(Продолжение. Начало на 5—8-й стр.).

национального проекта. За 2009—2010 годы дополнительной диспансеризацией охвачено более 263,2 тысячи работающих граждан. Доля граждан I и II групп здоровья, то есть практически здоровых граждан и граждан с риском развития заболеваний, составила соответственно 29,7 процента и 26,7 процента.

Из числа прошедших диспансеризацию, направлено на стационарное лечение 1045 человек, для получения высокотехнологичной помощи — 16 человек.

Рекомендовано санаторно-курортное лечение 14484 гражданам. Взято под диспансерное наблюдение 16275 человек, то есть 14,5 процента прошедших диспансеризацию.

Структура впервые выявленных заболеваний в 2010 году представлена следующим образом:

1 место — болезни мочеполовой системы;

2 место — болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ;

3 место — заболевания системы кровообращения;

4 место — болезни глаза и его придаточного аппарата;

5 место — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Выявлено впервые 51 злокачественное новообразование, в том числе 49 на ранних стадиях, 513 случаев сахарного диабета, 14 случаев заболевания туберкулезом.

Более 90 процентов граждан, прошедших диспансеризацию, получили на руки паспорта здоровья с результатами проведенных обследований и рекомендациями по дальнейшему дообследованию, лечению и образу жизни.

В целях ранней диагностики заболеваний, обуславливающих высокие показатели смертности населения в амбулаторно-поликлиническом звене, организованы скрининговые обследования населения. Ежегодно в смотровых кабинетах осматривается более 335 тыс. первично здоровых женщин, проводится более 1,3 млн. цитологических исследований, 126 тыс. маммографий. Охват скринингом на ВИЧ-инфекцию составляет 627 тыс. первично здоровых человек.

В целях приближения медицинской помощи жителям муниципальных образований в Свердловской области широко развиты дистанционные телемедицинские формы работы. С 2008 года в Свердловской области на базе районных больниц внедряются телемедицинские пункты, которых на сегодня уже 32. Посредством дистанционных телемедицинских технологий проводятся консультации врачей и пациентов в отдаленных территориях Свердловской области. На сегодня проведено более 580 дистанционных телемедицинских консультаций.

Развитие отделений неотложной медицинской помощи

В структуре вызовов СМП 77,3 процента приходится на оказание неотложной помощи и оказание текущей помощи хроническим больным, что удорожает оказание первичной помощи и необоснованно увеличивает объемы.

В настоящее время технологии оказания неотложной медицинской помощи в первичном звене в Свердловской области реализуются, прежде всего, в общих врачебных практиках.

Кроме того, амбулаторно-поликлинические учреждения Свердловской области оказывают неотложную медицинскую помощь в рамках приема пациентов с неотложными заболеваниями в поликлинике и посещений пациентов участковыми врачами на дому.

Однако существующий дефицит врачей первичного звена в Свердловской области не позволяет в полной мере развернуть на базе поликлиник полноценные отделения неотложной помощи и перевести часть объемов оказания неотложной медицинской помощи со скорой помощи на поликлинику.

Для решения проблемы дефицита врачебных кадров в здравоохранении Свердловской области в рамках настоящей Программы определены приоритетные специальности для обучения врачей, в том числе участковых терапевтов, педиатров, врачей общей практики. В 2011—2012 годах запланировано обучение в интернатуре 210 участковых терапевтов и 40 участковых педиатров.

Реализация мероприятий по обучению специалистов и привлечению врачебных кадров в амбулаторно-поликлиническую службу и сокращение кадрового дефицита позволят в 2013—2014 годах решить вопрос развития отделений неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических отделениях учреждений здравоохранения Свердловской области.

Начать реализацию направления развития отделений неотложной помощи планируется с 2012 года. Неотложная помощь будет выведена из деятельности скорой медицинской помощи и передана на первичное звено здравоохранения. Таким образом, будет достигнуто взаимодействие первичного звена через единую диспетчерскую службу.

