

Концепция модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 года

Содержание

1. Общие положения	2
2. Современное состояние здравоохранения Санкт-Петербурга	2
2.1. Демографическая ситуация в Санкт-Петербурге	2
2.2. Показатели здоровья и главные факторы риска заболеваемости и смертности населения Санкт-Петербурга	5
2.3. Финансовое обеспечение оказания гражданам бесплатной медицинской помощи	7
2.4. Система организации медицинской помощи населению Санкт-Петербурга	12
2.4.1. Система организации медицинской помощи детскому населению Санкт-Петербурга	17
2.5. Инновационное и кадровое обеспечение развития здравоохранения Санкт-Петербурга	27
2.6. Лекарственное обеспечение граждан Санкт-Петербурга в амбулаторных условиях	29
2.7. Информатизация здравоохранения	37
3. Цели, задачи и основные направления концепции модернизации здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 года	40
4.1. Формирование здорового образа жизни	41
4.2. Гарантированное обеспечение населения Санкт-Петербурга качественной медицинской помощью	45
4.2.1. Стандартизация медицинской помощи	46
4.2.2. Организация медицинской помощи	47
4.2.3. Обеспечение населения лекарственными средствами в амбулаторных условиях	59
4.2.4. Осуществление единой кадровой политики	63
4.2.5. Инновационное развитие здравоохранения	65
4.2.6. Поэтапный перевод учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС	67
4.2.7. Информатизация здравоохранения Санкт-Петербурга	68
5. Основные этапы и ожидаемые результаты реализации Концепции модернизации здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 года	73

1. Общие положения

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

Эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами:

- совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить формирование здорового образа жизни и оказание качественной бесплатной медицинской помощи всем гражданам Санкт-Петербурга (в рамках государственных гарантий);
- развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;
- наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением Санкт-Петербурга.

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

Концепция модернизации здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 года представляет собой анализ состояния здравоохранения Санкт-Петербурга, а также основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода.

Концепция разработана в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, общепризнанными принципами и нормами международного права в области здравоохранения и с учетом отечественного и зарубежного опыта.

2. Современное состояние здравоохранения Санкт-Петербурга

2.1 Демографическая ситуация в Санкт-Петербурге

Современная демографическая ситуация в Санкт-Петербурге в значительной степени обусловлена социально-экономическими процессами, происходившими в целом в стране и в городе в последние десятилетия.

Значительное снижение рождаемости и рост смертности в конце 80-х годов привели к прекращению естественного воспроизводства населения. С 1990 года до 2008 года в Санкт-Петербурге отмечалась ежегодная убыль населения. В 2008 году в городе начался прирост численности населения, это произошло благодаря значительному сокращению темпов естественной убыли, и увеличению миграционного прироста. По данным Петростата на 1 января 2010 года численность населения Санкт-Петербурга составила 4 600,2 тыс. человек и за 2009 год увеличилась на 18,3 тыс. человек или на 0,4 %.

Последние десять лет отмечается тенденция к росту рождаемости, к 1 кварталу 2010 года ее уровень достиг 11,4 родившихся живыми на 1000 жителей.

Рождаемость в Санкт-Петербурге оценивается по динамике нескольких показателей: общего коэффициента, суммарного коэффициента и возрастного коэффициента рождаемости.

Возрастной коэффициент рождаемости дает более точную оценку, чем общий коэффициент, т.к. он показывает число родившихся живыми за год у женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) по отношению к среднегодовой численности женщин этого возраста по текущей оценке. Этот показатель в Санкт-Петербурге в 2009 году составлял 42,4.

Суммарный коэффициент рождаемости показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты. Его величина не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный период. На протяжении многих десятилетий уровень рождаемости в Санкт-Петербурге остается ниже уровня, обеспечивающего простое замещение родительского поколения поколением детей. Минимальные уровни рождаемости наблюдались в Санкт-Петербурге в 1990-е годы, когда суммарный коэффициент рождаемости снижался до 0,9, то есть был вдвое ниже, чем в 1986–1987 гг. В 2008 году суммарный коэффициент рождаемости в городе составлял 1,494.

Коэффициент смертности населения Санкт-Петербурга имеет тенденцию к снижению с 2003 года, но его уровень сохраняется достаточно высоким. По данным Петростата показатель смертности в городе в 1 квартале 2010 года составил 14,7 ‰, что равно среднему показателю смертности в целом по России за этот период.

К основным причинам смерти населения относятся заболевания системы кровообращения (60,6 % в общей структуре смертности в 2009 году), новообразования (19,7 %), а также травмы и отравления (7,2 %).

Показатель смертности от болезней системы кровообращения является самым высоким среди основных классов причин смерти (в 2009 году – 864,3 на 100 000 населения, в 1 квартале 2010 года – 922,0 на 100 000 населения). Вторым по количеству умерших в Санкт-Петербурге является класс «Новообразования». В 2009 году показатель смертности от онкологических

заболеваний составил 278,7 на 100 000 населения, за 1 квартал 2010 года – 283,9 на 100 000 населения.

Непростая картина наблюдается в смертности населения от травм и отравлений: в 2009 году показатель смертности от внешних причин составил 97,4 на 100 000 населения, за 1 квартал 2010 года – 87,8 на 100 000 населения.

В показателях смертности по крупным возрастным группам происходят следующие изменения: смертность населения моложе трудоспособного возраста (0-16 лет) не имеет определенной направленности – до 2007 года она снижалась, в 2008 году возросла на 9 %; среди лиц трудоспособного возраста показатель смертности в последние годы интенсивно уменьшается, в 2008 году он составлял 592 умерших на 100 000 человек трудоспособного населения; среди лиц старше трудоспособного возраста в последние годы происходит незначительное снижение. Уровень смертности мужчин в трудоспособном возрасте более чем в 3 раза превышает уровень смертности женщин аналогичного возраста.

Уровень смертности обусловлен высоким уровнем заболеваемости населения, распространенностью алкоголизма, наркомании, табакокурения. Не созданы условия, побуждающие людей бережно относиться к собственному здоровью и здоровью своих детей. Недостаточно развиты формы досуга, способствующие ведению здорового образа жизни (физическая культура, спорт, туризм, активный отдых и другие).

Наряду с положительными тенденциями последних лет в демографических процессах в Санкт-Петербурге, обращает на себя внимание долговременная вполне благополучная динамика показателей детской смертности и младенческой смертности в частности. В 2009 году отмечалось незначительное увеличение младенческой смертности: данный показатель составил 4,7 на 1 тыс. человек родившихся живыми против 4,5 в 2008 году. Прогнозируется возможный рост показателя младенческой смертности, обусловленный рождением детей с массой тела ниже 1000 гр., увеличением заболеваемости беременных острыми респираторными заболеваниями и гриппом, в том числе пандемическим гриппом, увеличением родов среди иногородних и иностранных граждан до 22 %, увеличением числа детей, нуждающихся в дальнейшем стационарном лечении от иногородних родильниц.

Низкая рождаемость и высокий уровень смертности населения (в частности трудоспособного возраста) приводят к изменениям в структуре населения Санкт-Петербурга. До 2007 года темпы снижения численности детского населения были намного выше, чем темпы сокращения численности населения в целом. С 1991 г. по 2007 г. численность детей в Санкт-Петербурге сокращалась ежегодно в среднем на 25,6 тысяч человек. К началу 2008 года тенденция сменилась на противоположную за счет возрастающей рождаемости последних лет, и за два года – к началу 2009 – численность населения города в возрасте от 0 до 14 лет увеличилась на 21 тысячу человек. Несмотря на то, что число детей перестало сокращаться, превышение числа

пожилых над числом детей продолжает расти, в результате чего в Санкт-Петербурге складывается регрессивная возрастная структура населения.

Продолжается старение населения города: средний возраст населения Санкт-Петербурга на 1 января 2009 года составлял 41,3 года, в том числе 38,1 года для мужчин и 43,9 года для женщин.

Обобщающей характеристикой современного уровня смертности во всех возрастах является показатель ожидаемой продолжительности жизни. Он вычисляется на основании таблиц смертности населения. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении – число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоторого гипотетического поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким, как в год, для которого вычислен показатель. Продолжительность жизни граждан Санкт-Петербурга постоянно увеличивается и приближается к показателям европейских стран. Средняя продолжительность жизни в городе в 2008 году составляла 70 лет, в том числе 65 у мужчин и 76 лет у женщин.

2.2. Показатели здоровья и главные факторы риска заболеваемости и смертности населения Санкт-Петербурга

В 2009 г. в Санкт-Петербурге зарегистрировано 9 876 тыс. случаев острых и хронических заболеваний, что на 5 % больше, чем в предыдущем году. Общая заболеваемость, по данным обращаемости населения, составила 2155,5 случаев на 1000 жителей, первичная заболеваемость – 917,5 случаев.

Уровень заболеваемости по данным обращаемости населения в государственные лечебно-профилактические учреждения увеличивается, начиная с 1996 г. За последние 5 лет – с 2005 по 2009 гг. – первичная заболеваемость детей увеличилась на 24 %, подростков – на 45 %, взрослых – на 28 %.

Исследования, основанные на статистических данных заболеваемости населения Санкт-Петербурга за 13 лет (1997–2009) показали, что на ближайшие годы в целом имеется тенденция к росту показателей как общей, так и первичной заболеваемости взрослого населения. В последние 16 лет заболеваемость населения Российской Федерации постоянно растет, что связано, с одной стороны, с ростом доли пожилого населения и с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, с другой стороны, с неэффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний.

Наиболее значительный рост показателя общей заболеваемости можно по-прежнему ожидать при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани, при болезнях системы кровообращения и болезнях мочеполовой системы. Несколько меньше вырастет показатель общей заболеваемости при болезнях органов дыхания, пищеварения, болезнях глаза и его придаточного аппарата.

Практически стабилизируются или увеличатся незначительно показатели общей заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями, болезнями кожи и подкожной клетчатки, врожденными заболеваниями, травматизм.

Тенденция к снижению заболеваемости отмечена при психических расстройствах и расстройствах поведения, при заболеваниях нервной системы и при остром инфаркте миокарда.

Вызывают тревогу уровни общей заболеваемости детского населения и подростков. Обращает на себя внимание резкий рост заболеваемости новообразованиями, болезнями нервной системы.

На уровень и динамику показателей заболеваемости влияют многие факторы: отношение населения к собственному здоровью, доступность медицинской помощи, экология, социально-экономические условия жизни и производственной деятельности населения, состояние здравоохранения и пр.

В Санкт-Петербурге в 2009 году впервые было признано инвалидами 44 759 человек (взрослых и детей), что меньше на 31,4 % по сравнению с 2008 годом. Показатель первичной инвалидности на 10 тысяч населения значительно снизился и составил 97,7 (в 2008 году – 142,8).

Уровень первичной инвалидности у взрослого населения за два года снизился с 235,8 до 109 на 10 тысяч (в 2008 году этот показатель составлял 162,7). У пациентов трудоспособного возраста также произошло снижение этого показателя с 64,5 до 56 на 10 тысяч человек.

Интенсивные показатели первичной инвалидности на 10 тысяч взрослого населения в Санкт-Петербурге превышают российские показатели (по России – 83,6, по городу Москва – 83,7). Полученные результаты статистической диагностики обусловлены особенностью демографических процессов в Санкт-Петербурге, высоким уровнем обращаемости в наши учреждения граждан пенсионного возраста.

Показатель первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста в Санкт-Петербурге в 2009 году составил 55,8 на 10 000 трудоспособного населения. По сравнению с предыдущим годом произошло снижение этого показателя на 13,5 %. По России данный показатель в 2008 году находился на уровне 50,0 на 10 000 трудоспособного населения. В структуре впервые признанных инвалидами среди трудоспособного населения в 2009 году инвалиды 1 и 2 групп в общем составили 55,4 %, 44,6 % была установлена 3 группа инвалидности. Данные показатели остаются стабильным на протяжении многих лет.

Анализ структуры первичной инвалидности по классам болезней показал, что, по-прежнему, первое место занимают болезни системы кровообращения – 57,0 %, второе – злокачественные новообразования 14,3 %, третье – заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 7,8 %. Далее следуют травмы всех локализаций, психические болезни (их доля составила по 3,7 %) и болезни нервной системы (3,0 %).

В Санкт-Петербурге, как и в России в целом, существуют четыре основные фактора риска здоровью населения: высокое артериальное давление, высокий

уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя, вклад которых в структуре общей смертности составляет 87,5%, а в количестве лет жизни с утратой трудоспособности — 58,5%. При этом на первом месте по влиянию на количество лет жизни с утратой трудоспособности (16,5%) стоит злоупотребление алкоголем. По экспертным оценкам, относительные показатели мало изменились за последние 6 лет.

2.3. Финансовое обеспечение оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

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

Объем ассигнований бюджета Санкт-Петербурга на финансирование отрасли «Здравоохранение» в 2009 году составил 49 983,7 млн.руб., в том числе:

- средства бюджета Санкт-Петербурга 24 624,1 млн.руб.,
- средства предпринимательской и иной приносящей доход деятельности 6 921,5 млн.руб.,
- средства от страховых медицинских организаций 17 306,1 млн.руб.,
- средства федерального бюджета 1132 млн.руб.

Кроме того, по разделу «Социальная политика» за счет средств бюджета Санкт-Петербурга осуществлялись следующие расходы:

- платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения, на сумму 7 423,2 млн.руб.,
- компенсационные выплаты донорам крови и компонентов крови на сумму 63,9 млн.руб.,
- расходы на оказание отдельным категориям граждан мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, специализированными продуктами питания для детей-инвалидов, за счет федерального бюджета в сумме 1580,8 млн.руб.,
- расходы на осуществление отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения за счет средств федерального бюджета – 576,7 млн.руб.

Всего по разделу «Социальная политика» расходы составили 9644,6 млн.руб.

Расходы по другим разделам и подразделам, включая расходы на финансирование содержания средних специальных учебных заведений для подготовки медицинских кадров составили 448,9 млн.руб.

Всего, с учетом средств по разделу «Здравоохранение», «Социальная политика», «Образование» направлено средств: $49\,983,7 + 9\,644,6 + 448,9 = 60\,077,2$ млн.руб.

Средства, полученные в 2009 году, позволили обеспечить функционирование подведомственных учреждений в запланированном объеме. В первоочередном порядке осуществлялось обеспечение бесплатными медикаментами, изделиями медицинского назначения льготных категорий граждан. На эти цели направлено 700,8 млн.руб. из средств городского бюджета.

Значительные средства были направлены на расходы по бесплатному слухопротезированию льготных категорий граждан. На эти цели в бюджете Санкт-Петербурга было предусмотрено:

- на бесплатное зубопротезирование 471,0 млн.руб.,
- на бесплатное слухопротезирование 5,4 млн.руб.

На капитальный ремонт учреждений здравоохранения, с учетом расходов администраций районов Санкт-Петербурга, направлено 448,8 млн.руб.

На мероприятия по пожарной безопасности учреждений здравоохранения были выделены средства в сумме 82,4 млн.руб.

На централизованное приобретение дорогостоящего медицинского оборудования по целевой статье 4690052 было запланировано 204,1 млн.руб. Кроме того, приобретение оборудования для учреждений здравоохранения осуществлялось по отдельным целевым статьям.

Расходы на оказание специализированной медицинской помощи – 1339,4 млн.руб., расходы на оказание специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий – 46,9 млн.руб.

В 2009 году за счет средств бюджета Санкт-Петербурга финансировались Планы мероприятий, утвержденные постановлениями Правительства Санкт-Петербурга, а также целевая программа Санкт-Петербурга "Программа подготовки к 300-летию Царского Села (г.Пушкина) на 2006-2010 годы". Общая сумма ассигнований на эти цели, с учетом районов Санкт-Петербурга, составила в 2009 году 2 256,5 млн.руб.

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге (далее - Территориальная программа) ежегодно утверждается Законом Санкт-Петербурга.

В 2009 году Территориальная программа первоначально была утверждена Законом Санкт-Петербурга от 12.11.2008 N702-125 «О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2009 год».

Отличительной особенностью 2009 года было развитие мирового финансового кризиса, оказавшего непосредственное влияние на бюджет Российской Федерации и бюджеты субъектов Российской Федерации. В связи с уменьшением в 2009 году налоговых поступлений в середине года было произведено секвестирование бюджета Санкт-Петербурга и бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга, и как следствие – изменение стоимости Территориальной программы. В соответствии с Законом Санкт-Петербурга от 08.07.2009 №381-72 «О внесении изменений в Закон Санкт-Петербурга «О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2009 год» произошло изменение ее стоимости, которая в итоге стала на 1 514,37 млн.руб. меньше, чем в предыдущем году, и составила 39 334,8 млн.руб

Необходимо отметить, что Санкт-Петербургу, несмотря на финансовый кризис и снижении стоимости Территориальной программы на 2009 год удалось сохранить тенденцию роста стоимости Территориальной программы ОМС.

В последние 5 лет отмечается постоянный рост финансирования Территориальной программы. В сравнении с 2005 годом стоимость Территориальной программы на 2009 год увеличилась в 2,12 раза (с 18 545,70 млн. руб. до 39 334,80 млн. руб.), а Территориальной программы ОМС в 2,24 раза (с 8 261,60 млн. руб. до 18 559,20 млн. руб.).

Следует обратить внимание на темпы прироста стоимости Территориальной программы по отношению к предшествующим периодам. Ежегодно темпы прироста увеличиваются. Так, в 2006 году по отношению к 2005 году прирост составил 16%, в 2007 году по отношению к 2006 году – 26%, в 2008 году по отношению к 2007 году прирост составил 38%, а в 2009 году по отношению к 2008 году запланированный прирост должен был составить 15%. Но из-за финансового кризиса в 2009 году прироста стоимости Территориальной программы не было.

Сокращение бюджетной части Территориальной программы с 23 984,37 млн.руб. до 20 775,6 млн.руб. было связано с сокращением финансирования инвестиционных расходов: капитальный и текущий ремонт, централизованная закупка оборудования, приобретение не монтируемого оборудования в рамках адресной инвестиционной программы, мероприятия целевых программ. При этом расходы на льготное лекарственное обеспечение за счет средств бюджета Санкт-Петербурга и размер взносов на ОМС неработающего населения уменьшены не были

Нормативы объемов медицинской помощи не были изменены, за исключением норматива медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, значение которого пересмотрено с учетом фактического исполнения в 2008 году и возможностей медицинских учреждений Санкт-Петербурга по оказанию данного вида медицинской помощи.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в связи с изменением стоимости Территориальной программы были пересмотрены, но их значения выше установленных Территориальной программой на 2008 год и позволило выполнить запланированные на 2009 год объемы медицинской помощи.

