

К О Н Ц Е П Ц И Я

модернизации здравоохранения в Республике Татарстан на 2011-2012 годы

1. Введение

В Республике Татарстан за последние годы проведена большая работа по реструктуризации и оптимизации системы государственного и муниципального здравоохранения. Значительному улучшению ситуации способствовала реализация национального проекта «Здоровье». Формируется новая модель здравоохранения, основанная на принципах получения максимального медицинского, социального и экономического эффекта на единицу затрат. Основные показатели здоровья населения имеют положительную динамику. В то же время эффективность и результативность работы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения остается довольно низкой. Не все нуждающиеся могут получить высокотехнологичную медицинскую помощь. Остаются проблемы в своевременном оказании медицинской помощи при возникновении острых сердечно-сосудистых заболеваний, травмах и отравлениях. Только 45% населения оценивают работу здравоохранения положительно. Организация медицинской помощи, структура государственного и муниципального здравоохранения, ее ресурсная база, кадровый потенциал, система финансирования и тарифная политика нуждаются в дальнейшей модернизации.

2. Совершенствование организации медицинской помощи.

Основными направлениями в совершенствовании организации оказания медицинской помощи остается приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи, выведение части объемов помощи из стационарного в амбулаторный уровень. Будет развиваться служба общей врачебной практики (ВОП), включая педиатрию и оказана поддержка развитию частных офисов общей врачебной практики. Серьезную поддержку получают фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории и скорая медицинская помощь. Во всех ФАП будут установлены компьютеры и подключены к интернету с обеспечением возможности электронной выписки рецептов, ведения медицинской документации, передачи и получения данных от ВОП, в том числе записи больных на прием к врачу по интернету.

Строительство новых фельдшерско-акушерских пунктов будет проводиться в населенных пунктах только с численностью населения более 350 человек, совмещенных с жильем для медицинского персонала. Будет завершена реорганизация участковых больниц во врачебные амбулаторий в радиусе до 80-100 км от центральной районной больницы. В оставшихся участковых больницах предполагается развернуть не более 15 круглосуточных стационарных коек общего профиля, а для их функционирования необходимо наличие не менее 2-х врачей имеющих сертификат ВОП.

Должна быть продолжена оптимизация структуры коечного фонда стационаров в первую очередь за счет сокращения длительности госпитального этапа. Обеспеченность круглосуточными стационарными койками в расчете на 10 000 населения по муниципальному району с населением до 30 000 тысяч человек составит не более 30 коек, по муниципальному району с населением с 31 000-80 000 населения 40 коек (в том числе с учетом межмуниципальных центров и отделений), по муниципальному району или городскому округу с населением более 81 000 человек – 50 коек (в том числе с учетом межмуниципальных центров и отделений) и по региону РФ (область, республика) не более 70 коек. При численности населения до 30 тысяч человек рекомендуется развертывание коек только по 4 профилям - терапия, хирургия, педиатрия и акушерство-гинекология. Предполагается объединить отделения скорой медицинской помощи и приемные отделения ЦРБ. В организации медицинской помощи во главу угла будет поставлена проблема экстренной медицинской помощи при заболеваниях и травмах, которые формируют высокие уровни смертности населения (инсульт, инфаркт, онкология, травмы и отравления). Предстоит организовать незамедлительную доставку больного скорой помощью в специализированные медицинские центры и отделения, минуя все остальные этапы оказания медицинской помощи. Необходимо создать условия предоставления максимально возможных объемов медицинской помощи, в том числе реанимационного и противошокового, скорой медицинской помощью и приемными отделениями стационаров. Это потребует расходов инвестиционного характера на строительство и оснащение современным медицинским оборудованием приемных покоев многопрофильных стационаров, оказывающих в общем объеме не менее 60% экстренной стационарной медицинской помощи с коечной мощностью 350 и более круглосуточных коек, на оснащение скорой медицинской помощи современными автомобилями.

Особое внимание будет обращено организации и оснащению межмуниципальных специализированных центров. На численность

населения от 300 тысяч до 500 тысяч человек на базе крупных городских и центральных районных больниц будут организованы межмуниципальные центры (отделения) по сердечно-сосудистым, онкологическим заболеваниям, травмам и проведено их оснащение современным медицинским оборудованием. Из расчета 1 центр на 1 млн. человек населения созданы центры высоких медицинских технологий с самым современным медицинским оборудованием.

Должны быть созданы «дорожные карты» пациента от возникновения заболевания до выздоровления. Для каждого этапа лечения больного должны быть установлены технологические требования, требования по кадровому обеспечению, тариф оплаты медицинской помощи.

