



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Железнодорожная, 72, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 50-63-53; Факс (845-2) 51-63-00

15.04.14 № 08-03/2632

на № 13-0/10/1-1632 от 08.04.2014

**Министру
здравоохранения
Российской Федерации
В.И. Скворцовой**

Уважаемая Вероника Игоревна!

Во исполнение подпункта «а» пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации от 21 января 2014 года № Пр-242, в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации направляю Вам план осуществления до 2020 года структурных преобразований сети медицинских организаций Саратовской области.

Приложение: на 16 л. в 1 экз.

Сувчичева

Первый заместитель министра

Ж.А. Никулина

План осуществления до 2020 года структурных преобразований сети медицинских организаций Саратовской области

1. Мероприятия по реструктуризации и оптимизации коечного фонда:

1.1. Увеличение числа дней работы койки в году, снижение средней длительности пребывания больного на круглосуточной койке, увеличение оборота койки

В 2011 – 2013 гг. проводились мероприятия по реорганизации коечной мощности с учетом открытия коек дневных стационаров по профилям, увеличения коек социальной направленности для оказания реабилитационных и восстановительных услуг, коечный фонд приближен к федеральным нормативам.

В рамках Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Саратовской области» повышение эффективности использования коечного фонда планируется за счет его реструктуризации с дифференцированным подходом внедрения коек различной интенсивности лечения, внедрения малозатратных технологий и дальнейшего развития стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи населению, перераспределения части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный.

В 2013 году в подведомственных учреждениях было развернуто 18526 круглосуточных коек (в 2012 году – 18965 коек). В результате оптимизации круглосуточного коечного фонда в течение 2013 года реструктурировано 439 коек (2,3 процента).

Основные показатели использования коечного фонда 2013 года в целом соответствуют нормативному уровню. По данным формы отраслевого статистического наблюдения № 47 работа койки составила 330,3 дня, разница с 2012 годом составляет 1,3% (334,6 дня), средний срок пребывания больного на койке несколько снизился с 10,4 в 2012 году до 10,2 в 2013 году (-2 процента), оборот койки на уровне 2012 года – 32.

Стационарзамещающие койки при амбулаторно-поликлинических учреждениях (койки дневного стационара): число койко-мест в дневных стационарах на конец 2013 года составило 2876 (в 2012 году – 3160). Количество пролеченных больных несколько снизилось (на 2,5%) с 139983 до 136488 человек.

За период 2014 – 2018 гг. планируется сократить 596 круглосуточных коек, что составляет 3,2% от общего фонда подведомственных учреждений. В тоже время коечный фонд дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях планируется увеличить на 614 коек с 2876 до 3490, т.е. на 21,4%.

Проведенная оптимизация коечного фонда приведет к повышению эффективности его использования. Показатель работы койки возрастет до 332 дней (на 0,9%), уровень средней длительности пребывания сократится с

12 до 10,1 или на 15,8%. Соответственно оборот коек возрастет до нормативных показателей.

Наименование показателя		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Количество круглосуточных коек в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения	абс.	18526	18460	18350	18180	18050	17930
Число мест дневных стационаров в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь	абс.	2876	2920	2985	3060	3240	3490
Число дней работы койки в году	дней	329,0	330,6	330,8	331,0	331,5	332,0
Средняя длительность лечения больного в стационаре	дней	12,0	10,4	10,3	10,2	10,2	10,1

1.2. Анализ причин необоснованной госпитализации (в целом и по профилям оказания медицинской помощи)

Количество случаев оказания медицинской помощи, по которым страховыми медицинскими организациями в январе-феврале 2014 г. применены и удержаны финансовые санкции к медицинским организациям в связи с необоснованной госпитализацией (по данным ТФОМС области)

Специализация коек	Круглосуточный стационар	Дневной стационар	Всего
Гематологические	1	0	1
Гинекологические	5	2	7
Кардиологические	1	0	1
Неврологические	0	3	3
Нейрохирургические	2	0	2
Патологии беременности	1	2	3
Педиатрические	2	14	16
Реабилитационные	1	0	1
Ревматологические	1	0	1
Сосудистой хирургии	2	0	2
Терапевтические (общие)	2	21	23
Травматологические	2	0	2
Хирургические (общие)	0	2	2
ВСЕ койки	20	44	64

1.3. Мероприятия по недопущению необоснованной госпитализации

Главным рычагом снижения необоснованной госпитализации является контроль за формированием потоков пациентов в соответствии с требованиями территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области в части плановой госпитализации по направлению врачей амбулаторно-поликлинического звена, оказывающего первичную медико-

санитарную помощь, четкое соблюдение маршрутизации пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Особенно актуален данный вопрос для федеральных, ведомственных и частных медицинских организаций, так как в настоящее время имеет место несоблюдение отдельными медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи в части экстренной госпитализации, плановой госпитализации по направлению лечащего врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, отсутствует четкое взаимодействие с муниципальными и государственными медицинскими организациями г. Саратова, в том числе со Станцией скорой медицинской помощи.