Выводы по направлению 1. «Развитие первичной медико-санитарной помощи и профилактической направленности здравоохранения»:

1) технологии дневного стационара будут активно развиваться в части внедрения амбулаторной хирургии и гинекологии. В целом стационарзамещающие технологии рассматриваются как наиболее перспективные и экономически менее затратные;

2) повышение доступности и качества медицинской помощи на амбулаторном этапе и обеспечение сбалансированности объемов первичной медико-санитарной помощи планируется достичь за счет следующих мероприятий:

дальнейшее развитие сети общих врачебных практик;

диспансеризация подростков и работающего населения;

увеличение укомплектованности врачами первичного звена;

увеличение укомплектованности узкими специалистами;

развитие консультативных приемов в межмуниципальных центрах, включая работу выездных бригад в прикрепленные территории;

увеличение выездных посещений врачей ЦРБ в отдаленные территории с профилактической целью;

расширение деятельности центров здоровья;

расширение объема деятельности доврачебных кабинетов в поликлинике; организация пунктов неотложной помощи в поликлинике.

Основная деятельность первичного звена должна быть направлена на профилактику, раннее выявление заболеваний, предотвращение развития и обострения хронических заболеваний в период экстремальных ситуаций.

Итогом этой работы должно стать увеличение количества посещений до 9,7 на одного жителя, что соответствует федеральным нормативам и, как следствие, рост первичной заболеваемости в целом до 800 на 1000 населения и рост заболеваемости по основным классам болезней.

Направление 2. Совершенствование скорой медицинской помощи

На 1 января 2011 года на территории Свердловской области зарегистрированы 67 учреждений службы СМП, из них 9 станций и 58 отделений СМП. В области 89 процентов отделений СМП IV, V, VI категорий. Внекатегорийные — в крупных городах области — Екатеринбурге и Нижний Тагил.

В суточном режиме работают 344 бригады, из них фельдшерские — 222 (64,5 процента), врачебные общепрофильные — 64 (18,6 процента), специализированные — 58 (16,9 процента). Всего в области работают 452 врача СМП, которые в основном находятся на станции СМП Екатеринбурга (294) и в отделениях крупных городов.

Количество врачей по сравнению с 2010 годом увеличилось на 6 человек, за 3 года — на 22 человека. Количество средних медицинских работников составляет 2737 человек. Структура вызовов по службе СМП за 2009, 2010 годы представлена в таблице 11.

Таблица 11

Структура вызовов по службе СМП

	2009 год		2010 год	
	абсолютное число	процентов	абсолютное число	процентов
Всего вызовов из них:	1346169	100	1300800	100
несчастных случаев	137791	10,2	139698	10,8
внезапных заболеваний	1069817	79,5	1025667	78,9
перевозок	106551	7,9	116231	8,9
родов	15195	1,1	16166	1,3
госпитализаций	335587	24,9	347328	26,7

В 2010 году структура вызовов СМП существенных изменений не претерпела. В 2010 году по сравнению с 2009 годом количество выездов уменьшилось на 3,4 процента.

В течение последних лет наблюдается стойкое увеличение доли госпитализаций с 20,4 процента в 2002 году до 26,7 процента в 2010 году. Как и в прежние годы наибольшее количество составляют вызовы к пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, на втором месте вызовы по поводу травм, на третьем — неврологическая патология, в том числе острое нарушение мозгового кровообращения.

В 2010 году обслужено 8418 пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, из них 253 пациентам проведен тромболизис (3 процента). Показатели объема деятельности скорой медицинской помощи представлены в таблице 12.

Таблица 12

Показатели объема деятельности скорой медицинской помощи

Показатели объема деятельности	2009 год	2010 год
Выполнено вызовов	1346169	1300800
Количество выездов на 1000 человек	319	308
Количество обращений на 1000 человек	368	356
Среднесуточная нагрузка	10,9	10,4

Общая обращаемость за СМП за год снизилась незначительно, количество выездов уменьшилось на 4 процента.

Служба скорой медицинской помощи Свердловской области оснащена 629 автомобилями, из них: 318 — класса «А», 285 — класса «В», 27 — класса «С» (реанимобили). Реанимобилей класса С — 27, из них 23 в городе Екатеринбурге.

В Свердловской области в 2010 году 30 процентов машин имели срок эксплуатации 5 лет и более. Через год их будет 50 процентов. Системой GPRS навигации из всех 629 санитарных машин скорой медицинской помощи в Свердловской области оснащены только 5 санитарных автомобилей отделения скорой медицинской помощи города Красноуральска.

