

**Российская академия народного хозяйства и государственной
службы
при Президенте Российской Федерации**

**Отчет о зарубежной стажировке
в рамках программы «Подготовка управленческих кадров в сфере
здравоохранения и образования в 2011 -2014 годах»**

**Образовательная программа: Управление в сфере
образования/Управление в сфере здравоохранения**

Слушатель: Авдеев Сергей Алексеевич

Страна стажировки: Испания

Москва, 2011

Раздел 1. Информационная часть

- 1.1. Наименование образовательной программы: «Управление в сфере здравоохранения»;
- 1.2. Фамилия, Имя, Отчество слушателя: Авдеев Сергей Алексеевич;
- 1.3. Регион, место работы, должность: Воронежская область, Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Областная детская клиническая больница №2» (БУЗ ВО ОДКБ №2), главный врач;
- 1.4. Наименование выполненного в рамках программы Проекта: «Использование метода программно-целевого прогнозирования для оценки результатов региональной программы модернизации здравоохранения»;
- 1.5. Сроки и место проведения зарубежной стажировки: Испания, Каталония, Барселона, с 13 по 26 ноября 2011 года;
- 1.6. Дополнительная информация:

Раздел 2. Системный анализ изученной в ходе стажировки зарубежной практики управления (ориентировочно 10-15 страниц)

1. Основная цель исследования: По результатам стажировки в городе Барселоне, провинция Каталония, Королевство Испания - дать оценку существующей системы здравоохранения.

2. Система здравоохранения Каталонии известна во всем мире и оценивается всеми экспертами как одна из самых эффективных в мире. По представленным данным показатели здоровья населения твердо входят в первую десятку (средняя продолжительность жизни 83 года, младенческая смертность 2,7 на 1000). В Каталонии, как в автономии, имеются несколько приоритетных направления развития, такие как: сфера услуг, здравоохранение, туризм, фармацевтические лаборатории, химическое производство, автомобилестроение, акванавтика, биотехнологии и ряд других, что позволяет данной провинции Испании динамично развиваться последние 20 лет.

Население Каталонии отличается высоким процентом лиц пожилого возраста (21% старше 60 лет). Высокая плотность городского населения. Очень высокий процент иммигрантов, который сейчас составляет более 15% и продолжает ежегодно расти (1336843 чел. из 7611711 жителей), это в основном мигранты из стран латинской Америки, Северной Африки и Восточной Европы. Русские к данной категории относятся в меньшей степени, но являются для данной провинции очень выгодными, так как приобретают недвижимость и составляют достаточно высокий процент среди иностранных туристов.

По прогнозам специалистов к 2050 году ожидается, что в Каталонии будет 45% жителей старше 60 лет, соответственно будет рост количества хронических заболеваний. Коренное население будет составлять всего около 40%!

Местные медики отмечают уже сейчас и ожидают рост числа зависимостей, в том числе пивного алкоголизма (по статистике молодые

люди выпивают в выходные дни более 2-х литров в день). С каждым годом увеличивается количество заболевших остеопорозом, ожирением.

Отдельная проблема депрессии, деменция, другие психические расстройства – до 10% жителей ежегодно обращаются семейным врачам с жалобами на душевное здоровье.

В Испании государственная система здравоохранения крайне децентрализована: основные функции по оказанию медицинских услуг населению делегированы властям 17 регионов страны, в том числе и Каталонии. Регионы практически самостоятельны. В Каталонии имеется некоторый симбиоз страховой и государственной медицины, в том числе в значительной мере использована «Советская» модель здравоохранения. После диктатуры Франко система здравоохранения кардинально изменилась. По словам представителей Испанской стороны изучались системы различных стран, но предпочтение отдали Великобритании, Дании.

Испанская конституция гарантирует всем гражданам «право» на медицинское обслуживание, в том числе равный доступ к профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам, однако ответственность за реализацию всеобщего медицинского страхования передана региональным властям.

Финансирование здравоохранения осуществляется за счет налогообложения работающих.