При сравнении динамики изменения норматива стоимости амбулаторного посещения, установленного Федеральной и Территориальной программами следует отметить существенное опережение прироста территориального норматива стоимости амбулаторного посещения (со 105,96 руб. в 2005 году до 265,97 руб. в 2009 году). Прирост - в 2,5 раза. Федеральный норматив вырос с 93,9 руб. в 2005 году до 218,1 руб. в 2009 году. Прирост – в 2,3 раза.

Развитие стационарозамещающих технологий существенно сдерживал низкий норматив стоимости пациенто-дня – 173,79 руб. (в ОМС – 137,2 руб.). В 2005 году федеральный норматив был установлен в размере 194,1 руб. (в ОМС – 184,8 руб.). С 2006 года территориальный норматив стоимости пациенто-дня был увеличен до 300,0 руб. (в ОМС – 320,38 руб.). В 2009 году норматив стоимости пациенто-дня стал 265,56 руб. (в ОМС – 369,81), что ниже федеральных нормативов (478 руб. и в ОМС – 470,5 руб.), что обусловлено темпами развития этого вида медицинской помощи.

Территориальный норматив стоимости койко-дня для стационаров круглосуточного лечения в 2005 году соответствовал федеральному нормативу. В последующие периоды прирост указанного территориального норматива существенно опережал прирост федерального норматива. На 2009 год территориальный норматив стоимости койко-дня составит 1 058,55 руб. (по ОМС – 1 265,08 руб.) Федеральный норматив утвержден в размере 1 380,6 руб. (по ОМС – 1 167,0 руб.)

В 2005 году территориальный норматив стоимости вызова скорой медицинской помощи был установлен в размере 804,77 руб. Это ниже федерального норматива – 853,6 руб. С 2006 года территориальный норматив превышает федеральный. На 2009 год был установлен территориальный норматив стоимости вызова скорой помощи в размере 1304,20 руб. Федеральный норматив установлен в размере 1710,1 руб. Снижение территориального норматива обусловлено отсутствием специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи.

Нормативы объема скорой медицинской помощи в течение последних четырех лет остаются стабильными и составляют 0,338 вызовов на одного

жителя в год. Федеральный норматив ниже территориального и составляет 0,318 вызовов на одного жителя в год.

Дополнительным каналом поступления средств в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) являются платные медицинские услуги и программы ДМС. Наличие этих источников, с одной стороны, позволяет ЛПУ (в условиях недофинансирования) получить дополнительные средства для зарплаты сотрудников и текущего содержания ЛПУ, но, с другой стороны (в отсутствии жесткой регламентации этих услуг), приводит к снижению доступности и качества медицинской помощи населению, обслуживаемому по программе государственных гарантий.

Разработка и утверждение методики мониторинга финансовой деятельности государственных учреждений здравоохранения

В целях повышения эффективности ресурсов здравоохранения, в соответствии с Концепцией модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга, в период 2004-2010 г.г. осуществлялся мониторинг финансовой деятельности государственных учреждений здравоохранения, в том числе:

- анализ эффективности расходов медицинских учреждений;
- анализ финансовой деятельности;
- анализ состояния и использования трудовых и финансовых ресурсов медицинских учреждений.

Анализ осуществлялся на основании бухгалтерской, статистической и оперативной отчетности, с использованием принятой методологии мониторинга. Мониторинг, в том числе, проводился в отношении дебиторской и кредиторской задолженности государственных учреждений здравоохранения, в разрезе учреждений и в разрезе экономических статей и источников финансирования, абсолютных и относительных показателей, характеризующих исполнение утвержденных бюджетных смет. Осуществлялось наблюдение за показателями среднемесячной заработной платы в целом по отрасли, а также в разрезе отдельных категорий должностей работников. Кроме того, анализировались с использованием методов горизонтального и вертикального анализа производственные показатели деятельности учреждений, штатной численности, занятости ставок, укомплектованности физическими лицами.

Проведение мониторинга позволило оптимизировать распределение ограниченных финансовых ресурсов отрасли, а также создать предпосылки для поэтапного перехода от сметного финансирования к финансированию на основе государственных заданий.

2.4. Система организации медицинской помощи населению Санкт-Петербурга

С первой половины XX века по настоящее время в России реализуется двухуровневый принцип построения системы медицинской помощи населению, представленный самодостаточными и мало интегрированными между собой структурами: амбулаторно-поликлинической, скорой и стационарной.

В настоящее время медицинская помощь населению Санкт-Петербурга оказывается в 83 больницах, 44 диспансерах, 106 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В рамках реализации Концепции модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга на 2004-2010 годы, утвержденной постановлением Правительства от 07.12.2004г. № 1917, за счет средств бюджета Санкт-Петербурга выполнялись мероприятия по улучшению материально-технической базы учреждений здравоохранения.

В 2009 году завершена реконструкция городской больницы № 23 под размещение городского реабилитационного центра с водолечебницей по адресу: ул. Елизарова, д. 32. Завершено строительство нового здания Хосписа № 1 на 50 мест, расположенного в пос. Лахта по адресу: Лахтинский пр., д. 98, завершена реконструкция корпуса литеры Б под размещение амбулаторно-поликлинического отделения в городском центре по профилактике и борьбе со СПИД, наб. Обводного канала, д. 179, построена подстанция городской станции скорой медицинской помощи в Приморском районе, квартал 32Д района Озеро Долгое, завершено строительство 2 поликлиник для детей по 420 посещений в смену каждая в Приморском районе Санкт-Петербурга. Также в 2009 году завершена реконструкция операционного блока и отделения реанимации и анестезиологии, капитальный ремонт пищеблока ГУЗ "Госпиталь для ветеранов войн» по адресу: ул. Народная, д. 21, литера В, реконструкция лечебного корпуса Городской больницы № 14 по адресу: ул. Косинова, д. 19, литера Б.

В 2010 году завершается строительство 2-ой очереди онкологической больницы в пос. Песочный, реконструкция детской городской больницы № 19 им. К.А. Раухфуса, Лиговский пр., д. 8, завершена реконструкция здания по адресу: ул. Бабушкина, д. 56, корп. 3, под размещение первого в России детского хосписа, завершена реконструкция здания ГУЗ «Городская больница № 36» по адресу: г. Кронштадт, ул. Комсомола, д. 14/16.

Кроме того, планируется завершить в 2010 году реконструкцию здания бывшей детской инфекционной больницы им. Луи Пастера для размещения противотуберкулезного диспансера № 12 по адресу: наб. реки Фонтанки, д. 152А, завершить строительство комплекса зданий для размещения отделения судебно-психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей, ул. Грибакиных, д. 21, литера А. Также в 2010 году планируется завершить строительство лечебно-оздоровительного и культурно-массового центра СПб ГУЗ «Детский санаторий

«Солнечное», реконструкцию корпусов литеры З,И,К ГУЗ "Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» по адресу: ул. Чапыгина, д. 13.

В соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 06.02.2007 № 112 «О проектировании и реконструкции здания по адресу: Адмиралтейский район, ул. Декабристов, д. 40, литера А, под размещение СПб ГУЗ «Детская городская больница № 17 святителя Николая Чудотворца» инвестором ООО «МегаХаус» выполнялись работы по проектированию и реконструкции здания по адресу: ул. Декабристов, д. 40, литера А, для размещения детской городской больницы № 17 Святителя Николая Чудотворца. Завершение реконструкции планируется в 2011 году.

В 36 учреждениях здравоохранения установлены автономные источники энергоснабжения.

В 2011-2012 годах планируется установить автономные источники энергоснабжения в 7 учреждениях здравоохранения.

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

Несмотря на развитую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система первичной медико-санитарной помощи не способна удовлетворить потребности населения города и современного общества.

Службы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, остаются функционально перегруженными и малоэффективными. Это связано с:

- неадекватно высокой численностью населения, прикрепленного к 1 амбулаторному участку, что трансформирует функции врача в функции оператора по выписке рецептов на лекарственные препараты в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения;
- расширенным объемом лечебной работы при острой патологии.

С учётом длительного времени ожидания приёма, неудобного графика работы амбулаторных учреждений здравоохранения (преимущественно в будние дни) доступность первичной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для работающего населения оказывается низкой. Отсутствуют взаимодействие и преемственность в работе отдельных подразделений первичной медико-санитарной помощи, что приводит к недостаточной эффективности ее работы в целом.

Особенного внимания требует тот факт, что недостатки в планировании и организации работы участкового врача, а также современные принципы оплаты труда не позволяют первичному звену медицинской помощи выполнять основную, наиболее важную для охраны здоровья населения, функцию – профилактики заболеваемости.

За 2009 год службой *скорой медицинской помощи* Санкт-Петербурга выполнено 1 540 667 вызовов (что на 158109 меньше, чем в 2008 г.), при этом доставлено в стационар 615 627 человек, что может свидетельствовать о более эффективной работе амбулаторно-поликлинического звена.

Объемы скорой медицинской помощи в 2009 году перераспределялись между Городской станцией скорой медицинской помощи (ГССМП) и амбулаторно-поликлиническими учреждениями Санкт-Петербурга следующим образом:

- ГССМП выполнила 30% всех вызовов
 - Станции и отделения СМП пригородных районов – 14%
 - Отделения скорой медицинской помощи при городских поликлиниках – 56% вызовов.
- Обращает на себя внимание то, что количество обращений на 1000 жителей превышает соответствующий показатель по стране (365,13 обращений), подтверждая сохраняющуюся проблему амбулаторно-поликлинической помощи в Санкт-Петербурге и необходимости протезировать функции этого звена здравоохранения службой скорой медицинской помощи.

Городская станция скорой медицинской помощи (ГССМП) выполнила в 2009 году 464 162 вызова (в 2008 г. 474281). При этом фельдшерские бригады скорой медицинской помощи выполнили 28,3 % вызовов с оказанием медицинской помощи.

Таким образом, недостаточная эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи, отсутствие системы амбулаторного долечивания и патронажа, а также несовершенство организации работы скорой медицинской помощи привели к тому, что *стационарная помощь* выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья населения. При этом, по сути, стационарная медицинская помощь необходима лишь при заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных методов обследования и лечения с использованием современной медицинской техники, оперативных вмешательств, постоянного круглосуточного врачебного наблюдения и интенсивного ухода.

При исполнении Концепции модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга с 2003 по 2010 годы по направлению организации стационарной медицинской помощи:

1. Перепрофилирована СПб ГУЗ «Городская больница №8» в учреждение медико-социальной помощи-2005г.

2. Перепрофилирована СПб ГУЗ «Городская больница №23» в современный стационар восстановительного лечения.
3. Создано отделение онкоколопроктологии в СПб ГУЗ «Городская больница №9»-2006г
4. Реорганизована СПб ГУЗ «Городская больница №8» путем присоединения СПб ГУЗ «Городская гериатрическая больница (ортопедическая)» 2008г.
5. Проведена реорганизация СПб ГУЗ "Городской гериатрический медико-социальный центр" путем присоединения СПб ГУЗ "Городская больница № 5"-2007г.
6. Открыт новый хирургический комплекс в Покровской больнице 2007г.
7. СПб ГУЗ «Городская больница №28 «Максимилиановская» репрофилируется в учреждение медико-социального профиля.
8. На базе СПб ГУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» создан Центр гемокоррекции» - 2008 г.
9. На высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) за счет городского бюджета в 2006 году городским бюджетом было выделено 524100191 рублей, в 2007 году – 1130534548 рублей, в 2008 году - 1296111272,3 рублей, в 2009г. – 1 149 949 500 рублей для оказания специализированной ВМП.
10. В рамках принятого Правительством Санкт-Петербурга «О плане мероприятий по совершенствованию экстренной медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения в Санкт-Петербурге на 2008-2010 года» выделено 563586,07 тыс. руб.
11. В период с 2003 по 2010 год действовали целевые программы: «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2002-2005 годы», «Комплексные меры по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту на 2006-2008 годы» и «Комплексные меры по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту на 2009-2012 годы», одним из исполнителей которых является Комитет по здравоохранению.
Первые программы заложили основы организации комплексной профилактической работы в этой области и позволили укрепить организационную и материальную базу учреждений и организаций, занимающихся проблемами противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту, программа 2006-2008 годов была направлена на модернизацию наркологической службы города. На реализацию мероприятий программы 2009-2012 годов Комитету по здравоохранению предусмотрено финансирование в размере 237 908,0 тыс. руб.
12. Введена в строй 1-я очередь пускового комплекса ГУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр

специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» по адресу: пос. Песочный ул. Ленинградская, д.68А.

13. В рамках Плана мероприятий по развитию онкологической службы Санкт-Петербурга по профилактике, раннему выявлению и лечению онкологической патологии на 2008-2011 годы, утвержденного постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 10.07.2007 №797 в период с 2008 по 2010 год освоено 2 945 775 тыс. руб.

14. В рамках отдельных пунктов Плана мероприятий по обеспечению безопасности дорожного движения в Санкт-Петербурге на 2009-2012 годы, утвержденного постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 02.12.2008 №1506, которые находятся в компетенции Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, в 2010 году выделено средств в объеме 27 млн. руб.

По данным работы стационаров Санкт-Петербурга среднегодовая занятость койки в 2009 году составила 321,3 дня, средняя длительность пребывания больного в стационаре 13,3 дня, уровень госпитализации в круглосуточные стационары составил 222,8 на 1000 чел. населения).

Показатель обеспеченности койками в 2009 г. на 1 тыс. населения в Санкт-Петербурге составил 9,2 койки, что ниже уровня таких стран, как Япония (15,4), Голландия (14,3) и Норвегия (11,7).

Внедрение стационар-замещающих технологий в деятельность амбулаторно-поликлинической службы позволило с 2002 г. по 2009 г. увеличить число мест в дневных стационарах на 47,2% (с 3312 в 2002 г. до 4875 в 2009 г.), обеспеченность местами дневных стационаров при АПУ – на 42,3% (с 7,1 в 2002г. до 10,6 на 10 тыс. населения в 2009г.) и уровень госпитализации в дневные стационары – на 70,3% (с 18,5 в 2002г. до 31,5 на 1000 чел. населения в 2009г.).

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

- неадекватным расширением коечного фонда;
- высокими показателями нецелесообразной и непрофильной госпитализации;
- неадекватным увеличением сроков пребывания больного в стационаре;
- частой госпитализацией больных в неподготовленные для оказания профильной медицинской помощи лечебные учреждения;
- высокой частотой переводов больных из одного лечебного учреждения (неподготовленного или непрофильного) в другое.

На сегодняшний день в Санкт-Петербурге отсутствует стройная система восстановительного лечения и реабилитации. Во многих случаях больной выписывается из стационара «под наблюдение участкового врача», что в реальности означает «под собственное наблюдение». На амбулаторно-поликлиническом уровне слабо развита патронажная служба, не разработана система «стационара на дому», часто не обеспечивается преемственность в лечении между стационаром и поликлиникой, больным не доступны реабилитационные мероприятия.

Существующие в настоящее время отделения (кабинеты) по восстановительному лечению и реабилитации не соответствуют современным требованиям по оснащению диагностическим и лечебным оборудованием. Отмечается острая нехватка специализированных кадров реабилитационной службы (врачей и инструкторов ЛФК, физиотерапевтов, логопедов, нейропсихологов, медицинских психологов, трудотерапевтов, социальных работников и др.). Полностью отсутствует необходимая нормативно-правовая база процесса восстановительного лечения и реабилитации.

Таким образом, также не удовлетворяются имеющиеся потребности значительной части населения Санкт-Петербурга в восстановительном лечении и реабилитации.

2.4.1. Система организации медицинской помощи детскому населению Санкт-Петербурга

В ходе реализации Концепции модернизации системы здравоохранения в 2004-2010 гг. амбулаторно-поликлиническая помощь детям строилась как многоуровневая помощь в условиях детской поликлиники с организацией отделений, комнат по воспитанию здорового ребенка для наблюдения за здоровыми детьми (отделения абилитации), клиничко-диагностических центров с централизацией диагностических и специализированных служб в одной или нескольких детских поликлиниках либо на базе детских стационаров. Амбулаторно-поликлиническая помощь детям была нацелена на формирование здорового образа жизни и медицинской активности в семье, выявления у детей в ходе совершенствования профилактических медицинских осмотров пограничных и патологических состояний, определения и выполнения индивидуального плана развития детей раннего возраста. Внедрялись новые организационные формы работы в поликлиниках с приоритетом оказания профилактической и лечебно-диагностической помощи детям раннего возраста (отделение абилитации, проведение диспансерных осмотров детей автоматизированными комплексами диспансерных осмотров, открытие дневных стационаров, отделений восстановительного лечения),

В течение 2004-2010 гг. проведена работа по улучшению материально-технической базы АПУ: СПб ГУЗ «Консультативно-диагностический центр

для детей», проведен капитальный ремонт помещений детского отделения СПб ГУЗ «Городской диагностический центр №7 (глазной) для взрослого и детского населения» и оснащение его современным медицинским оборудованием, проведен капитальный и текущий ремонт детских поликлиник №1, 5, 24, 7, 11, 63, 26, 23, 4, 30, 20, 77, 16, 76, 36, 34, 66, 53, 28, 60, 8, 12, 52, 35, 47, 73, 58, 19, 14, 72, 49, 51. Введены в строй 3 детские поликлиники в Приморском районе. В соответствии с основными направлениями Концепции модернизации здравоохранения на 2004-2010 гг. в 2004- 2009 годах проведена реорганизация Городских детских поликлиник №51, 54, 31, 14, 58, 33, 6, 13, 27, 35, 47, Колпинского, Московского, Петроградского, Невского, Красносельского районов с целью оказания доступной медицинской помощи, развития и формирования доступной специализированной помощи. В Красногвардейском, Невском, Кировском, Фрунзенском, Красносельском, Калининском, Центральном районах в целях оказания детскому населению квалифицированной специализированной медицинской помощи проведена централизация специализированных и диагностических служб. Созданы 23 кабинета по профилактике артериальной гипертензии у детей в амбулаторно-поликлинических учреждениях Калининского, Колпинского, Московского, Выборгского, Красносельского, Фрунзенского, Центрального, Кировского районов. Организована система диспансерных осмотров в целях скринирующего обследования детей и подростков в 53 амбулаторно-поликлинических учреждениях администраций районов Санкт-Петербурга, охват диспансерными осмотрами составляет 95-97%. Созданы обучающие программы для родителей и детей по профилактике артериальной гипертензии в детских поликлиниках Фрунзенского, Приморского, Красногвардейского районов. Открыты дневные стационары в ЛПУ Колпинского, Центрального, Невского, Василеостровского районов, в 67 детских поликлиниках работает КВЗР, 16 кабинетов (отделений) абилитации детей раннего возраста.

