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, формирование здорового образа жизни, включая снижение потребления алкоголя и табака. Открыты региональный сосудистый центр и 3 первичных сосудистых отделения, 10 травмацентров трех уровней в учреждениях здравоохранения вдоль федеральной трассы М-8, 5 Центров здоровья. В рамках данных программ приобретено 1 277 единиц лечебно-диагностического оборудования на общую сумму 624 млн. рублей, повышение квалификации на центральных учебных базах прошли 206 специалистов. В 2010 году будут созданы 2 Центра здоровья для детей и дооснащены оборудованием действующие Центры здоровья.

Продолжена работа по включению региона в 2011 году в Национальную онкологическую программу.

В настоящее время в Архангельской области реализуются 6 долгосрочных целевых программ в сфере здравоохранения с общим объемом финансирования 2 583,2 млн. рублей, в том числе в 2010 году 733,4 млн. рублей, из них за счет средств областного бюджета – 358,6 млн. рублей:

- «Гемодиализная помощь населению на 2009-2011 годы»;
- «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2008-2011 годы;
- «Развитие здравоохранения Архангельской области на 2009-2010 годы»;
- «Демографическое развитие и здоровое поколение на 2009 – 2010 годы»;
- «Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями на 2009-2010 годы»;
- «Мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на 2009-2010 годы».

В результате реализации долгосрочных целевых программ, а также работы в лечебно-профилактических учреждениях школ артериальной гипертензии для пациентов, проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан, увеличения объемов кардиохирургических операций, проводимых в области, отмечается снижение показателя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 2009 году к уровню 2008 года на 2,5%, смертности от травм и отравлений на 5%.

В 2009 году увеличились объемы высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной населению, как в федеральных клиниках, так и в лечебно-профилактических учреждениях области. Всего данный вид медицинской помощи получили 3 207 человека. По состоянию на 01.09.2010 года получили высокотехнологичную медицинскую помощь 1151 пациентов (65,6%), 513 человек внесены в «лист ожидания» на оказание.

Ежегодно в области регистрируется более 2 млн. случаев заболеваний острыми и хроническими болезнями. Показатель общей заболеваемости населения области формируется на 56% впервые выявленными в жизни заболеваниями, в том числе у детей на 84%, подростков – 70%, взрослых – 43%.

За последние 10 лет общая заболеваемость населения области постоянно растет, она увеличилась как в абсолютных показателях (с 2 095,7 тыс. случаев в 2000 году до 2 302,7 тыс. случаев в 2009 году, т.е. на 9,9%), так и в интенсивных показателях (с 1530,2 случаев на 1000 населения в 2000 году до 1889,2 – в 2009 году, т.е. на 23,5%). В 2009 году отмечается рост общей заболеваемости на 5,6%.

Снижение заболеваемости к уровню 2008 года зарегистрировано по 4 классам из 19 (психические расстройства (-1,9), травмы и отравления (-1,8), врожденные аномалии (-0,7), инфекционные и паразитарные болезни (-0,4)). Повышение заболеваемости к уровню 2008 года зарегистрировано по 15 классам из 19, в том числе по классам новообразований (+10,5), болезней крови, кроветворных органов и нарушение иммунного механизма (+6,1), болезней органов кровообращения (+6,0). В тоже время проведение дополнительной иммунизации населения области привело к снижению заболеваемости управляемыми инфекциями.

Для характеристики основных тенденций динамики заболеваемости применяется такой показатель как соотношение общей и первичной заболеваемости. В последние годы наблюдается увеличение разрыва между общей и первичной заболеваемостью, что в определенной мере свидетельствует о накоплении в популяции хронической патологии. Так, если в 2000 году в области на долю впервые в жизни выявленных заболеваний из общего их числа приходилось 60%, то в 2009 году удельный вес первичной заболеваемости в общей составил 56%.

