

Доклад начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности И.В. Долговой: «О предварительных итогах реализации «дорожной карты» «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Алтайском крае»

Край отличается от других территорий разветвленным административно-территориальным делением, высоким удельным весом сельского населения, низкой плотностью расселения в сельских территориях и уровнем заболеваемости практически в 2 раза превышающем заболеваемость по РФ.

В связи с этим, выстраивание уровневой системы оказания медицинской помощи в крае началось в 80-х годах прошлого столетия. Была разработана и реализована в масштабах края система оказания медицинской помощи с алгоритмами оказания медицинской помощи, с маршрутами движения пациентов и регламентом действий медицинских специалистов начиная с ФАПа. На сегодняшний день сформировано 7 медико-географических округов, в которых населению прилегающих сельских районов оказываются основные виды первичной специализированной и специализированной медицинской помощи.

Дальнейшее развитие принципов медико-географического зонирования нашло отражение в концепции 3-х уровневой системы оказания медицинской помощи с приоритетом совершенствования сельского здравоохранения.

В основу реструктуризации сети были положены следующие принципы:

- опережающее развитие амбулаторно-поликлинической помощи, дневных стационаров и общих врачебных практик, преимущественно при врачебных амбулаториях;

- развитие скорой медицинской помощи;

- приближение специализированной медицинской помощи за счет расширения сети и увеличения мощности межмуниципальных специализированных отделений, кабинетов и лабораторий;

Сеть структурных подразделений полностью покрывает сельские территории края. В полутора тысячах населенных пунктов первичная медико-санитарная помощь оказывается 910 фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, 191 врачебной амбулаторией, 5 районными, 39 участковыми и 59 центральными районными больницами.

В период модернизации сеть была не только сохранена, но и качественно преобразована. 26 участковых больниц перешли в статус врачебных амбулаторий с дневными стационарами и общеврачебными практиками. Мощность дневных стационаров, развернутых на базе врачебных амбулаторий в 2 раза превышает мощность сокращенных коек участковых больниц, более половины из которых составляли койки сестринского ухода.

При передаче муниципалитетами полномочий по организации медицинской помощи была выявлена серьезная проблемы не соответствия знаний ФАП санитарным нормам. В рамках программы модернизации была проведен ремонт 67 ФАПов. Но учитывая их большое количество и высокий процент износа зданий по инициати-

ве Губернатора Алтайского края А.Б.Карлина принято решение о строительстве быстровозводимых зданий на основе деревянных конструкций, производство которых в крае уже налажено.

Всего планируется построить 379 модульных ФАПов и 40 амбулаторий.

По результатам социологических опросов, среди изменений, отмеченных за последний год в здравоохранении, населением не остаются не замеченными улучшенные в результате ремонтов условия пребывания.

Доступность первичной специализированной помощи на селе повышается за счет привлечения для консультаций специалистов ведущих учреждений. В соответствии с четко отработанным регламентом направления и управления расписанием работы этих учреждений, больные из сельской местности через врачебно-диспетчерскую службу направляются в специализированные учреждения. Всего через врачебно-диспетчерскую службу в 2013 году было записано свыше 146 тыс. человек.

На постоянной основе работает поезд «Здоровье», в составе которого высококвалифицированные специалисты обеспечивают консультирование сельских пациентов. Кроме приема пациентов проводятся оперативные вмешательства, параклинические обследования. Для этих целей в рамках программы модернизации дополнительно приобретено два мобильных диагностических комплекса и комфортабельные микроавтобусы для доставки специалистов.

Решение проблемы с оптимизацией штатных расписаний учреждений сельской местности и приведением их в соответствие с порядками оказания медицинской помощи мы видим в организации

консультативно диагностических кластеров в городах и медицинских округах. Работа по укрупнению поликлиник г. Барнаула с созданием консультативно –диагностических центров уже начата.

Проведенные преобразования позволили обеспечить оказание до 60% первичной медико-санитарной помощи сельскому населению в амбулаторных условиях на уровне фельдшерско-акушерских пунктов, сельских врачебных амбулаторий, участковых больниц и поликлинических отделений центральных районных больниц.

О смещении приоритетов в сторону оказания первичной медико-санитарной помощи свидетельствует и тенденции роста с 40% в 2010 году 47 % в 2012 году в структуре территориальной программы удельного веса финансирования амбулаторной помощи.

Позитивные изменения произошли в системе оказания скорой медицинской помощи. На селе обеспеченность бригадами скорой медицинской помощи выросла на 22%, что позволило на 15% увеличить охват и существенно повысить оперативность оказания скорой помощи. До 88% вызовов обслуживаются с временем доезда до 20 мин.

В рамках ведомственной целевой программы «Совершенствование скорой медицинской помощи» ежегодно на 15% обновляется парк автомобилей скорой медицинской помощи. В Заринском медицинском округе запущен пилотный проект по созданию кластера скорой медицинской помощи, обслуживающего все население медицинского округа без учета административно территориальных границ.