Развитие стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи, в первую очередь, дневных стационаров специализированных профилей медицинской помощи, позволит сократить случаи необоснованной госпитализации в круглосуточный стационар.

Дистанционные консультации и передача данных обследования в специализированные центры также позволят сократить необоснованные госпитализации, связанные с необходимостью оценки состояния здоровья пациента и определения тактики дальнейшего лечения.

Меры, направленные на повышение ответственности за состояние здоровья прикрепленного населения со стороны врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь:

- контроль со стороны администрации за оказанием участковой службой плановой помощи населению, включая профилактические мероприятия, за обоснованностью направления лечащим врачом пациента на госпитализацию;

- включение в критерии оценки деятельности врачей первичного звена данного показателя, в том числе соблюдение преемственности в оказании медицинской помощи (амбулаторные условия, дневной стационар, круглосуточный стационар);

- постоянное взаимодействие службы скорой помощи, амбулаторно-поликлинического звена с ежемесячным разбором случаев необоснованной госпитализации, повторной госпитализации.

Запланированы мероприятия по переориентации потока пациентов, направляемых медико-социальной экспертной комиссией, военными комиссариатами и нуждающихся в диагностических исследованиях и консультациях специалистов, с круглосуточного стационара в дневной стационар.

В целях исключения гипердиагностики, допускаемой специалистами скорой медицинской помощи, реализуются мероприятия, направленные на совершенствование профессиональной подготовки сотрудников СМП посредством проведения семинаров, конференций, тренингов с последующей сдачей зачетов.

Контроль за обоснованностью госпитализаций со стороны страховых компаний посредством регулярных проверок. Стимулирование в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования медицинских организаций, в первую очередь, оказывающих медицинскую

помощь в амбулаторных условиях и имеющих минимальный процент необоснованных госпитализаций.

1.4. Развитие стационарзамещающих технологий в медицинских организациях при оказании медицинской помощи

В рамках реализации мероприятий «дорожной карты» проведена реорганизация коечной мощности с учетом открытия коек дневных стационаров по профилям, увеличения коек социальной направленности для оказания реабилитационных и паллиативных услуг, коечный фонд приближен к федеральным нормативам, в то же время дисбаланс территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области сохраняется. Для оказания медицинской помощи в пределах объемов, утвержденных территориальной программой ОМС, развернутый коечный фонд превышает расчетную потребность в круглосуточных койках на 21% (2773 койки). Кроме этого, имеется дисбаланс внутри профилей: избыток коек по профилям кардиология, урология, нейрохирургия, торакальная хирургия, отоларингология, патологии беременных, недостаток онкологических, ревматологических, аллергологических, реабилитационных коек. В рамках структурных преобразований планируется реструктуризация коечного фонда. В первую очередь, организация дневных стационаров для оказания специализированной медицинской помощи в крупных медицинских организациях г. Саратова и г. Энгельса, а также на базе клиник Саратовского государственного медицинского университета. Это позволит провести оптимизацию круглосуточного коечного фонда по отдельным профилям в соответствии с федеральными нормативами.

Одним из перспективных направлений развития стационарзамещающих форм медицинской помощи является совершенствование деятельности центров амбулаторной хирургии. В области функционируют 8 центров. С учетом структуры лечебной сети, имеющихся врачебных кадров, территориальной отдаленности отдельных районов области планируется дальнейшее развитие функционирующих центров путем четкого формирования и распределения потоков больных, внедрения в практику центров малоинвазивных оперативных вмешательств, расширения объема операций на амбулаторном этапе. Реализация указанных мер позволит усовершенствовать диагностику, лечение и реабилитацию хирургических больных в амбулаторных условиях, сократить сроки их временной нетрудоспособности, сократить нагрузку на круглосуточный коечный фонд области, оптимизировать расходы здравоохранения.