На начало 2010 года в области функционирует 77 амбулаторно-поликлинических учреждений, 60 стационарных и 478 фельдшерско-акушерских пунктов. Работают более 5 тысяч врачей и 13,4 тысяч средних медработников.

Финансовое наполнение отрасли «Здравоохранение» за счет всех источников финансирования увеличилось в 2009 году по сравнению с 2005 годом в 2,3 раза и составило 13 225,7 млн. рублей. В 2010 году финансовое обеспечение прогнозируется в сумме 12 543,4 млн. рублей, или уменьшится по сравнению с 2009 годом на 682,3 млн. рублей (на 5,1 %). Причиной уменьшения расходов по отрасли является значительное сокращение по сравнению с 2009 годом поступлений из федерального бюджета в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

Основным источником финансирования отрасли «Здравоохранение» являются средства консолидированного бюджета области, которые составили в 2009 году 5568,2 млн. рублей или выросли по сравнению с 2005 годом в 2 раза. Ожидаемые расходы консолидированного бюджета за 2010 год прогнозируются на уровне 2009 года.

Расходы средств обязательного медицинского страхования (включая платежи на неработающее население) увеличились в 2009 году по сравнению с 2005 годом в 2,3 раза и составили 4731,3 млн. рублей. В 2010 году эти расходы также сложатся на уровне 2009 года.

Средства федерального бюджета на реализацию мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье», включая поступления материальных ценностей, израсходованы в 2009 году в сумме 1504,8 млн. рублей, что 2,5 раза выше уровня 2005 года. В 2010 году в рамках реализации нацпроекта планируется освоить 655,7 млн. рублей.

Средства федерального бюджета на программу дополнительного лекарственного обеспечения израсходованы в 2009 году в сумме 483,8 млн. рублей. В 2010 году планируется израсходовать 472,3 млн. рублей.

Поступления от предпринимательской деятельности в 2009 году составили 886,5 млн. рублей, или увеличились к уровню 2005 года в 1,9 раза. В 2010 году ожидается рост расходов по платным услугам и ДМС в 1,07 раза.

На оказание медицинской помощи в рамках реализации Программы государственных гарантий в 2009 году было направлено 8800,6 млн. рублей, что в 1,89 раза больше уровня 2005 года. В 2010 году расходы по Программе государственных гарантий сложатся на уровне 2009 года. В 2011 году ожидаемая стоимость Программы составит 11 118,9 млн. рублей (увеличится на 25 %).

Расходы в расчете на 1 жителя области в 2009 году составили 10 753,3 рублей (в 2,3 раза выше уровня 2005 года), в том числе по Программе государственных гарантий – 7155,6 рублей (увеличились в сравнении с 2005 годом в 1,9 раза). В 2010 году расходы на 1 жителя прогнозируются в сумме 10281 рублей, в том числе по ПГГ – 7 334,1 рублей.

Рост заработной платы в 2009 году по отношению к 2005 году составил 92 %. Среднемесячная начисленная заработная плата на одну занятую врачебную должность в 2009 году сложилась в сумме 17756 рублей, на одну занятую должность среднего медицинского персонала – 11044 рублей. В 2010 году прогнозируемый рост заработной платы составит 5,1%, 2011 году – на 6,7 %.

В 2009 году показатель числа посещений на одного жителя в рамках реализации территориальной Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи составил 9,903, в том числе к среднему медперсоналу – 1,866, и превысил норматив, рекомендуемый Минздравсоцразвития России (9,198). Продолжается целенаправленная работа по повышению доступности медицинской помощи на амбулаторном этапе, включая развитие дневных стационаров, общей врачебной практики и пр.

Показатель числа вызовов скорой медицинской помощи на одного жителя снижается и в 2009 году составил 0,376 (рекомендованный для Архангельской области – 0,360). В целях оптимизации работы службы скорой медицинской помощи введены врачебные и фельдшерские консультации по телефону, проводится работа по снижению вызовов к

больным с хроническими заболеваниями, числа перевозок, в том числе по изменению режима работы поликлиник с переходом на 6-дневную рабочую неделю.

