

(Продолжение. Начало на 3—4-й стр.)

ных и поврежденных органов и систем в Свердловской области с целью снижения показателя инвалидизации населения, увеличения периода активной жизни.

Эффективная система медицинской реабилитации позволяет обеспечить сбалансированность объемов государственных гарантий предоставления населению медицинской помощи и повысить эффективность использования коежного фонда (улучшить работу койки, увеличить оборот койки, снизить среднюю длительность пребывания в стационаре и продолжительность временной нетрудоспособности), усовершенствовать оказание реабилитационной помощи непосредственно после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях стационара. Развитие медицинской реабилитации позволяет создать полный цикл оказания эффективной медицинской помощи детям: ранняя диагностика — своевременное лечение — медицинская реабилитация.

В 2013 году и в последующие годы планируются:

- 1) создание трехэтапной схемы оказания медицинской помощи больным, нуждающимся в медицинской реабилитации, по трем основным профилям: заболевания центральной нервной системы и органов чувств; травмы; заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы; соматическая патология (болезни системы кровообращения);
- 2) организация маршрутизации пациентов, нуждающихся в амбулаторной, стационарной и санаторно-курортной помощи, путем закрепления муниципальных образований за медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь на I, II и III этапах реабилитации;
- 3) разработка «своего» стандарта, предусматривающего поэтапную реабилитацию пациентов, которые перераспределяются по этапам в соответствии с тяжестью дефекта и реабилитационным прогнозом;
- 4) разработка карты реабилитационного больного, включающей оценочный прогноз реабилитационного потенциала (благоприятный, промежуточный, неблагоприятный) и индивидуального реабилитационного маршрута, детализирующего профиль реабилитационных мероприятий на каждом из планируемых этапов;
- 5) организация типовых реабилитационных маршрутов: пациентов, нуждающихся после выписки из стационара в краткосрочной реабилитации в амбулаторных условиях и возвращении к труду, пациентов, нуждающихся после выписки из стационара в медицинской реабилитации на уровне реабилитационного центра (больницы восстановительного лечения), затем в условиях санатория и возвращении к труду, пациентов, нуждающихся в долечивании в реабилитационном отделении многопрофильного стационара межмуниципального центра, затем на уровне реабилитационного центра (больницы восстановительного лечения), затем в условиях санатория и возвращении к труду; пациентов с неблагоприятным реабилитационным прогнозом и стойкой утратой трудоспособности, не имеющих перспектив возвращения к труду, нуждающихся в обслуживании выездной реабилитационной бригадой;
- 6) важная задача — подготовка и переподготовка кадров для планируемых отделений реабилитации многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, а также центров реабилитации на базе больниц восстановительного лечения, оказывающих реабилитационную помощь на II и III этапах реабилитации по трем профилям;
- 7) расчет и планирование коежного фонда (за счет перепрофилирования либо открытия новых зданий модульного типа) для отделений реабилитации многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, перепрофилирование коек в соответствии с имеющимися потребностями в центрах реабилитации на базе больниц восстановительного лечения, оказывающих реабилитационную помощь на II этапе реабилитации по трем профилям, маршрутизации пациентов.

Исходя из численности взрослого населения, наличия коек круглосуточного стационара в больницах на прикрепленных территориях по профилям, планируется организация отделений реабилитации на базе многопрофильных больниц в межмуниципальных центрах по модульному принципу, предусматривающему возможность оказания в них как амбулаторной, так и стационарной помощи.

На втором этапе медицинской реабилитации помощи детям будет оказываться на реабилитационных койках областных детских лечебных учреждений и межмуниципальных медицинских центров.

В 2013 году планируется открытие 8 кабинетов мониторинга состояния здоровья и развития детей первого года жизни из групп перинатального риска, в том числе детей с экстремально низкой массой тела, низкой массой тела и недоношенных детей по сформированной хронической и инвалидизирующей патологии.

Глава 3. Структурные преобразования системы оказания медицинской помощи матерям и детям в Свердловской области

Структурные преобразования системы оказания медицинской помощи матерям и детям в Свердловской области включают следующие направления:

- 1) совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи на основе развития сети перинатальных центров и маршрутизации беременных.