В ходе реализации Концепции органами управления здравоохранением администраций районов, руководителями амбулаторно-поликлинических учреждений значительное внимание уделяется доступности первичной медико-санитарной помощи, совершенствованию системы организации самозаписи к врачам специалистам с введением записи по телефону, электронной системы записи.

В рамках Концепции развития системы образования Санкт-Петербурга «Петербургская школа 2005-2010 гг.» с участием главных специалистов Комитета по здравоохранению разработаны рекомендации по созданию службы здоровья в образовательных учреждениях в аспекте системной деятельности по сбережению здоровья школьников. С участием главных специалистов Комитета по здравоохранению организованы постоянно действующие семинары для медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений по кардиологии, неврологии,

врачей школьно-дошкольных отделений, врачей педиатров, работающих с подростками.

Ежегодное финансирование на бесплатное слухопротезирование позволило обеспечить всех детей с нарушениями слуха 2-3 ст. современными слуховыми аппаратами. В 2009 году продолжено проведение высокотехнологического слухопротезирующего лечения детей с тугоухостью 4 степени, за счет средств бюджета Санкт-Петербурга кохлеарная имплантация выполнена 17 детям.

Приобретено лечебное питание для детей, страдающих фенилкетонурией, препаратами, не содержащими фенилаланин на сумму 5393.0 тыс. рублей, для детей-инвалидов, страдающих фенилкетонурией, галактоземией, целиакией на сумму 6334.4 тыс. руб., Проводимые мероприятия позволили улучшить качество жизни и социальную адаптацию детей-инвалидов, достигнуть ремиссии заболевания.

Продолжена работа по совершенствованию системы организации вакцинопрофилактики детскому населению. По итогам 2009 года в городе сохранен высокий уровень охвата профилактическими прививками против дифтерии, полиомиелита, кори, эпидемического паротита, гепатита В детей до 14 лет и подростков, который составил 96.6 %.

Охват прививками детей раннего возраста против коклюша, гепатита В, полиомиелита остается на высоких цифрах и составляет 97-98%.

Реализация Закона Санкт-Петербурга от 17.11.2004 г. №587-80 «О социальной поддержке семей, имеющих детей, в Санкт-Петербурге» позволило обеспечить детей в возрасте до 3-х лет в полном объеме питанием и одеждой, Закона Санкт-Петербурга от 05.02.2007 №15-7 «Об обеспечении специальным питанием беременных и кормящих матерей в Санкт-Петербурге» позволило обеспечить специальными продуктами питания беременных и кормящих матерей.

В рамках приоритетного национального проекта здоровье и в соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 03.11.2005 года №25 «О дополнительной иммунизации населения Российской Федерации» в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» организована и проведена дополнительная иммунизация детей против полиомиелита инактивированной вакциной, гриппа, гепатита В, краснухи.

В Санкт-Петербурге в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2007 г №945 «О порядке предоставления в 2008-2010 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» была организована и проведена диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в 89 стационарных учреждениях для детей-сирот, в том числе в стационарных учреждениях системы здравоохранения-13,

образования-57, социальной защиты-19. с численностью детей в них 6030 человек, осмотрено 6003 человека, что составляет 99.5%.

Укрепление материально-технической и лечебно-диагностической базы учреждений охраны материнства и детства, централизация диагностических и специализированных служб, развитие отделений реабилитации, отделений восстановительного лечения позволили создать условия для оказания своевременной, доступной и квалифицированной медицинской помощи детям, выполнения стандарта профилактического наблюдения детей первого года жизни - 99%, выполнение индивидуальной программы реабилитации детей-инвалидов: оперативное лечение-94,5%, протезирование-94,5%, стационарное -95,70%, восстановительное лечение - 95% - 97%, санаторное лечение-68,0%.

В плане модернизации материально-технической базы акушерско-гинекологических стационаров:

- с 2003года осуществляются организационные мероприятия по созданию «перинатальных центров первого уровня» путем объединения родильных домов с

женскими консультациями для внедрения в практику родовспоможения работы по принципу «единого акушера»; в настоящее время работают 5 таких объединений,

- в 2006 году распоряжением Губернатора Санкт-Петербурга утверждено дополнительное финансирование работ по капитальному и текущему ремонту родильных

домов города, а также по подготовке проектно-сметной документации на реконструкцию родильного дома №15,

- в 2006году в Центре планирования семьи и репродукции выполнен капитальный ремонт клинико-диагностической лаборатории и поликлинического отделения, приобретено лабораторное оборудование,

- в 2007-2008г.г. выполнен ремонт гинекологических отделений и открыты отделения для лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий в центре планирования семьи и репродукции и Мариинской больнице,

- в 2007 году завершена реорганизация родильных домов №11 и №15 путем их слияния в СПб ГУЗ «Родильный дом №17»,

- в 2008 году родильный дом №10 объединен с женской консультацией №26,

- введено в эксплуатацию 27.06.2009 после капитального ремонта акушерско-гинекологическое отделение (родильный дом) Санкт-Петербургского ГУЗ «Городская больница №36» Кронштадтского района;

- ежегодно из средств бюджета Санкт-Петербурга выделяются ассигнования на капитальный ремонт родильных домов,

- с учетом роста рождаемости количество акушерских коек за отчетный период в учреждениях, подчиненных Комитету по здравоохранению, увеличено на 400 (1790 коек на 01.01.2010),

- ведомственной структурой расходов бюджета Санкт-Петербурга на

2010 год предусмотрены расходы на проведение ремонтных работ в трех родильных домах и четырех акушерских отделениях многопрофильных больниц на общую сумму 100,0 млн.рублей,

- в настоящее время завершается проведение проектно-изыскательских работ (ПИР) для последующей реконструкции СПб ГУЗ «Родильный дом №17» (по адресу: Вавиловых ул., д. 12) под перинатальный центр с организацией «второго этапа выхаживания» новорожденных;

- проводятся ПИР для строительства родильного дома на 250 коек в Приморском районе (квартале 22В - озеро Долгое) и перинатального центра на 250 коек в Красногвардейском районе (квартал 30 - Ржевка-Пороховые);

- завершается строительство федерального перинатального центра на 130 коек при ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» (ориентировочный срок открытия - 30.06.2010);

- подготовка исходно-разрешительной документации на строительство 2 женских консультаций и отделения для второго этапа выхаживания новорожденных детей в СПб ГУЗ «Родильный дом №9»,

- за отчетный период осуществлен косметический ремонт в 10-ти женских консультациях,

- в 2008 году завершено строительство второго корпуса женской консультации №20,

- в 2008 году осуществлена реорганизация женских консультаций №3 и №18 путем их слияния в СПб ГУЗ «Женская консультация №18».

Каждый родильный дом оснащен необходимым современным реанимационным оборудованием для оказания помощи новорожденным, имеет прямую связь с реанимационно-консультативным центром города и возможность специализированной транспортировки новорожденных в детские больницы.

Родильные дома обеспечиваются сурфактантами и препаратами для реанимации новорожденных за счет средств бюджета города (ведомственной структурой расходов бюджета Санкт-Петербурга выделяется ежегодно порядка 35-40млн.руб.

	2005г.	2009г.
Количество реанимационных коек для женщин в род. домах	20	38
Количество коек для новорожденных (всего)	700	858
Количество реанимационных коек для новор.в род. домах	44	54

Во исполнение целевой медико-социальной программы «Профилактика диабета и его осложнений на 2001-2005годы» в 2001 году

создан и оснащен медицинским оборудованием городской амбулаторный центр «Сахарный диабет и беременность», в 2006 году организовано оказание специализированной помощи беременным с гестационным диабетом в центре планирования семьи и репродукции, что позволило снизить на 10% потребность в госпитализации и на 20% - частоту кесарева сечения в этой группе больных.

С целью снижения распространенности инфекционных заболеваний в Центре по профилактике и борьбе со СПИД с 2003 года функционируют гинекологические койки для оказания помощи ВИЧ-инфицированным женщинам. Во всех родовспомогательных учреждениях организовано проведение экспресс-диагностики и химиопрофилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции.

В плане реализации целевой медицинской программы «Онкология 2001-2005г.г.» открыты 5 кабинетов по профилактике и ранней диагностике рака шейки матки, в каждом районе города для своевременного выявления рака молочной железы установлены маммографы, в городском клиническом онкологическом диспансере организована иммунопатологическая лаборатория. С 2006 года осуществляется работа по долечиванию беременных в условиях санаториев «Северная Ривьера» и «Сестрорецкий курорт».

В результате целенаправленной работы городского Центра планирования семьи и репродукции, Центра охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента», кабинетов планирования семьи женских консультаций, открытых за период 1999 -2006г.г. 15-ти молодежных консультаций (деятельность которых направлена на предупреждение ИППП и нежелательной беременности), в городе сформировались положительные тенденции к снижению числа абортот:

- с 36 577 в 2004 году до 23 634 в 2009г., улучшению показателя числа абортот на 1000 женщин фертильного возраста: с 28,1 в 2004г. до 19,3 в 2009г.

В настоящее время в 16 районах города функционируют 21 молодежная консультация. В рамках реализации «Концепции демографического развития Санкт-Петербурга на период до 2015 года» в 2008 году консультативно-диагностическим центром для детей «Ювента» приобретены и распределены среди молодежных консультаций средства контрацепции на общую сумму 6,5млн.руб.

С 2007 года Законом Санкт-Петербурга «О бюджете Санкт-Петербурга», ежегодно утверждается финансирование лечения бесплодия с применением методов вспомогательных репродуктивных технологий:

Год	Сумма бюджетных средств (млн. руб.)	Количество циклов	Количество родов	Количество детей
-----	-------------------------------------	-------------------	------------------	------------------

2007	46,2	450	149	201
2008	73,75	917	260	320
2009	46,9	600		
2010	47,0853	409		

Во исполнение Закона Санкт-Петербурга от 05.02.2007 №15-7 «Об обеспечении специальным питанием беременных женщин и кормящих матерей в Санкт-Петербурге» женщины обеспечиваются на безвозмездной основе молочной смесью «МД мил Мама» в магазине «Здоровый малыш».

В ходе реализации федеральной целевой программы «Дети России» подпрограммы «Здоровое поколение» и Плана мероприятий по защите материнства и детства ежегодно осуществляется массовый неонатальный скрининг на фенилкетонурию и врожденный гипотериоз и селективный пренатальный скрининг среди беременных женщин.

Благодаря внедрению современных перинатальных технологий в акушерских стационарах, несмотря на рост патологии беременности и родов с 45% до 70-80%, основные качественные показатели работы родовспомогательной службы имеют тенденцию к улучшению:

Показатели	2005	2009
Рождаемость	8,6	11,3
Перинатальная смертность	6,7	6Д
Младенческая смертность	6,2	4,7
Материнская смертность	35,7	25,6
Родов	41 471	53 798

С 2006 года реализуются мероприятия приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по вопросам материнства и детства:

- в 2006 году в женские консультации и детские поликлиники, в 2007 году в женские консультации, детские поликлиники и родильные дома №№6,9,16,18 поступило диагностическое оборудование,

- расширенный неонатальный скрининг на адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию осуществляется СПб ГУЗ «Диагностический центр (медико-генетический)» :

- в 2006 году получена автоматизированная комплексная лаборатория ДЕЛЬФИЯ в комплекте для неонатального скрининга на сумму 2 597 761,0руб.,

- в 2008 году получены тандемный масс-спектрометр (с сопутствующим оборудованием, реактивами, услугами) на сумму 16 050 000,0руб. и прибор для сбора и анализа проводимости пота (для исследования на муковисцидоз) на сумму 254 901руб.96коп.; на общую сумму 16 304 901руб.96коп.

- для проведения аудиологического скрининга в 2008 году в 16 ЛПУ поставлено специальное оборудование (16 приборов регистрации вызванной отоакустической эмиссии по 101 700,0руб., 1 прибор-система

регистрации слуховых потенциалов, комбинированная с модулем, на сумму 742 500,0руб., и 1 импедансный аудиометр) на сумму 216 000,0руб; на общую сумму 2 585 700,0рублей; скрининг начат 17.11.08., среднее количество исследований, проводимых в день в родильных домах и детских поликлиниках, - 110-115; доля детей первого года жизни, охваченных скринингом, - 62%,

- родовые сертификаты: за счет средств, полученных учреждениями по родовым сертификатам, закупается медицинское оборудование и медикаменты (порядка 25% средств от родовых сертификатов расходуется на приобретение медицинского оборудования, 20% - медикаментов); дополнительное финансирование учреждений службы родовспоможения за счет средств родовых сертификатов в 2006г. составило 216 229,0тыс.руб., в 2009 году - 360 372,0тыс.руб.

В детских больницах внедряются современные методы диагностики и лечения, решаются вопросы перепрофилирования коечного фонда. Большое внимание в практической деятельности уделяется планированию и контролю качества оказания специализированной высокоспециализированной помощи, повышению квалификации медицинских работников.

В решении вопросов совершенствования медицинской помощи детям используются рекомендации главных внештатных специалистов Комитета.

За 2005-2009 годы организованы амбулаторно-консультативные отделения в 7-и детских больницах общей мощностью 80 тысяч посещений в год.

Посещаемость амбулаторно-консультативных отделений детских больниц

Год	Число посещений
2005	74377
2006	79240
2007	89929
2008	100806
2009	113322

Для госпитализации детей на территории Санкт-Петербурга развернуты 5634 койки, в том числе 3327 коек в самостоятельных детских стационарах подчинения Комитета по здравоохранению.

Ежегодно в медицинские учреждения, расположенные на территории Санкт-Петербурга, госпитализируются более 130 тысяч детей, в том числе в детские больницы городского подчинения госпитализируются порядка 100 тысяч детей. В 2009 году в детские стационары подчинения Комитета по здравоохранению госпитализировано 98415 детей.

Основные показатели использования коечного фонда детских стационаров стабильны; сокращается длительность пребывания на больничной койке, увеличивается оборот койки. Летальность в детских стационарах стабильно не превышает 0,2%. Фактическая работа койки в сравнении с 2004 годом возросла с 281,6 до 286,78 дней в 2009 году; средний койко-день сократился с 11,5 до 9,8; оборот койки возрос с 24,7 до 29,28, летальность снизилась с 0,32 до 0,2.

Во всех детских больницах проводились косметические ремонты. Капитальный ремонт с реконструкцией осуществляется в ДГБ № 17 святителя Николая Чудотворца, ЦВЛ «Детская психиатрия».

На 2009 год по Адресной инвестиционной программе финансируемой за счет средств бюджета Санкт-Петербурга, были предусмотрены и освоены заказчиком - Комитетом по строительству, ассигнования на реконструкцию детской городской больницы № 19 им. К. А. Раухфуса в размере - 546 574,9 тыс. рублей.

В детских больницах специалистами обеспечивается проведение современных методов диагностики и лечения, включая сложные хирургические операции при врожденных пороках развития новорожденных, дорогостоящие виды кардиохирургического лечения детей. В ДГБ №1 ежегодно выполняется 190-210 сложнейших операций детям СПб, ежегодно 120-150 детей получают лечение при онкогематологической патологии за счет средств бюджета города. С 2008г. проводится работа по федеральным квотам. В 2009 году оказана высокотехнологичная медицинская помощь 361 ребенку с софинансированием средств федерального бюджета.

В практику работы детских городских больниц внедрены эндовидеохирургические методы диагностики и лечения. В ДГБ Святой Ольги организованы городские кабинеты по лечению сложных пароксизмальных состояний у детей, по лечению сложных и тяжелых бронхолегочных заболеваний, сопровождающихся дыхательной недостаточностью. В Детской городской клинической больнице № 5 им. Н.Ф.Филатова организовано лечение детей с повреждениями позвоночника в острой фазе заболевания с использованием высокотехнологичной дорогостоящей технологии, что привело к снижению сроков лечения пациентов и снижению инвалидизации детей

В 2009 году удовлетворена потребность детского населения города в дорогостоящих видах медицинской помощи.

Для оказания специализированной медицинской помощи детям осуществлена централизованная закупка оборудования, расходных материалов.

Продолжается работа по интенсификации использования коечного фонда детских стационаров, преимущественности в работе с учреждениями федерального подчинения. Совершенствуются методики оказания специализированной медицинской помощи детям, особое внимание

уделяется помощи новорожденным, в том числе недоношенным детям с экстремально низкой массой тела (менее 500г).

Реализация мероприятий по улучшению материально - технической базы детских санаториев за отчетный период позволила осуществить реконструкцию корпусов для организации:

отделения подросткового возраста в СПб ГУЗ «Восстановительный центр детской ортопедии и травматологии «Огонёк» и СПб ГУЗ «Детский санаторий «Солнечное»;

отделений для детей с родителями и школы в СПб ГУЗ «Детский психоневрологический санаторий «Комарово»;

отделения водо-грязелечения, школы с переоснащением оборудования и мебели, в СПб ГУЗ «Детский санаторий - Реабилитационный центр «Детские Дюны»;

учебного центра и 2х отделений для детей и детей - инвалидов в сопровождении одного из родителей, банно-прачечного комбината в СПб ГУЗ «Детский санаторий «Солнечное».

Закончено строительство и реконструкция с вводом в эксплуатацию:

бассейнов в СПб ГУЗ «Восстановительный центр детской ортопедии и травматологии «Огонёк», СПб ГУЗ «Детский санаторий - Реабилитационный центр «Детские Дюны» и СПб ГУЗ «Детский психоневрологический санаторий «Комарово»;

рентгенологического кабинета в СПб ГУ «Туберкулёзный санаторий «Дружба» и в СПб ГУЗ ВЦДОиТ «Огонёк»;

административного корпуса в СПб ГУЗ «Восстановительный центр детской ортопедии и травматологии «Огонёк»;

корпуса лечебной физкультуры со спортивными залами, отделения «Мать и дитя», хозяйственно - бытового корпуса в СПб ГУЗ ДС-РЦ «Детские Дюны»;

Проведено благоустройство территории и утепление фасадов главного корпуса СПб ГУЗ «Детский санаторий - Реабилитационный центр «Детские Дюны». Продолжается строительство и реконструкция :

лечебно - досугового центра с приёмным отделением и административного корпуса в СПб ГУЗ «Детский санаторий «Солнечное»;

крытых переходов между корпусами и лечебно-диагностического корпуса с достройкой 3го этажа в СПб ГУЗ ДС-РЦ «Детские Дюны».

