

(Продолжение. Начало на 1 – 17-й стр.)

с федеральными порядками оказания медицинской помощи, на третьем — консультативно-диагностическая специализированная помощь, которая организована в областных консультативно-диагностических поликлиниках и центрах.

Сеть учреждений специализированной медицинской помощи. Оптимизация структуры сети и коежного фонда

Сеть учреждений, предоставляющих специализированную медицинскую помощь в Свердловской области, представлена 119 больничными организациями и 7 диспансерами с коежным фондом. На базе многопрофильных ЦГБ и ЦРБ в 10 муниципальных образованиях в Свердловской области организованы и работают 25 ММЦ по оказанию специализированной медицинской помощи по 10 профилям, в трех ММЦ предоставляется высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Кроме того, специализированная медицинская помощь предоставляется на базе 12 многопрофильных больниц города Екатеринбурга по принципу направленной маршрутизации пациентов из разных районов города. Также на базе муниципальных многопрофильных больниц города Екатеринбурга предоставляется специализированная медицинская помощь по ряду стационарных профилей для жителей других муниципальных образований в Свердловской области (городской перинатальный центр МБУ «Детская городская больница № 10», центр хирургии кисти на базе МБУ «Центральная городская больница № 24», центр глазной травмы на базе МБУ «Центральная городская клиническая больница № 23», центр клебачевых инфекций на базе ООО «Новая больница», центры по медицинской помощи детям на базе МАУ «Детская городская клиническая больница № 9», межтерриториальный нейрохирургический центр, ожоговый центр на базе МАУ «Городская клиническая больница № 40»).

Свердловская область имеет отличительные географические особенности в сравнении с другими субъектами Российской Федерации. По численности населения Свердловская область занимает 5 место в России, по площади — 17 место из 83 субъектов Российской Федерации, протяженность области — 560 км на 660 км, плотность населения — 21,6 человека на квадратный километр. Муниципальные образования, расположенные на территории Свердловской области, неоднородны по уровню экономического развития и уровню социальной инфраструктуры, численности проживающего населения. Соответственно, имеются существенные диспропорции между муниципальными образованиями по уровню материально-технической и кадровой оснащенности здравоохранения, по объему и качеству оказываемой медицинской помощи, учреждения зачастую содержат избыточную коежную сеть, что обуславливает неравномерную доступность и качество медицинской помощи для жителей различных муниципальных образований в Свердловской области.

В 2011 году Министерством здравоохранения Свердловской области принято решение об организации межмуниципальных медицинских центров в 10 городах 5 управленческих округов (города Красноуральск, Серов, Нижний Тагил, Каменск-Уральский, Абстест, Первоуральск, Ревада, Красноуральск, Ирбит и Алапаевск). На базе учреждений здравоохранения были созданы 25 ММЦ в следующих муниципальных образованиях в Свердловской области: муниципальное образование город Алапаевск — 1 ММЦ; Абстестовский городской округ — 2 ММЦ; муниципальное образование город Ирбит — 1 ММЦ; муниципальное образование «Город Каменск-Уральский» — 4 ММЦ; городской округ Красноуральск — 1 ММЦ; город Нижний Тагил — 7 ММЦ; городской округ Красноуральск — 3 ММЦ; городской округ Первоуральск — 4 ММЦ; городской округ Ревада — 1 ММЦ; Серовский городской округ — 1 ММЦ. За ММЦ были закреплены практически все муниципальные образования в Свердловской области (таблица 30). На базе многопрофильных центральных городских больниц города Екатеринбурга Управлением здравоохранения Администрации города Екатеринбурга организованы городские центры оказания специализированной медицинской помощи по профилям, принимающие больных из разных районов города.