Потребность дальнейшего снижения показателей материнской и перинатальной смертности определяет необходимость перенес в службу родовспоможения Свердловской области, в том числе и в реструктуризации учреждений родовспоможения, коежного фонда. На территории области выделено 1 уровень (52,5 процента), количество родов в которых не превышало 500 в год. Затем с учетом малого количества родов и близости расположения ближайшего родильного учреждения в сети родовспоможительных учреждений Свердловской области было закрыто три родильных дома с перераспределением потока рожениц на соседние учреждения родовспоможения, что способствовало оптимизации работы последних. В 2012 году была проведена работа по оптимизации использования коежного фонда: пересмотрены нормативы среднего койко-дня в акушерских стационарах, так, например, при физиологических родах — от 2 до 4 дней, а часть госпитализации переведена на стационарамежцеховые технологии. В 2013—2015 годах будет продолжена работа, направленная на дальнейшую оптимизацию уровней реорганизации сети родовспоможительных учреждений.

В 2013 и последующие годы будет продолжено совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения детской и неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий, развитие специализированной помощи детей, разработка и внедрение в педиатрическую практику инновационных достижений.

Особенностью мероприятий ближайших лет в сфере акушерства и педиатрии будет применение комплексного подхода к решению актуальных проблем материнства и детства, который будет заключаться не только в строительстве (реконструкции) учреждений или закупках оборудования, но и во включении новых учреждений и технологических процессов в трехуровневую, эффективную и логичную сеть, которая обеспечит высокую как клиническую, так и экономическую эффективность. По-прежнему будут внедрены семейно-ориентированные технологии в службе охраны здоровья матери и ребенка. В 2013 году будет внедрено программное обеспечение «Сложной мониторинг ведения беременных», который позволит контролировать выполнение стандарта ведения беременных на амбулаторном этапе; способствует совершенствованию порядка маршрутизации беременных групп риска; позволит оценивать исходы беременности в реальном режиме времени; осуществлять контроль качества оказания помощи новорожденным.

Детальность перинатальных центров уже сегодня позволяет обеспечить условия для полноценной маршрутизации беременных и новорожденных. При этом индикаторами эффективности всей системы, помимо снижения показателей материнской и младенческой смертности, является концентрация преждевременных родов и беременных высокого риска в соответствии с уровнями оказания помощи. Приоритетным направлением является развитие амбулаторных технологий в службе родовспоможения.

Внедряются современные технологии безопасного аборта в амбулаторном звене с реструктуризацией коежного фонда для абортов; во II квартале 2013 года запланировано открытие кабинетов бесполого брака на базе муниципальных центров; открытие отделения репродуктивных технологий на базе ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» мощностью до 1 000 процедур в год;

2) развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи.

Показатели, определяющие состояние здоровья детского населения в Свердловской области, в течение последних лет свидетельствуют о наметившихся позитивных тенденциях.

Детям оказывается стационарная медицинская помощь, в том числе специализированная, в 2 областных детских клинических больницах, в 16 детских городских больницах, в 2 детских поликлиниках при детских больницах, в дневных стационарах на койках при больничных и амбулаторно-поликлинических учреждениях. Работают 7 межмуниципальных детских центров по разным профилям оказания помощи детям.

В 2013—2015 годах планируется сокращение числа госпитализаций детей: госпитализация должна быть обоснована, стационарное звено не может заменить собой амбулаторно-поликлиническое.

Одним из важнейших направлений развития детской медицины является более широкое внедрение стационарамежцеховых технологий как на уровне амбулаторно-поликлинических, так и стационарных учреждений, оказывающих медицинскую помощь детям.

Активно развиваются специализированные учреждения и центры для детей (центр детской кардиохирургии в ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», центр детской травматологии и ортопедии в муниципальном бюджетном учреждении «Детская городская клиническая больница № 9», центр дородовой диагностики, неонатального скрининга и медицинской генетики в ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка», центр детской онкогематологии в ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1»). Материально-техническая база ряда действующих учреждений детства за период реализации программы модернизации здравоохранения Свердловской области претерпела существенные позитивные изменения. Эти направления программы достигли свою реализацию в 2013—2015 годах.