Медицинское страхование в Испании охватывает почти все население — по оценкам, до 98,7% граждан. Страховка покрывает первичное медицинское обслуживание, в том числе терапевтическое и педиатрическое, хирургическое вмешательство — как в стационаре, так и амбулаторное, чрезвычайную и неотложную помощь, лечение длительных заболеваний, а также рецептурный отпуск лекарств (хотя для некоторых медикаментов предусматривается доленое участие потребителей). Таким образом работающие платят по рецепту 40% стоимости лекарства.

Пожилые и старики получают лекарственные средства «бесплатно».

На многие услуги, связанные с лечением психических заболеваний, особенно амбулаторные, а также косметическую хирургию, страхование не распространяется.

Медицинским обслуживанием охвачено всё население, включая временно проживающих.

Центральное правительство имеет достаточно мало полномочий. Все налоги с регионов идут в Мадрид, за исключением страны Басков и Наварры, которые вообще не перечисляют налоги в Центр. Каталонцы не скрывают, что хотели бы также оставлять все средства в регионе, так как они перечисляют денег значительно больше, чем получают обратно.

Центральные власти предоставляют каждому региону общий грант. Данные средства рассчитываются по определенной формуле. Целевое использование этих средств не прописывается: региональные власти сами решают, на что их расходовать. Размер гранта определяется в основном исходя из численности населения региона, а также с определенным учетом иных факторов, например, демографической ситуации. В дополнение к федеральным трансфертам регионы могут использовать на медицинские нужды и собственные средства.

Таким образом, объем расходов на здравоохранение в различных регионах варьируется. Эта разница, а также отличия в приоритетах, обуславливают и значительные несовпадения в доступности медицинских ресурсов. Так, в Каталонии количество койко/мест на 1000 жителей составляет 4,5, а в Валенсии — всего 2,8.

Решение о финансировании здравоохранения принимает Парламент.

В Каталонии, как они считают, создана уникальная структура – общественная страховая касса, которая получает деньги и гарантирует предоставление медицинских услуг нужного качества, путем заключения договоров с поставщиками услуг.

Министерству здравоохранения, т.е. государству, принадлежит 20%

учреждений здравоохранения. 70% - это смешанный сектор, где имеется доля государства, различных фондов, консорциумов, кооперативов врачей, церкви и др. И всего лишь 10% частного сектора. Однако до 20% процентов населения предпочитают дополнительно иметь частную страховку. Это в первую очередь связано с внушительными по срокам «листами ожидания», когда законодательно подтверждено до 6-7 месяцев ожидания плановой госпитализации, например для проведения оперативного лечения или когда пациент не может попасть на прием к врачу-специалисту. Роженицы также предпочитают частные клиники.

Хотелось бы отметить, что в Каталонии существует такой вид пособий – как пособие по вдовству!

Но тем не менее, следует отметить, основное что оценивается каждым жителем – нужно жить по средствам, т.е. имеешь возможность выбираешь частную клинику, нет возможности становишься в «лист ожидания».

В больницах и поликлиниках Каталонии нет собственного автотранспорта – существуют более 10 компаний, которые по договорам предоставляют данный вид услуг. Система неотложной помощи унифицирована. В Каталонии первичную медицинскую помощь предоставляет одна государственная компания. Сейчас рассматривается вопрос о раздроблении данной структуры на более мелкие, которые уже не будут полностью содержаться за счет государства.

В Испании пациент не обладает правом выбирать себе врачей — будь то терапевтов или специалистов. Вместо этого его прикрепляют к одному из семейных врачей, работающих по месту жительства гражданина. Если возникает необходимость в специализированных медицинских услугах, терапевт направляет пациента к одному из врачей, входящих в определенный список. «Добровольно выйти из системы» испанцы не могут, если они не застраховались у частной фирмы. В результате возник один интересный феномен: чтобы сменить врача или

найти специализированные медучреждения, где нет длинных очередей, больные в Испании меняют место жительства.

Длительность этих очередей в разных регионах варьируется, но проблема «листов ожидания» повсеместно носит серьезный характер. В среднем испанцам приходится ждать приема у специалиста 65 дней, а в некоторых регионах – и гораздо дольше. По некоторым врачебным специальностям общенациональные средние показатели тоже хуже: так, обследования у гинеколога нужно ждать 71 день, а у невропатолога — 81 день.