Планируется организация единой офтальмологической службы с сокращением части неэффективных коек по профилю «офтальмология» с переводом оказания данного профиля медицинской помощи на третий уровень и расширение современных микрохирургических вмешательств, в том числе высокотехнологичных, в условиях «стационара одного дня». Организация филиала областной офтальмологической больницы в г. Балаково (на базе офтальмологического отделения городской больницы №1) и открытие пункта неотложной офтальмологической помощи. Закрытие офтальмологического отделения в г. Энгельсе с организацией кабинета

неотложной офтальмологической помощи ввиду низкой оперативной активности (менее 20%) и возможности проведения данных вмешательств в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара Областной офтальмологической больницы и Клиники глазных болезней Саратовского государственного медицинского университета.

С учетом дефицита коек по профилю «нефрология» и «ревматология» и значительного профицита коек по «терапии» планируется организация Нефрологического центра на базе ГУЗ «Областная клиническая больница», в том числе включающего дневной стационар (для жителей г. Саратова и г. Энгельса) на 6 коек в 2 смены, а также организация дневного стационара по профилю «ревматология» на базе городской поликлиники №2 г. Саратова, где функционирует городской ревматологический центр, за счет сокращения стационарных объемов медицинской помощи по профилю «терапия» медицинских организаций этих территорий. Данное мероприятие позволит перенаправить пациентов ревматологического профиля из единственного в области круглосуточного стационара в дневной стационар, сократить в среднем на 20% возможность необоснованной госпитализации лиц, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении.

Планируется оптимизация объемов онкологической помощи путем перевода части круглосуточных коек и увеличение объема медицинской помощи в дневных стационарах для химиотерапевтического и радиотерапевтического лечения в онкологических диспансерах с созданием единой онкологической службы, в том числе организация хосписа на базе паллиативного отделения онкологического диспансера в рамках государственно-частного партнерства.

Рассматриваемая передача на региональный уровень Федеральное государственное бюджетное учреждение «Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, позволила бы осуществить реорганизация учреждения путем присоединения к ГУЗ «Областной кардиохирургический центр». Кроме того присоединение 3-х кардиологических отделений, в том числе детского, МУЗ «Городская клиническая больница №2» г. Саратова позволит создать в Саратовской области областной кардиологический диспансер, оказывающий консультативную, диагностическую и лечебную помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

На базе данного учреждения будут организованы сосудистый центр для оказания специализированной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в круглосуточном режиме, а также отделение медицинской реабилитации. Данная реорганизация позволит обеспечить преемственность в оказании кардиологической, рентгенэндоваскулярной и кардиохирургической помощи, объединить и эффективно использовать кадровые и материальные ресурсы, оказать существенное положительное влияние на демографические показатели.

Организация отделений паллиативной помощи в г. Энгельсе, г. Саратове, Балаково, Балашов, на базе Саратовской районной больницы с сокращением коек, неэффективно работающих в системе ОМС по профилям, превышающим федеральный норматив.

В результате оптимизации круглосуточного коечного фонда в рамках программы модернизации здравоохранения Саратовской области на 2011 – 2013 годы реструктурировано 120 педиатрических и 20 инфекционных коек в учреждениях, оказывающих медицинскую помощь детям, первого уровня. Количество коек дневного стационара детских консультаций и поликлиник за 2011 – 2013 годы увеличилось на 65%, открыто дополнительно 138 коек, по данным на 1 января 2014 года число коек дневного стационара составило 350. С целью повышения эффективности использования коечного фонда планируется дальнейшая его реструктуризация с дифференцированным подходом внедрения коек различной интенсивности лечения, дальнейшее развитие стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи детскому населению, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный.

1.5. Развитие службы неотложной медицинской помощи

В 2013 году в результате оптимизации деятельности скорой, скорой специализированной, медицинской помощи обращаемость населения на скорую помощь уменьшилась, и составила 333,5 на 1000 населения, скорая помощь оказана 834974 чел. (в 2012 году – 335,4), утвержденный показатель по территориальной программе государственных гарантий – 322,0 на 1000 населения. По отчетным данным за 2013 год доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента вызова в общем количестве вызовов составила 87,9% (целевой показатель – 84,7%). Несмотря на снижение объем фактически оказываемой скорой медицинской помощи в области выше федерального норматива. Это связано с выполнением службой скорой медицинской помощи несвойственных для нее функций, в первую очередь, по оказанию неотложной помощи пациентам, которые должны обслуживаться на уровне амбулаторно-поликлинического звена. Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предусмотрено снижение объемов скорой медицинской помощи на 0,6% (с 0,321 вызова в год на 1 жителя в 2013 году до 0,318 вызова в 2015 году) и увеличение в 3 раза объемов неотложной медицинской помощи (с 0,12 посещения в год на 1 жителя в 2013 году до 0,367 в 2015 году).