Существует еще ряд нерешенных вопросов. Так, влияние на качество и доступность специализированной медицинской помощи детям оказывает тот факт, что во многих муниципальных образовательных медицинских учреждениях по ряду профилей оказывается в стационарах для взрослых пациентов (например, детские хирургические койки в структуре взрослых коек), что не позволяет в полной мере обеспечить качественную медицинскую помощь.

За счет повышения качества медицинской помощи детям станет развитие в Свердловской области многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учетом потребностей в конкретных видах медицинской помощи.

В рамках региональной программы модернизации здравоохранения Свердловской области был реализован целый комплекс мер, направленных на повышение доступности специализированных видов медицинской помощи детям. Однако решить все проблемы реструктуризации педиатрического коежного фонда, улучшения материально-технической базы педиатрических лечебных учреждений, обеспечения высококвалифицированными кадрами еще до конца не удалось и предстоит решить в ближайшие время.

С 2015 года предусматривается включение высокотехнологичной медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования. Одним из условий такого включения является развитие возможности оказания высокотехнологичной медицинской помощи детскому населению. Областные учреждения 3 уровня (ГБУЗ

СО «Областная детская клиническая больница № 1», ГБУЗ СО «Детская клиническая больница восстановительного лечения Научно-практический центр «Боном», муниципальное автономное учреждение «Городская клиническая больница № 9») готовы к оказанию такой помощи по многим направлениям: онкогематологии, ортопедии, неонатологии, неонатальная и детская хирургия, челюстно-лицевая хирургия, офтальмология (ретинопатия недоношенных), слухопротезирование, кардиохирургия, ревматология, комбустиология и другие.

До настоящего времени сохраняется высокая потребность в развитии большинства видов специализированной помощи для детей: не в полной мере обеспечены качественной медицинской помощью дети с онкологическими заболеваниями, не создана система оказания медицинской помощи детям с аутоиммунными заболеваниями и заболеваниями иммунного генеза, малодоступной остается нейрохирургическая и травматолого-ортопедическая помощь детям, требуется серьезная модернизация психиатрической, наркологической и фтизиатрической помощи. Все это требует дальнейшего развития этих направлений: укрепление материально-технической базы имеющихся учреждений, строительство новых учреждений, доступность помощи, обеспечение кадрами.

Проводимые мероприятия позволят оказывать качественную, доступную медицинскую помощь детям, что найдет отражение и в интегральных показателях Свердловской области — уровне младенческой, детской, перинатальной и материнской смертности. Кроме того, ставится задача и по снижению заболеваемости и количества детей-инвалидов, улучшению качества их жизни, распространению профилактических технологий, формирование здорового образа жизни и другие задачи;

3) развитие организационных технологий, предусматривающих четкую маршрутизацию больных детей в тесной привязке к действующей сети медицинских организаций с учетом особенностей Свердловской области по заболеваемости и смертности детского населения.

Для выполнения целей и задач, поставленных государством для региональных медицинских организаций, играющих координирующую роль в развитии и организации специализированной медицинской помощи детям, необходимо улучшение состояния их материально-технической базы с позиции создания условий для разработки инновационных технологий в педиатрии.

Таким образом, развитие специализированной медицинской помощи детям включает строительство ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка», совершенствование онкологической, травматологической, кардиохирургической, офтальмологической помощи детям, улучшение материально-технической базы региональных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, помощь детям, а также совершенствование кадрового потенциала учреждений педиатрического профиля, внедрение современных организационных технологий оказания медицинской помощи детям, внедрение в педиатрическую практику современных научных достижений.

Реализация данного направления позволит достичь прогнозируемых показателей младенческой смертности, смертности детей в возрасте до 17 лет включительно, снижения уровня госпитализации детей и больницы детальности, а также снижения показателя первичного выхода на инвалидность среди детей.