Для совершенствования санаторно-курортной помощи детям за отчетный период осуществлено переоснащение детских санаториев современным реабилитационным и диагностическим оборудованием и внедрены современные технологии реабилитации и диагностики: ультразвуковая диагностика, аудиометрия, суточное мониторирование АД и ЭКГ, ультразвуковая доплерография, фотохромотерапия. гальваногрязелечение, психотерапия и др.

Для обеспечения санаторно-курортным лечением детей дошкольного и школьного возраста в Санкт - Петербурге развёрнуто 2716 коек, в том числе

230 коек для детей и детей - инвалидов дошкольного и школьного возраста в сопровождении одного из родителей. Все детские санатории специализированы, лечение осуществляется по 11 нозологиям. В целом обеспеченность санаторными койками составила 39,0 на 10000 детского населения, что удовлетворяет потребность детского населения в санаторно-курортном лечении.

Ежегодно санаторно-курортное лечение получили 18364 человек, в том числе 1222 детей - инвалидов, 847 - детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; детей дошкольного возраста - 7047 человек; детей школьного возраста, в том числе и подросткового возраста (старше 15 лет) - 11317 человек.

2.5 Инновационное и кадровое обеспечение развития здравоохранения Санкт-Петербурга

Уровень развития медицинской науки определяет перспективы совершенствования всей системы здравоохранения. Настоящее состояние медицинской науки в Санкт-Петербурге характеризуется размытостью приоритетов, низким инновационным потенциалом, плохой связью с государственными заказчиками, слабой системой внедрения научных результатов в практическое здравоохранение. Развитие современных научных исследований в области медицины возможно лишь при условии комплексного подхода, основанного на привлечении разработок фундаментальных медико-биологических, естественных и точных наук, а также новых технологических решений.

Перспективы развития здравоохранения Санкт-Петербурга в значительной степени зависят от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров как главного ресурса здравоохранения.

Стратегия кадровой политики в здравоохранении зависит от признания обществом высокой экономической значимости здоровья как важной составляющей трудового потенциала.

Основная цель **кадровой политики** на ближайшую перспективу состоит в развитии системы управления кадровым потенциалом отрасли, основанной на рациональном планировании подготовки и трудоустройства кадров, использовании современных образовательных технологий и эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить органы и учреждения здравоохранения персоналом, способным на высоком профессиональном уровне решать задачи повышения качества медицинской и лекарственной помощи населению.

Основными направлениями повышения эффективности использования кадрового потенциала здравоохранения являются:

- устранение дублирования функций;

- перераспределение функций между различными профессиональными группами медицинского персонала;
- упорядочение должностной структуры учреждений здравоохранения на основе использования прогрессивной нормативной базы;
- модернизация рабочих мест, повышение технической оснащённости труда.

В соответствии с современными требованиями, предъявляемыми к профессиональному уровню медицинских кадров, необходимо совершенствовать всю взаимосвязанную систему документов, регламентирующих учебный процесс образовательных медицинских и фармацевтических учреждений:

- квалификационные характеристики специалистов;
- государственные образовательные стандарты;
- учебные планы и учебные программы по дисциплинам учебного плана;
- учебно-методические материалы.

Улучшение качества рабочей среды включает в себя вопросы заработной платы, создания соответствующих условий труда и использования рабочего времени.

Требуется принятие мер по существенному повышению оплаты труда работников здравоохранения, обеспечению роста реальной заработной платы и ликвидации необоснованного разрыва в уровнях оплаты труда в реальном секторе экономики и бюджетной сфере.

Решение стратегических задач кадровой политики в здравоохранении зависит от организации управления трудовыми ресурсами отрасли.

Основными задачами, стоящими перед кадровой службой здравоохранения, являются:

- прогнозирование потребности в кадрах конкретных специальностей и планирование их подготовки;
- набор, отбор, подготовка, развитие и мотивация персонала к эффективному выполнению работы; оценка качества выполняемой работы; вознаграждение, продвижение, переводы, понижение, увольнение персонала;
- поддержание оптимальных взаимоотношений между работодателями и работниками на основе соблюдения закона, обеспечения справедливой системы оплаты труда, социальной защиты работников, создания благоприятных производственных отношений и здорового климата, обеспечения охраны труда и других условий, позитивно влияющих на качество труда и качество жизни сотрудников.
- содействие занятости работников здравоохранения через повышение профессионализма и конкурентоспособности рабочей силы на рынке труда;
- разработка системы страхования ответственности медицинских работников на случай ошибки и при наличии степени риска медицинского вмешательства, а также личного страхования в случае, когда исполнение служебных обязанностей сопряжено с угрозой для жизни и здоровья.

В решении кадровых вопросов необходимо расширить участие общественных медицинских и фармацевтических организаций. Внедрение врачебного самоуправления позволит «изнутри» регулировать медицинскую деятельность каждого врача и каждого медицинского коллектива, гибко используя экономические и морально-нравственные рычаги.

В системе здравоохранения Санкт-Петербурга в 2009 г. работало 21 965 врачей и 36 471 среднего медицинского персонала. Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составила 47,9 (2004 – 44,5; 2006 г. – 46,1), средним медицинским персоналом – 79,6 (2004 г. – 79,8; 2006 г. – 79,5). Соотношение врачей и среднего медицинского персонала составляет 1: 1,66.

Соотношение между численностью врачей и среднего медицинского персонала в Санкт-Петербурге значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира, что вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа, реабилитации.

Кроме того, наблюдается существенная диспропорция в распределении врачебных кадров: излишняя концентрация их в стационарных учреждениях и нехватка в амбулаторно-поликлинических.

Среди проблем в области управления медицинскими кадрами следует отметить низкую заработную плату медицинских работников, уравнильные подходы к оплате труда медицинского персонала, низкие социальную защищенность и престиж медицинской профессии, несоответствие федеральных государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования современным потребностям здравоохранения и невысокое качество преподавания, отсутствие системы непрерывного медицинского образования (НМО), низкую информированность медицинских работников о современных методах диагностики и лечения заболеваний, слабую подготовку управленческих кадров в здравоохранении и медицинском страховании, невысокий профессиональный уровень медицинских работников.

2.6 Лекарственное обеспечение граждан Санкт-Петербурга в амбулаторных условиях.

Целью концепции лекарственного обеспечения граждан Санкт-Петербурга является:

- удовлетворение реальных потребностей населения в эффективных, качественных и доступных лекарственных средствах на основе баланса с реальными финансовыми возможностями;
- формирование цивилизованных отношений в сфере обращения лекарственных средств, с четко разграниченными правами и обязанностями участников фармацевтического рынка, в совокупности с государственным регулированием отрасли;

- формирование баланса интересов всех участников государственных программ лекарственного обеспечения, в рациональном использовании ресурсов.

- совершенствование номенклатуры и увеличение объема производства отечественных препаратов, производимых предприятиями фармацевтической промышленности;

- увеличение удельного веса потребления качественных отечественных лекарств, производимых предприятиями фармацевтической промышленности за счет реализации через городскую аптечную сеть и включения в систему городского заказа по линии бюджета и системы обязательного медицинского страхования.

Обеспечение льготных категорий жителей Санкт-Петербурга осуществляется за счет двух источников финансирования:

1. За счет средств федерального бюджета осуществляется:

- обеспечение необходимыми лекарственными средствами льготных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;

- обеспечение дорогостоящими лекарственными средствами больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и тканей в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17.10.2007 № 682;

2. За счет средств бюджета субъекта Российской Федерации – г. Санкт-Петербурга осуществляется лекарственное обеспечение отдельных групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой в соответствии с:

- законом Санкт-Петербурга от 10.10.2005 № 487-73 «О льготном обеспечении лекарственными средствами и бесплатном зубопротезировании отдельных категорий жителей Санкт-Петербурга»;

- постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 10.07.2007 №797 «О мерах по развитию онкологической службы Санкт-Петербурга по профилактике, раннему выявлению и лечению онкологической патологии на 2008-2011 годы»;

- постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 08.07.2008 №827 «О Плане неотложных мероприятий по социальной профилактике туберкулеза и обеспечению экологической безопасности функционирования противотуберкулезных учреждений Санкт-Петербурга на 2008 –2011 годы»;

- постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 08.07.2008 №828 «О плане мероприятий по развитию психиатрической службы Санкт-Петербурга

и мерах по предупреждению отрицательных социальных последствий психических заболеваний и поведенческих расстройств на 2008-2010 годы»; - постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 25.11.2008 №1455 «О плане мероприятий по диагностике, лечению и профилактике сахарного диабета и его осложнений на 2009-2011 годы».

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

Размер субвенций для субъектов Российской Федерации определяется исходя из численности граждан, сохранивших право на получение набора социальных услуг, и установленного норматива финансовых затрат на одного гражданина. Норматив финансовых затрат ежегодно увеличивается и в 2010 году составляет 531 рубль.

Сводная информация об объемах денежных средств для льготных категорий жителей Санкт-Петербурга, имеющих право на набор социальных услуг с 2005 по 2010 годы (млн.руб).

Нормативный документ	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ	1 900,0	3 600,0	2 600,0	1 915,0	1 993,889	1 946,43

Численность граждан, сохранивших право на получение набора социальных услуг (чел.)*

Количество граждан	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Имеющих право на набор социальных услуг	Всего льготников 529597	804028	808089	823896	831313	818168
Не отказались от набора социальных услуг		332825	299380	263956	247081	207078

* данные Комитета по здравоохранению, СПб ГУ «Городской информационно расчетный центр», Территориального Фонда медицинского страхования, Отделения ПФР по Санкт-Петербургу и Ленинградской области.

Ежегодно, от набора социальных услуг, отказываются в среднем до 65% льготных категорий жителей Санкт-Петербурга. Право на льготное лекарственное обеспечение в рамках Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», как правило, сохраняют граждане, нуждающиеся в регулярном приеме дорогостоящих лекарственных средств.

Основой для составления заявки на лекарственные средства и изделия медицинского назначения для льготных категорий граждан является Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи

отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18.09.2006 № 665 (далее - федеральный перечень).

В 2005 году, в связи с несовершенством системы льготного лекарственного обеспечения имелись следующие проблемы: несогласованность действий федерального и регионального дистрибьюторов, поставки льготных лекарственных средств не выполнялись в полном объеме, имели место наличие дефектуры лекарственных препаратов, отсутствие системы информационного взаимодействия и системы управления товарными запасами, задержка компенсации стоимости льготных лекарственных средств, отпущенных населению аптеками.

Благодаря совместной работе Комитета по здравоохранению, Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга, Территориального Фонда медицинского страхования, Отделения пенсионного фонда Российской Федерации по Санкт-Петербургу и Ленинградской области в Санкт-Петербурге сформированы и внедрены: электронный медико - социальный регистр населения Санкт-Петербурга; программа, обеспечивающая проверку рецептов при отпуске лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; базы данных врачей и лечебно-профилактических учреждений, имеющих право выписки рецептов льготным категориям больных; предметно-количественный учет лекарственных средств и изделий медицинского назначения, позволяющий контролировать товарные запасы аптечных организаций и формировать документы на оплату необходимых лекарственных средств.

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

Сводная информация об объемах денежных средств, выделенных из федерального бюджета для жителей Санкт-Петербурга, нуждающиеся в дорогостоящих лекарственных средствах с 2008 по 2010 годы (млн.руб).

Нормативный документ	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Постановление Правительства Российской Федерации от 17.10.2007 № 682	-	-	-	2 238,957	2 060,281	2 672,248

В связи с отсутствием в федеральном перечне значительного количества наименований лекарственных средств, используемых для лечения туберкулеза, диабета, онкологии, онкогематологии, хронической почечной недостаточности, мукополисахаридоза, психических расстройств,

муковисцидоза, при трансплантации органов и (или) тканей и изделий медицинского назначения, необходимых для граждан, имеющих право на набор социальных услуг, обеспечение данных категорий больных с 2008 года стали осуществляться за счет средств бюджета Санкт-Петербурга.

Сводная информация об объемах денежных средств, выделенных из бюджета Санкт-Петербурга для льготных категорий граждан с 2005 по 2010 годы (млн.руб).

Нормативный документ	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Закон Санкт - Петербурга от 0.10.2005 №487-73	724,0	794,0	548,0	632,0	600,0	660,4
Постановление Правительства Санкт - Петербурга от 10.07.2007 №797	-	-	-	674,6	740,3	859,7
Постановление Правительства Санкт - Петербурга от 08.07.2008 №827	-	-	-	-	105,6	136,1
Постановление Правительства Санкт - Петербурга от 08.07.2008 №828	-	-	-	-	500,0	512,0
Постановление Правительства Санкт - Петербурга от 25.11.2008 №1455	-	-	-	-	176,6	-

В целях упорядочения формирования заявки, назначения, выписывания и отпуска лекарственных препаратов, закупленных за счет средств федерального и регионального бюджетов, Комитетом по здравоохранению созданы Комиссии по рациональному назначению антидиабетических, противоопухолевых и гематологических, антигемофильных лекарственных препаратов, психо-неврологических лекарственных средств. Анализ потребности показал, что наиболее ресурсоемкими являются группы лекарственных препаратов для лечения следующих нозологий: онкология; онкогематология; трансплантация органов и (или) тканей; диабет; мукополисахаридоз и другие. В настоящее время не обеспечены полностью дорогостоящими лекарственными средствами за счет федерального бюджета льготные категории жителей Санкт-Петербурга, страдающие следующими патологиями:

Общая стоимость лечения
препаратами, не включенными
в федеральные перечни и (или) федеральные поставки

№ п/п	Наименование нозологии	Сумма (млн.руб)
1	Мукополисахаридоз	400
2	Фенилкетонурия	32, 585

3	Муковисцидоз	16,0
4	Онкогематология	530,0
5	Туберкулез	48,6
6	Диабет	141,4
7	Хроническая почечная недостаточность	7,8
8	Психические расстройства	512,0
9	Трансплантация органов и (или) тканей	35,0
	Итого:	1 723,38

Средняя стоимость одного обслуженного льготного рецепта за счет средств федерального бюджета с 2005 по 2010 годы (руб.)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Средняя стоимость одного рецепта (руб.)	531,64	1648,67	2794,93	1470,02	1446,43	1364,18

Средняя стоимость одного обслуженного льготного рецепта за счет бюджета Санкт-Петербурга с 2005 по 2010 годы (руб.)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Средняя стоимость одного рецепта (руб.)	1249,8	2688,56	3954,47	2282,85	2749,59	2486,44

Основным направлением обеспечения лекарственными средствами льготных категорий жителей Санкт-Петербурга на 2011-2015 годы является совершенствование работы по обеспечению декретированных категорий жителей Санкт-Петербурга лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения через аптечные организации по месту жительства граждан.

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

- система не позволяет эффективно на уровне федерации планировать и контролировать уровень затрат в связи с тем, что подушевой норматив обеспечения необходимыми лекарственными средствами сформирован исходя из установленной ежемесячной денежной выплаты. Ежегодно, от набора социальных услуг, отказывается более половины льготных категорий граждан Санкт-Петербурга, а в системе остаются наиболее нуждающиеся в регулярном приеме лекарственных средств. Необходимо отработать экономически обоснованный механизм анализа потребностей льготных категорий граждан в необходимых лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения с целью эффективного планирования и контроля за уровнем затрат;

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

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

- отсутствуют участники, экономически мотивированные в эффективном расходовании бюджетных средств;

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

С 2016 года может быть изменена существующая система льготного обеспечения граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в амбулаторных условиях при наличии федерального законодательства и при условии плавного перехода от одной системы в другую.

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

В целях реализации Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной приказом Министерства промышленности и торговли Российской Федерации от 23.10.2009 №965, Правительством Санкт-Петербурга одобрена Концепция создания фармацевтического кластера в Санкт-Петербурге (далее - Концепция).

Концепция разработана в целях определения основных направлений развития фармацевтической промышленности на период до 2020 года. Основная идея Концепции основана на потенциале Санкт-Петербурга в области создания, производства и внедрения в медицинскую практику инновационных лекарственных препаратов и воспроизведенных лекарственных средств в соответствии с основной целью Стратегии.

Существующая материально-техническая база, наличие высококвалифицированного персонала и имеющиеся научные разработки будут способствовать выполнению основных задач Концепции в сроки, приемлемые с точки зрения реализации Стратегии и объективного развития фармацевтического рынка при рациональном использовании бюджетных средств.

Основной целью Концепции является определение согласованного единого подхода к созданию фармацевтического кластера в Санкт-Петербурге (далее - кластер) со стороны профильных органов

государственной власти, участников кластера и потенциальных инвесторов, включая российские и иностранные фармацевтические компании.

Реализация Концепции должна осуществляться путем выполнения мероприятий, направленных на подготовку перспективных территорий для развития производственного сегмента кластера, заключения соглашений о сотрудничестве с перспективными инвесторами, а также расширения количества участников кластера за счет специализированных инновационных организаций - разработчиков и технологов производства субстанций и лекарственных препаратов.

Системными проблемами на уровне Российской Федерации, требующими решения в рамках реализации Концепции и развития фармацевтической промышленности в Санкт-Петербурге, являются:

- технологическое отставание на всех этапах жизненного цикла лекарственного средства от научных исследований до внедрения в медицинскую практику;

- отсутствие ориентации на применение инновационной продукции, что приводит к существенному объему в структуре государственного заказа затрат на низкоэффективные воспроизведенные лекарственные средства - лекарственные средства, поступившие в обращение после истечения срока действия исключительных патентных прав на оригинальные лекарственные средства (далее - генерики), и отсутствию возможности развития фармацевтических компаний из-за низкой доли добавленной стоимости традиционных генериков;

- отсутствие взаимосвязи между разработкой лекарственных препаратов, выпуском и внедрением в практику фармацевтической продукции. Данный фактор серьезно увеличивает риски инвестиций в научные исследования, как со стороны государства, так и частных инвесторов.

Одной из основных задач развития фармацевтической промышленности в Санкт-Петербурге является решение указанных проблем, в том числе на основе государственно-частного партнерства, несмотря на существенные недостатки действующей нормативной базы при внедрении продуктов совместной разработки, созданных с привлечением бюджетных средств. Однако реализация поставленной задачи и определение оптимальных организационно-правовых форм государственно-частного партнерства даст возможность повысить эффективность внедрения разработок в медицинскую практику и минимизировать риски инвестиционных и бюджетных расходов при модернизации материально-технической и производственной базы научных учреждений и существующих фармацевтических предприятий.

Кластерная политика развития фармацевтической промышленности предполагает координацию целей и задач участников кластера для достижения кумулятивного эффекта при продвижении продукции кластера на фармацевтическом рынке Российской Федерации и за ее пределами. Усилия со стороны Санкт-Петербурга в части, касающейся развития и поддержки кластера, будут компенсированы за счет привлечения ведущих компаний и специалистов фармацевтической отрасли, налоговых

поступлений в бюджет Санкт-Петербурга, а также последовательного увеличения инвестиционной привлекательности Санкт-Петербурга для инновационных фармацевтических компаний.