В процессе реализации Программы модернизации в значительной степени преодолены существовавшие диспропорции коеч-

ного фонда. Первое что сделано в этом направлении - приведено к расчетному нормативу число коек по профилям заболеваний, определяющим основные потери здоровья населения: кардиологии и кардиохирургии, онкологии, пульмонологии, травматологии, родовспоможения. За счет этого при общем сокращении обеспеченности на 9%, круглосуточными койками, обеспеченность койками в учреждениях второго уровня выросла более чем в 2 раза.

В настоящее время в крае функционирует 24 краевых центра на базе городских больниц и 134 межмуниципальных отделения, 6 перинатальных центров. Эти учреждения в настоящее время являются базисными и в них оказывается до 60% стационарной медицинской помощи.

Оптимизация логистической структуры выявила проблему дефицита площадей для развертывания специализированных коек. Освободившиеся площади в учреждениях первого уровня в связи с их расположением в небольших населенных пунктах для этих целей не подходят.

В крае открыто 5 сосудистых отделений, которые покрывают оказанием специализированной помощью сосудистым больным 80% территории края. В результате за период с 2010 года мы видим устойчивое снижение смертности от острых сосудистых заболеваний.

В рамках кластерного подхода к организации экстренной кардиологической помощи больным с острым коронарным синдромом в крае широко внедрена система Теле-Альтон. В 54 учреждениях первого и второго уровня установлены датчики – регистраторы, предназначенные для записи и дистанционной передачи ЭКГ. При-

нимающий центр – приемный покой краевого кардиологического диспансера и кардиологическое отделение краевой клинической больницы. При наличии показаний больные с острым инфарктом миокарда давностью до 24 часов от начала заболевания из ЛПУ края могут на прямую госпитализироваться в специализированные учреждения. Отлаженное взаимодействие со станцией скорой медицинской помощи и Центром Медицины катастроф обеспечивает раннюю доставку данной категории пациентов в коронарный блок кардиоцентра и краевой клинической больницы.

Регистрируемый в каре уровень онкологической заболеваемости в 1,4 раза превышает показатели по РФ и СФО, а уровень смертности на 15%. Это требует серьезного отношения к совершенствованию онкологической службы на всех уровнях ее оказания.

В звене первичной медико-санитарной помощи созданы и работают 53 первичных онкологических кабинета.

Существенно укреплена материально-техническая база службы: во все онкологические диспансеры поставлены компьютерные томографы и современные рентген-терапевтические аппараты, внедрена роботизированная система гистологии. В лаборатории молекулярной диагностики краевого онкодиспансера проводится генетическая диагностика, позволяющая выявлять контингенты женщин, у которых риск возникновения рака молочной железы и рака яичников достигает 90%.

Сдача в эксплуатацию радиотерапевтического корпуса позволила проводить лучевое лечение онкологических заболеваний на самом высоком мировом уровне. Все это и личная поддержка Губернатора края А.Б. Карлина по строительству нового онкологиче-

ского комплекса, позволило добиться определенных результатов. Тем не менее, проблемы еще остаются и над их решением предстоит продолжить работу.

На основании кластерного подхода проводится реструктуризация фтизиатрической помощи. Все учреждения, оказывающие медицинскую помощь больным туберкулезом будут объединены под одно юридическое лицо с сохранением шаговой доступности в филиалах. Это позволит более полно укомплектовать службу, обеспечить единое методическое руководство и качество оказания медицинской помощи. Существенно укрепляется материальная база фтизиатрической службы. В 2013 году открыто после реконструкции поликлиническое отделение краевого противотуберкулезного диспансера, в 2014 году будет сдано в эксплуатацию стационарное отделение, которое позволит сконцентрировать на своей базе практически всю стационарную помощь больным туберкулезом. Оснащенность учреждений первичного звена рентгенологической техникой позволила охватить флюорографическими осмотрами до 65%.

На сегодняшний день мы уже видим первые результаты правильности выбираемых решений по логистике оказания медицинской помощи. Так, общая смертность за 8 мес. 2013 года снизилась к уровню предыдущего года на 3%, младенческая смертность на 18,6%, смертность от болезней системы кровообращения на 10,6%, смертность от туберкулеза на 18%, смертность детей от 0-17 лет на 24%, материнская смертность на 19%.

Одной из значимых проблем на сегодняшний день остается недостаточная укомплектованность кадрами. На это направлены

усилия всех уровней бюджета и руководителей медицинских организаций.

После окончания профильных учебных заведений в отрасль приходит до 40% врачей и 50% средних медицинских работников, все они, как правило, имеют целевые направления. В среднем ежегодно $\frac{1}{4}$ врачей и средних медицинских работников получают дополнительное профессиональное образование.

С целью повышения престижности профессии медицинского работника в крае ежегодно проводятся конкурсы «Лучший по профессии». В 2013 году призовой фонд конкурсов среди врачей, средних медицинских работников и провизоров увеличен в 3 раза и составляет 3 млн. рублей. Лучшие специалисты по признанию жителей края награждаются на ярмарке «Человек. Экология. Здоровье» и в рамках приуроченных к дню медицинского работника мероприятий проводимых торговой сетью «Мария-Ра» по независимым отзывам пациентов.