Глава 4. Структурные преобразования системы паллиативной медицинской помощи населению Свердловской области

Новый вид медицинской помощи — паллиативная помощь. В Свердловской области организовано отделение паллиативной помощи в ГБУЗ СО «Свердловской областной онкологической диспансер» (на 25 коек), территориально расположенное в городе Верх-Нейвинске. В отделение госпитализируются пациенты из всех муниципальных образований в Свердловской области.

На базе ГБУЗ СО «Свердловской областной онкологической диспансер» работает выездная служба паллиативной помощи, которая в среднем 3 врачевских бригад обслуживает онкологических больных в терминальной стадии заболевания, проживающих на территории города Екатеринбург. В ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1» организовано отделение выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями. Выезды осуществляются по городу Екатеринбург.

Кроме того, койки паллиативной медицинской помощи развернуты в лечебно-профилактических учреждениях нескольких муниципальных образований в Свердловской области.

В ближайшие годы планируется продолжить формирование системы паллиативной помощи в соответствии с Порядком оказания паллиативной помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе увеличить число коек паллиативной помощи, открыть кабинеты паллиативной помощи в лечебно-профилактических учреждениях муниципальных образований в Свердловской области, организовать выездную службу паллиативной помощи в крупных городах области, в том числе в городах Нижний Тагил и Каменск-Уральский.

Глава 5. Структурные преобразования системы оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи

Основные проблемы скорой помощи в Свердловской области — длительное время доезда машины скорой помощи до пациента, что связано со значительной площадью территории и низкой плотностью проживания населения, а также выполнение бригадами скорой медицинской помощи несвойственных функций оказания неотложной помощи, что особенно характерно для сельских территорий с низкой доступностью амбулаторной помощи.

Задача сокращения времени доезда будет решаться путем создания единых центров управления службами скорой помощи на основе современных информационных технологий. В 2012 году для решения проблем организации оказания скорой медицинской помощи всей территории Свердловской области заключены за 11 крупными станциями скорой медицинской помощи, для внедрения единых подходов к оказанию скорой медицинской помощи в ряде созданы организационно-методические отделы. Планируется, что эти станции будут играть роль межмуниципальных центров по оказанию скорой медицинской помощи.

Задача единого центра управления и мониторинга местонахождения автотранспорта решена сегодня в городе Екатеринбурге, где движение более 100 машин скорой медицинской помощи координируется из единого диспетчерского центра. В 2012 году на всех станциях и отделениях скорой медицинской помощи Свердловской области установлен программный комплекс автоматизации диспетчерской службы скорой медицинской помощи. В 2012 году 495 автомобилей скорой медицинской помощи оснащены системой спутниковой навигации «ГЛОНАСС». В 2013 году планируется сопряжение указанных программ, что позволит организовать управление скорой медицинской помощью из 11 диспетчерских центров, а при необходимости централизовать управление в ГБУЗ СО «Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области», где установлен центральный сервер.

Успешное решение проблем скорой медицинской помощи возможно только в тесной увязке с совершенствованием работы амбулаторно-поликлинической помощи. В 2013 году будут организованы 34 кабинета неотложной медицинской помощи на базе бригад скорой медицинской помощи. В последующие годы будет продолжена работа по переводу неэффективно работающих бригад скорой медицинской помощи в кабинеты неотложной помощи.

Совершенствование подходов к управлению скорой медицинской помощью на основе современных информационных систем, а также избавление от несвойственных функций оказания неотложной помощи позволит к 2018 году увеличить долю выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут до 90 процентов.

Раздел 3. Характеристика основных параметров Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов

Глава 1. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов (далее — Территориальная программа) утверждена постановлением Правительства Свердловской области от 21.12.2012 г. № 1485-ПП.

Территориальная программа сформирована в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 г. № 1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

Установленные в Территориальной программе объемы медицинской помощи для населения Свердловской области сформированы исходя из нормативов, рекомендованных Российской Федерацией на 2013—2015 годы, скорректированных в соответствии с возрастной структурой населения Свердловской области, уровнем заболеваемости населения и уровнем потребления медицинской помощи (таблица 5). Объемы медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования рассчитаны на численность застрахованного населения в Свердловской области.