Каждый гражданин имеет право обратиться к семейному врачу, медсестре, дантисту, социальному работнику. Без их направления к специалисту попасть практически невозможно.

Широко развита практика оказания «телефонной помощи», когда специалисты имеющие соответствующую подготовку оказывают консультационные услуги практически по всем вопросам и медицинским, и организационным. В ходе телефонного разговора и по его результатам специалист, по разработанному алгоритму проводит анализ и принимает решение направить пациента к семейному врачу, медсестре или направить службу неотложной помощи. Все данные передаются по электронной связи (интернет, электронная почта).

Информатизация здравоохранения на высоком уровне, внедрение электронной истории болезни завершено на 70% по всей Каталонии, доступ к данной информации имеют более 60% поликлиник и ЛПУ.

Основная цель информатизации полностью отказаться от бумажных носителей. Две основные программы информатизации – это полная информация о пациенте и вторая программа по управлению госпиталем и каждым подразделением в отдельности

Центры первичной медицинской помощи организованы по всей Каталонии и обеспечивают полный охват населения. Они имеют минимальное, но качественное оснащение. Всего таких Центров 365. В них

работают от 30 до 50 специалистов. В данных Центрах созданы мультидисциплинарные команды, которые включают в себя не только медиков, но и социальных работников. Педиатр обслуживает до 1200 детей на участке, дантист 11 тысяч, социальный работник до 25 тысяч человек. Основные принципы деятельности таких Центров – это близость, постоянство, доступность, полный охват. Как правило, они обслуживают 60-65 тысяч человек. Каждый гражданин имеет своего семейного врача. Также широко распространено заочное обслуживание. – СМС, Сайт, телефон, Интернет. Запись к медицинской сестре и врачу также осуществляется в электронном виде.

Работа всего персонала направлена на результат – чем лучше здоровье на территории, тем лучше и для решения этой задачи направлены усилия каждого из команды.

Зарплата фиксированная плюс надбавка (бонус) за качество. Учитывается при начислении зарплаты все: возраст, местность где работает, количество обслуживаемого населения, публикации, исследовательская деятельность, преподавание и др. Утверждены индикаторы качества для всего коллектива и для каждого сотрудника в отдельности. Таких индикаторов может быть сотни, все ведется и оценивается в электронном виде. Каждому специалисту предоставляется право после оценки деятельности «исправиться», т.е. привести в соответствие любой показатель. В конце года, если выполнены все критерии выплачиваются бонусы.

Подготовка кадров.

Общее обучение могут составлять до 14 лет. Медицинский факультет 6 лет. Практика (интернатура) 2 года. Ординатура 4 года. У каждого свой наставник. Уровень отбора в медицинские ВУЗы очень высокий. «Случайных» людей практически быть не может. Частные клиники после аккредитации также принимают студентов на стажировку. Средний медицинский персонал тоже готовится на медицинских

факультетах университетов, т.е. они имеют высшее медицинское образование. Вспомогательный персонал также получает профессиональное образование. Техники-профессионалы без медицинского образования работают в лабораториях, отделениях лучевой и функциональной диагностики, службе неотложной помощи и в ряде других подразделений. Есть ряд услуг которые выполняются только средними медперсоналом, например осуществление контроля за больными имеющими хронические заболевания.

Отмечено, что подготовка врачей в Каталонии одна из лучших в Европе. После заключительного экзамена молодой специалист на основании набранного рейтинга может выбрать определенную специальность и продолжить дальнейшую подготовку. Все обязаны пройти специализацию. Развита система аккредитации медицинских учреждений, когда оно должно доказать свою способность и возможность осуществлять подготовку молодых специалистов. Институт семейных врачей создан около 20 лет назад и доказал свою эффективность и жизнеспособность. Средний возраст врача 47 лет. В связи с ростом количества мигрантов возросла потребность в акушерах-гинекологах. Акушерки готовятся дополнительно к основному образованию в течение 2-х лет. Необходимо отметить, что в интернах (стажерах) заинтересована каждая клиника, т.к. это очень мотивированная и дешевая рабочая сила. Последипломная подготовка включает в себя магистратуру и мастер-классы, но все это платно и дорого.

Непрерывное обучение на всех уровнях независимо от статуса и принадлежности лечебного учреждения – это и есть основа основ!