Для непрерывного обучения медицинского персонала на станциях скорой медицинской помощи городов Екатеринбурга, Ревды, Первоуральска и в отделении скорой медицинской помощи поселка Арти организованы учебные классы, оснащенные тренажерами для отработки алгоритмов по оказанию экстренной медицинской помощи.

С 2010 года в Свердловской области начата работа по формированию единой областной диспетчерской службы. В рамках областной целевой программы по спасению жизни людей и защите их здоровья при чрезвычайных ситуациях Министерством здравоохранения Свердловской области приобретен программный комплекс и вычислительная техника для автоматизации системы управления скорой медицинской помощью Свердловской области (включая все муниципальные образования, Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области и его филиалы, трассовую службу области). На реализацию данного проекта из областного бюджета затрачено 15 372 890 рублей. Программное обеспечение деятельности скорой медицинской помощи существует с 1992 года в городе Екатеринбурге. За последние 5 лет система стала работать еще в 4 муниципальных образованиях: городском округе Ревда, городском округе Первоуральск, городе Нижний Тагил, Камышловском городском округе. В рамках этой же целевой программы в 2010 году приобретены приборы контроля режима движения автотранспортного средства и состояния водителя, специализированный комплекс для проведения телемедицинских консультаций, навигационная система мониторинга подвижных объектов центра по каналу спутниковой связи (Глонасс) или по каналу GSM/GPRS, медицинская кардиотелеметрическая система для Территориального центра медицины катастроф Свердловской области и трассовой службы центра.

Основными проблемами современного этапа развития скорой медицинской помощи в Свердловской области являются:

1) неоднородность службы СМП области. Значительные отличия в финансовом обеспечении СМП многих муниципальных образований приводят к отсутствию возможности оснастить все бригады современным оборудованием, что ведет к различиям в оказании экстренной помощи больным на территории Свердловской области;

2) слабая материально-техническая база большинства муниципальных образований. Отсутствие медицинского оборудования, предназначенного для фельдшерских бригад, не позволяет внедрять передовые технологии по проведению диагностических и лечебных мероприятий, предусмотренных современными стандартами;

3) недостаточное взаимодействие медицинских служб на догоспитальном и госпитальном этапах оказания экстренной помощи.

В 2011 году в рамках областной государственной целевой программы по совершенствованию оказания медицинской помощи, профилактике социально значимых заболеваний планируется приобретение системы дистанционной передачи электрокардиограмм для всех фельдшерских бригад СМП Свердловской области с единым диспетчерским центром.

В 2012—2016 годах планируется реализация областной государственной целевой программы по совершенствованию оказания скорой медицинской помощи населению Свердловской области на 2012—2016 годы, в рамках которой будет обновлен парк автотранспорта, продолжено приобретение приборов контроля режима движения автотранспортных средств и состояния водителей, навигационных систем мониторинга подвижных объектов Центра по каналу спутниковой связи (Глонасс) или по каналу GSM / GPRS для всех станций и подстанций СМП, формирование единой информационной сети с организацией диспетчерского центра управления в ГБУЗ СО «Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области».

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.08.2010 г. № 586-н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 года № 179» и в рамках областной целевой программы по совершенствованию оказания скорой медицинской помощи населению Свердловской области на 2012—2016 годы в 2012 году запланировано создание на базе многопрофильных больниц для оказания скорой медицинской помощи отделений экстренной медицинской помощи, которые позволят соединить догоспитальный и госпитальный этапы оказания экстренной помощи жителям области. Отделения будут оказывать скорую медицинскую помощь больным по принципу маршрутизации больных от начала эвакуации бригадой скорой помощи (врачом, фельдшером) до профильного отделения с целью оптимизации времени пребывания больного в приемном отделении. В результате при доставке больного в приемное отделение круглосуточных стационаров не будет прерван процесс оказания помощи больным. Осуществление ротации кадров будет способствовать сохранению квалификации медицинских работников и непрерывности наблюдения и оказания медицинской помощи больным.

Реализация указанных мероприятий позволит:

повысить качество и экономическую эффективность скорой и неотложной медицинской помощи населению Свердловской области;

снизить летальность и инвалидность при неотложных состояниях;

внедрить новые технологии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи;

повысить преемственность оказания скорой медицинской помощи между догоспитальным и госпитальным этапами;

повысить готовность ЛПУ к работе в условиях чрезвычайных ситуаций.