Необходимо обратить внимание на повышение эффективности деятельности имеющихся фармацевтических производств:

- увеличение объемов выпуска препаратов, входящих в перечень наиболее часто используемых, для более полного удовлетворения потребности жителей города за счет собственного производства;

- освоение выпуска субстанций, необходимых для производства лекарственных препаратов предприятиями Санкт-Петербурга;

- освоение выпуска новых современных лекарственных препаратов в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важных лекарственных средств и потребностями стационаров Санкт-Петербурга;

- использование производственных линий, имеющихся на предприятиях для фасовки современных препаратов зарубежного производства, в т.ч. иммунобиологических.

2.7 Информатизация здравоохранения

Одной из важных целей реорганизации подготовки, принятия и осуществления государственных решений в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга является налаживание системы электронного взаимодействия, постепенное уравнивание прав электронного и бумажного документа, выработка единых стандартов информационного обмена, что призвано позволить государственным учреждениям здравоохранения шире и эффективнее использовать имеющийся информационный потенциал.

В рамках развития телекоммуникационной инфраструктуры системы здравоохранения Санкт-Петербурга ведутся работы по подключению учреждений здравоохранения к Единой Мультисервисной Телекоммуникационной Сети (ЕМТС). Были подключены учреждения здравоохранения удалённых пригородных районов в том числе Петродворцового, Курортного, Пушкинского, Колпинского. Продолжается подключение аптечных учреждений обеспечивающих отпуск лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения льготным категориям граждан к ЕМТС, что позволило повысить оперативность актуализации нормативно-справочной информации необходимой для обеспечения отпуска лекарственных препаратов в аптеках и обеспечить обновление регистров льготных категорий граждан во всех аптеках в течении 0,5 суток.

Учреждениям здравоохранения подключенным к ЕМТС стали доступны такие общегородские информационные сервисы как доступ к ресурсам информационных систем СПб ГУЗ МИАЦ, доступ к ресурсам мониторингового центра Информационно-Аналитического Центра

Правительства Санкт-Петербурга, ресурсы АИС «Государственного заказа Санкт-Петербурга», ресурсы АИС «БП-Электронное казначейство».

Через защищённый сегмент сети ЕМТС к сети Интернет были подключены 36 учреждений здравоохранения.

Продолжилось развитие и эксплуатация общегородской АИС «Электронные медико-социальный регистр населения» (АИС ЭМСРН). В соответствии с распоряжением Комитета по здравоохранению с 1 сентября 2008 года все учреждения здравоохранения выписывающие льготные лекарственные рецепты обязаны регистрировать их в АИС ЭМСРН. Успешное внедрение АИС ЭМСРН в учреждениях здравоохранения позволило перейти к выписке рецепта с использованием компьютерных технологий и производить распечатку бланка льготного рецепта на принтере с нанесением штрих-кода позволяющего сократить время отпуска лекарств в аптеках и сократить количество ошибок при выписке и отпуске лекарственного средства гражданину.

В Санкт-Петербурге частью процесса преобразований современной системы здравоохранения являлось распространение передовых информационных технологий и постоянное совершенствование коммуникаций за счёт ввода в опытную эксплуатацию на базе порталных решений Центра Информационного Взаимодействия учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга (ЦИВ). Являющийся частью ресурсов Центра Обработки Данных системы здравоохранения Санкт-Петербурга (ЦОД) и подключённый к сети ЕМТС Центр выполняет следующие задачи:

- Организация взаимодействия с учреждениями здравоохранения и ИОГВ на базе современных порталных веб-технологий;
- Формирование и ведение централизованного ресурса мониторинга работы системы здравоохранения Санкт-Петербурга;
- Обеспечение всех участников информационного обмена единой точкой доступа к информации;
- Создание системы сбора и обработки оперативной, статистической информации на базе современных стандартов и протоколов информационного взаимодействия;
- Обеспечение участников системы здравоохранения оперативной и полной информацией необходимой для организации здравоохранения.

Одним из ключевых элементов информационного взаимодействия в системе здравоохранения является выделенный корпоративный сервер электронной учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга (zdrav.spb.ru). В октябре 2008 года в целях борьбы со спамом и заражениями почтовых сообщений вирусами, а также для повышения эффективности имеющегося

программно-аппаратного комплекса почтового сервера учреждений здравоохранения, была произведена полная миграция системы электронной почты на современный сервер отвечающий требованиям по безопасности и производительности по количеству и объемам передаваемых сообщений в системе здравоохранения. Сервер был перенесён в сеть ЕМТС и стал доступен учреждениям здравоохранения через широкополосные оптоволоконные каналы и модемный пул ЕМТС.

Проводятся работы по поддержке функционирования и развития телемедицинской сети Санкт - Петербурга. Были реорганизованы каналы связи Городского Координационного Отдела Телемедицины (СПб ГУЗ МИАЦ).

В рамках реализации задачи по технической, организационной, методической и информационной поддержке телемедицинской сети Санкт - Петербурга, обеспечения ее функциональной совместимости с другими телемедицинскими сетями, проводились работы по тестированию технологий позволяющих использовать возможности телемедицины по IP–каналу широкополосной оптоволоконной сети ЕМТС объединяющей большинство учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга.

К сожалению, следует признать, что на данный момент ситуацию по информатизации здравоохранения нельзя назвать удовлетворительной. В большинстве учреждений города информатизация или не происходит или развивается стихийно. Накопился целый ряд проблем, требующих скорейшего решения. К ним относятся:

- Низкая результативность и эффективность используемых и внедряемых систем
- Принципиальная невозможность реализации большинства актуальных задач на должном уровне
- Разобщенность в понимании целей, задач, методов и средств информатизации
- Отсутствие скоординированных действий, разобщенность работ по информатизации
- Отсутствие функциональных стандартов, стандартов обмена данными и единой системы классификации и кодирования
- Разнообразие и несовместимость информационных систем и баз данных
- Неэффективное использование государственных финансовых средств

Мировой опыт показывает, что при традиционной организации труда врачей, без использования информационных технологий, до 50% рабочего времени врача уходит на поиск необходимой информации и 39 % на ведение документации. Применение компьютерных систем ведения медицинских записей о пациентах позволяет почти в 4 раза сократить время поиска необходимой информации, на 25% сократить время постановки диагноза, в 2

раза сократить время ожидания пациентом очередной процедуры и на 10 - 20% увеличить поток принятых врачом пациентов.

Использование современных информационных и телекоммуникационных технологий позволит существенным образом изменить организацию работы сотрудников лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, позволит им непосредственно на своем рабочем месте иметь доступ к необходимым информационным ресурсам и в результате сформировать новую информационно-ориентированную культуру профессиональной деятельности.

3. Цели, задачи и основные направления концепции модернизации здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 года

Целями модернизации здравоохранения являются:

- прекращение к 2011 году убыли населения Санкт-Петербурга и доведение численности населения до 4 740,5 тыс. человек к 2020 году;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет;
- снижение общего коэффициента смертности 13,4 ‰;
- сохранение уровня младенческой смертности (до 4,7 на 1 тыс. человек родившихся живыми);
- формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака и снижение потребление алкоголя в год на душу населения;
- повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Санкт-Петербурга.

Задачами модернизации здравоохранения являются:

- создание условий, возможностей и мотивации населения Санкт-Петербурга для ведения здорового образа жизни;
- переход на современную систему организации медицинской помощи;
- конкретизация государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий;
- улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы обязательного медицинского страхования;
- повышение квалификации медицинских работников и создание системы мотивации их к качественному труду;
- развитие медицинской науки и инноваций в здравоохранении;
- информатизация здравоохранения;
- совершенствование системы планирования медицинской помощи;
- стандартизация медицинской помощи.

4. В соответствии с результатами анализа состояния здравоохранения в Санкт-Петербурге, а также для достижения поставленных целей предлагаются **мероприятия по следующим направлениям:**

4.1 Формирование здорового образа жизни

Сохранение и укрепление здоровья населения Санкт-Петербурга возможно лишь при условии формирования приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей российского общества путем создания у населения экономической и социокультурной мотивации быть здоровым и обеспечения государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни.

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

- 1) совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения, особенно детей, подростков, молодежи, через средства массовой информации и обязательному внедрению соответствующих образовательных программ в учреждения дошкольного, среднего и высшего образования. В рамках указанного направления необходимо осуществлять обучение гигиеническим навыкам по соблюдению правил гигиены труда, режима труда (в том числе учебы) и отдыха, режима и структуры питания, своевременного обращения за медицинской помощью и иных норм поведения, поддерживающих здоровье;
- 2) созданию эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками (злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания и др.), включающей просвещение и информирование населения о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, содействие сокращению употребления табака и алкоголя, регулирование и раскрытие состава табачных изделий и алкогольной продукции, и предоставление полных сведений о составе на упаковке, защита некурящих от воздействия табачного дыма, ограничение употребления алкоголя в общественных местах, регламентирование размещения мест продажи алкогольных напитков, табака и порядка их реализации, а также ценовые и налоговые меры;
- 3) созданию системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях, в первую очередь, посредством популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья граждан Российской Федерации, формирования моды на здоровье особенно среди подрастающего поколения, внедрение системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых граждан; ведение разъяснительной работы о важности и необходимости регулярной профилактики и диспансеризации граждан;

- 4) созданию системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное страхования, стимулирования работающих коллективов к ведению здорового образа жизни;
- 5) профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальное давление, неправильное питание, гиподинамия и т.д.);
- 6) созданию системы мотивирования руководителей учреждений системы школьного образования к участию в охране здоровья и формированию здорового образа жизни школьников.

В целях формирования здорового образа жизни будут решены следующие задачи:

- проведение прикладных научных и эпидемиологических исследований по обоснованию совершенствования законодательства и методической базы в Санкт-Петербурге;
- обеспечение межведомственного сотрудничества и функционирования координационного механизма;
- организация и развитие медико-профилактической помощи путем внедрения современных медико-профилактических технологий;
- организационно-методическое обеспечение деятельности региональных профилактических организаций (центров медицинской профилактики), а также учреждений первичной медико-санитарной помощи;
- разработка и реализация информационных программ;
- организация вертикали взаимодействия между центрами медицинской профилактики и кабинетами профилактики в первичном звене;
- организация школ здоровья по основным факторам риска;
- развитие условий для ведения здорового образа жизни, а также факторов среды обитания человека требованиям действующего законодательства.

Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у граждан Санкт-Петербурга, будут осуществляться в **два этапа**.

На первом этапе (2010 – 2015 гг.) будет разработана система оценки здоровья, определены базовые индикативные показатели, такие как потенциал общественного здоровья и индекс здорового образа жизни. Также обеспечена их стабилизация за счет постепенного наращивания объемов финансирования конкретных мероприятий, в том числе направленных, учитывая уровень распространенности вредных привычек в городе, на снижение потребления табака и алкоголя, на оказание медико-профилактической помощи населению на основе разработанных методик и стандартов с учетом групп риска и этапов внедрения отдельных медико-профилактических технологий.

На втором этапе (2016 – 2020 гг.) планируется выйти на необходимый, с точки зрения эффективности, объем мероприятий для постепенного увеличения (по отношению к базовым показателям, установленным на первом этапе) потенциала общественного здоровья на 10% и индекса здорового образа жизни на 25%. При этом уровень распространенности употребления табака и объемов потребления алкоголя (в пересчете на чистый спирт) в стране за весь период должен снизиться в 2 раза.

При этом, с 2009 по 2012 год финансовым обеспечением для мероприятий по формированию здорового образа жизни будет выступать приоритетный национальный проект «Здоровье», программы, направленные на здоровый образ жизни и улучшение демографической ситуации в Санкт-Петербурге.

Снижение рисков для здоровья населения должно осуществляться на основе предупреждения и устранения вредного воздействия на население факторов среды обитания человека (биологических, химических, физических и социальных). Одним из наиболее важных факторов охраны здоровья является обеспечение **санитарно-эпидемиологического благополучия населения**, включающее:

- 1) совершенствование системы мер по снижению риска воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на население на основе развития санитарного законодательства, государственного санитарно-эпидемиологического нормирования и технического регулирования с помощью инструментов социально-гигиенического мониторинга и обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора, а также надзора в области защиты прав потребителей, а также обеспечение безопасных и комфортных условий труда, базирующихся на гигиенических критериях оценки профессионального риска вреда здоровью работников, внедрение единых критериев медицинской реабилитации больных профессиональными заболеваниями;
- 2) борьба с инфекционными и паразитарными заболеваниями, в рамках которой необходимо усиление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, особое внимание среди которых будет уделяться снижению и стабилизации уровней заболеваемости по инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики, совершенствованию и выполнению Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С;
- 3) создание системы социализации определенных групп населения, являющихся потенциальными разносчиками инфекционных заболеваний (лиц без определенного места жительства, отбывающих наказание в СИИ, др.).

Реализация мероприятий в рамках Национального календаря профилактических прививок позволит снизить уровень заболеваемости гепатитом В, заболеваемость острым вирусным гепатитом В до 1 случая на 100 тысяч населения, ликвидировать заболеваемость вирусным гепатитом В у новорожденных, реализовать программу элиминация кори в Российской Федерации, снизить заболеваемость краснухой до 1–5 случаев на 100 тысяч населения.

Лечением будут охвачены вновь выявленные ВИЧ-инфицированные, а также лица, находящиеся на лечении, прекратившие получать лечение ранее или ушедшие с диспансерного наблюдения и вновь вернувшиеся.

В целях выполнения задачи по сохранению здоровья молодого поколения и трудового потенциала нации, а также, учитывая ограниченные финансовые возможности Проекта в области лечения больных вирусными гепатитами, необходимо дополнительно сосредоточить усилия проекта на лечении хронических вирусных гепатитов у детей, подростков, молодежи до 25 лет. Планируется проводить дальнейшее лечение против вирусных гепатитов В и С лицам, имеющим ВИЧ-инфекцию, а также лицам, нуждающимся в лечении и имеющим хорошую приверженность лечению.

Обеспечение здорового безопасного питания населения всех возрастных групп является важным направлением при формировании здорового образа жизни среди населения Санкт-Петербурга, предусматривающим оптимизацию режима и характера питания, а также образование и обучение различных групп населения по вопросам здорового питания, в том числе с участием научных и лечебных центров, занимающихся вопросами питания.

Меры по внедрению здорового безопасного питания:

- поддержка грудного вскармливания детей раннего возраста,
- поддержка отечественного производства специализированных продуктов для детского питания, полностью удовлетворяющих потребности здоровых детей раннего возраста;
- создание системы здорового питания детей в организованных коллективах, в том числе совершенствование организации питания учащихся в общеобразовательных учреждениях;
- образование и обучение различных групп населения в вопросах здорового питания, в том числе с участием научных и лечебных центров, занимающихся вопросами питания;
- информационно-коммуникационная кампания по формированию у граждан Санкт-Петербурга рациона здорового безопасного питания;
- осуществление мониторинга состояния питания населения.

Также важным направлением являются **меры по повышению двигательной активности**, которая представляет собой важнейшее условие поддержания здоровья граждан. В числе таких мер должны быть:

- пропаганда и стимулирование активного образа жизни, образование населения в вопросах физической культуры;
- восстановление производственной гимнастики и разработка конкретных рекомендаций по её содержанию и формам осуществления с учётом условий труда;
- развитие лечебной физкультуры и физической культуры, направленной на поддержание здоровья с опорой на имеющиеся в этой области разработки российских учёных и мировой опыт.

4.2 Гарантированное обеспечение населения Санкт-Петербурга качественной медицинской помощью

Основной задачей здравоохранения в этом направлении является улучшение качества медицинской помощи и обеспечение условий для реализации прав граждан в получении медицинской помощи надлежащего объема и качества.

С этой целью будет продолжено развитие системы управления КМП, за счет дальнейшего формирования нормативной базы и совершенствования имеющейся документации на основе федеральных правовых актов, внедрение унифицированных методов сбора и обобщения информации о состоянии КМП, совершенствование системы мониторинга деятельности учреждений по управлению и экспертизе КМП, планирование актуальных тематических экспертиз, формирование информационного банка данных о выполнении индикаторов КМП при социально значимых и наиболее затратных и часто встречающихся заболеваниях, состоянии КМП в учреждениях здравоохранения, выявление и анализ дефектов медицинской помощи в разрезе учреждений здравоохранения.

Получение информации о состоянии КМП на основе единых информационных технологий позволит осуществлять сравнительный анализ показателей КМП отдельных врачей, клинических подразделений, учреждений здравоохранения, служб (по профилю), районов Санкт-Петербурга. Ранжирование в зависимости от показателей КМП может служить основой для разработки и внедрения различных механизмов стимулирования деятельности по обеспечению КМП, в том числе экономических.

В рамках осуществления контрольно- надзорных функций будет продолжено осуществление мониторинга выявляемых нарушений федеральных стандартов медицинской помощи, использования технологий не разрешенных законодательством в установленном порядке, нарушений лицензионных требований и условий.

Дальнейшее развитие системы управления КМП позволит достичь следующих результатов:

улучшение КМП в системе здравоохранения Санкт-Петербурга;

обеспечение условий для реализации прав граждан на получение медицинской помощи надлежащего объема и качества;

оптимизация расходования бюджетных и внебюджетных средств, предназначенных на оплату медицинских услуг;
уменьшение уровня социальной напряженности в обществе.

4.2.1 Стандартизация медицинской помощи

Одним из основных факторов создания системы качественной и доступной медицинской помощи является наличие системы стандартизации и стандартов оказания медицинской помощи при наиболее распространенных и социально-значимых заболеваниях и патологических состояниях, разработанных на основе эффективных медицинских технологий в соответствии с принципами доказательной медицины.

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

Необходимо создать структурное подразделение, которое не только обеспечивало бы методическое руководство по разработке МЭС, осуществляло контроль за соответствием МЭС федеральным стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, формировало банк данных по медицинским технологиям с доказанной эффективностью, но и осуществляло регулярный мониторинг выполнения объема МЭС в учреждениях здравоохранения. На первом этапе (2011-2013) необходимо завершить разработку медико-экономических стандартов. Провести анализ соответствия имеющихся ресурсов (материальных и кадровых) объему, предусмотренному МЭС, спланировать и осуществить преобразования в системе здравоохранения. На втором этапе – установить региональные стандарты медицинской помощи, планы ведения больных в зависимости от выбранной технологии и осуществлять мониторинг за их исполнением.