С целью сбалансированности территориальной программы по объемам медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, в рамках программы модернизации здравоохранения Саратовской области в 2012 - 2013 годах организовано 44 пункта неотложной помощи в 19 муниципальных районах и г. Саратове, которые оснащены санитарным транспортом.

С 2014 года неотложная помощь разделена на неотложную помощь, оказываемую в травмпункте медицинской организации, и неотложную помощь, оказываемую в пунктах неотложной помощи (врачебная, доврачебная, в медицинской организации и на дому). Объем по неотложной помощи увеличен на 20,2% и составит 379,74 тыс. посещений (на начало 2014 года - 315,96 тыс. посещений) или 0,152 на 1 застрахованного (на начало 2014 года - 0,126 на 1 застрахованного).

Дальнейшее увеличение объемов неотложной помощи планируется за счет оптимизации работы имеющихся пунктов неотложной помощи, за счет расширения сети кабинетов до 81 (дополнительно 37), а также путем дифференциации объемов оказания неотложной медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника.

Неотложная медицинская помощь детям оказывается 8 педиатрическими пунктами, расположенными на базе детской поликлиники муниципального учреждения здравоохранения «7 городская детская больница» г.Саратова, муниципального учреждения здравоохранения «Детская городская поликлиника № 4» г.Саратова, муниципального учреждения здравоохранения «Детская городская поликлиника № 1» г.Саратова, муниципального учреждения здравоохранения «Детская городская поликлиника № 2» г.Саратова, детского поликлинического отделения муниципального учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 4» г.Энгельса, государственного учреждения здравоохранения «Детская городская поликлиника г.Балаково», детских поликлинических отделений государственного учреждения здравоохранения Саратовской области «Калининская районная больница» и государственного учреждения здравоохранения Саратовской области «Федоровская районная больница».

До 2018 года планируется открытие 4 педиатрических пунктов неотложной помощи в Балашовском, Вольском, Ртищевском, Марксовском муниципальных районах.

1.6. Внедрение новых ресурсосберегающих медицинских технологий по профилям

Саратовская область в течение ряда лет показывает высокий уровень обеспечения высокотехнологичной медицинской помощью. С 2006 по 2013 гг. этот показатель увеличился в 3,5 раза – с 108,2 до 375,7 пациентов на 100 тыс. населения, что на 6,6% выше среднероссийского показателя (352,3).

В 2013 году высокотехнологичная медицинская помощь оказана 9405 жителям области, в том числе 2428 детям (на 15% больше, чем в 2012 году). В федеральных центрах пролечено более 6,6 тыс. человек, в региональных медицинских организациях – более 2,7 тыс. человек.

В 2013 году число государственных учреждений здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь на территории области, увеличилось с 4 до 6, количество профилей – с 6 до 10.

В 2014 году медицина высоких технологий получает свое дальнейшее развитие: в государственных медицинских организациях увеличено количество профилей высокотехнологичных видов медицинской помощи с 10 до 14, включены новые профили «Абдоминальная хирургия», «Акушерство и гинекология», «Урология», «Сердечно-сосудистая хирургия/2». Количество случаев высокотехнологичной медицинской помощи возрастет с 2,7 до 3,7 тысяч случаев, в том числе более 1,8 тысяч случаев будет выполнено за счет средств обязательного медицинского страхования.

В 2015 году планируется увеличить с 6 до 8 число государственных учреждений здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь на территории области. Кроме того, будет увеличено

количество профилей высокотехнологичных видов медицинской помощи с 14 до 16, дополнительно высокотехнологичная медицинская помощь будет оказываться по профилям «Гастроэнтерология» и «Эндокринология».

1.7. Внедрение новых методик лечения, в том числе из списков №1 и №2 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 декабря 2013 года №916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи»

В ГУЗ «Областной кардиохирургический центр» в 2015 году планируется осуществление видов высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Сердечно-сосудистая хирургия» и «Сердечно-сосудистая хирургия/2», предполагающих использование искусственного кровообращения.

По виду 14.00.004 – имплантацию частотно-адаптированного трехкамерного электрокардиостимулятора, хирургическую коррекцию аритмии в условиях ИК, торакоскопическую деструкцию патологических путей проведения.