В краевой медицинской газете «Мы и здоровье» создана «Страница благодарного пациента».

Главным управлением предпринимаются активные меры для включения края в число первых территорий по созданию симуляционного центра.

На территории действует ряд мер социальной поддержки. Утверждена краевая целевая программа «Обеспечение жильем молодых семей» на 2011-2015 годы. Основной целью указанной программы является предоставление государственной поддержки молодым семьям, признанным в установленном порядке нуждающимися в улучшении жилищных условий.

В соответствии с постановлением Администрации Алтайского края медицинские работники имеют право построить жилые помещения через строительные кооперативы.

В настоящее время Главным управлением совместно с Управлением Алтайского края по строительству и архитектуре разработан пилотный проект строительства многоквартирного жилого дома для сдачи квартир в социальную аренду особо востребованным работникам медицинской сферы.

Активно используются возможности программы «Земский доктор». Проводится реконструкция здания медицинского учреждения под общежитие медицинских работников.

Одной из мер по повышению кадрового потенциала отрасли являются меры по совершенствованию системы оплаты труда медицинских работников.

В рамках «дорожной карты» в 2013 году была утверждена линейка роста заработной платы, но еще до ее принятия в крае был принят ряд нормативных документов, обеспечивающих повышение заработной платы отдельным категориям медицинских работников.

Были введены ежемесячные доплаты врачам-специалистам хирургического профиля, врачам анестезиологам-реаниматологам в размере 3000 рублей; операционным медицинским сестрам и сестрам-анестезистам в размере 1000 рублей. Кроме того, по данному постановлению установлены доплаты молодым специалистам учреждений здравоохранения, расположенных в сельской местности, рабочих поселках и малых городах, стаж которых после окончания высшего медицинского образовательного

учреждения не превышает 3-х лет.

С 01.07.2012 года предусмотрены также доплаты врачам стационарных отделений терапевтического профиля в размере 3 000 рублей и средним медицинским работникам стационарных отделений в размере 1000 рублей.

По состоянию на 01.09.2013 плата средняя заработная плата врачей по отношению к средней по экономике составляет 182%, среднего медицинского персонала 95%, младшего персонала – 45%. При этом надо отметить, что врачи работают с коэффициентом совместительства – 1,7, средний и младший медицинский персонал – 1,5.

Общая потребность средств, необходимых для повышение заработной платы медицинским работникам краевых учреждений здравоохранения, составляет 116 797,2 млн. рублей, из которых доля бюджета – 46 718,9 млн. рублей, ОМС – 70 078,3 млн. рублей.

Дополнительная потребность в средствах на период до 2018 года составляет 44 891,8 млн. рублей, из них доля ОМС – 26 935 млн. рублей.

В целях поэтапного совершенствования оплаты труда и перевода сотрудников подведомственных учреждений на «эффективный контракт» Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности разработано положение о стимулировании руководителей учреждений в зависимости от достижения целевых показателей эффективности деятельности учреждений, с учетом личного вклада руководителя, а также выполнения обязанностей, предусмотренных трудовым договором.

В основу целевых показателей заложены показатели эффективности деятельности учреждений, рекомендуемых в приказе Министерства здравоохранения РФ от 28.06.2013 № 421, а именно выполнение государственного заказа, укомплектованность врачебными кадрами и средним медицинским персоналом, выполнение планов по достижению средней заработной платы врачей и среднего медицинского персонала к средней заработной плате в Алтайском крае, удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи и ряд других показателей, которые утверждены по видам подведомственных учреждений. Премирование осуществляется на основе балльной оценки выполнения целевых показателей.

При решении всех вопросов, касающихся заработной платы медицинских работников, Главное управление работает в тесном контакте с профсоюзными и общественными организациями. Так и указанный документ был обсужден на Общественном Совете при Главном управлении и с Алтайской краевой организацией профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации.

В настоящее время постановлениями Администрации края утверждены критерии осуществления выплат стимулирующего характера для медицинского персонала амбулаторного звена, скорой помощи и наиболее дефицитных специалистов стационарного звена, которые больше ориентированы на количественные показатели работы, чем на оценку конечного результата. Следующим этапом совершенствования оплаты труда работников учреждений здравоохранения Алтайского края предполагается разработка Главным управлением показателей эффективности деятельности медицин-

ских работников (врачей и среднего медицинского персонала), которые будут рекомендованы подведомственным учреждениям.

Наиболее значимой оценкой всех проводимых мероприятий является оценка наших пациентов. Ежегодно агентством социологических исследований «Алтай Имидж» на территории края ежегодно проводятся независимые социологические исследования, целью которых является изучение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

Результирующим итогом оценки является удовлетворенность населения медицинской помощью, а в структуру анкет входят вопросы касающиеся оценки условий пребывания пациентов в медицинских организациях, удобства записи на прием к врачу, оценки «доступной среды» для инвалидов, качества питания и другие.

Результаты опросов представлены на слайде, а также публикуются на официальном сайте Главного управления.

Следуя выбранным направлениям у нас есть уверенность, что к 2018 году мы сможем добиться намеченных в дорожной карте целей.