Направление 3. Совершенствование специализированной (стационарной) медицинской помощи

За последние 5 лет в области реорганизовано 4 125 неэффективно работающих коек в государственных и муниципальных медицинских организациях (9,5 процента коечного фонда) (таблица 13), коечный фонд на начало 2010 года составил 39 183 круглосуточных койки в государственных и муниципальных организациях и 41 165 коек, включая койки федеральных и частных медицинских организаций, участвующих в Территориальной программе государственных гарантий (расчетная потребность коечного фонда для реализации Территориальной программы государственных гарантий на 2010 год составляет 37 700 коек). Обеспеченность населения Свердловской области койками круглосуточного пребывания в 2009 году составила 93,6 койки на 10 000 населения. В муниципальных учреждениях здравоохранения функционирует 27 040 круглосуточных коек, в областных государственных медицинских учреждениях — 12 143 койки. Для реализации Территориальной программы государственных гарантий в федеральных медицинских организациях используются 1786 коек, в ведомственных и частных организациях — 196 коек.

Таблица 13

Наименование показателя	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год	Нормативная потребность
Число коек в больничных учреждениях (государственные и муниципальные ЛПУ)	43308	43277	42375	40722	39183	37700
Число коек всего по Территориальной программе государственных гарантий, включая койки федеральных и частных ЛПУ	45275	45244	44342	42704	41165	

Из общего числа муниципальных коек 26 332 койки (97 процентов) развернуты в стационарах городских больниц и больниц поселков городского типа и 708 коек (2,6 процента) — в сельских.

В структуре коек терапевтического профиля максимальное количество занимают общие терапевтические койки (34,7 процента), неврологические (19 процентов) и кардиологические (15 процентов), в структуре коек хирургического профиля — хирургические общие (51 процент) и травматологические (21 процент). Койки медико-социального ухода составили в 2009 году 0,7 процента от общего коечного фонда.

Несмотря на сокращение за 5 лет более 4 000 государственных и муниципальных коек, работа койки за 2009 год не превысила 300 дней в году, так как ежегодно происходило снижение средней длительности пребывания пациентов на койке (таблица 14), а сокращенный коечный фонд частично замещался ежегодным включением в Территориальную программу государственных гарантий новых учреждений федеральной и частной формы собственности. Имеет место и снижение показателя работы койки по государственным и муниципальным медицинским учреждениям (323 дня — в 2008 году, 315 дней — в 2009 году), что свидетельствует об избытке коек.

Таблица 14

Наименование показателя	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год
Среднегодовая занятость койки (государственные и муниципальные койки)	325,0	322,0	325,0	323,0	315,0
Среднегодовая занятость койки (включая койки федеральных и частных ЛПУ, участвующих в Территориальной программе государственных гарантий)	324,0	321,3	324,1	314,4	300,0
Средняя длительность пребывания пациента на койке (все койки по Территориальной программе государственных гарантий)	14,4	14,2	13,8	13,4	12,8

В целом по области избыток коечного фонда в сравнении с расчетными нормативами составляет 9,2 процента. В структуре коечного фонда имеются диспропорции в обеспечении населения больничными койками по основным профилям стационарной помощи. В муниципальных образованиях с высоким уровнем развития здравоохранения (муниципальное образование «город Екатеринбург», город Нижний Тагил, муниципальное образование «Город Каменск-Уральский») преобладает коечный фонд специализированных профилей при недостаточном количестве коек первичных профилей — общей терапии, общей хирургии, педиатрии. В муниципальных медицинских учреждениях 3—5 уровня (центральные районные и городские больницы), напротив, имеется избыток коек общетерапевтического профиля, педиатрических, неврологических и дефицит или полное отсутствие профильных специализированных коек. В целом по всем медицинским учреждениям отмечается дефицит профильных терапевтических коек: пульмонологических, эндокринологических — 20 процентов, гематологических — 27 процентов, ревматологических — 27 процентов от нормативной потребности и профицит: +82 процента нефрологических, +43 процента кардиологических, +36 процентов неврологических коек.