Показатели работы стационарной медицинской помощи в течение последних лет имеют четкую тенденцию к снижению в связи с активно проводимой работой по повышению структурной эффективности здравоохранения, число койко-дней на 1 жителя в 2009 году составил 2,898, что ниже чем в 2008 году, но выше рекомендуемого Минздравсоцразвития России (2,812). Вместе с тем, в области сохраняется избыточность коечного фонда, в основном за счет низкой дифференциации коек и выполнения несвойственных функций, в том числе социальных. В тоже время отмечается недостаток специализированных коек: фтизиатрических, пульмонологических, дерматовенерологических и пр.

Объемы оказания медицинской помощи в дневных стационарах возрастают за счет развития стационарзамещающих технологий при амбулаторно-поликлинических учреждениях, центров амбулаторной хирургии, создания стационаров на дому (0,637 на 1 жителя при федеральном нормативе 0,577).

В отрасли проводится планомерная работа по реорганизации коечного фонда лечебно-профилактических учреждений области, развитию стационарзамещающих и ресурсосберегающих технологий и повышению доступности медицинской помощи на амбулаторном этапе. Тем не менее, уровень госпитализации в 2009 году увеличился до 22,5 на 100 человек населения (среднероссийский уровень 2008 года - 22,4).

В 2009 году в лечебно-профилактических учреждениях Архангельской области сокращены 144 койки круглосуточного пребывания, в том числе 24 – в государственных учреждениях здравоохранения. Всего за последние 3 года сокращено 1400 круглосуточных коек.

В целях оптимизации коечного фонда в 2009 году осуществлены мероприятия по реорганизации государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Постановлением Правительства Архангельской области от 13 октября 2009 года № 97-пп утверждены критерии доступности и качества медицинской помощи в рамках реализации Программы государственных гарантий на территории Архангельской области и их целевые значения. Осуществляется рейтинговая оценка исполнения муниципальными образованиями Архангельской области Программы государственных гарантий, внедрена оценка эффективности деятельности руководителей органов управления здравоохранением и главных врачей учреждений здравоохранения. В 9-ти медицинских организациях Архангельской области установлены и работают программные комплексы «Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи».

С целью повышения доступности и эффективности оказания медицинской помощи населению Архангельской области на уровне муниципальных образований утверждены схемы маршрутизации больных с

учетом критериев территориальной (в том числе транспортной) доступности.

В 2009 году проводилась подготовительная работа по разработке и внедрению медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи. Осуществляется подготовительная работа по внедрению методов эффективного управления, в частности оплата деятельности медицинских учреждений по законченному случаю при оказании медицинской помощи на амбулаторном этапе, применению медико-экономических стандартов.

Несмотря на то, что показатель обеспеченности населения Архангельской области врачами является одним из самых высоких среди территорий Северо-Западного региона, кадровая ситуация в здравоохранении остается сложной. Принимаемые меры по стабилизации кадрового потенциала позволили улучшить показатели в отдаленных сельских районах области. Однако продолжает увеличиваться количество врачебных вакансий, особенно в городах области, нарастает количество работающих врачей пенсионного возраста, отмечается недостаток «узких» специалистов в амбулаторно-поликлинической службе.

На 1 января 2010 года вакансии врачей составили 685 единиц, средних медицинских работников – 452 единицы. Обеспеченность муниципальных и государственных учреждений здравоохранения области врачами составляет 37,4 на 10 000 населения, средними медицинскими работниками – 109,9 на 10 000 населения. Укомплектованность медицинскими кадрами в отрасли 90,1% (врачами – 90%, врачами первичного звена здравоохранения – 92,8%, средним медицинским персоналом – 95,3%). В тоже время с учетом необходимости разукрупнения врачебных участков реальная потребность в медицинских кадрах первичного звена здравоохранения выше. Значительно увеличилась потребность во врачах скорой помощи, анестезиологах-реаниматологах, врачах-лаборантах, неврологах, травматологах, стоматологах, хирургах.