Установленный территориальной программой объем медицинской помощи в расчете на 1 жителя

Виды медицинской помощи	Единицы измерения	Объемы медицинской помощи на 1 жителя в год				
		Федеральный норматив	План 2013 год	План 2014 год	План 2015 год	План 2016 год
Скорая медицинская помощь, всего	количество выездов на 1 человека в год	0,318	0,317	0,322	0,318	0,318
в том числе по программе обязательного медицинского страхования (далее — ОМС)	количество выездов на 1 человека в год	0	0,289	0,298	0,298	0,298
Амбулаторная помощь, всего	количество посещений на 1 человека в год	9,6	9,49	9,6	9,8	9,9
в том числе по программе ОМС	количество посещений на 1 человека в год	8,6	8,5	8,6	8,7	8,9
Стационарная помощь, всего	уровень госпитализации на 100 человек населения	18,9	20,4	19,3	18,8	18,4
в том числе по программе ОМС	количество койко-дней на 1 человека в год	2,558	2,588	2,429	2,328	2,256

в том числе по программе ОМС	уровень госпитализации на 100 человек населения	16,9	17,7	16,9	16,3	15,9
количество койко-дней на 1 человека в год	количество пациентов-дней на 1 человека в год	1,74	1,89	1,757	1,660	1,590
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров, всего	количество пациентов-дней на 1 человека в год	0,63	0,573	0,652	0,661	0,702
в том числе по программе ОМС	количество пациентов-дней на 1 человека в год	0,52	0,481	0,542	0,550	0,59
Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях, всего	количество койко-дней на 1 человека в год	0,077	0,023	0,024	0,025	0,044

Глава 2. Характеристика основных показателей обеспеченности населения медицинской помощью по условиям предоставления

1. Для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, установлен средний норматив объема — 0,322 выезда на 1 жителя (на 2012 год объем скорой помощи составил 0,317 выезда на 1 жителя). Увеличение объемов выездов предусмотрено за счет приведения количества круглосуточных бригад скорой медицинской помощи к требованиям порядка и стандартов оказания медицинской помощи, что по ряду территорий потребовало увеличения количества бригад и количества планируемых выездов с целью сокращения времени доезда бригады до больного и повышения доступности и своевременности оказания скорой медицинской помощи, в том числе и в областном центре — городе Екатеринбурге.

С 2013 года оказание скорой медицинской помощи согласно федеральному законодательству включено в программу обязательного медицинского страхования (до 2013 года оказание скорой медицинской помощи осуществлялось только за счет средств областного бюджета). Таким образом, за счет средств областного бюджета будет продолжено финансирование скорой специализированной медицинской помощи, включая санитарно-авиационную эвакуацию, а также будет осуществляться финансирование скорой медицинской помощи, оказываемой психиатрическими бригадами, и скорой помощи лицам, незастрахованным либо неидентифицированным в системе обязательного медицинского страхования. Кроме того, нагрузка на скорую помощь увеличится в связи с работой межмуниципальных центров по приему направленной маршрутизации пациентов, в связи с чем увеличатся объемы медицинской эвакуации.

В 2014 и 2015 годах предусмотрено снижение объемов скорой медицинской помощи до норматива за счет открытия во всех медицинских организациях, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, кабинетов неотложной медицинской помощи, что позволит снизить нагрузку на скорую медицинскую помощь в дневное время. Кроме того, в 2013 году в объеме по скорой медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования не включены объемы, оказываемые отделениями скорой помощи в трех федеральных медико-санитарных частях, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству и обслуживающих население в закрытых административно-территориальных образованиях Свердловской области. Порядок передачи финансовых средств в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области на оказание скорой помощи в закрытых административно-территориальных образованиях на 2013 год не регламентирован. К 2014 году может быть решен вопрос включения объемов скорой помощи, оказываемой в учреждениях, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству, в территориальные программы, в связи с чем объемы скорой помощи по Свердловской области на 2014 и 2015 годы предусмотрены на уровне федерального норматива.

2. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью, установлен средний норматив объема — 2,52 посещения на 1 жителя, в том числе по программе обязательного медицинского страхования — 2,04 посещения на 1 жителя, что соответствует рекомендованному федеральному нормативу. В 2014 и 2015 годах предусмотрен рост объема профилактической помощи за счет проведения диспансеризации и профилактических осмотров населения, профилактических мероприятий, проводимых в школьно-дошкольных образовательных учреждениях.

Для амбулаторной помощи, оказываемой в связи с заболеванием, на 2013 год предусмотрено 2,3 обращения, в том числе по программе обязательного медицинского страхования — 1,9 обращения на 1 жителя, согласно рекомендованному федеральному нормативу. На 2014 и 2015 годы запланировано снижение числа обращений по поводу заболеваний до 2,2 обращения на 1 жителя, с учетом роста объема профилактики, что закономерно должно привести к снижению числа обращений по поводу острых заболеваний и обострений хронических заболеваний, предотвращения возникновения которых возможно с помощью профилактических мероприятий.

В связи с совместным открытием с 2014 года кабинетов неотложной помощи посещения, выполненные по поводу неотложных состояний, будут включаться в раздел амбулаторной помощи, оказываемой в неотложной форме, что также приведет к снижению числа обращений по поводу заболеваний, так как в настоящее время неотложная помощь оказывается поликлиникам, учитывается в общем числе посещения, выполненных по поводу заболеваний.

По амбулаторной помощи, оказываемой в неотложной форме, на 2013 год предусмотрено 0,033 посещения на 1 жителя, так как с 2013 года планируется открытие в 23 медицинских учреждениях кабинетов неотложной медицинской помощи. С 2014 года и на 2015 год объем неотложной помощи предусмотрен в объеме федерального норматива — 0,46 и 0,6 посещения на 1 жителя в связи с планируемой организацией кабинетов неотложной помощи во всех медицинских учреждениях, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь.

В целом объем медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включая профилактическую помощь и посещения по поводу заболеваний, на 2013 год составил 9,6 посещения на 1 жителя, по программе обязательного медицинского страхования — 8,6 посещения, что соответствует нормативам, рекомендованным в Программе государственных гарантий Российской Федерации. В сравнении с планом на 2012 год объемы амбулаторной помощи на 1 жителя увеличились на 1,5 процента, в том числе по программе обязательного медицинского страхования на 1,4 процента. В целом рост объемов амбулаторной помощи обусловлен увеличением объемов профилактической помощи и объемов неотложной помощи.

3. Для медицинской помощи в стационарных условиях установлен средний норматив объема на 2013 год в соответствии с областными нормативами, полученными путем коррекции федеральных нормативов в соответствии с возрастной структурой населения Свердловской области, уровнями заболеваемости и потребления медицинской помощи по профилям.

В сравнении с планом 2012 года объемы госпитализации по программе обязательного медицинского страхования (с 10,7 в 2012 году до 10,4 на 2013 год, с последующим снижением до 10,0 для к 2015 году). Снижение объемов стационарной помощи предусмотрено федеральными нормативами и обусловлено переориентацией объемов в дневные стационары.

4. Для медицинской помощи в условиях дневных стационаров установлен средний норматив объема на 2013 год в объеме 0,652 пациенто-дня на 1 жителя, по программе обязательного медицинского страхования в объеме — 0,542 пациенто-дня на 1 жителя. Установленные объемы медицинской помощи по Свердловской области несколько выше федеральных нормативов за счет коррекции норматива объема в зависимости от возрастной структуры населения Свердловской области, уровней потребления медицинской помощи. На 2014 и 2015 годы объемы медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах, запланированы с ростом до уровня рекомендованных федеральных нормативов.