В структуре хирургических профильных коек свыше нормативов коек: +172 процента по кардиохирургии, +119 процентов по нейрохирургии, +88 процентов по челюстно-лицевой хирургии, +60 процентов по колопроктологии, +33 процента по сосудистой хирургии.

Имеется избыток коек по педиатрии: + 43 процента от норматива, по патологии беременных: + 48 процентов, по акушерству: +16 процентов.

В то же время отмечается существенный дефицит коек по социально значимым профилям: по фтизиатрии — 51 процент от норматива, по дерматовенерологии — 16 процентов, по психиатрии — 26 процентов, по наркологии — 12 процентов.

Недостаток коек по дерматовенерологии компенсируется путем привлечения для выполнения объемов Территориальной программы государственных гарантий мощностей федерального НИИ дерматологии и иммунопатологии, частично эти больные получают стационарную медицинскую помощь на терапевтических и инфекционных койках, достаточно широко внедрены стационарозамещающие технологии в дерматовенерологии.

Проблема дефицита коек фтизиатрического профиля решается путем развития дневных стационаров, объемы стационарозамещающей помощи по фтизиатрии превышают установленные нормативы: по уровню внедрения стационарозамещающих технологий в обеспечении противотуберкулезной помощи Свердловская область занимает одну из ведущих позиций в Российской Федерации. Расчетная потребность стационарных объемов фтизиатрической помощи на основе нормативов в Территориальной программе государственных гарантий является завышенной.

Расчетную потребность в койках психиатрического профиля также можно оценить как завышенную, поскольку в настоящее время при оказании психиатрической помощи внедряются современные методы лечения, используются более эффективные лекарственные препараты, проводятся социально-реабилитационные мероприятия, что способствует снижению длительности пребывания пациентов в стационаре и требует меньшего количества коек. В работе психиатрической службы в последние годы все большую распространенность получают стационарозамещающие технологии, что также способствует частичному замещению круглосуточной стационарной помощи. Профицит коек кардиологического, кардиохирургического и нейрохирургического профилей обусловлен широким внедрением в области высокотехнологичных методов лечения, что требует введения дополнительных мощностей. Областные и муниципальные учреждения, кроме областного задания, выполняют государственное задание по оказанию населению высокотехнологичных видов медицинской помощи, ежегодно определяемое Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Реструктуризация коечного фонда в области продолжается, в 2010 году сокращено 1 442 койки в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

Выводы:

Основная проблема стационарного звена — избыток коечного фонда, неэффективная работа коечного фонда, несбалансированная структура коек по профилям. Требует оптимизации структура коечного фонда медицинских учреждений и приведение его в соответствие со структурой госпитальной заболеваемости населения, этапностью организации стационарной помощи.

Коечный фонд планируется сократить до уровня 36979 коек, или 84,2 на 10000 населения, сбалансировать его по структуре с учетом потребности населения, структуры заболеваемости и видов оказываемой медицинской помощи, что повысит эффективность работы.

Реструктуризация коечного фонда в медицинских учреждениях 4 уровня и организация межмуниципальных центров на базе медицинских учреждений 3 уровня позволят привести структуру и количество коек в соответствие с выполняемыми объемами и видами медицинской помощи, а также направляемыми потоками пациентов. На 2011—2012 годы планируется проведение сокращения коек по терапии и педиатрии в медицинских учреждениях 3-4 уровня. В медицинских учреждениях третьего уровня городов Екатеринбурга, Нижний Тагил и Каменска-Уральского планируется увеличение общетерапевтических и педиатрических коек за счет сокращения избыточных коек по специализированным профилям, перепрофилирования этих коек в общетерапевтические и педиатрические.

Планируется оптимизировать число коек по профилю «патология новорожденных» путем приведения коечного фонда к нормативу, рассчитанному в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи в неонатологии, утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Для этого планируется сократить койки патологии новорожденных в медицинских учреждениях 3-4 уровня, где отсутствуют отделения реанимации новорожденных, и развернуть и сконцентрировать койки этого профиля в территориях, где функционируют или запланированы к открытию перинатальные центры и имеются отделения детской реанимации. К 2012 году планируется довести число коек патологии новорожденных до 545 при нормативной потребности в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи в неонатологии 550 коек. Аналогичным образом планируется сбалансировать объемы акушерской помощи, сокращая акушерские койки в территориях, где число родов не превышает 200 в год и отсутствуют круглосуточные дежурства врача акушера-гинеколога; при этом потоки родильниц переориентируются в родильные дома других муниципальных образований с учетом транспортной и территориальной доступности или в межмуниципальные медицинские центры. Объемы специализированной акушерско-гинекологической помощи будут сбалансированы за счет организации сети перинатальных центров и открытия областного перинатального центра.