По виду 14.00.006, помимо вмешательств на аорте и магистральных сосудов в условиях ИК, эндопротезирование аорты с использованием стент-графтов. Данные вмешательства требуют значительных затрат при проведении операций в условиях искусственного кровообращения, использования дорогостоящих расходных материалов и медикаментов в интра- и периоперационном периоде, в связи с чем целесообразно оставить данные виды ВМП на финансировании за счет средств областного и федерального бюджетов. Планируется в 2015 году выполнение гибридных операций, операций на восходящей аорте, эндопротезирование аорты, многоклапанные протезирования, расширение спектра операций у детей 1-го года жизни. В связи с большими затратами следует сохранить бюджетное финансирование данных видов оперативных вмешательств.

В финансирование за счет средств ОМС в 2015 году предлагается перенести виды ВМП по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия», включающие рентгенхирургические эндоваскулярные и хирургические методы лечения, без использования искусственного кровообращения: экстренные и плановые стентирования коронарных артерий, эндоваскулярные деструкции аномальных путей (радиочастотные абляции при тахикардиях), а также имплантацию частотноадаптированного двухкамерного электрокардиостимулятора, стентирование ветвей аорты (кроме установки стент-графтов в аорту), хирургические вмешательства на сонных артериях, рентгенэндохирургическую эндоваскулярную коррекцию пороков сердца (закрытие дефектов при помощи окклюдеров и спиралей), а также хирургическое лечение таких пороков как коарктация аорты и открытый артериальный проток.

В 2015 году в финансирование за счет средств ОМС предлагается перенести виды ВМП по профилю «Педиатрия», в том числе:

- код вида 12.00.001 – поликомпонентное лечение болезни Крона, неспецифического язвенного колита, гликогеновой болезни, фармакорезистентных хронических вирусных гепатитов, аутоиммунного гепатита, цирроза печени с применением химиотерапевтических,

генноинженерных биологических лекарственных препаратов и методов экстракорпоральной детоксикации;

- код вида 12.00.002 – поликомпонентное лечение с применением химиотерапевтических, генно-инженерных биологических лекарственных препаратов, протезно-ортопедической коррекции и экстракорпоральных методов очищения крови тяжелых ревматических заболеваний у детей;

- код вида 12.00.003 – поликомпонентное лечение врожденных аномалий (пороков развития) трахеи, бронхов, легкого с применением химиотерапевтических и генно-инженерных биологических лекарственных препаратов;

- код вида 12.00.004 – поликомпонентное лечение кистозного фиброза (муковисцидоза) с использованием химиотерапевтических, генно-инженерных биологических лекарственных препаратов, включая генетическую диагностику;

- код вида 12.00.006 – поликомпонентное лечение наследственных нефритов, тубулопатий, стероидрезистентного и стероидзависимого нефротических синдромов с применением иммуносупрессивных и/или ренопротективных лекарственных препаратов с морфологическим исследованием почечной ткани (методами световой, электронной микроскопии и иммунофлюоресценции) и дополнительным молекулярно-генетическим исследованием;

- код вида 12.00.008 – Поликомпонентное лечение рассеянного склероза, оптикомиелита Девика, нейродегенеративных нервно-мышечных заболеваний, спастических форм детского церебрального паралича, митохондриальных энцефаломиопатий с применением химиотерапевтических, генно-инженерных биологических лекарственных препаратов, методов экстракорпорального воздействия на кровь и с использованием прикладной кинезотерапии;

- код вида 12.00.009 – комбинированное лечение тяжелых форм преждевременного полового развития (II-V степень по Prader), включая оперативное лечение, блокаду гормональных рецепторов, супрессивную терапию в пульсовом режиме;

- код вида 12.00.010 – поликомпонентное лечение тяжелых форм аутоиммунного и врожденных моногенных форм сахарного диабета с использованием систем суточного мониторирования глюкозы и помповых дозаторов инсулина;

- код вида 12.00.011 – поликомпонентное лечение тяжелой формы бронхиальной астмы и (или) атопического дерматита в сочетании с другими клиническими проявлениями поливалентной аллергии с дифференцированным использованием кортикостероидов (в том числе комбинированных), иммуносупрессивных и иммунобиологических лекарственных препаратов.

По профилю «Онкология» предлагается перевести на финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования комплексную и высокодозную химиотерапию (включая эпигеномную терапию) острых лейкозов, высокозлокачественных лимфом, рецидивов и рефрактерных форм лимфопролиферативных и миелолиферативных заболеваний,

комплексную, высокоинтенсивную и высокодозную химиотерапию (включая лечение таргетными лекарственными препаратами) солидных опухолей, рецидивов и рефрактерных форм солидных опухолей у детей.

С 2015 года возможен перевод на финансирование по ОМС микрохирургических, расширенных, комбинированных и реконструктивно-пластических, органосохраняющих операций по профилям «Абдоминальная хирургия» и «Акушерство и гинекология».