Таблица 30

Территориальное закрепление населения и зоны обслуживания межмуниципальных медицинских центров

№ п/п	Наименование ММЦ	Профиль медицинской помощи	Территория Свердловской области, закрепленная за ММЦ	Численность населения (тыс. человек)
1	ГБУЗ СО «Алапаевская центральная городская больница»	терапия кардиология неврология хирургия травматология урология	Муниципальное образование город Алапаевск Муниципальное образование Алапаевское Малоязовское муниципальное образование Артемовский городской округ Режевской городской округ Всего	48,1 7,8 59,0 49,0 192,4
2	ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Абстест»	терапия кардиология неврология гастроэнтерология детская хирургия травматология урология акушерство гинекология	Абстестовский городской округ Малышевский городской округ Велюровский городской округ детская хирургия городской округ Сухой Дол Камышевский городской округ городской округ Заречный Всего	72,4 11,7 35,7 17,7 50,2 56,5 30,4 274,6
3	ГБУЗ СО «Детская городская больница города Абстест»	неонатология педиатрия	Абстестовский городской округ Всего	4 5
4	ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница»	терапия кардиология неврология гинекология акушерство неонатология педиатрия хирургия травматология урология гинекология	Муниципальное образование город Ирбит Ирбитское муниципальное образование Табаринский муниципальный район Тавдинский городской округ Туринский городской округ Слобод-Туринский муниципальный район Талицкий городской округ Байдуковский сельское поселение Пугачевский городской округ Пышминский городской округ Всего	41,3 31,8 4,1 46,2 29,2 15,8 51,5 17,8 24,4 21,8 283,9
5	ГБУЗ СО «Городская больница № 3 город Каменск-Уральский»	терапия неврология кардиология гастроэнтерология эндокринология	Муниципальное образование «Город Каменск-Уральский» Каменский городской округ городской округ Богданович Всего	180,5 30,3 49,8 260,6
6	ГБУЗ СО «Городская больница № 7 город Каменск-Уральский»	неонатология педиатрия акушерство	Каменский городской округ Всего	4 5
7	МБУ «Городская больница № 2»	хирургия травматология урология гинекология	Муниципальное образование город Ирбит Ирбитское муниципальное образование Табаринский муниципальный район Тавдинский городской округ Туринский городской округ Слобод-Туринский муниципальный район Талицкий городской округ Байдуковский сельское поселение Пугачевский городской округ Пышминский городской округ Всего	41,3 31,8 4,1 46,2 29,2 15,8 51,5 17,8 24,4 21,8 283,9
8	МБУ «Городская больница № 5»	офтальмология отоларингология детская хирургия травматология гинекология	Муниципальное образование город Ирбит Ирбитское муниципальное образование Табаринский муниципальный район Тавдинский городской округ Туринский городской округ Слобод-Туринский муниципальный район Талицкий городской округ Байдуковский сельское поселение Пугачевский городской округ Пышминский городской округ Всего	41,3 31,8 4,1 46,2 29,2 15,8 51,5 17,8 24,4 21,8 283,9
9	ГБУЗ СО «Красноуральская центральная районная больница»	терапия кардиология неврология гастроэнтерология хирургия травматология урология	городской округ Красноуральск, муниципальное образование Красноуральское Аргунинский городской округ Ачинский городской округ Всего	71,8 31,2 17,4 120,4
10	ГБУЗ СО «Демидовская центральная городская больница»	неврология хирургия урология пульмонология гастроэнтерология эндокринология неонатология акушерство гинекология нефрология	город Нижний Тагил городской округ Верхний Тагил городской округ Нижняя Салда Невьянский городской округ Кировградский городской округ Верхнесалдинский городской округ Всего	365,0 13,5 17,9 42,7 27,6 49,4 34,9
11	МБУ «Городская инфекционная больница»	инфекция пульмонология	Горноуральский городской округ городской округ Верх-Нейвинский	5,1 43,6
12	ГБУЗ СО «Центральная городская больница № 4 город Нижний Тагил»	кардиология кардиохирургия	Камышевский городской округ Нижнетуринский городской округ	27,9 9,5
13	МБУ «Центральная городская больница № 1»	травматология и ортопедия хирургия нейрохирургия неврология	Городской округ Верхняя Тура городской округ Красноуральск	25,5
14	МБУ «Детская городская больница № 1»	детская неврология гастроэнтерология	Кушвинский городской округ городской округ ЗАТО Сно-Воскресенский	40,7 8,02
15	МБУ «Детская городская больница № 2»	педиатрия патология раннего возраста детская неврология	бюджетный Всего	711,5
16	МБУ «Детская городская больница № 3»	детская хирургия детская отоларингология	бюджетный Всего	711,5