Таким образом, к 2012 году планируется уменьшить профицит коек по кардиологии (-192 койки), нейрохирургии (-114 коек), хирургии (-612 коек), офтальмологии (-50 коек), неврологии (-210 коек), колопроктологии и сосудистой хирургии (по -25 коек), челюстно-лицевой хирургии (-71 койка), привести к нормативу количество коек по терапии и педиатрии. Снижение количества коек по кардиологии до норматива нецелесообразно в связи с высоким уровнем заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями, открытием в межмуниципальных центрах отделений кардиологии, внедрением там высокотехнологичных видов медицинской помощи. То же касается и нейрохирургических коек.

Наличие и сохранение дефицита коечного фонда по социально значимым видам помощи (фтизиатрия, психиатрия, дерматовенерология) и проведенная коррекция коечного фонда по другим профилям медицинской помощи обусловили к 2012 году планирование дефицита коек в целом по области (на 2 процента ниже норматива Территориальной программы государственных гарантий).

Основные усилия по реформированию противотуберкулезной службы планируется направить не на формальное доведение числа коек до расчетной потребности, а на комплекс мер по повышению качества и условий оказания помощи в противотуберкулезных учреждениях, в том числе на проведение в них реконструкции и капитальных ремонтов, оснащение оборудованием и кадрами, улучшение лекарственного обеспечения.

На 2011—2012 годы усилия психиатрической службы планируется направить на повышение эффективности использования имеющегося коечного фонда.

В результате проведенных преобразований будет сокращено 10 процентов коечного фонда от фактического уровня 2009 года. Это позволит повысить работу коечного фонда области с 300 дней в 2009 году до 318 дней на 2012 год, или на 6 процентов.

Приведение показателей работы коечного фонда к нормативному уровню (330 дней в году) в период 2011—2012 годов не представляется возможным в связи с наличием в области отдаленных труднодоступных территорий, преимущественно относящихся к сельской местности. Сеть учреждений здравоохранения этих территорий представлена в основном маломощными и неэффективно работающими участковыми, городскими и центральными районными больницами, а также фельдшерско-акушерскими пунктами. Еще большее сокращение коек и приведение их к нормативу не позволят сформировать даже минимально возможную структуру больницы, что приведет к закрытию стационаров, сделает недоступным для населения неотложную и экстренную медицинскую помощь по основным видам первичной помощи и приведет к потоку жалоб от населения. Объективная необходимость сохранения стационаров в этих территориях обусловливает планирование количества коек с некоторым избытком от нормативного уровня, что неизбежно ведет к неэффективной работе койки и отражается на показателях работы койки в целом по области.

Таким образом, в рамках настоящей Программы реформирование стационарного этапа направлено на устранение дисбаланса внутри профилей оказания медицинской помощи. Предполагается дальнейшая реструктуризация и оптимизация коечного фонда, приближение структуры коечного фонда к нормативам и особенностям заболеваемости и смертности населения Свердловской области.

Направление 4. Совершенствование специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями системы кровообращения

С 2008 года на территории Российской Федерации началась реализация направления «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» приоритетного национального проекта «Здоровье». В проект были включены 12 субъектов Российской Федерации, в том числе Свердловская область, которая начала реализацию проекта с конца 2008 года.

Для реализации данного направления приоритетного национального проекта «Здоровье» были выделены средства федерального бюджета в размере 241,5 млн. рублей и 320 млн. рублей из средств областного бюджета. Средства федерального бюджета в соответствии с требованиями были использованы на приобретение оборудования. За счет средств областного бюджета приобретено дополнительное оборудование, лекарственные средства, расходные материалы, проведен ремонт помещений и обучение персонала.