2. Мероприятия, направленные на снижение неэффективных расходов в сфере здравоохранения:

2.1. Внедрение современных финансово-экономических моделей управления

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относится организация оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях субъекта Российской Федерации.

Согласно указанного закона здания, сооружения, оборудование, транспортные средства и другое имущество, используемые органами местного самоуправления в целях охраны здоровья и находящиеся в муниципальной собственности, передаются в собственность соответствующих субъектов Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

С 2012 года в государственную собственность Саратовской области приняты 55 муниципальных учреждений здравоохранения. В 2014 году планируется передать в государственную собственность субъекта муниципальные учреждения здравоохранения муниципального образования «город Саратов» и Энгельского муниципального района.

Уровни управления финансово-экономической моделью сложатся на региональном уровне и уровне медицинской организации.

Финансово-экономическая модель управления основана на:

методике финансового обеспечения деятельности государственных медицинских организаций;

использования в качестве обратной связи статистических методов анализа заработных плат медицинских работников.

Одним из вариантов нормативно-подушевого финансирования учреждений здравоохранения является механизм обязательного медицинского страхования, который обеспечивает решение важнейшей задачи модернизации здравоохранения – достижение баланса между объемами медицинской помощи, рассчитанными в соответствии с нормативами программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, и их финансовым обеспечением.

Планирование деятельности отрасли здравоохранения Саратовской области осуществляется ежегодно при формировании территориальной программы государственных гарантий на основе подушевых нормативов и нормативных затрат на единицу медицинской помощи.

Подушевой норматив финансирования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области рассчитывается на основании программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, устанавливается в расчете на 1 человека в год за счет средств обязательного медицинского страхования и средств консолидированного бюджета области и составляет в 2014 году – 8964,2 рубля на 1 жителя, в 2015 году – 9864,6 рубля на 1 жителя, в 2016 году – 10335,9 рубля на 1 жителя.

В соответствии с действующим законодательством с 1 января 2013 года в области осуществлен переход к преимущественно одноканальной форме финансирования учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, при этом оплата медицинской помощи осуществляется по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг. Оплата за оказанные услуги осуществляется как за законченный случай лечения (стационарная помощь и помощь в условиях дневного стационара), так и по подушевому принципу на прикрепленное население (скорая медицинская помощь и помощь, оказанная на ФАП).

Реализация финансово-экономической модели обеспечивается доведением заданий на оказание государственных услуг на основе перечня таких услуг и единых нормативов их финансового обеспечения.

Приказом министерства здравоохранения области утвержден реестр государственных услуг.

Необходимо разработать методологию расчета единых нормативных затрат на оказание государственных услуг по профилям оказания медицинской помощи.

В результате будет создана единая правовая и методическая база для оказания государственных услуг в увязке с целевыми показателями развития здравоохранения для оценки качества и доступности услуг, предоставляемых населению, оценки эффективности деятельности всех государственных медицинских организаций области.

В Бюджетный кодекс Российской Федерации внесены поправки, обеспечивающие создание законодательной базы для формирования и исполнения бюджетов всех уровней на основе государственных и муниципальных программ.

Программно-целевой метод позволяет сбалансировано обеспечить ресурсами по отраслевому и территориальному планированию, увязать интересы отраслей и разные уровни источников финансирования.

Министерством здравоохранения области разработан и утвержден пятилетний План работы. Основные направления, ключевые события и перечни показателей Плана работы нашли свое отражение в государственной программе Саратовской области «Развитие здравоохранения Саратовской области до 2020 года». Государственная программа координируется по

темпам достижения целевых показателей, срокам реализации и объемам финансирования.

Цели и задачи государственной программы обеспечивают повышение эффективности расходов и переориентацию бюджетных ассигнований на реализацию приоритетных направлений государственной политики в здравоохранении, проведение структурных преобразований, направленных на повышение эффективности деятельности медицинских организаций, достижение результатов, наиболее важные из которых установлены указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года.

2.2. Мероприятия по совершенствованию кадровой политики (оптимизационные мероприятия по численности административно-управленческого аппарата, переход на эффективный контракт медицинского персонала)

В соответствии с постановлением Правительства Саратовской области от 12 апреля 2013 года № 181-П «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Саратовской области», в целях создания условий для повышения эффективности работы административно-управленческого персонала предусмотрено обеспечение дифференциации оплаты труда основного и прочего персонала медицинских организаций, оптимизация расходов на административно-управленческий персонал с учетом предельной доли расходов на оплату их труда в фонде оплаты труда учреждения – не более 40 процентов.