17	ГБУЗ СО «Красноуральская городская больница № 1»	терапия кардиология неврология ревматология гастроэнтерология хирургия травматология урология нефрология эндокринология офтальмология акушерство неонатология гинекология	городской округ Красноуральск городской округ Пельым Индальский городской округ Севрюжский городской округ Карпинский городской округ Волчанский городской округ Серовский городской округ Сосновский городской округ Гаринский городской округ Новолинский городской округ Всего	67,2 4,3 25,3 50,2 31,2 10,1 106,7 16,1 7 23,2 17,7 359
18	ГБУЗ СО «Красноуральская детская городская больница»	неонатология детская хирургия педиатрия неврология инфекция	городской округ Верхотурский Всего	17,7 359
19	ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Первоуральск»	кардиология терапия неврология пульмонология гастроэнтерология эндокринология хирургия акушерство гинекология неонатология	городской округ Первоуральск Шалинский городской округ городской округ Староуральск городской округ Ревада Нижнесергеевский муниципальный район Михайловское муниципальное образование Всего	159,1 21,6 3,1 63,2 44,2 10,5 16 133,9
20	МУ «Городская больница № 4»	неврология отоларингология	городской округ Детяжск Муниципальное образование Красноуральское и городской округ Красноуральск	16,5 71,8
21	МУ «Детская городская больница»	неонатология детская хирургия педиатрия детская инфекция офтальмология	Артвинский городской округ Ачинский городской округ Всего	31,2 17,4 438,1
22	МУ «Городская больница № 3»	терапия кардиология неврология хирургия травматология урология гастроэнтерология пульмонология	городской округ Ревада Нижнесергеевский муниципальный район Михайловское муниципальное образование Бисертский городской округ городской округ Детяжск Всего	63,2 44,2 10,5 16 133,9
23	ГБУЗ СО «Ревадская городская больница»	терапия кардиология неврология хирургия травматология урология гастроэнтерология пульмонология	городской округ Ревада Нижнесергеевский муниципальный район Михайловское муниципальное образование Бисертский городской округ городской округ Детяжск Всего	63,2 44,2 10,5 16 133,9
24	ГБУЗ СО «Серовская городская больница № 1»	терапия кардиология неврология хирургия травматология урология гастроэнтерология пульмонология	Серовский городской округ Сосновский городской округ Гаринский городской округ Новолинский городской округ городской округ Верхотурский Всего	106,7 16,1 7 23,2 17,7 170,7

Основной целью организации ММЦ является повышение доступности и качества оказания специализированной медицинской помощи населению Свердловской области. ММЦ и городские медицинские центры выполняют следующие задачи:

- 1) формирование потоков пациентов для соблюдения принципов этапности оказания медицинской помощи;
 - 2) проведение организационно-методической работы с прикрепленными ЛПУ.
- При выборе территорий и лечебных учреждений для работы в качестве ММЦ применялись следующие принципы:
- 1) закрепление за ММЦ территорий муниципальных образований с численностью населения до 250 тыс. человек (исключение составляют ММЦ города Нижний Тагил, за которыми закреплены территории с общей численностью населения 711 тыс. человек);
 - 2) удаленность прикрепленных лечебно-профилактических учреждений от ММЦ не более 150 км;
 - 3) наличие многопрофильного стационара в ЛПУ.

Функции ММЦ возложены на поликлинические и стационарные отделения учреждений здравоохранения, на базе которых развернуты специализированные отделения и организованы консультативные приемы по основным 10 профилям (терапия, кардиология, неврология, хирургия, травматология, урология, акушерство, гинекология, неонатология, педиатрия). Профильность ММЦ определена с учетом объективно сложившейся структуры ЛПУ, имеющегося кадрового потенциала и материально-технического оснащения.