За этим следит Коллегия врачей и Академия медицинских наук. Широко распространено обучение он-лайн. Этим направлением занимается целый университет.

Важный аспект обучения – это работа всей команды ежедневно и непрерывно происходит обмен информацией.

Политика в области фармацевтики.

Основное – это общая доступность и гарантия качества фармацевтических услуг. Лицензирование осуществляется государством – специальное агентство, которое проводит оценку качества, эффективности, безопасности. Лекарственные средства выдаются по рецепту и без такового. Есть перечень лекарств которые могут быть использованы только в стационаре и соответственно не могут быть выданы в аптечной сети. Ценообразование – это компетенция министерства здравоохранения. Существует система фиксированных или референтных цен – это максимальная цена, которую готово заплатить государство за данный лекарственный препарат. Импорт лекарственных средств осуществляется только в том случае, если нет альтернативы.

Регионы планируют открытие аптек. Существует система страхования пациента в случае каких либо реакций при применении лекарственных средств. В данном случае страхование пациента гарантия качества предоставляемых фармацевтических услуг.

Рецепты 2-х видов: зеленые и красные. При предоставлении зеленых рецептов оплачивается 40% стоимости лекарства. Красные – выдача ЛС бесплатно. Широко распространена электронная выписка рецептов.

Население получает и обладает общедоступной информацией о медикаментах. На всех уровнях внедрена программа по исключению ошибок при назначении лекарств и она используется каждым медицинским работником по всей Каталонии. Работает в каждом учреждении этический кабинет.

В Каталонии развита фармацевтическая промышленность. Имеется более 200 фармацевтических лабораторий, из которых 79 производят лекарственные средства. Большинство из них мелкие и средние предприятия, с иностранным капиталом всего около 25%. Таким образом, большинство лекарственных средств производится непосредственно в

Каталонии. Фарминдустрия использует инновации, которые сами и разрабатывают. Клинические исследования медикаментов повсеместная практика.

Система управления.

Государственная страховая компания покупает у лечебного учреждения услуги. Услуга имеет одинаковую стоимость, т.е. находится ли пациент на стационарном лечении или операция проводится амбулаторно – стоимость одна, но только при одном условии, что услуга предоставлена соответствующего качества. Фактически каждому учреждению дается государственное задание на предоставление медицинских услуг. Для предоставления услуг проводится аукцион. Но, как правило территориальный принцип соблюдается. Существует четкая система планирования предоставления услуг на основании потребности в каждом виде. Объемы утверждаются на основании санитарной карты региона. Основной принцип реальность и целесообразность, т.е. не ставится задач, которые заведомо невозможно выполнить.

Стимулирование результатов труда грамотно организовано и постоянно контролируется на всех этапах. Этому способствует совмещенная электронная история болезни – когда можно отследить результат и в первичном Центре и в больнице. Все в электронном виде систематизировано и упорядочено.

Организована 3-х уровневая система оказания медицинской помощи:

1-й уровень первичное звено и неотложная помощь;

2-й уровень больше видов и услуг;

3-й уровень многопрофильные больницы и ВТМП.

На всех уровнях проводится непрерывное обучение и научные исследования.

Каждому пациенту после лечения выдается счет, в котором отражены все расходы лечебного учреждения.

Фонд «Тик Салют» работает от правительства Каталонии и создан

для выработки стратегии развития здравоохранения. Телемедицина один из краеугольных камней тамошней медицины. Основной принцип развития – не должно быть ничего лишнего. **И самое важное – каждый гражданин должен быть ответственен за свое здоровье.**

Следует признать, что за годы проведения реформ удалось изменить мировоззрение всего медицинского сообщества и консолидировать все силы на реализацию программы модернизации.

Еще один важный момент, при проведении торгов для закупки медицинского оборудования, расходных материалов, особенно дорогостоящих существует предел по каждому виду, когда снижение указывает на то, что будет поставлено оборудование низкого качества, такие заявки не рассматриваются.