В 2013 – 2015 годах запланировано поэтапное заключение «эффективных контрактов» с работниками медицинских организаций, в которых конкретизированы их должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

На сегодняшний день на «эффективный контракт» переведены 60% работающих сотрудников медицинских организаций области, до конца 2014 года планируется перевод 80% работающих сотрудников, в 2015 году – 100%, далее – ежегодно по мере поступления сотрудников.

2.3. Внедрение дистанционных цифровых телемедицинских технологий

Большие перспективы для повышения доступности медицинской помощи и, особенно, высокоспециализированной, открывает использование телемедицинских технологий, включающих лечебно-диагностические консультации, управленческие, образовательные, научные и просветительские мероприятия в области здравоохранения, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий.

Возможность передачи на большие расстояния сложных медицинских данных, включая статические и подвижные (видеозаписи) изображения, позволяет поставить во всей полноте задачу обеспечения медицинской помощи в условиях, когда пациент и врач-консультант могут находиться на значительном расстоянии. Существует множество ситуаций, в которых это

становится необходимым, в т.ч. на территории Саратовской области с протяженностью с запада на восток – 575 км, с севера на юг – 240 км.

Телемедицина в сочетании с Интернет-технологиями – это принципиально новый (на уровне научно-технической революции) способ решения тех проблем, которые до этого во многом решались системами «медицинской авиации», «выездных бригад» и пр., и позволяет более рационально использовать научный и практический потенциал здравоохранения области.

В рамках программы модернизации здравоохранения Саратовской области в 2012 году в области создано 12 центров телемедицины в 8 муниципальных и 4 государственных учреждениях: ГУЗ «Областной кардиохирургический центр», ГУЗ «Областная клиническая больница», ГУЗ «Перинатальный центр Саратовской области» и ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница». В каждом учреждении осуществлена поставка необходимого оборудования на сумму около 500 тысяч рублей на одно учреждение, монтаж, пуско-наладка и обучение персонала.

В 2013 году оснащены оборудованием и подключены к системе телемедицинских консультаций еще 11 районных больниц. Оборудование состоит из видеотерминала, монитора, документкамеры и соответствующего программного обеспечения.

В результате организации 23 телемедицинских центров появляется возможность для пациентов в районах области без приезда в г. Саратов или в федеральные центры высокотехнологичной медицинской помощи получить консультации на основе исследований, проведенных непосредственно на местах.

Издан организующий приказ министерства здравоохранения Саратовской области от 13 сентября 2013 года №880 «О проведении телемедицинских консультаций в рамках региональной телемедицинской сети области». Во всех учреждениях назначены ответственные за организацию консультаций, разработаны соответствующие регламенты.

С 24 октября текущего года на основании приказа министерства здравоохранения Саратовской области от 21 октября 2013 года №1017 «О ведении мониторинга проведения телемедицинских консультаций в рамках региональной телемедицинской сети области» осуществляется еженедельный мониторинг проведения телеконсультаций.

На территории области сегодня сформированы все технические условия для проведения телеконсультаций из учреждений, в которых установлено оборудование, в т.ч. создана возможность предварительной записи пациентов с размещением необходимого пакета медицинских документов в электронном виде через ресурс «Электронной регистратуры» с использованием защищенной сети передачи данных.

По группам учреждений в зависимости от уровня оказания медицинской помощи, утвержденного приказом министерства здравоохранения Саратовской области от 4 марта 2014 года №176 «Об утверждении трехуровневой системы оказания медицинской помощи в Саратовской области», на территории области на сегодня функционируют

телемедицинские центры на базе 13 учреждений первого уровня, 6 учреждений второго уровня и 4 учреждений первого уровня.

Перечень медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи, использующих телемедицинские технологии	
Первый уровень	
1.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Александрово-Гайская районная больница»
2.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Базарно-Карабулакская районная больница»
3.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Дергачевская районная больница»
4.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Духовницкая районная больница»
5.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Ершовская районная больница»
6.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Калининская районная больница»
7.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Красноармейская районная больница»
8.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Новобурасская районная больница»
9.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Перелюбская районная больница»
10.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Петровская районная больница»
11.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Ртищевская районная больница»
12.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Турковская районная больница»
13.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Хвалынская районная больница имени Бржозовского»
Второй уровень	
1.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Городская больница г. Балаково»
2.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Балашовская районная больница»
3.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Вольская районная больница»
4.	Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Пугачевская районная больница»
5.	Муниципальное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1» (г. Энгельс)
6.	Муниципальное учреждение здравоохранения «1-я Городская клиническая больница им. Ю.Я. Гордеева» комитета здравоохранения администрации муниципального образования «Город Саратов»
Третий уровень	
1.	Государственное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница»
2.	Государственное учреждение здравоохранения «Саратовская областная детская клиническая больница»
3.	Государственное учреждение здравоохранения «Областной кардиохирургический центр» министерства здравоохранения Саратовской области
4.	Государственное учреждение здравоохранения «Перинатальный центр Саратовской области»