Продолжает увеличиваться количество работающих врачей пенсионного возраста, что в определенной мере оказывает негативное влияние на динамику кадровых процессов. В целом по области удельный вес работающих пенсионеров за последние годы составляет от 32 до 69%.

В целях подготовки кадров продолжается обучение медицинских кадров для первичного звена здравоохранения по целевой контрактной подготовке, а также обучение студентов за счет средств областного бюджета в рамках реализации долгосрочной целевой программы Архангельской области «Развитие здравоохранения в Архангельской области на 2009-2010 годы».

В 20 муниципальных образованиях разработаны целевые программы по кадровому обеспечению, реализуется комплекс мер, направленных на привлечение и закрепление молодых специалистов. За период с 2005 года по 2009 год показатель нуждающихся в улучшении жилищных условий медицинских работников снизился на 21%.

На 01.01.2010 года в области в эксплуатации находится 407 зданий лечебно-поликлинического профиля, в том числе 238 зданий, в которых ведутся лечебные процессы, 115 зданий – поликлиники, входящие в состав

больничных учреждений и 54 здания – самостоятельные амбулаторно-поликлинические учреждения. Кроме этого функционирует 478 фельдшерско-акушерских пунктов.

Из всего количества зданий лечебно-поликлинического профиля 8 (2,0%) находятся в аварийном состоянии, требуют проведения реконструкции 18 зданий (4,42%), требуют проведения капитального ремонта - 98 (24,08%).

Имеют виды благоустройства: водопровод - 361 здание (88,7%), горячее водоснабжение - 240 здания (58,97%), центральное отопление 382 (93,86%), канализацию - 326 (80,1%), телефонную связь - 330 (96,07%), оснащены автономными источниками электроснабжения - 27 (6,63%).

Только 20% зданий учреждений здравоохранения построены по типовым или индивидуальным проектам, остальные – приспособленные. Согласно данным технических паспортов, процент физического износа зданий муниципальных и областных лечебно-профилактических учреждений достигает 57,3%.

Средства, выделяемые на финансирование системы здравоохранения, не позволили своевременно проводить капитальный ремонт в учреждениях здравоохранения области, что привело к ухудшению материально-технической базы здравоохранения и усугубило существующие проблемы, связанные с эксплуатацией зданий и сооружений.

С момента начала реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» значительно обновилось медицинское оборудование, функционирующее в лечебно-профилактических учреждениях области. За счет средств консолидированного бюджета Архангельской области в 2009 году в рамках реализации областных целевых программ было закуплено медицинское оборудование на сумму около 158 млн. рублей. Вместе с тем, для внедрения Порядков оказания медицинской помощи и развития современных эффективных методов диагностики и лечения требуется дооснащение учреждений здравоохранения медицинским оборудованием. Наиболее острый дефицит представляют современная диагностическая аппаратура, рентгеновское, наркозно-дыхательное, лабораторное, реанимационное оборудование, аппараты ультразвуковой диагностики, электрокардиографы и другое медицинское оборудование и инструментарий.

В регионе продолжается компьютеризация здравоохранения. Внедрены комплексные медицинские информационные системы на базе 7 учреждений здравоохранения области. Уровень оснащенности амбулаторно-поликлинических учреждений компьютерной техникой составил 79%, в том числе участковой службы около 80%, «узких» специалистов – около 70%. Организована запись в электронном виде на прием врача в учреждениях здравоохранения г. Архангельска, внедряется автоматизированная запись в ряде государственных учреждений здравоохранения. В области функционируют региональная телемедицинская сеть на базе 19 лечебно-профилактических учреждений. Ежегодно проводится свыше 1000 телемедицинских консультаций.

Разработана Концепция информатизации здравоохранения Архангельской области на 2010-2015 годы, основными направлениями которой являются повышение оперативности, полноты, достоверности информации и обоснованности принимаемых управленческих решений.