В рамках региональной программы модернизации здравоохранения Свердловской области первичные сосудистые отделения городов Каменск-Уральского, Красноуральска и Ирбита оснащены ангиографическими установками для организации отдельного рентгенодиагностического кабинета и лечения.

В настоящее время все ММЦ и городские медицинские центры оснащены современным диагностическим оборудованием: компьютерными томографами, ультразвуковыми аппаратами с доплеровским датчиком. В структуре специализированных отделений имеются блоки интенсивной терапии для проведения динамического наблюдения за тяжелыми больными, есть реабилитационное оборудование. Хирургические службы центров оснащены лапароскопическим оборудованием, С-дугами, оборудованием для реанимационно-анестезиологических отделений.

С 2011 года в Свердловской области сформирована трехуровневая система оказания перинатальной помощи. Статус межмуниципальных перинатальных центров получили 7 учреждений родовспоможения (ГБУЗ СО «Красноуральский родильный дом», ГБУЗ СО «Демидовская центральная городская больница», ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Первоуральск», ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Абстест», ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница», МБУ «Детская клиническая больница № 10» города Екатеринбурга). Медицинскую помощь пациентам группы высокого риска по перинатальной патологии оказывают областной перинатальный центр ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» и ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Министерства здравоохранения Российской Федерации».

В целях обеспечения доступности оказания амбулаторной медицинской помощи в ММЦ организована электронная запись на консультативный прием, что уменьшило период ожидания плановой консультации специалиста с 14 до 2–5 дней. В течение 2012 года получили консультативную помощь врачей-специалистов (кардиологов, неврологов, травматологов, урологов, акушер-гинекологов, педиатров) более 80 тыс. пациентов.

С целью улучшения качества оказания медицинской помощи больным в ММЦ разработаны порядки оказания медицинской помощи в ММЦ, подготовлены специалисты по современным методам диагностики и лечения (специалисты по компьютерной диагностике, сердечно-сосудистые хирурги, кардиологи, неврологи, реабилитологи), освоены новые технологии лечения по профилям акушерство и гинекология, «кардиология», «неврология», «хирургия».

Перспективы развития ММЦ:

- 1) улучшение взаимодействия всех участников трехуровневой системы оказания медицинской помощи (лечебно-профилактические учреждения, ММЦ и региональные специализированные центры);
- 2) внедрение технологий, в том числе специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, которая оказывалась ранее только в ЛПУ города Екатеринбурга;
- 3) дальнейшее совершенствование материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, на базе которых работают ММЦ (оснащение реанимационными классами «С», реабилитационным оборудованием для стационарного лечения, современным медицинским оборудованием для блоков интенсивной терапии и реанимации, магнитнорезонансными томографами для ММЦ городов Каменск-Уральского, Первоуральска, Красноуральска и Нижний Тагил); оснащение муниципальных медицинских учреждений города Екатеринбурга компьютерными томографами в течение 2013–2014 годов;
- 4) внедрение электронной записи на прием к врачу, использование системы кардиометрии, телемедицинских технологий для обучения кадров и консультирования как стационарных, так и амбулаторных больных;
- 5) повышение укомплектованности ММЦ медицинскими кадрами;
- 6) обеспечение выполнения порядков оказания медицинской помощи;
- 7) организация не менее 2 новых ММЦ на базе ГБУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бордина» по профилям «неврология», «кардиология», «травматология» для оказания специализированной медицинской помощи населению Березовского и Режевского городских округов. Также по согласованию с Федеральным медицинско-биологическим агентством России плани-

руется на базе ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 121» города Нижняя Салда организовать ММЦ по профилям «неврология», «кардиология» для оказания специализированной медицинской помощи населению Верхнесалдинского и Нижнесалдинского городских округов, городского округа ЗАТО Свободный.

В) продолжение совершенствования работы городских центров специализированной медицинской помощи города Екатеринбурга. В Свердловской области проводится работа по объединению маломощных больниц и поликлиник и созданию многопрофильных медицинских центров. Так, в 2012 году завершена работа по объединению медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с социально значимыми заболеваниями, реорганизованы противотуберкулезная служба (сокращено число диспансеров с 10 до 3 с разделением потоков больных и упорядочением коежного фонда), дерматовенерологическая служба (сокращено число диспансеров с 5 до 1 с филиалами), психиатрическая служба (с 13 больниц до 7).