Необходимо провести серьезное обновление медицинского оборудования, капитальный ремонт и реконструкцию зданий детских больниц и перинатальных центров, онкологических, противотуберкулезных и психоневрологических диспансеров.

Сокращение длительности госпитализации будет обеспечено также за счет создания центров восстановительного лечения и реабилитации на базе госпиталей, детских санаториев и отдельных больниц.

Предстоит привести в соответствие с требованиями федеральных порядков и стандартов оказания медицинской помощи материальной базы учреждений здравоохранения и обеспечить выполнение стандартов медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями.

Будет проведено изменение правового статуса государственных и муниципальных учреждений, с переходом в основном в статус автономных учреждений здравоохранения. При сохранении главенствующей роли государственного и муниципального здравоохранения важную роль будет играть частный сектор здравоохранения.

3. Совершенствование системы финансирования здравоохранения.

Система финансирования должна обеспечить повышение эффективности использования ресурсов и качества медицинской помощи.

В этих целях необходимо:

способствовать созданию конкурентной среды на рынке медицинских услуг;

совершенствование преимущественно одноканального финансирования по всем видам медицинской помощи и по полному тарифу через систему обязательного медицинского страхования, за исключением расходов на капитальный ремонт и приобретение оборудования;

переход на частичное фондодержание при оказании амбулаторно-поликлинической помощи. Включение фельдшера ФАП в число средних медицинских работников работающих в команде врача общей практики, финансирование ФАП через частичное фондодержание ВОП;

переход на нормативное финансирование за услугу через ОМС при оказании специализированной помощи;

переход на оплату за законченный случай лечения в стационаре;

внедрение отраслевой системы оплаты труда;

дифференцированное повышение тарифов на отдельные виды медицинской помощи;

передача на аутсорсинг отдельных видов услуг учреждений здравоохранения.

4. Совершенствование кадровой политики.

Вопросы кадровой политики должны решаться с учетом изменений, происходящих во всех сферах здравоохранения. Расходы на подготовку и переподготовку врачей должны проводиться путем выделения субсидий на эти цели регионам Российской Федерации для целевой подготовки по договорам. Подготовка кадров и повышение квалификации должна проводиться с учетом объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий. В подготовке специалистов надо активно использовать стажировку в зарубежных клиниках продолжительностью от 1-го до 2-х лет.

5. Внедрение современных информационных систем в здравоохранении.

Предстоит оснастить учреждения здравоохранения компьютерным оборудованием и оборудованием для обращения полисов обязательного медицинского страхования в виде универсальной электронной карты. Приоритетное внимание будет уделено внедрению медицинских информационных систем, организации локальных вычислительных сетей и каналов связи, ведению листов ожидания и запись на прием к медицинскому работнику с использованием сети Интернет и информационно-справочных киосков, ведению электронной истории болезни и оформлению другой медицинской документации.

6. Обеспечение дополнительных социальных гарантий неработающим пенсионерам.

Повышение доступности и качества медицинской помощи неработающим пенсионерам будет обеспечено посредством открытия персонализированных счетов.

7. Результаты реализации Концепции.

Общий объем финансирования здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования должен составить не менее 85% от консолидированного бюджета здравоохранения. Количество развернутых круглосуточных стационарных коек всех профилей не должна превышать в среднем по республике 70 коек на 10 000 населения. Средняя длительность пребывания больного на круглосуточной койке не должна превышать в среднем по всем профилям 11,0 дней. Должен быть организован персонализированный учет всех видов медицинской помощи, оказываемых по программе государственных гарантий. Уровень младенческой смертности не должен превышать 8 на 1 000 родившихся живыми. Уровень общей смертности не должен превышать 13 на 1 000 населения. Уровень смертности населения в трудоспособном возрасте не должен превышать 600 на 100 000 населения. Уровень смертности населения в результате дорожно-транспортных происшествий (количество лиц, погибших в результате дорожно-транспортных происшествий, на 100 тыс. населения) не должен превышать 20,0. Уровень летальности от острого нарушения мозгового кровообращения не должен превышать 16%. Объем оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения с мультидисциплинарным подходом должен составить не менее 50%. Уровень летальности от инфаркта миокарда должен не превышать 14,0%. Одногодичная летальность при злокачественных новообразованиях должен не превышать 30%. Длительность ожидания лучевой терапии не должна превышать 15 дней. Показатель распространенности туберкулеза (случаев на 100 тыс. населения) не выше 100,0. Уровень госпитализации в государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения (на 100 чел. населения) не должен превышать 20,0. Удельный вес больных с ОНМК, доставленных в сосудистые центры в первые 6 часов с момента заболевания, должен составить не менее 60,0%.