Применение медико-экономических стандартов (далее – МЭС) в здравоохранении Санкт-Петербурга позволит:

- обеспечить предоставление населению медицинской помощи гарантированного объема и надлежащего качества;
- сократить долю платных услуг в здравоохранении;
- снизить количество осложнений у пациентов, которым необоснованно назначаются лекарственные средства;
- оптимизировать контроль за предоставлением бесплатной медицинской помощи;
- обеспечит защиту прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Кроме того, использование медико-экономических стандартов позволит:

-рационально использовать имеющиеся средства за счет сокращения использования непоказанных услуг и назначения непоказанных препаратов;

-оптимально тарифицировать медицинские услуги и планировать бюджетные средства;

-эффективно распределять ограниченные финансовые средства между медицинскими организациями в зависимости от количества пролеченных больных, конкретных заболеваний и тяжести состояний пациентов;

-обеспечивать адекватность объемов финансирования здравоохранения за счет медико-экономического обоснования потребности в ресурсах;

-планировать расходы здравоохранения в зависимости от потребности;

-оперативно в зависимости от потребности проводить реструктуризацию здравоохранения;

-оптимально формировать заявки на медикаменты, изделия медицинского назначения и оборудование;

-перераспределить финансовые потоки на усиление амбулаторно-поликлинического звена;

-ориентировать финансирование здравоохранения на достижение конечных общественно значимых результатов.

В целом внедрение МЭС в систему здравоохранения Санкт-Петербурга даст возможность посчитать реальную стоимость необходимых медицинских услуг для населения и перейти от сметного принципа содержания медицинских учреждений к оплате за оказанный объем и результат медицинской помощи, и, следовательно, повысить доступность и качество медицинской помощи населению.

4.2.2 Организация медицинской помощи

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

- максимально быструю доставку пациента в лечебно-профилактическое учреждение, оснащенное *лечебно-диагностическим оборудованием*, укомплектованное подготовленными *медицинскими кадрами* и обеспеченное необходимыми *лекарственными препаратами* и *изделиями медицинского назначения* согласно соответствующим стандартам;
- при необходимости, поэтапное продолжение лечения в других медицинских учреждениях (преемственные долечивание и реабилитация, вторичная профилактика, санаторно-курортное восстановительное лечение) или на дому, в соответствии с порядком оказания медицинской помощи при конкретном заболевании или

состоянии, до достижения наилучшего результата (выздоровление, функциональное восстановление).

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

- создание правовых и экономических условий для формирования саморегулируемой системы оказания медицинской помощи населению, обеспечивающей мотивированную эффективную работу медицинских служб каждого уровня, преемственность их действий на всех этапах лечения для достижения наилучшего результата;
- развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе уменьшение количество прикрепленного взрослого населения до 1,2 – 1,5 тыс. человек, детского – до 600–800 детей и подростков на 1 участок с уменьшением нагрузки на одного участкового врача, придание приоритета профилактической работе, усиление патронажной и реабилитационной функции, внедрение системы «стационаров на дому», обеспечиваемых мобильными специально оснащенными патронажными бригадами, дооснащение учреждений, совершенствование и расширение стационар-замещающих медицинских технологий;
- совершенствование работы скорой медицинской помощи, в том числе оптимизация маршрутов доставки больных в стационар в зависимости от вида патологии, тяжести состояния больного, внедрение целевых показателей работы скорой медицинской помощи (время приезда на вызов, время транспортировки в стационар, догоспитальная летальность), внедрение порядков оказания медицинской помощи в части догоспитального ведения больных с разными видами патологии;
- оптимизацию работы учреждений стационарного уровня в части установления целевых показателей работы учреждений, отражающих не только виды и объемы оказанной медицинской помощи, но и ее качество, внедрения этапности медицинской помощи и разработанных маршрутов транспортировки больных. На территории Санкт-Петербурга работает значительное количество медицинских учреждений федеральной, городской и частной собственности, в т. ч. учреждений системы Минздравсоцразвития РФ стационарного и амбулаторного типа. Совершенствование госпитального звена будет направлено на повышение качества медицинской помощи за счет более эффективного использования коечного фонда. Структура коечного фонда Санкт-Петербурга с учетом его территориально-географических особенностей, численности и возрастного состава населения, организована по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса:
 - больницы интенсивного лечения («скоромощные»), в т.ч. для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП);
 - больницы для оказания специализированной медицинской помощи (ревматологическая, психиатрические, туберкулезные,

психиатрические, наркологические, дерматологические, онкологические);

- больницы восстановительного лечения, гериатрические, сестринского ухода, хосписы.

Разделение потоков больных позволяет рационально использовать материально-техническую базу, дорогостоящее медицинское оборудование и кадровые ресурсы, снизить длительность пребывания в стационарах интенсивного лечения, сократить коечный фонд и получить экономический эффект.

Реализация планов мероприятий Концепции обеспечит повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (реализация мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП, совершенствование организации онкологической помощи населению, повышение доступности и качества оказываемой населению России высокотехнологичной медицинской помощи);

- развитие патронажно-реабилитационной медицинской помощи, включающее создание сети учреждений (отделений) восстановительного лечения (долечивания), реабилитации, медицинского ухода, в том числе за счет перепрофилизации работающих стационаров и санаторно-курортных учреждений, расширения сети дневных стационаров, создание системы целевых показателей работы учреждений патронажно-реабилитационного уровня, отражающих качество медицинской помощи (степень восстановления нарушенных функций, показатели первичной инвалидности и утяжеления инвалидности), внедрение высокотехнологичных реабилитационных технологий;
- разработку и внедрение системы управления качеством медицинской помощи на основе порядков и стандартов ее оказания, в том числе осуществление аудита медицинской помощи на основе аудита лечебного процесса в соответствии с индикаторами качества и технологических отклонений;
- унификацию оснащения медицинских организаций оборудованием в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи;
- расширение хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения, а также повышение их ответственности за экономические результаты своей деятельности в том числе с изменением организационно-правовых форм на основе единой системы критериев.

Кроме того, в период 2010-2012 года будет продолжаться реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в рамках следующих направлений:

- Формирование здорового образа жизни;
- Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний;
- Повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
- Совершенствование медицинской помощи матерям и детям.

Большая часть указанных направлений (приложение 1) не предполагается к включению в территориальную программу обязательного медицинского страхования, по крайней мере на 1 этапе.

Этапы реализации:

2009 – 2010 гг.:

- создание системы оперативного учета медицинской помощи, учреждений здравоохранения и медицинских кадров;
- эффективное планирование кадровых, финансовых и иных материальных и нематериальных ресурсов, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи и развития системы оказания медицинской помощи;
- планирование развития сети лечебно-профилактических учреждений с их профилизацией, перераспределением кадров и лечебно-диагностических мощностей, формированием маршрутов движения больных, созданием системы поэтапной преемственной помощи;
- поэтапное совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями: внедрение в учреждениях первичного амбулаторно-поликлинического уровня автоматизированной оценки риска сосудистых заболеваний и первичной профилактики инсульта и инфаркта миокарда; создание первичных сосудистых отделений, обеспечивающих экстренной специализированной медицинской помощью больных с острыми сосудистыми нарушениями, а также координирующей их деятельность региональных сосудистых центров, оказывающих круглосуточную консультативно-диагностическую (в том числе, телемедицинскую) и высокотехнологичную медицинскую помощь при сосудистых заболеваниях;
- поэтапное совершенствование системы оказания помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на основе организации экстренной догоспитальной и госпитальной помощи в стационарах, расположенных вдоль федеральных магистралей;
- поэтапное совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями: внедрение тотального скрининга онкологических заболеваний в учреждениях первичного

амбулаторно-поликлинического уровня и стационарах; переоснащение и доукомплектование кадрами онкологических диспансеров Санкт-Петербурга;

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

2010 – 2015 гг.:

- развитие сети лечебно-профилактических учреждений для повышения эффективности и обеспечения этапности медицинской помощи – перепрофилизация части имеющихся круглосуточных стационаров с целью расширения сети учреждений для восстановительного лечения (долечивания), реабилитации и медицинского ухода, созданием дневных стационаров;
- совершенствование первичной медико-санитарной помощи:
 - развитие территориально-участкового принципа оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению;
 - доукомплектование учреждений амбулаторно-поликлинического уровня квалифицированными медицинскими кадрами (врачами и средним медицинским персоналом);
 - придание приоритета профилактической работе (системы оздоровительных мероприятий, диспансеризации, скрининговых осмотров, вакцинаций, углубленных осмотров, организации школ здоровья и др.) на основе спланированной тарифной политики;
 - развитие телемедицинских технологий для проведения дистанционной консультативно-диагностической деятельности;
 - совершенствование службы активного патронажа, в том числе оснащение необходимым инструментарием и оборудованием;
 - дооснащение учреждений, совершенствование и расширение стационар-замещающих диагностических технологий;
 - внедрение амбулаторной реабилитационной службы;
 - внедрение целевых показателей работы учреждений амбулаторно-поликлинического звена, отражающих долю здоровых лиц среди прикрепленного населения и процент ранних стадий заболеваний среди всех впервые выявленных;
 - совершенствование тарифной политики оплаты труда, отражающей приоритет работы участкового врача – комплекс профилактических мероприятий;
- совершенствование работы скорой медицинской помощи:
 - оптимизацию маршрутов доставки больных в стационар в зависимости от вида патологии, тяжести состояния больного;
 - внедрение стандартов догоспитального ведения больных с разными видами патологии;
 - дооснащение службы скорой медицинской помощи согласно стандарту;

- доукомплектование службы скорой медицинской помощи подготовленными кадрами;
- внедрение целевых показателей работы скорой медицинской помощи (время приезда на вызов, время транспортировки в стационар, догоспитальная летальность);
- оптимизацию работы учреждений стационарного уровня:
 - рациональное распределение функциональных обязанностей стационаров;
 - внедрение в деятельность клинических подразделений стационаров протоколов ведения больных и стандартов медицинской помощи, регистров стационарных больных и системы управления качеством медицинской помощи;
 - расширение объемов и внедрение новых видов высокотехнологичной помощи, в том числе при неотложных состояниях;
 - доукомплектование стационаров квалифицированными кадрами согласно стандартам;
 - дооснащение стационаров согласно стандартам;
 - внедрение этапности медицинской помощи и разработанных маршрутов транспортировки больных, создание в каждом стационаре службы маршрутизации, ответственной за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных (направление в «стационар на дому» через связь с патронажной службой учреждения амбулаторно-поликлинического звена в соответствии с местом жительства больного, в специализированные стационары восстановительного лечения, реабилитации, медицинского ухода);
 - интенсификация работы стационарной койки за счет внедрения стационар-замещающих диагностических технологий на амбулаторно-поликлиническом уровне и организации поэтапного восстановительного лечения (патронажная служба, система долечивания и реабилитации);
 - совершенствование целевых показателей работы учреждений стационарного уровня, отражающих качество медицинской помощи (летальность, степень восстановления нарушенных функций);
 - совершенствование тарифной политики, основанной на учете не только вида и объема оказанной медицинской помощи, но и ее качества;
- совершенствование системы поэтапного восстановительного лечения и реабилитации:
 - создание сети учреждений (отделений) восстановительного лечения (долечивания), реабилитации, медицинского ухода, в том числе за счет перепрофилизации части работающих стационаров;
 - расширение сети дневных стационаров восстановительного лечения и реабилитации;

- укомплектование учреждений (отделений) восстановительного лечения (долечивания), реабилитации, медицинского ухода квалифицированными кадрами согласно стандартам;
- оснащение учреждений (отделений) восстановительного лечения (долечивания), реабилитации, медицинского ухода согласно стандартам;
- внедрение высокотехнологичных реабилитационных технологий;
- создание системы целевых показателей работы учреждений патронажно-реабилитационного уровня, отражающих качество медицинской помощи (степень восстановления нарушенных функций, показатели первичной инвалидности и утяжеления инвалидности);
- совершенствование тарифной политики, основанной на учете не только вида и объема оказанной медицинской помощи, но и ее качества;
- расширение хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения, а также повышение их ответственности за экономические результаты своей деятельности, в том числе с изменением организационно-правовых форм на основе единой системы критериев;
- создание правовых и экономических условий для формирования саморегулируемой системы оказания медицинской помощи населению, обеспечивающей мотивированную эффективную работу медицинских служб каждого уровня, преемственность их действий на всех этапах лечения для достижения наилучшего результата;
- реализация «пилотного» проекта по переходу на саморегулируемую систему организации медицинской помощи;

2016 – 2020 гг. – «системообразующий» этап – при успешной реализации пилотного проекта по переходу на саморегулируемую систему организации медицинской помощи, будет осуществлено ее повсеместное внедрение.

Развитие *первичной медико-санитарной помощи (амбулаторно-поликлинический уровень)* должно происходить в направлении приоритетного обеспечения населения прикрепленной территории (или учреждения), прежде всего, здоровых людей и лиц с хроническими заболеваниями вне обострения, профилактической помощью. Основными функциями первичного амбулаторно-поликлинического уровня должны стать:

- пропаганда здорового образа жизни, индивидуальное и групповое консультирование по вопросам поддержания и улучшения здоровья человека (начиная с раннего детского возраста), семьи или трудового коллектива (диетология, гигиена труда, физическая культура, психология и др.);
- диспансеризация населения с выделением групп риска по развитию социально-значимых неинфекционных заболеваний и разработка индивидуальных программ профилактики (коррекция образа жизни, превентивное лечение);

- диспансерное наблюдение (и углубленные осмотры) за лицами, относящимися к группам риска и хроническими больными;
- мониторинг здоровья беременных женщин и перинатальный скрининг;
- неонатальный скрининг; диспансеризация детей и подростков;
- профилактика инфекционных заболеваний, включая все виды вакцинации;
- лечение интеркуррентных и других нетяжелых заболеваний и функциональных отклонений (в рамках нетяжелого обострения хронического заболевания), не требующих регулярного активного патронажа.

Целевыми показателями работы амбулаторно-поликлинических учреждений будут являться доля здоровых людей всех возрастных групп из общего числа прикрепленного населения и процент ранних стадий заболеваний среди всех впервые выявленных. Акцент на профилактической работе позволит перейти от многокомпонентного тарифа оплаты труда медицинских работников (по видам услуг) к «подушевому» тарифу (по количеству прикрепленного населения).

Создание системы *«внегоспитальной лечебной помощи, патронажа и реабилитации»* будет происходить путем ее организационного выделения из первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. Формирование системы *«внегоспитальной лечебной помощи, патронажа и реабилитации»* планируется для:

- обеспечения населения (впервые заболевших и лиц с обострением хронического заболевания) скорой и неотложной медицинской помощью;
- определения необходимости (или отсутствия необходимости) в госпитализации больного в стационар;
- проведения комплекса диагностических и лечебных мероприятий при патологических состояниях, не требующих непрерывного круглосуточного наблюдения;
- организации оптимальной этапности долечивания больного («домашний стационар», отделения восстановительного лечения и реабилитации, хоспис) и осуществления активного или пассивного патронажа.

Будет осуществляться специально созданной службой, состоящей из:

- подразделения экстренной помощи и маршрутизации больных, базирующегося при многопрофильных стационарах, включающих:
 - бригады скорой медицинской помощи;
 - отделение экстренной диагностической и лечебной помощи при неотложных состояниях (может создаваться на базе приемных отделений стационаров);
 - службу маршрутизации больных (может создаваться на базе приемных отделений стационаров);
 - участковых патронажных подразделений, созданных из патронажных служб первичного амбулаторно-поликлинического звена,

укомплектованных мобильными патронажными бригадами, оснащенными мобильным диагностическим оборудованием (переносные экспресс-лаборатории, портативные электрокардиографы, ультразвуковые сканеры), перевязочным и др. материалом;

- подразделений восстановительного лечения (долечивания), реабилитации, медицинского ухода, включающего:
 - учреждения для долечивания, включая дневные стационары;
 - реабилитационные учреждения;
 - хосписы.

Включение в технологическую цепочку оказания медицинской помощи «парагоспитальных» подразделений приведет к более прогрессивным конкурентным отношениям между всеми уровнями единой системы: выявлению фактов неадекватного обследования и малоэффективного лечения больных «парагоспитальной» сложности врачами первичного (амбулаторно-поликлинического) уровня, а также непрофильной госпитализации и необоснованной задержки больных на дорогостоящей стационарной койке.

Целесообразно поддержание активной самостоятельной функциональной роли «парагоспитальной» службы при одновременном сохранении тесных связей как со стационаром, так и с учреждениями амбулаторно-поликлинического уровня, что позволит обеспечивать преемственность в ведении больных, а также совместно рационально использовать кадровый и диагностический потенциал.

Целевым показателем эффективности работы учреждений системы «внегоспитальной лечебной помощи, патронажа и реабилитации» является количество больных, восстановивших полную или частичную функциональную независимость и трудоспособность, среди всех пролеченных.

Дальнейшее развитие *стационарной медицинской помощи* должно происходить в направлении оказания эффективной помощи больным, нуждающимся в контроле и коррекции жизненно-важных функций, проведения диагностических и лечебных мероприятий, требующих круглосуточного наблюдения за больными.

Экстренное поступление больных в стационар целесообразно организовать через «парагоспитальную» службу (скорая или неотложная медицинская помощь, отделение диагностической и лечебной помощи при неотложных состояниях); плановую госпитализацию – по направлению врача амбулаторно-поликлинического учреждения. Выписка больного из стационара должна производиться через специализированный отдел маршрутизации «парагоспитальной» службы, обеспечивающий организацию поэтапного восстановительного лечения и реабилитации, преемственность в ведении больного на всех этапах, передачу информации о больном и медико-социальных рекомендаций в участковое патронажное подразделение по месту жительства больного.

Целевыми показателями эффективности стационарной помощи являются показатели госпитальной летальности и количество больных, восстановивших полную или частичную функциональную независимость и трудоспособность, среди всех пролеченных.

Внедрение саморегулируемой системы оказания медицинской помощи населению обеспечит реализацию поэтапного технологического принципа функционального распределения диагностических, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий в логичной и рациональной последовательности, что повысит медицинскую и экономическую эффективность всей системы.

Организация медицинской помощи детскому населению Санкт-Петербурга

Одной из главных целей дальнейшего развития здравоохранения является улучшение показателей здоровья детей, обеспечение удовлетворения медико-социальных потребностей детского населения на основе повышения доступности, качества первичной медико-санитарной помощи, реализации основных направлений региональной социальной политики в области охраны здоровья детского населения.

Первоочередными задачами повышения эффективности функционирования службы охраны здоровья детского населения являются: 1) создание системы социально-гигиенического мониторинга здоровья детского населения и формирующих его медико-социальных факторов, финансовая ее поддержка на законодательном уровне; 2) выделение неотложных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний и их контроль на уровне Правительства Санкт-Петербурга.