В 2013 году в связи с переходом на преимущественно одноканальное финансирование планируется проведение анализа работы маломощных городских и участковых больниц. В дальнейшем планируется их реорганизация путем присоединения к крупным учреждениям здравоохранения. В результате к 2018 году количество медицинских организаций первого уровня сократится до 163 единиц, или на 26 процентов к уровню 2011 года, количество медицинских организаций второго уровня сократится на 6 единиц и составит 53 организации.

На 01 января 2012 года коежный фонд государственных и муниципальных учреждений Свердловской области составил 35 761 койку. Обеспеченность населения Свердловской области койками круглосуточного пребывания в 2012 году составила 82,8 койки на 10 000 человек населения и сократилась на 4,5 процента в сравнении с 2011 годом. В течение 2010–2012 годов в области сокращено и перепрофилировано 3 400 неэффективных работающих коек. Сокращение коежного фонда в основном осуществлялось за счет уменьшения количества коек в стационарных отделениях ЦРБ и ЦГБ, районных и участковых больниц в связи с открытием дневных стационаров по имеющимся профилям и перереорганизации части больниц, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении и лечении, в дневные стационары. Кроме того, сокращение коежного фонда ЦРБ, ЦГБ и участковых больниц происходило в связи с организацией и развитием сети ММЦ на базе многопрофильных ЦГБ и внедрением системы направленной маршрутизации пациентов, что потребовало сокращения части коежного фонда в больницах территорий, откуда направляются пациенты, и сохранения коежного фонда больниц, на базе которых организованы ММЦ.

Причиной недостаточной загруженности коек муниципальных и областных медицинских учреждений является ежегодное вхождение в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области новых медицинских организаций федеральной, ведомственной и частной формы собственности, оказывающих стационарную медицинскую помощь. Для реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области в федеральных медицинских организациях, работающих на территории Свердловской области, используется 1 365 коек, в ведомственных и частных организациях — 200 коек.

Нормативная потребность в коежном фонде по Свердловской области, рассчитанная в соответствии с рекомендуемыми федеральными нормативами, составляет 36 380 коек, в том числе 24 800 коек для реализации территориальной программы ОМС, 10600 коек для оказания стационарной помощи по социально значимым профилям (фтизиатрия, психиатрия, наркология, венерология), финансируемым за счет средств бюджета, и 980 коек для оказания паллиативной медицинской помощи. Фактическое число коек, работающих в системе ОМС, на конец 2012 года составило 29 133, по бюджетным видам помощи — 7993 койки, коек паллиативной помощи — 329. Таким образом, избыток коежного фонда, работающего в системе ОМС, — 4 300 коек, дефицит коек по социально значимым видам помощи — 3 550 коек, дефицит паллиативных коек — 651. Дефицит коек по фтизиатрии составляет 51 процент от норматива, по дерматовенерологии — 16 процентов, по наркологии — 12 процентов.

Недостаток коек по дерматовенерологии компенсируется достаточно широким внедрением стационарозамещающих технологий в дерматовенерологии.

Проблема дефицита коек фтизиатрического профиля частично 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. Завершение строительства нового комплекса областного противотуберкулезного диспансера в 2013 году частично решит проблему дефицита коек.

В Свердловской области в 2012 году функционировало 2175 туберкулезных коек для взрослых и 300 туберкулезных коек для детей. В областных государственных противотуберкулезных учреждениях здравоохранения развернуто 1835 коек (74,1 процента общей численности), а 290 коек (11,7 процента) — в многопрофильных ГБУЗ. Кроме того, 350 коек (14,1 процента) имеется на базе ФГБУЗ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Для лечения детей развернуто 120 стационарных коек на базе ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», работа койки в 2012 году составила 356,6 дня (2011 год — 354,5); 100 коек на базе ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер № 3», работа койки — 351,5 дня (2011 год — 307,8); 80 койки на базе ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер № 2», работа койки — 346,6 дня (2011 год — 342,7). Сегодня Свердловская область нуждается в дополнительном развертывании 30 коек для лечения впервые выявленного туберкулеза, 30 коек для лечения туберкулеза органов дыхания с наличием множественной лекарственной устойчивостью у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и 60 коек хосписа для такого рода пациентов.