Мероприятия по реализации данного направления будут продолжены в рамках настоящей Программы. Финансирование данных мероприятий не будет дублироваться финансированием мероприятий, реализуемых в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

В 2011 году планируется продолжение реализации направления «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» с привлечением федеральных средств настоящей Программы, средств бюджета Свердловской области, местных бюджетов без дублирования финансирования мероприятий, реализуемых в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

На территории Свердловской области был создан региональный сосудистый центр на базе ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» и МАУ «Городская клиническая больница № 40» города Екатеринбурга (в части нейрохирургической службы) и 3 первичных сосудистых отделения в городах Ирбите, Краснотурьинске, Нижний Тагил. В каждом из первичных сосудистых отделений было открыто неврологическое отделение для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения и кардиологическое отделение для лечения больных с острым коронарным синдромом.

Всего в реализацию направления «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» приоритетного национального проекта «Здоровье» было включено 890 тыс. человек взрослого населения Свердловской области, что составило 25 процентов.

Во вновь созданных первичных сосудистых отделениях уже в первый год работы отмечена положительная динамика в увеличении объемов неотложной работы, осуществляемой в соответствии с современными стандартами. Так, в сравнении в 2008 годом в 2009 году вдвое возросла госпитализация пациентов с острым инфарктом миокарда и почти втрое с инсультом сосудов головного мозга. Благодаря внедрению современных технологий диагностики и лечения было достигнуто снижение показателей летальности от инфаркта миокарда и инсульта.

В 2010 году в настоящую Программу включен первичный сосудистый центр в городе Каменске-Уральском. В 2010 году в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» была внедрена телемедицинская сеть, позволяющая в оперативном режиме осуществлять телемедицинские консультации специалистами Регионального сосудистого центра в первичных сосудистых отделениях. Во всех первичных центрах были организованы круглосуточные дежурства неврологов, врачей КТ-диагностики, врачей УЗИ-диагностики, реаниматологов, врачей экспресс-лаборатории. Кроме того, в 2010 году была создана система кураторства муниципальных образований в Свердловской области кардиологами ГБУЗ СО «Научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт кардиологии», что позволило оценить качество оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и организовать методическое руководство в ЛПУ Свердловской области по вопросам оказания кардиологической помощи.

Итоги: в 2010 году отмечены еще более эффективные показатели деятельности сосудистых отделений — в сравнении в предыдущим годом на 20 процентов возросла госпитализация пациентов с инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения, летальность от острого инфаркта миокарда снизилась с 11,9 процента (2009 год) до 10,6 процента (2010 год), а летальность от острого нарушения мозгового кровообращения с 16 процентов (2009 год) до 14 процентов (2010 год). За 2010 год увеличилось количество больных с острым инфарктом миокарда и инсультом, прошедших рентгенэндоваскулярное обследование и лечение, увеличилось количество нейрохирургических вмешательств, в том числе на 30 процентов увеличилось количество оперативных вмешательств с целью вторичной профилактики инсульта.

В целях стандартизации деятельности отделений в 2010 году разработаны 18 региональных стандартов медицинской помощи при оказании медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом (инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия). Проведены расчеты тарифов новых стандартов. Обеспечить необходимое финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования не удалось в силу финансово-экономических причин, поэтому внедрение этих стандартов планируется в 2011 году.

С 2011 года Региональным сосудистым центром усилена работа по вторичной профилактике инсульта. Бригадой врачей-неврологов и функционалистов, выезжающей в муниципальные образования в Свердловской области, проводится активный отбор пациентов для хирургического лечения с целью вторичной профилактики инсульта. В 2011 году в рамках областной целевой программы по совершенствованию оказания медицинской помощи населению на территории Свердловской области на 2008—2011 годы запланировано приобретение оборудования для дистанционной передачи электрокардиограмм, которым планируется оснастить фельдшерские бригады скорой медицинской помощи и лечебно-профилактические учреждения муниципальных образований, прикрепленных к ММЦ. Благодаря этой системе улучшится качество расшифровки электрокардиограмм и сократится время принятия решения о тактике лечения пациента с острым коронарным синдромом, что будет способствовать снижению летальности от острого инфаркта миокарда.