Продолжается реализация мероприятий по созданию единой системы управления качеством медицинской помощи на территории Архангельской области, создан Координационный совет Архангельской области по контролю качества медицинской помощи, проводится изучение удовлетворенности населения оказываемыми медицинскими услугами.

По результатам мониторинга удовлетворенность населения санитарно-гигиеническим состоянием учреждений и существующей системой записи на прием к врачам поликлиник «пилотных» учреждений составила около 70%.

По итогам анкетирования установлено, что сроки ожидания плановых консультаций и лабораторных исследований соответствуют срокам, предусмотренным Программой государственных гарантий в 92-96% случаев, инструментальных исследований - в 80%.

Основными причинами жалоб и обращений граждан являются просьба о направлении на лечение, госпитализацию, жалобы на оказание медицинской помощи и лекарственное обеспечение.

Наименование показателя	2005	2006	2007	2008	2009	1 полугодие 2010
Удовлетворенность медицинской помощью				48,7	57,4	39,8
Количество поступивших жалоб, из них	1033	624	828	821	861	715
обоснованных	18 (2%)	5(0,8%)	71(8,5%)	10(1,1%)	20(2,3%)	20(2,7%)
Количество проверок учреждений, осуществленных по итогам рассмотрения жалоб						

Несмотря на некоторые позитивные результаты, в системе здравоохранения области требуют внимания вопросы оптимизации кадровой ситуации в здравоохранении региона, обеспечения качества и доступности медицинской помощи, совершенствования работы службы скорой медицинской помощи, развития профилактической составляющей, восстановительной медицины, организации контроля качества оказания медицинской помощи, стандартизации медицинской деятельности лечебно-профилактических учреждений, информатизации системы здравоохранения.

II. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений

1. Реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие с численностью и составом населения, а также со структурой заболеваемости и смертности на территории региона, сети и структуры учреждений здравоохранения.

В раздел включены организационные мероприятия по созданию межрайонных специализированных центров на базе муниципальных учреждений здравоохранения «Котласская центральная городская больница им. святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого)», «Вельская центральная районная больница», «Няндомская центральная районная больница», МУЗ города Северодвинска и др., а также организации городского клинко-диагностического центра в г. Архангельске, учреждений для оказания паллиативной помощи гражданам, развитию общей врачебной практики, реорганизации службы скорой медицинской помощи.

Кроме того, в данный раздел вошли мероприятия по реорганизации и акушерско-гинекологической помощи женщинам:

- организация отделений реанимации и интенсивной терапии в акушерских стационарах;
- зонирование территорий, которые закрепляются за ЛПУ, с выстраиванием вертикали функционирования – от первой до третьей группы (централизация родов);
- перепрофилизация ряда маломощных акушерских стационаров в отделения патологии беременности и реабилитации;
- преодоление акушерской изолированности акушерских стационаров путем включения их в состав многопрофильных больниц.

2. Приведение материально-технической базы учреждений здравоохранения (включая завершение строительства ранее начатых объектов, оснащение оборудованием, проведение текущего и капитального ремонта) в соответствие с требованиями порядков оказания медицинской помощи.

В рамках реализации программы планируется завершить строительство **ГУЗ «Архангельский областной клинический онкологический диспансер»** и **пяти муниципальных учреждений здравоохранения**, осуществить капитальный ремонт **16** учреждений здравоохранения, а также текущие ремонты **16** лечебно-профилактических учреждений, оснастить медицинским оборудованием **43** учреждений (**16 ГУЗ и МУЗ**) в соответствии с Порядками и стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Дополнительно в данный раздел за счет средств консолидированного бюджета Архангельской области включены мероприятия по строительству фельдшерско-акушерских пунктов, приобретению санитарного автотранспорта для учреждений здравоохранения и расходных материалов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению региона.

III. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение

1. Персонифицированный учет оказанных медицинских услуг, ведение электронной медицинской карты гражданина, запись к врачу в электронном виде, обмен телемедицинскими данными, а также внедрение систем электронного документооборота.

2. Ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы Архангельской области.

IV. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи

1. Поэтапный переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, устанавливаемыми Минздравсоцразвития России.

Планируется внедрение медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи в «пилотных» лечебно-профилактических учреждениях:

при остром нарушении мозгового кровообращения, остром инфаркте миокарда с 2011 года в МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич», МУЗ «Котласская центральная городская больница им. святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого)», МУЗ «Новодвинская центральная городская больница» и МУЗ «Вельская центральная районная больница»;

при катаракте с 2011 года в ГУЗ «Архангельская областная клиническая офтальмологическая больница», с 2012 года в МУЗ «Котласская центральная городская больница им. святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого)» и МУЗ «Вельская центральная районная больница»;

при оказании стоматологической помощи в части лечения кариеса с 2011 года в ГУЗ «Архангельская областная стоматологическая поликлиника», с 2012 года в стоматологических поликлиниках гг. Архангельска и Северодвинска;

при аппендиците с 2011 года в ГУЗ «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» и МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич».

2. Поэтапный переход к 2013 году к включению в тарифы на оплату медицинской помощи за счет ОМС расходов на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходов на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, приобретение оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

В целях дальнейшего обеспечения совершенствования тарифной политики на территории области, сокращения общих расходов на медицинскую помощь планируется переход на новые способы оплаты медицинской помощи:

в амбулаторных условиях - на оплату деятельности учреждения на основе подушевого принципа финансового обеспечения;

в стационаре - по законченному случаю стационарного лечения и по медико-экономическому стандарту.

3. Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

В целях обеспечения оказания доступной и качественной медицинской помощи, повышения эффективности управления ресурсами и использования всех источников финансирования государственных учреждений здравоохранения, сокращения неэффективных расходов государственных учреждений здравоохранения, обеспечения зависимости уровня оплаты труда медицинского персонала государственных учреждений здравоохранения от объемов и качества оказания медицинской помощи обеспечить переход на одноканальное финансирование государственных учреждений здравоохранения Архангельской области (поэтапный переход к 2013 году к включению в тарифы на оплату медицинской помощи за счет ОМС расходов на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходов на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, приобретение оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу) : I этап с 01 октября 2010 года, II этап с 01 января 2011 года.

В целях обеспечения сбалансированности объемов медицинской помощи приведение единиц объемов медицинской помощи по ее видам на 1 человека в год в соответствии с нормативами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации проводится расчет объемов медицинской помощи в рамках формирования программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Архангельской области, в т.ч. стационарной помощи путем сокращения коек, имеющих сверх норматива (хирургические, терапевтические, педиатрические, онкологические, офтальмологические).

4. Обеспечение потребности во врачах по основным специальностям с учетом объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала.

В данный раздел включены мероприятия по подготовке и повышению квалификации медицинских кадров, а также по привлечению специалистов, включая меры социальной поддержки и обеспечение работников жильем. Кроме того, раздел дополнен мероприятиями по развитию и повышению эффективности управления здравоохранением.

5. Подготовка к включению с 2013 года в территориальные программы обязательного медицинского страхования дополнительных денежных выплат медицинским работникам первичного звена здравоохранения и дополнительной диспансеризации работающих граждан,

диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

6. Повышение доступности и качества медицинской помощи неработающим пенсионерам.

В данном разделе содержатся мероприятия по осуществлению соплатежа на медицинскую помощь за счет средств, предоставленных на финансирование дополнительных государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи неработающим пенсионерам.

V. Система мероприятий по реализации Программы

Перечень мероприятий Программы представлен в Приложении № 1.

VI. Механизм реализации мероприятий Программы и контроль хода ее выполнения

Уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, ответственным за реализацию мероприятий Программы, является министерство здравоохранения и социального развития Архангельской области.

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

Средства, предоставленные на реализацию программ 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 области.