С целью улучшения демографической ситуации в Санкт-Петербурге в рамках системы охраны здоровья матери и ребенка необходимо:

1. На основе межведомственного взаимодействия усиление мер по охране репродуктивного здоровья населения Санкт-Петербурга, в том числе детей и подростков. Дальнейшее развитие новых организационных форм службы охраны материнства и детства – молодежных консультаций, центров (отделений) репродуктивного здоровья и медико-социальной помощи подросткам.

2. Дальнейшее развитие медико-генетической помощи с приоритетом профилактики врожденной и наследственной патологии. На первом уровне - обеспечение проведения мероприятий периконцепционной профилактики на основе интеграции медико-генетической службы и первичного звена акушерско-гинекологической помощи. На втором уровне – развитие пренатальной диагностики в системе 2-х уровневой ультразвуковой скрининга беременных с целью сохранения каждого жизнеспособного плода и новорожденного и повышения качества их последующей жизни, снижения

заболеваемости и смертности плодов и новорожденных, снижения младенческой смертности и инвалидизации детей.

На третьем уровне - использование современных медицинских технологий для проведения лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию ряда наследственных и врожденных заболеваний и профилактику осложнений.

3. Совершенствование системы наблюдения за детьми первого года жизни в амбулаторно-поликлинических учреждениях, включая использование современных медицинских и организационных технологий по прогнозированию развития угрожающих состояний для ребенка, по лечению и реабилитации детей с патологическими состояниями, которые могут привести к инвалидизации и смерти ребенка.

4. Улучшение работы с семьей по пропаганде здорового образа жизни, воспитанию здорового ребенка. Создание службы медико-социального патронажа для работы в семьях высокого социального риска.

5. Контроль над качеством детского питания.

Для обеспечения последовательного развития амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению с учетом имеющихся ресурсов здравоохранения необходимо:

1. Органам законодательной и исполнительной власти обеспечивать законодательную и нормативную деятельность, направленную на оптимизацию организационной структуры первичной медико-санитарной помощи детскому населению, поддерживать целевые программы по охране здоровья матерей и детей, по снижению заболеваемости детей, социальной поддержке семьи.

2. Строительство новых педиатрических и родовспомогательных учреждений (со вторым этапом выхаживания новорожденных) в развивающихся районах Санкт-Петербурга с частичным переводом в них медицинских учреждений из центральной части города. Реконструкция и капитальный ремонт городских и загородных лечебно-профилактических учреждений с целью их дальнейшей модернизации и создании адекватных условий для лечения детского населения Санкт-Петербурга.

3. Совершенствование деятельности системы диспансеризации детского населения и соблюдение стандартов профилактического обследования детей, внедрение современных информационных технологий при проведении диспансеризации детского населения.

4. Улучшение диагностики на ранних стадиях заболеваний путем концентрации специализированной медицинской помощи в детских амбулаторно-поликлинических объединениях, объединениях детской и взрослой сети, консультативно-диагностических центрах для детей.

5. Развитие и совершенствование технологий медицинской реабилитации в рамках диспансеризации детского населения в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений. Расширение объемов реабилитационных услуг с учетом медико-социальных потребностей детей, беременных и гинекологических больных на базе детских поликлиник. И

женских консультаций. Расширение сети оздоровительных лагерей, санаториев для закрепления реабилитационного эффекта.

6. Расширение и оптимизация деятельности сети дневных стационаров в детских поликлиниках и женских консультациях, улучшение их оснащения с учетом экономической целесообразности, медицинской и социальной эффективности.

7. Повышение качества подготовки, переподготовки, повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

8. Внедрение автоматизированных систем управления в амбулаторно-поликлинических учреждениях для повышения производительности труда, улучшения качества конечного результата деятельности и оптимизации управления.

По развитию стационарной медицинской помощи матерям и детям

Данные предложения прозвучали в докладе на Координационном совете Минздравсоцразвития о состоянии младенческой смертности в Санкт-Петербурге (2008 год).

К числу приоритетных направлений развития стационарной медицинской помощи детям относится оптимизация оказания медицинской помощи новорожденным и детям первого года жизни. С целью снижения младенческой смертности, детской инвалидности необходимо:

1. Создание перинатальных центров для оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

2. Увеличение количества неонатальных реанимационных коек в городе, для ликвидации постоянно существующей очереди на перевод новорожденных из родильных домов в стационары III уровня.

3. Техническое переоснащение отделений реанимации и интенсивной терапии, большая часть оборудования (в первую очередь оборудования для респираторной поддержки) которых технически и морально устарела.

4. Создание системы амбулаторного наблюдения и лечения детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела; организация отделений для реабилитации таких детей.

5. Создание материальных условий с целью привлечения среднего медицинского персонала для работы в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных, катастрофическая нехватка которого негативно влияет на качество неонатальной реанимационной помощи в целом.

6. Повышение квалификации врачей неонатологов, неонатальных реаниматологов и анестезиологов-реаниматологов по проблемам реанимации и интенсивной терапии новорожденных вообще, и новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, в частности.

4.2.3 Обеспечение населения лекарственными средствами в амбулаторных условиях

Одним из существенных направлений повышения доступности медицинской помощи является возможность удовлетворить потребности всех пациентов, и прежде всего, социально незащищенных, в качественных лекарственных средствах в соответствии с терапевтическими показаниями. Доступность лекарственных средств определяется их наличием на фармацевтическом рынке и экономической доступностью, то есть ценовым регулированием и компенсацией затрат населения на лекарственные средства через систему обязательного медицинского страхования.

Недостаточный уровень обеспечения качественной медицинской помощью и лекарственными средствами на фоне неконтролируемого отпуска рецептурных препаратов и низкой культуры потребления лекарственных средств населением страны интенсифицируют самолечение граждан, приводящее к увеличению длительности временной нетрудоспособности, снижению производительности труда, а также сокращению продолжительности жизни населения.

Имеет место несовершенство системы распределения лекарственных средств, часто у пациентов отсутствует доступ к новым инновационным препаратам, выявляются случаи потребления контрафактных и некачественных лекарственных средств.

В то же время, если в развитых странах существует отлаженная система возмещения пациентам стоимости лекарственных средств, то в Санкт-Петербурге большая часть расходов на фармакотерапию ложится на плечи самих пациентов.

В результате нерационального применения лекарственных средств доступ пациентов ко многим жизненно важным лекарственным средствам до сих пор остается ограниченным.

Рациональное применение лекарственных средств, которые были бы эффективными и безопасными, но при этом недорогими, будет способствовать значительному снижению заболеваемости, летальности, позволит существенно сократить затраты государства на лечение и реабилитацию.

Опыт многих стран свидетельствует, что наиболее эффективным способом экономного расходования бюджетных средств, выделяемых на фармакотерапию, является рациональный отбор лекарственных средств медицинскими учреждениями и их правильное применение.

Преодоление указанных тенденций возможно посредством внедрения программы всеобщего обязательного лекарственного страхования, направленной на оптимальное соотношение эффективности и стоимости лечения при рациональном расходовании ресурсов, что позволит значительно повысить качество медицинской помощи и сэкономить средства бюджетов здравоохранения. Этому также способствует внедрение в Санкт-Петербурге формулярной системы.

С целью повышения доступности, качества и эффективности медицинской помощи целесообразно внедрение лекарственного страхования на этапе лечения в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Оно ориентировано на сохранение здоровья населения, не утратившего трудовую функцию полностью или частично.

Основными принципами программы лекарственного страхования, реализуемого через систему обязательного медицинского страхования (ОМС), являются:

- всеобщность – программа охватывает всех граждан, застрахованных в системе ОМС;
- обязательность – участие в программе носит обязательный характер, граждане не вправе отказаться от участия в ней;
- целевая ориентация на сохранение здоровья и трудового потенциала населения: центральным элементом программы является обеспечение условий повышения качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным по ОМС гражданам, не утратившим трудовую функцию, за счет повышения доступности современной высокоэффективной лекарственной терапии;
- инкорпорирование программы лекарственного страхования в систему обязательного медицинского страхования как одного из разделов государственного медицинского страхования и неотъемлемой части программы государственных гарантий;
- принцип солидарного участия, основанный на софинансировании гражданами стоимости фактически отпущенных им лекарственных средств;
- принцип отделения социальной составляющей, предполагающий обеспечение равных условий доступа к лекарственной помощи, оказываемой в рамках программы, вне зависимости от социального статуса застрахованного гражданина.

Однако, ни одна государственная система или система медицинского страхования не в состоянии возместить стоимости всех лекарственных средств, поэтому основа концепции основных лекарственных средств состоит в применении ограниченного количества препаратов, тщательно отобранных с учетом клинических руководств, что способствует улучшению обеспечения лекарственными средствами, более правильному их назначению и снижению стоимости.

Использование основных лекарственных средств, которые отобраны исходя из принципов терапевтической эффективности и рентабельности, позволяет повысить качество лечения и уменьшить финансовые затраты. При приобретении меньшего числа наименований препаратов, но в большем количестве, становится возможным добиться значительной экономии на макроэкономическом уровне благодаря усилению ценовой конкуренции. С уменьшением количества наименований препаратов облегчается контроль их качества, упрощаются условия приобретения, хранения, распределения и

реализации. Врачу легче отслеживать случаи взаимодействия препаратов и побочных явлений.

Тщательный выбор ограниченного количества основных лекарственных средств обеспечивает более качественную медицинскую помощь, более качественное производство лекарственных средств, более эффективное использование ресурсов здравоохранения.

Лекарственное обеспечение жителей Санкт-Петербурга в амбулаторных условиях должно стать одной из государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, определяемой стандартами оказания медицинской помощи и разработанным на их основе перечнем лекарственных средств, доступных застрахованным гражданам в рамках программы лекарственного страхования.

Внедрение механизмов вневедомственного и внутриведомственного контроля качества лекарственной помощи гражданам направлено на стимулирование эффективности использования ресурсов и развитие рынка страховых услуг для лекарственного обеспечения всех слоев населения, повышение ответственности и прозрачности расходования денежных средств. Необходимо проанализировать возможность замены процедур государственных закупок лекарственных средств возмещением стоимости лекарственных средств, отпущенных гражданам в аптечных учреждениях по назначению врача.

Повысить ответственность за необоснованное назначение лекарственных средств за счет введения принципа солидарной ответственности врача и соответствующего лечебно-профилактического учреждения.

Для реализации программы лекарственного страхования должны привлекаться медицинские страховые организации с возложением на них соответствующих функций по управлению финансовыми обязательствами, контролю и экспертизе качества оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, формированию информационных потоков и отчетности.

Участие лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг за счет средств федерального бюджета, планируется осуществлять в программе лекарственного страхования на общих основаниях. Вместе с тем, внедрение программы лекарственного страхования должно сочетаться с сохранением необходимых социальных гарантий льготным категориям граждан. Необходимо предусмотреть обеспечение граждан из бюджета субъекта Российской Федерации - г. Санкт-Петербурга высокочрезвычайными лекарственными средствами, стоимость возмещения которых не будет предусмотрена системой лекарственного страхования, сохранить территориальные программы лекарственного обеспечения социально-значимых заболеваний и обеспечить разработку новых программ.

Одним из основных факторов создания системы качественной и доступной лекарственной помощи является наличие единого для всей территории Российской Федерации порядка оказания лекарственной помощи.

С 2016 предполагается поэтапный переход к системе лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках обязательного медицинского страхования.

4.2.4 Осуществление единой кадровой политики

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

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

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

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

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

- формирование системы корпоративной ответственности за качество оказываемой медицинской помощи;
- рейтинговая оценка результатов работы каждого члена медицинского коллектива в зависимости от эффективности и результативности его работы;
- корпоративное распределение финансовых средств за оказанные медицинские услуги (переход на новые формы оплаты труда).
- формирование системы персональных допусков к видам медицинской деятельности в зависимости от уровня их сложности;
- повышение мотивации медицинских работников к непрерывному профессиональному образованию и приобретению допусков к новым видам медицинской деятельности в рамках основной специальности или смежных областей медицины.

Для определения персонального вклада каждого медицинского работника в результат работы медицинского учреждения необходимо обновление классификации всех видов медицинской помощи ранжированной по медицинским специальностям, уровню сложности и технологичности, требуемой квалификации медицинского работника.

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

В рамках реализации кадровой политики предлагается осуществить следующие мероприятия:

Кадровое обеспечение подведомственных учреждений здравоохранения:

- приведение численности и структуры медицинских кадров в соответствие с объемами деятельности персонала и перспективными задачами, устранение дублирования функций, перераспределение функций между различными профессиональными группами (врачи и сестринский персонал, медицинские сестры и младшие медицинские сестры);
- повышение профессионального уровня работников здравоохранения на основе дальнейшего развития системы непрерывного образования медицинских и фармацевтических работников;
- совершенствование условий труда и его оплаты, приведение системы оплаты труда в соответствие со сложностью, количеством и качеством оказания медицинской помощи, модернизация рабочих мест, повышение технической оснащенности труда медицинских работников;
- совершенствование нормативной правовой базы, определяющей профессиональную деятельность медицинского и фармацевтического персонала;
- разработка комплекса мероприятий, направленных на повышение статуса врача и среднего медицинского персонала, на осознание медицинским работником потенциала профессии и ее перспектив, значимости для общества;
- подготовка специалистов в сфере управления здравоохранением.

Повышение качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров:

- разработка комплекса мероприятий для подготовки специалистов со средним медицинским образованием согласно государственным приоритетам;
- совершенствование целевой формы подготовки кадров, предусматривающей заключение трехстороннего договора между обучающимся, образовательным учреждением и Комитетом по

здравоохранению с предоставлением студентам и молодым специалистам определенных социальных гарантий;

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

- развитие информатизации обучения в медицинских и фармацевтических образовательных учреждениях: формирование электронных библиотек и справочно-информационных баз данных, внедрение информационных технологий и систем менеджмента качества в образовательный процесс.

Реализация указанных направлений потребует увеличения финансового обеспечения за счет средств Санкт-Петербурга.

Этапы реализации в 2010 – 2011 гг.:

- разработка и внедрение единого регистра медицинских работников;
- формирование кадрового резерва здравоохранения Санкт-Петербурга;
- разработка и реализация образовательных программ для работы в новых условиях;

- участие в разработке механизма допуска выпускников медицинских образовательных учреждений к самостоятельной профессиональной деятельности, включающего перечень практических навыков и умений по каждой специальности по диплому и его соответствие должностям в учреждениях здравоохранения – врач-терапевт, врач-хирург, врач-акушер-гинеколог, медицинская сестра, фельдшер и др.;

- оптимизация управления кадровой политикой через деятельность аппарата главных внештатных специалистов, научных, экспертных, консультативных органов, медицинских профессиональных обществ и ассоциаций;

- разработка нормативно-правовых документов по формированию и развитию профессиональных сообществ, повышению их роли в образовательной и инновационной деятельности.

Этапы реализации в 2012 – 2015 гг.:

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

- разработка и внедрение реестра образовательных медицинских учреждений, осуществляющих послевузовское и дополнительное профессиональное образование, включающего перечень медицинских специальностей и персональных допусков к видам медицинской деятельности;

- апробация системы допуска к осуществлению медицинской деятельности;

- оптимизация системы непрерывного медицинского сестринского образования;

- формирование системы профессионального роста;

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

- создание системы страхования профессиональной ответственности на случай ошибки и при наличии риска в связи с медицинским вмешательством;
- создание условий для развития профильных секций аппарата главных внештатных специалистов, научных, экспертных и консультативных органов, профессиональных обществ и ассоциаций, повышения их роли и ответственности за состояние и развитие системы здравоохранения.

Этапы реализации в 2016 – 2020 гг.:

- поэтапный переход на оптимальную систему расстановки медицинских кадров; достижение соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала 1 к (7–8) для патронажной службы Санкт-Петербурга;
- мониторинг состояния кадрового обеспечения здравоохранения и миграции кадров, оптимизация кадровой политики в соответствии с потребностями системы здравоохранения Санкт-Петербурга;
- формирование профессионального самоуправления в решении вопросов кадровой и инновационной политики, разработка единых стандартов оказания медицинской помощи и оценка ее качества.

4.2.5 Инновационное развитие здравоохранения

Совершенствование медицинской помощи населению возможно лишь при условии инновационного развития здравоохранения на основе достижений фундаментальной науки, создания и внедрения новых эффективных лечебно-диагностических технологий и лекарственных средств в медицинскую практику. Непрерывный поступательный процесс обновления медицинских технологий и лечебных субстанций, обеспечивающий повышение эффективности лечения и профилактики, требует формирования и адекватного финансового обеспечения целевых научных программ по приоритетным направлениям развития медицины и здравоохранения.

Инновационная модель развития здравоохранения предусматривает тесное взаимодействие системы здравоохранения и медицинской науки, планирование научных медицинских исследований в зависимости от потребностей здравоохранения, активное внедрение научных результатов в медицинскую практику, а также целенаправленную подготовку специалистов, способных обеспечить внедрение научных достижений.

Для обеспечения перехода здравоохранения на инновационный путь развития необходимо повысить уровень оснащения учреждений здравоохранения медицинским оборудованием, уровень подготовки и повышения квалификации медицинских кадров; создать условия для эффективного внедрения в медицинскую практику результатов научно-технической деятельности; обеспечить переход практического здравоохранения на стандарты оказания медицинской помощи населению, на новые формы организации и финансирования деятельности медицинских организаций, совершенствовать и развивать систему управления качеством,

осуществлять мониторинг отдельных видов медицинской помощи, в первую очередь высокотехнологичной и социально значимой.

Для этого необходимы, с одной стороны, концентрация финансовых средств и кадровых ресурсов медицинской науки на решении приоритетных задач здравоохранения, с другой – модернизация и переоборудование учреждений здравоохранения и подготовка квалифицированных специалистов.

Модернизация здравоохранения, направленная на повышение эффективности деятельности первичного звена, эффективное использование коечного фонда, внедрение ресурсосберегающих технологий и развитие новых организационно-правовых форм медицинских организаций, требуют разработки научно-обоснованных подходов к формированию стандартов ведения больных по различным видам медицинской помощи на всех уровнях ее оказания и стандартов ее организации. Модернизация здравоохранения неразрывно связана с разработкой научно-обоснованных подходов к профилактике заболеваний.

Постановка «на поток» высокотехнологичных медицинских услуг, расширение услуг по оказанию высокотехнологичных и дорогостоящих видов медицинской помощи, создание новых медицинских центров, которые позволят сократить сроки ожидания и обеспечат доступность высокотехнологичных видов медицинской помощи пациентам. Разработка тарифов лечения и оплата дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи будет обеспечиваться Территориальным фондом ОМС и страховыми компаниями.