С целью распространения положительного опыта деятельности сосудистых центров и охвата всего населения Свердловской области специализированной кардиологической и неврологической помощью в создаваемых межмуниципальных центрах планируется организовать сосудистые отделения для лечения больных с инфарктом миокарда и инсультом, оснащенные в соответствии с приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.08.2009 г. № 599н «Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля» и от 06.07.2009 г. № 389н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения». В 2011 году планируется дооснастить медицинским оборудованием имеющиеся сосудистые отделения в городах Ирбите, Краснотурьинске, Нижний Тагил, Каменске-Уральском и организовать три сосудистых центра для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения в городе Екатеринбурге (МАУ «Городская клиническая больница № 40», МУ «Центральная городская больница № 23», МУ «Центральная городская больница № 24»). В 2012 году запланировано создание пяти сосудистых центров по области в городах Первоуральске, Серове, Красноуфимске, Ревде, Асбесте, Алапаевске, которые будут оказывать помощь больным с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом, сосудистого отделения для лечения больных с острым коронарным синдромом в городе Артемовском и еще трех сосудистых центров в городе Екатеринбурге для оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (МУ «Центральная городская больница № 7», МУ «Городская клиническая больница № 14», МУ «Центральная городская клиническая больница № 1»). Все вновь создаваемые отделения для лечения больных с инсультами будут оснащены компьютерными томографами для соблюдения стандарта диагностики и лечения острого нарушения мозгового кровообращения. Одним из важнейших вопросов организации деятельности сосудистых отделений является обеспечение их кадрами, особенно врачами-кардиологами и врачами-неврологами. Разрабатываемая Министерством здравоохранения Свердловской области концепция кадровой политики должна определить основные пути и механизмы улучшения кадровой ситуации, особенно в части привлечения молодых специалистов.

В уже действующих сосудистых центрах в городах Краснотурьинске и Каменске-Уральском в 2011 году и в городе Ирбите в 2012 году планируется развитие малоинвазивной кардиологии, для чего запланировано приобретение ангиографических установок. Выбор центров для развития инвазивной кардиологии обусловлен территориальным расположением муниципального образования с целью охвата всех управленческих округов Свердловской области и наличием кадрового потенциала. Для внедрения в перечисленных сосудистых центрах метода рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения планируется обучение специалистов с учетом широкого внедрения в практику чрезкожных коронарных вмешательств, в том числе при оказании неотложной помощи больным с острым коронарным синдромом в 2012 году планируется оснастить дополнительной второй ангиографической установкой крупный центр инвазивной кардиологии — ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии». Во всех лечебно-профилактических учреждениях, в которые планируется поставка компьютерных томографов и ангиографических установок, запланирован ремонт помещений для монтажа тяжелого оборудования (перечень оборудования в разрезе лечебно-профилактических учреждений представлен в таблице). В рамках настоящей программы планируется приобретение оборудования для оказания высокотехнологичной медицинской помощи на базе областных лечебно-профилактических учреждений. Для ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» будут приобретены аппарат искусственного кровообращения, аппарат для внутриаортальной баллонной контрапульсации, коронароангиографическая установка.

Таким образом, развитие сети сосудистых центров на территории Свердловской области позволит:

увеличить охват населения Свердловской области специализированной кардиологической помощью;

увеличить долю пациентов, которым проведена тромболитическая терапия, до 13 процентов;

увеличить возврат к труду пациентов с сосудистыми заболеваниями;

снизить смертность населения от болезней системы кровообращения до 161,2 человек на 100 тыс. населения.

Схема территориального прикрепления к ММЦ по профилю «кардиология», «неврология» представлена в таблице 15.

Таблица 15

Схема территориального прикрепления к ММЦ по профилю «кардиология», «неврология»

Схема территориального прикрепления к ММЦ по профилю «кардиология», «неврология»

№ п/п	Муниципальное образование, на территории которого расположен ММЦ	Прикрепленные территории	Население, человек
1	2	3	4
Северный управленческий округ Свердловской области			
1.	городской округ Краснотурьинск	Краснотурьинск	67403
		Пелым	3549
		Ивдель	26395
		Североуральск	50536
		Карпинск	31659
		Волчанск	10010
		Всего	189552
2.	Серовский городской округ	Серов	100278
		Сосьва	23077
		Гари	7056
		Новая Ляля	23688
		Верхотурье	17674
		Всего	171773

(Продолжение на 10-й стр.).