В целях реализации мероприятий по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения и внедрение современных информационных систем в здравоохранение из бюджетов Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования передаются межбюджетные трансферты в бюджет Архангельской области.

Порядок расходования средств на реализацию мероприятий Программы устанавливается соответствующим нормативным актом Правительства Архангельской области.

Общий контроль за исполнением Программы осуществляется Правительством Архангельской области.

Министерство здравоохранения и социального развития Архангельской области осуществляет:

обеспечение реализации мероприятий за счет средств, переданных из Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также средств бюджета Архангельской области и Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования;

подготовку информации и отчетов о выполнении Программы;

подготовку предложений по корректировке Программы;

совершенствование механизма реализации Программы;

контроль эффективного и целевого использования средств, выделяемых на реализацию Программы, своевременное и в полном объеме выполнение мероприятий Программы.

Министерство здравоохранения и социального развития Архангельской 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 Архангельской области и бюджета Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования по установленной форме.

VII. Финансовое обеспечение Программы

Источниками финансирования мероприятий Программы являются средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставленные бюджету Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования на реализацию Программы, а также средства бюджета Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования и консолидированного бюджета области.

Финансовое обеспечение Программы должно быть предусмотрено в бюджете Архангельской области, в бюджете Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение Программы включает бюджетные ассигнования консолидированного бюджета Архангельской области, а также Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования.

Общий объем финансового обеспечения Программы в 2011, 2012 годах составит до 11247,8 млн. рублей, в том числе:

средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до _____ млн. рублей, из них:

в 2011 году до _____ млн. рублей, в 2012 году до _____ млн. рублей;

средства бюджета Архангельской области – _____ млн. рублей, из них:

в 2011 году _____ млн. рублей, в 2012 году до _____ млн. рублей;

средства бюджета Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования - до _____ млн. рублей, из них:

в 2011 году _____ млн. рублей, в 2012 году до _____ млн. рублей;

В 2011 году объем финансирования Программы составит – до 6553,2 млн. рублей, в том числе:

на укрепление материально-технической базы медицинских учреждений до 5426,7 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до _____ млн. рублей, средства бюджета Архангельской области – _____ млн. рублей; средства бюджета Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования до _____ млн. рублей,

на внедрение современных информационных систем в здравоохранение до 513,3 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до _____ млн. рублей, средства бюджета Архангельской области – _____ млн. рублей, средства бюджета Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования до _____ млн. рублей,

на внедрение стандартов оказания медицинской помощи до 613,2 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до _____ млн. рублей, средства бюджета Архангельской области – _____ млн. рублей, средства бюджета Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования до _____ млн. рублей,

В 2012 году объем финансирования Программы составит – до 4694,6 млн. рублей, в том числе:

на укрепление материально-технической базы медицинских учреждений до 3736,7 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до _____ млн. рублей, средства бюджета Архангельской области – _____ млн. рублей; средства бюджета Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования до _____ млн. рублей,

на внедрение современных информационных систем в здравоохранение до 234,7 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до _____ млн. рублей, средства бюджета Архангельской области – _____ млн. рублей, средства бюджета Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования до _____ млн. рублей,

на внедрение стандартов оказания медицинской помощи до 723,2 млн. рублей, из них средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – до _____ млн. рублей, средства бюджета Архангельской области – _____ млн. рублей, средства бюджета Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования до _____ 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.

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.

В результате реализации Программы в Архангельской области должны быть осуществлено:

приведение сети учреждений здравоохранения в соответствие с потребностью населения в медицинской помощи с учетом сбалансированности территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по видам и условиям оказания медицинской помощи;

внедрение полного тарифа оплаты медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования с учетом внедряемых в 2011, 2012 гг. стандартов оказания медицинской помощи;

внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результаты деятельности;

введение персонифицированного учета медицинской помощи и ресурсов на ее оказание;

обеспечение принципа экстерриториальности, т.е. доступности медицинских услуг для всех граждан независимо от места жительства.