Этапы реализации:

2009 – 2010 гг.:

- определение приоритетных направлений НИОКР;
- разработка целевых научных программ, направленных на достижение конкретных результатов;
- отработка механизма мониторинга научных исследований и анализа инновационного развития;
- разработка системы стимулирования, поддержки развития и внедрения инноваций в здравоохранение.

2011 – 2015 гг.:

- анализ и контроль выполнения целевых и межведомственных научных программ,
- формирование баз данных о пациентах с социально значимыми заболеваниями с последующим переходом к единой электронной истории болезни;
- организация в Центрах здоровья школ различных клинических направлений для пациентов, в т.ч. с использованием интернет-технологий.

2016 – 2020 гг.:

- корректировка приоритетных направлений НИОКР в зависимости от полученных результатов и потребностей здравоохранения;

- формирование государственного задания медицинской науке на последующие годы;
- дальнейшая разработка и реализация межведомственных программ.

4.2.6 Поэтапный перевод учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС

В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации №1662-р от 17.11.2008 и Основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, утвержденными распоряжением Правительства Российской Федерации №1663-р от 17.11.2008, осуществление перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования является одной из приоритетных задач модернизации системы оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Переход к преимущественно одноканальной форме финансирования здравоохранения подразумевает поступление основной части средств на оказание медицинской помощи (за исключением средств на капитальный ремонт и закупки оборудования стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу) через систему ОМС, в том числе и за оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи, а также видов медицинской помощи, ранее финансируемые за счет средств бюджета Санкт-Петербурга.

Расчет тарифов за законченный случай лечения (в том числе по видам медицинской помощи, в настоящее время финансируемым за счет средств бюджета Санкт-Петербурга), будет осуществляться на основе стандартов медицинской помощи, включающих весь необходимый объем диагностики, лечения и реабилитации, а также выполнение высокотехнологичных медицинских услуг. При этом оплата будет осуществляться по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг. Это позволит обеспечить финансирование оказания медицинской помощи в полном объеме с учетом реальных затрат, оптимизировать расходование бюджетных и внебюджетных средств, предназначенных на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) и в результате снизить социальную напряженность в обществе.

По мере разработки и утверждения региональных стандартов (соответствующих федеральным стандартам и Порядкам оказания медицинской помощи) будет осуществляться разработка стандартов операционных процессов и стандартов оснащения учреждений здравоохранения.

Период с 01.01.2011 по 31.12.2012 в соответствии с проектом ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» является

переходным, в течение которого может производиться поэтапный перевод учреждений, функционирующих в системе ОМС, на преимущественно одноканальное финансирование. В этот период планируется осуществлять перевод только государственных учреждений здравоохранения, находящихся в собственности Санкт-Петербурга.

Внедрение тарифов за оказанную медицинскую помощь (медицинские услуги) на основе стандартов, включающих отдельные высокотехнологичные медицинские услуги или виды медицинской помощи, ранее финансируемые за счет средств бюджета Санкт-Петербурга, в переходный период целесообразно осуществлять в ограниченном числе учреждений здравоохранения (в рамках пилотных проектов).

С 01 января 2013 года, после отработки механизма, возможен перевод на преимущественно одноканальное финансирование медицинских организаций негосударственной формы собственности и федеральных учреждений.

4.2.7 Информатизация здравоохранения Санкт-Петербурга

Применение информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) должно обеспечивать оптимальное управление в отрасли здравоохранения Санкт-Петербурга, высокое качество предоставляемых медицинских услуг в учреждениях здравоохранения и равные права граждан на их получение.

Основными целями развития ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга должны быть:

1. Создание системы юридически значимого электронного документооборота в региональном масштабе. Поэтапный переход к технологии создания и ведения всей документации (включая первичную), используемой в системе здравоохранения Санкт-Петербурга, в электронном виде (переход к безбумажной технологии).
2. Интеграция информационных ресурсов здравоохранения Санкт-Петербурга с информационными ресурсами других ведомств в части совместного использования персональных данных и электронного обмена документами.
3. Создание единого информационного пространства (ЕИП) здравоохранения города. Под ЕИП подразумевается пространство размещения участников той или иной деятельности, в котором информация, доступная одному из участников в приемлемое время становится доступной любому другому участнику в соответствии с его потребностями и правами доступа

Для реализации указанных целей необходимо предусмотреть решение задач по следующим основным направлениям развития ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга:

1. Нормативно-правовое обеспечение;
2. Нормативно-техническое обеспечение;
3. Нормативно-справочное обеспечение;
4. Организационное обеспечение;
5. Техническое обеспечение;
6. Информационное обеспечение;
7. Образование в сфере применения ИКТ в здравоохранении.

1. Основными задачами нормативно-правового обеспечения развития ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга станут:

- Разработка и утверждение нормативных актов, регламентирующих и стимулирующих использование электронного документооборота в здравоохранении Санкт-Петербурга.
- Пересмотр действующих нормативно-правовых актов, препятствующих ведению электронного документооборота в здравоохранении Санкт-Петербурга (в первую очередь первичного).
- Экспертиза вновь принимаемых нормативно-правовых актов в Санкт-Петербурге в сфере здравоохранения, контроль за обеспечением возможности ведения упоминаемых в них документов в электронной форме.

2. Основными задачами нормативно-технического обеспечения развития ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга станут:

- Разработка и утверждение региональных стандартов в области ИКТ по следующим основным направлениям:
 - 1) Создание единой терминологической базы;
 - 2) Разработка региональных стандартов, конкретизирующих особенности информационного обмена и использования ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга; в т.ч. стандартов обеспечения информационной совместимости (интероперабельности) медицинских компьютерных систем эксплуатируемых в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга;

3. Основными задачами нормативно-справочного обеспечения развития ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга станут:

- Создание единой общегородской системы актуализации и распространения нормативно-справочной информации в здравоохранении Санкт-Петербурга;

- Разработка и утверждение единого регламента актуализации и публикации классификаторов и справочников, предполагающего возможность их онлайн-использования и автоматической загрузки обновлений в информационные системы медицинских организаций Санкт-Петербурга.
- Утверждение списка классификаторов и справочников, используемых в системе здравоохранения Санкт-Петербурга;
- Утверждение требований к исключительному использованию классификаторов и справочников, ведущихся на региональном уровне при создании или внедрении информационных систем и ресурсов в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга.

4. Основными задачами организационного обеспечения развития ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга станут:

- Создание системно-аналитической службы на базе Медицинского информационно-аналитического центра, ответственной за координацию действий всех участников мероприятий по развитию ИКТ в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга;
- Включение в таблицу оснащения лечебно-профилактических учреждений Санкт-Петербурга (ЛПУ) требований по оснащению средствами вычислительной техники, локальными вычислительными сетями, каналами подключения к Единой Мультисервисной Телекоммуникационной сети исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга (ЕМТС), общесистемным и специализированным прикладным программным обеспечением;
- Установка лицензионных требований к ЛПУ в части соответствия таблице оснащения ЛПУ средствами вычислительной техники, локальными вычислительными сетями, каналами подключения к ЕМТС, общесистемным и специализированным прикладным программным обеспечением;
- Разработка нормативных актов и типовых документов (положений, инструкций и т.д.) по сопровождению ИКТ (обслуживание, ремонт, модернизация) в учреждениях здравоохранения, предусматривающих в т.ч. возможность сопровождения ИКТ-службой организации, внешней организацией в режиме аутсорсинга, либо комбинированно (разделение работ между внутренними и внешними исполнителями);
- Ежегодное утверждение плана и сроков работ по реализации мероприятий направленных на развитие ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга.

5. Основными задачами технического обеспечения развития ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга станут:

- Оснащение средствами вычислительной техники (в т.ч. – мобильными средствами) всех рабочих мест сотрудников учреждений здравоохранения, связанных с вводом, обработкой и получением информации;
- Подключение локальных вычислительных сетей учреждений здравоохранения к ЕМТС;
- Оснащение вычислительными средствами и общесистемным программным обеспечением регионального центра обработки медицинских данных на базе Медицинского информационно-аналитического центра;

6. Основными задачами информационного обеспечения развития ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга станут:

- Унификация учета и отчетности по оснащению учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга средствами ИКТ;
- Создание на основе регионального Интернет-портала органа управления здравоохранением Санкт-Петербурга, системы мониторинга оснащенности учреждений здравоохранения средствами ИКТ.
- Создание и сопровождение специализированного Интранет-ресурса в сети ЕМТС, отражающего наиболее значимые аспекты разработки и использования ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга.

7. Основными задачами образования в сфере применения ИКТ в здравоохранении Санкт-Петербурга станут:

- Организация последипломного образования и повышения квалификации медицинских специалистов в сфере ИКТ. Включение курсов по ИКТ в программу последипломного образования.
- Разработка совместно с ведущими ВУЗами Санкт-Петербурга комплексной программы «ИКТ в медицинском образовании», предусматривающей в т.ч. пересмотр и дополнение существующих программ обучения медицинской информатике;
- Дополнение квалификационных требований к основным медицинским специальностям положениями об овладении ИКТ;
- Создание системы аттестации и повышения квалификации для специалистов по ИКТ, работающих в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга;
- Развитие и широкое внедрение технологий дистанционного образования с использованием ИКТ;

Конкретными результатами решения поставленных задач и достижения указанных целей концепции в части использования информационно-

коммуникационных технологий в здравоохранении следует считать следующие:

1. Для пациентов:

- 1) Повышение качества оказания медицинской помощи и обработки медицинских данных, в значительной степени за счет сокращения числа врачебных и управленческих ошибок:
 - Ликвидация проблемы нечитаемых почерков и низкокачественных копий медицинских документов
 - Контроль над полнотой проводимых медицинских манипуляций и исследований, за соблюдением стандартов исследований и лечения
 - Значительное уменьшение вероятности потерь данных
 - Накопление персонифицированных данных о каждом пациенте для оценки в динамике его состояния в целях мониторинга здоровья.
 - Исключение дублирования информации; сокращение необоснованного повторного проведения исследований и вмешательств
 - Поддержка принятия врачебных решений; в т.ч. по конкретным нозологическим формам как с целью повышения качества диагностики заболеваний, так и оценки эффективности лечения
- 2) Предоставление гражданам доступа к личным медицинским данным в соответствии с действующим законодательством и электронными административными регламентами.
- 3) Оказание населению информационных услуг в области охраны здоровья в соответствии с установленными электронными административными регламентами.

2. Для медицинских учреждений:

- 1) Увеличение объема услуг, выполненных учреждением здравоохранения Санкт-Петербурга, за счет повышения производительности труда персонала
- 2) Сокращение времени, затрачиваемого персоналом на ведение документации
- 3) Возможность получения достоверных статистических данных на основе обработки первичной информации, представленной в электронном виде
- 4) Возможность контроля за основными аспектами работы персонала медучреждения и сложными процессами
- 5) Минимизация количества учётных и отчётных форм на уровне учреждений здравоохранения за счёт преимущественной обработки первичных данных в электронном виде вне учреждений здравоохранения
- 6) Планирование и контроль профилактических осмотров и диспансеризации во взаимосвязи с системой социально-гигиенического мониторинга

- 7) Компьютерная поддержка принятия врачебных и управленческих решений
- 8) Обеспечение персонифицированного учета медицинских услуг и расхода ресурсов

3. Для органа управления здравоохранением Санкт-Петербурга:

- 1) Сокращение времени, затрачиваемого персоналом на ведение документов
- 2) Компьютерная поддержка принятия управленческих решений
- 3) Повышение достоверности и объективности в оценке качества деятельности органа управления здравоохранением Санкт-Петербурга
- 4) Централизованное ведение нормативно-справочной информации, необходимой для функционирования системы здравоохранения Санкт-Петербурга
- 5) Возможность автоматизированного получения достоверных статистических данных на основе обработки первичной информации, представленной в электронном виде
- 6) Обоснование распределения финансовых и кадровых ресурсов на решение наиболее актуальных для здоровья населения Санкт-Петербурга задач
- 7) Обоснование приоритетных направлений для организации и проведения лечебно-профилактических мероприятий в Санкт-Петербурге, в том числе и по организации и проведению мониторинга по конкретным нозологическим формам;

5. Основные этапы и ожидаемые результаты реализации Концепции модернизации здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 года

Реализация Концепции будет происходить поэтапно:

На **первом этапе** (2010–2015) будет осуществлена конкретизация государственных гарантий оказания гражданам Санкт-Петербурга бесплатной медицинской помощи, произведен переход на преимущественно одноканальную модель финансирования медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования, осуществлена разработка стандартов и порядков оказания медицинской помощи, начато внедрение информационной системы персонифицированного учета оказанной гражданам.

В рамках первого этапа реализации Концепции также будут осуществлены подготовительные мероприятия для последующего перехода на новую систему организации медицинской помощи, включая создание системы контроля качества медицинской помощи с ее последующей интеграцией в систему управления качеством, проведена модернизация материально-технической базы учреждений здравоохранения, сформирована и начнет реализовываться система непрерывной подготовки кадров, основанная на единой кадровой политике, а также будут определены

приоритеты для инновационного развития здравоохранения, сформированы межведомственные целевые научные программы по разработке и внедрению новых высокоэффективных технологий профилактики, диагностики и лечения социально-значимых заболеваний и патологических состояний.

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

- формирование здорового образа жизни;
- развитие первичной медико-санитарной помощи и медицинской профилактики;
- совершенствование специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях, включая сердечно-сосудистые, онкологические, комбинированные травмы при дорожно-транспортных происшествиях;
- развитие службы крови;
- совершенствование медицинской помощи матерям и детям.

На **втором этапе** реализации Концепции (2016–2020) предполагаются поэтапный переход к саморегулируемой системе организации медицинской помощи на основе созданных инфраструктуры и кадрового ресурса здравоохранения и информатизации отрасли, дальнейшее внедрение новых технологий, разработанных с учетом приоритетов инновационного развития здравоохранения, включение высокотехнологичной и скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования, интеграция бюджетных инвестиций в тарифы на медицинскую помощь, создание системы лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках обязательного медицинского страхования.

Одной из важнейших целей дальнейшего развития здравоохранения является улучшение показателей здоровья детей, обеспечение удовлетворения медико-социальных потребностей детского населения на основе повышения доступности, качества первичной медико-санитарной помощи, реализации основных направлений региональной социальной политики в области охраны здоровья детского населения. С целью улучшения демографической ситуации в Санкт-Петербурге в рамках системы охраны здоровья матери и ребенка необходимо на основе межведомственного взаимодействия усилить меры по охране репродуктивного здоровья населения Санкт-Петербурга, в том числе детей и подростков. Дальнейшее развитие новых организационных форм службы охраны материнства и детства – молодежных консультаций, центров (отделений) репродуктивного здоровья и медико-социальной помощи подросткам. Дальнейшее развитие медико-генетической помощи с приоритетом профилактики врожденной и наследственной патологии. На первом уровне - обеспечение проведения мероприятий периконцепционной профилактики на основе интеграции медико-генетической службы и

первичного звена акушерско-гинекологической помощи. На втором уровне – развитие пренатальной диагностики в системе 2-х уровневой ультразвуковой скрининга беременных с целью сохранения каждого жизнеспособного плода и новорожденного и повышения качества их последующей жизни, снижения заболеваемости и смертности плодов и новорожденных, снижения младенческой смертности и инвалидизации детей. На третьем уровне – использование современных медицинских технологий для проведения лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию ряда наследственных и врожденных заболеваний и профилактику осложнений. Совершенствование системы наблюдения за детьми первого года жизни в амбулаторно-поликлинических учреждениях, включая использование современных медицинских и организационных технологий по прогнозированию развития угрожающих состояний для ребенка, по лечению и реабилитации детей с патологическими состояниями, которые могут привести к инвалидизации и смерти ребенка. Улучшение работы с семьей по пропаганде здорового образа жизни, воспитанию здорового ребенка. Создание службы медико-социального патронажа для работы в семьях высокого социального риска. Контроль над качеством детского питания. Для обеспечения последовательного развития амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению с учетом имеющихся ресурсов здравоохранения необходимо: Строительство новых педиатрических и родовспомогательных учреждений (со вторым этапом выхаживания новорожденных) в развивающихся районах Санкт-Петербурга с частичным переводом в них медицинских учреждений из центральной части города. Реконструкция и капитальный ремонт городских и загородных лечебно-профилактических учреждений с целью их дальнейшей модернизации и создания адекватных условий для лечения детского населения Санкт-Петербурга. Совершенствование деятельности системы диспансеризации детского населения и соблюдение стандартов профилактического обследования детей, внедрение современных информационных технологий при проведении диспансеризации детского населения. Улучшение диагностики на ранних стадиях заболеваний путем концентрации специализированной медицинской помощи в детских амбулаторно-поликлинических объединениях, объединениях детской и взрослой сети, консультативно-диагностических центрах для детей. Развитие и совершенствование технологий медицинской реабилитации в рамках диспансеризации детского населения в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений. Расширение объемов реабилитационных услуг с учетом медико-социальных потребностей детей, беременных и гинекологических больных на базе детских поликлиник. И женских консультаций. Расширение сети оздоровительных лагерей, санаториев для закрепления реабилитационного эффекта. Расширение и оптимизация деятельности сети дневных стационаров в детских поликлиниках и женских консультациях, улучшение их оснащения с учетом экономической целесообразности, медицинской и социальной эффективности. Внедрение автоматизированных систем управления в

амбулаторно-поликлинических учреждениях для повышения производительности труда, улучшения качества конечного результата деятельности и оптимизации управления. К числу приоритетных направлений развития стационарной медицинской помощи детям относится оптимизация оказания медицинской помощи новорожденным и детям первого года жизни. С целью снижения младенческой смертности, детской инвалидности необходимо: Создание перинатальных центров для оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Увеличение количества неонатальных реанимационных коек в городе, для ликвидации постоянно существующей очереди на перевод новорожденных из родильных домов в стационары III уровня. Техническое переоснащение отделений реанимации и интенсивной терапии, большая часть оборудования (в первую очередь оборудования для респираторной поддержки) которых технически и морально устарела. Создание системы амбулаторного наблюдения и лечения детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела; организация отделений для реабилитации таких детей. Создание материальных условий с целью привлечения среднего медицинского персонала для работы в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных, катастрофическая нехватка которого негативно влияет на качество неонатальной реанимационной помощи в целом. Повышение квалификации врачей неонатологов, неонатальных реаниматологов и анестезиологов-реаниматологов по проблемам реанимации и интенсивной терапии новорожденных вообще, и новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, в частности.

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