5. Для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год установлен средний норматив объема на 2013 год — 0,023 койко-дня на 1 жителя с последующим ростом объема к 2015 году до 0,044 койко-дня. Запланированные объемы ниже рекомендованных федеральных нормативов, так как работа по организации отделений паллиативной помощи в связи с отсутствием порядка выезда профилей с 2012 года. С 2013 года планируется активизировать работу по организации отделений паллиативной медицинской помощи с учетом тенденции по сокращению круглосуточной стационарной помощи, интенсификации работы койки, снижению средней длительности пребывания на койке за счет внедрения новых технологий диагностики и лечения, что не позволит обеспечить доступность стационарной медицинской помощи населению старших возрастных групп и инвалидов, страдающих хроническими прогрессирующими заболеваниями и нуждающихся преимущественно в поддерживающем симптоматическом лечении. На первом этапе работы планируется проведение анализа потребности населения в данном виде медицинской помощи и расчет необходимого количества коек. Далее будут определены медицинские учреждения, на базе которых будут организованы отделения (кабинеты) паллиативной медицинской помощи с учетом порядка оказания паллиативной помощи, утвержденного Министерством здравоохранения России.

Таким образом, планируемые структурные преобразования системы здравоохранения, направленные на создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи, отражены и предусмотрены в структуре планируемых объемов медицинской помощи. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов.

Раздел 4. Характеристика основных параметров реализации программы лекарственного обеспечения населения Свердловской области

Для решения задачи обеспечения потребности отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания планируется реализация комплекса мер по совершенствованию правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечения населения необходимыми качественными, эффективными, безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

Реализация федеральных и региональных программ обеспечения населения лекарственными препаратами осуществляется в соответствии с положительными тенденциями в показателях здоровья населения Свердловской области.

Глава 1. Федеральная программа обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами (далее — ОНЛС)

В реализации программы ОНЛС в 2012 году принимали участие 5 122 врача, 1 949 фельдшеров, 172 медицинских и 184 аптечные организации.

Программа финансировалась из федерального бюджета (таблица 6), исходя из численности граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на набор социальных услуг.

Финансирование федеральной программы обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами

Показатель	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год
Финансирование (млн. рублей)	1257,4	1317,4	1360,2	1421,8	1505,8

Для решения задачи обеспечения потребности отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания планируется реализация комплекса мер по совершенствованию правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечения населения необходимыми качественными, эффективными, безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

Реализация федеральных и региональных программ обеспечения населения лекарственными препаратами осуществляется в соответствии с положительными тенденциями в показателях здоровья населения Свердловской области.

Глава 2. Федеральная программа обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами (далее — ОНЛС)

В реализации программы ОНЛС в 2012 году принимали участие 5 122 врача, 1 949 фельдшеров, 172 медицинских и 184 аптечные организации.

Программа финансировалась из федерального бюджета (таблица 6), исходя из численности граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на набор социальных услуг.

Финансирование федеральной программы обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами

Показатель	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год
Финансирование (млн. рублей)	1257,4	1317,4	1360,2	1421,8	1505,8

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 10.11.2011 г. № 1340н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 сентября 2006 г. № 665 «Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» внесены изменения, позволяющие расширить указанный Перечень лекарственных средств.

Показатели реализации федеральной программы обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами

Показатель	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год
Количество льготников, имеющих право на получение государственной социальной помощи, включенных в Федеральный регистр	182 387	166 401	150 153	142 514	139 399
Количество льготников, обратившихся за лекарственной помощью	157 995	133 104	126 096	92 319	91 499
Выпущено рецептов	1 899 488	2 063 532	2 054 584	2 199 031	2 218 847
Обеспечено рецептов (штук)	1 794 621	2 057 357	2 054 076	2 197 135	2 218 862
Обеспечено рецептов на сумму (млн. руб.)	0,85	1,42	1,28	1,60	1,64
Количество рецептов на 1 льготника	11	15	16	24	24
Сумма на 1 льготника (рублей)	5 401	10 633	10 143	17 353	17 880
Средняя стоимость 1 рецепта (рублей)	475,45	687,90	622,66	729,13	737,58

Количество льготников, сохранивших право на получение государственной социальной помощи, в части лекарственного обеспечения с каждым годом снижается, в то же время сумма на одного льготника увеличивается, это говорит о том, что в программе остаются категории граждан, имеющие заболевания, требующие дорогостоящего лечения.

Основные показатели федеральной программы в 2012 году остались на уровне 2011 года, что говорит о ее стабильной работе.