Сложившаяся система в настоящее время имеет два уровня – головные центры (4 медицинские организации) и консультационные (19 медицинских

организаций). Из 19 консультационных центров в 2014 году планируется выделить учреждения, выполняющие функции межрайонных центров и оказывающие специализированную медицинскую помощь, в отдельный второй уровень для проведения телеконсультаций пациентов районных больниц: это ГУЗ СО «Городская больница» г. Балаково, МУЗ «Городская больница №1» г. Энгельса, Балашовская, Пугачевская и Вольская районные больницы. Эти учреждения также будут формировать расписание для плановых консультаций в электронной регистратуре. Трехуровневая система телеконсультаций будет работать наиболее эффективно.

С целью полного охвата муниципальных районов области возможностью осуществления телемедицинских консультаций развитие сети телемедицинских центров будет продолжено в рамках подпрограммы «Развитие информатизации в здравоохранении» государственной программы Саратовской области «Развитие здравоохранения Саратовской области до 2020 года».

2.4. Развитие выездных форм организации оказания медицинской помощи

Медицинская помощь сельскому населению области оказывается 37 районными больницами, 23 филиалами 13 районных больниц (бывшие участковые больницы), 69 врачебными амбулаториями и 826 фельдшерско-акушерскими пунктами.

С целью рационального использования финансовых средств и медицинских кадров, учитывая имеющуюся сеть медицинских организаций в муниципальных районах и их укомплектованность медицинскими кадрами, оснащенность медицинским оборудованием, с целью повышения доступности первичной специализированной медицинской помощи для сельского населения планируется объединить маломощные районные больницы с более крупными и организовать их деятельность под единым руководством с организацией служб маршрутизации пациентов.

В целях повышения эффективности здравоохранения и обеспечения доступности медицинской помощи сельскому населению планируется дальнейшее развитие выездных и дистанционных форм оказания медицинской помощи.

В 2013 году 86 мобильными бригадами районных больниц осуществлено 3313 выездов, осмотрено 118304 человека.

Областными медицинскими организациями осуществлен 131 выезд, осмотрено 4660 человек, из них 824 человека направлено на плановое стационарное лечение. Планируется дальнейшее расширение выездных методов работы, для чего в рамках программы модернизации здравоохранения Саратовской области в 2012 году закуплена 91 единица санитарного автотранспорта.

Кроме того, в рамках программы модернизации здравоохранения Саратовской области в 2012 – 2013 годах закуплено 2 мобильных комплекса для диспансеризации сельских жителей. За 2013 год МУЗ «Балашовская ЦРБ» (комплекс введен в эксплуатацию в июне 2013 г.) осуществлено 122 выезда, осмотрено 2825 человек; МУЗ «Энгельсская районная больница» осуществлено 204 выезда, осмотрено 12000 человек.

Сведения о показателях

Показатели*	На 1 января 2014 года	2014 год									
		I квартал		II квартал		III квартал		IV квартал		итого	
		план	факт	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт
Число коек круглосуточного стационара	18526	18559	18559								
Число пролеченных пациентов в круглосуточном стационаре	593142	140707	140707								
Число коек дневного стационара (АПУ/круглосуточного стационара)	3025 (2876/149)	3035 (2886/149)	3035 (2886/149)								
Число выписанных больных из дневного стационара	139485	35814	35814								
Число врачей	7629	X	7629	X		X		X		X	
Число среднего медицинского персонала	16808	X	16808	X		X		X		X	
Число младшего медицинского персонала	8345	X	8345	X		X		X		X	
Количество выездных бригад (мобильных)	86	86	86								
Количество выездов мобильных бригад	3313	579	579								
Количество обслуженных пациентов сотрудниками выездных мобильных бригад	118301	20450	20450								
Количество лиц, прошедших диспансеризацию с помощью мобильных бригад	4135	1100	1135								

* Информация по числу коек, полеченных пациентов и численности медицинского персонала по категориям представлена по подведомственным (государственным и муниципальным) учреждениям.