За период 2013–2020 годов планируется увеличить число фтизиатрических коек ориентировочно на 500 единиц за счет введения в эксплуатацию нового здания областного противотуберкулезного диспансера, увеличения коежного фонда противотуберкулезных отделений ЦРБ и ЦГБ.

В 2012 году произошло увеличение числа наркологических коек в связи с открытием 10 коек в ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», 25 реабилитационных коек в ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 10» при сокращении 9 коек в ГБУЗ СО «Верхнесалдинская ЦРБ». Таким образом, коежный фонд наркологической службы Свердловской области в 2012 году составил 741 койку.

В Свердловской области обеспеченность наркологическими койками в 2012 году составила 1,8 койки на 10 тыс. человек населения, что соответствует общероссийскому показателю (по Российской Федерации в 2011 году этот показатель составлял 1,8, по Уральскому федеральному округу — 2,0). Работа койки в 2012 году превысила федеральный показатель (307,1 дня) и средний показатель по УрФО (314,3 дня). Средняя длительность пребывания в наркологическом стационаре приближена к федеральному нормативу (по Российской Федерации — 14,5 дня). Увеличение коежного фонда привело к повышению числа госпитализированных. В 2012 году госпитализированы 18 903 человек (в сравнении с 2011 года эта цифра увеличилась на 1,4 процента). Уровень госпитализации составил 456,8 случаев на 100 тыс. человек населения (по Российской Федерации — 442,24). Имеется проблема неравномерного распределения коек по управленческим округам Свердловской области. Наибольшие проблемы сохраняются в Восточном управленческом округе, где имеется всего 25 наркологических коек.

Существующая наркологическая сеть не в состоянии полностью обеспечить больных необходимой реабилитационной помощью. В области ежегодно из числа лиц, находящихся под наблюдением врача психиатра-нарколога, в среднесрочной и долгосрочной реабилитации нуждаются около 300–350 человек, что требует дополнительного открытия реабилитационных коек. Учитывая норматив (число реабилитационных коек от общего числа наркологических коек должно составлять 10–20 процентов, а также

сроки реабилитации — от 6 месяцев до 1 года), для реабилитации 350 человек необходимо развернуть 165–175 реабилитационных коек. С этой целью активно развивается система медико-социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых посредством открытия реабилитационных центров. Так, с 01 августа 2012 года пациентов принимает реабилитационное наркологическое отделение на 25 коек в структуре ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 10» в городе Карпинске.

В 2013 году начнет работу государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Наркологический реабилитационный центр «Урал без наркотиков» на 60 коек в городе Екатеринбурге, которое на сегодня обеспечивает амбулаторную реабилитацию наркозависимых. В 2014–2016 годах планируется открытие реабилитационных центров для лечения наркозависимых, в том числе несовершеннолетних, в Южном управленческом округе Свердловской области (город Абстест) и Горнозаводском управленческом округе Свердловской области (город Нижний Тагил).

В 2013 году будет утверждена новая редакция порядка оказания наркологической помощи в Свердловской области, где будет отражена и организационно-методическая структура, сеть реабилитационных центров, утверждены план мероприятий по модернизации службы.

В 2013–2014 годах планируется подготовка проекта новой областной целевой программы, в рамках которой в 2015–2017 годах продолжится реализация мероприятий по развитию наркологической службы с расширением профилактического направления и развитием кадрового потенциала службы.

В связи с тем, что планируемые структурные преобразования в системе здравоохранения предусматривают организацию и развитие отделений паллиативной помощи в структуре учреждений здравоохранения, планируется имеющийся избыток коек перепрофилировать в паллиативные койки, которых согласно нормативам необходимо около 980.

Несмотря на поступательное сокращение коек в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, работа койки за 2012 год составила только 318 дней в году, что также свидетельствует об имеющемся избытке стационарных мощностей (таблица 31).

Таблица 31

Показатели использования коежного фонда в Свердловской области

Наименование показателя	2010 год	2011 год	2012 год
Среднегодовая занятость койки (государственные и муниципальные койки)	317,7	318,4	318
Средняя длительность пребывания пациента на койке (все койки по территориальной программе государственных гарантий)	12,7	12,4	12,2

Основная проблема стационарного звена — недостаточная интенсивность работы коежного фонда, несбалансированность структуры коек по профилям. Частично недостаточная интенсивность работы койки обусловлена наличием в области отдаленных, малонаселенных и труднодоступных территорий, преимущественно относящихся к сельской местности. Сеть учреждений здравоохранения этих территорий представлена в основном маломощными участковыми, городскими и центральными районными больницами. В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в таких территориях, планирование количества коек осуществляется с некоторым избытком от нормативного уровня на прикрепленное население, что неизбежно ведет к низкой занятости койки и часто необоснованному госпитализации и отражается на показателях работы койки в целом по области.

При проведении оптимизации стационарной помощи первоочередной задачей ставится не сокращение коек, а решение вопросов рационального распределения коежного фонда между медицинскими организациями по трем уровням оказания медицинской помощи с учетом оптимальной доступности специализированной помощи для населения. Планируется сохранить стационарные отделения в труднодоступных и отдаленных от ММЦ территориях. Сокращение коежного фонда стационарных отделений будет проводиться в случае недостаточной занятости койки в них, наличия в зоне доступности других стационарных отделений с достаточным количеством коек, наличия регулярного транспортного сообщения. Необходимо сбалансировать коежный фонд по профилям с учетом структуры заболеваемости и видов оказываемой медицинской помощи. Избыточный коежный фонд предполагается перепрофилировать в койки паллиативной медицинской помощи, расширить сеть отделений медицинской реабилитации и восстановительного лечения.

Кроме того, предусматривается развитие стационарозамещающих технологий.

В результате проведенных преобразований к 2020 году планируется оптимизировать коежный фонд на 18 процентов от фактического уровня 2012 года. Это позволит повысить работу койки с 318 дней в 2012 году до 328 дней к 2020 году.

Приведение показателей работы коежного фонда к нормативному уровню (330 дней в году) не представляется возможным в связи с наличием в области отдаленных труднодоступных территорий, преимущественно относящихся к сельской местности. Объективная необходимость сохранения стационаров в этих территориях обуславливает 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.

Повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям

Обеспечение своевременного доступа к медицинской помощи на соответствующем уровне для всего населения области, независимо от места проживания — основной итог мероприятий в сфере совершенствования трехуровневой системы оказания помощи матерям и детям.

Решение данной задачи возможно при условии успешного функционирования региональной системы перинатальной помощи. В связи с этим в области произведено разделение учреждений родовспоможения по уровням оказания медицинской помощи.

В учреждения первой группы вошли 27 учреждений здравоохранения, количество родов в которых не превышает 500 в год. В результате оптимизации трехуровневой системы оказания помощи матерям и детям в учреждениях I группы планируется сокращение коек для беременных и рожениц с 247 в 2012 году до 200 в 2020 году, что обеспечит среднегодовую занятость акушерской койки 292 дня в году при средней продолжительности пребывания на койке 3,5–4 дня. Разумное сокращение коек учреждений I группы объясняется отдаленностью этих учреждений родовспоможения от других родильных домов (на 30–100 и более км).

К учреждениям второй группы отнесено 24 учреждения родовспоможения, количество родов в которых составляет от 500 до 1500 в год, в том числе 7 межтерриториальных перинатальных центров. Эти учреждения имеют в своей структуре отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных. К 2020 году в учреждениях II группы планируется увеличение количества родов, из которых до 21 процента будут физиологическими. С целью оптимального использования акушерского коежного фонда, использования принципов маршрутизации возникнет необходимость сокращения числа койки для беременных и рожениц с 810 в 2012 году до 720 в 2020 году. При этом средний срок пребывания на койке составит 6 дней