Профилактическое направление деятельности здравоохранения наряду с инновационным считается самым приоритетным. Большинство критериев оценки деятельности включают в себя именно состояние здоровья на каждом участке, в каждом районе. Средний медперсонал в первичном звене занимаются в основном профилактической работой по специальным программам для каждой категории жителей и организаций. Большой объем профилактической работы проводится по месту проживания. Занятия со всеми группами населения в виде семинаров повсеместная практика.

Вакцинация имеет статус обязательный, без определенного перечня профилактических прививок тебя не возьмут на работу, в школу, детсад и т.д., и это закреплено законодательно.

Работают Центры душевного здоровья, к которым прикреплены территориальные поликлиники.

В ряде лечебных учреждениях созданы и успешно работают отделения социальной помощи, которые включают в себя и дом престарелых.

Управление качеством.

Критерии качества и стандарты разрабатываются и утверждаются Минздравом. Основным принципом и самым главным – это безопасность пациента. Большое внимание в лечебных учреждениях уделяется профилактике и предупреждению травматизма, нозокомиальных инфекций, пролежней и т.д. Особое внимание снижению и профилактике болевого синдрома при любых состояниях и заболеваниях. Обоснованное назначение антибиотиков. Недопустимость полипрагмазии. Анкетирование на всех этапах оказания медицинской помощи. Создание комиссии по качеству в каждом учреждении, которая устанавливает цели и задачи ЛПУ на год.

Высокий уровень предоставления высокотехнологичных видов медицинской помощи: детская хирургия, трансплантология, ортопедия, сердечно-сосудистая хирургия, онкология, эндоскопия и др. В Каталонии работают ряд ученых и врачей мирового уровня и по ряду направлений они являются лидерами.

Создание культуры питания.

В Каталонии в некоторой степени разработан инновационный подход к организации, процессу приготовления и непосредственно употреблению пищи каждого человека, и особенно страдающего каким – либо заболеванием. Это удалось создать и продолжать развивать благодаря работе многочисленной команды ученых, диетологов, поваров, добровольцев, химиков, физиков и многих других. Результатом их работы можно считать, что разработаны блюда, которые не только полезны, но и приятны на вид, хорошего вкуса и запаха.

В Каталонии уже 2 десятка лет работает профессиональная группа архитекторов и инженеров (более 250 человек), которые реализуют программу реконструкции и строительства лечебно-профилактических учреждений не только в Испании но и по всему миру.

Выводы:

Испанцы в целом довольны своей системой здравоохранения. Почти 60% населения оценивают ее позитивно: это второй по величине уровень поддержки в Европе (первое место занимает Франция). Тем не менее, испанцы хотели бы иметь больше свободы в плане выбора врачей и больниц, и убеждены, что государству следует активнее решать проблему «листов ожидания».

У Каталонской системы здравоохранения, несомненно, есть свои проблемы. Расходы в текущем году снижены на 12%, что выразилось в протестах медицинского персонала связанных со снижением заработной платы и предстоящим сокращением штатов. Некоторые люди не могут себе позволить тех медицинских услуг, которые они хотели бы получить или в которых нуждаются. И хотя в Испании предоставляются услуги здравоохранения высокого качества, это качество не везде одинаково. Система здравоохранения в Испании — это продукт созданный используя опыт многих стран, в том числе Советского Союза. Организация этой системы основана не только по принципу единого плательщика, но и когда уровень государственного регулирования и субсидирования варьируется. Всеобщее медицинское страхование не равносильно всеобщему доступу к услугам здравоохранения. На практике существует нормирование медицинских услуг или крайне длинные очереди на лечение. Кроме того, наличие государственной системы здравоохранения не обязательно означает, что медицинским страхованием охвачены все граждане страны. Сейчас имеется выраженная и усиливающаяся тенденция к отходу от централизованного государственного контроля и расширению использования рыночных элементов. Государственное здравоохранение — отличаются эффективностью по ряду направлений. Тем не менее, оно не лишено серьезных недостатков. В большинстве случаев таким системам удастся распространить медицинское страхование если не на всех, то на

подавляющее большинство граждан. Во многих случаях попытки контролировать расходы за счет государственного регулирования приводят к проблемам с доступом к медицинским услугам — либо к задержкам с оказанием помощи, либо к прямому нормированию, что и имеется сейчас в Каталонии. Но следует признать, что на сегодняшний день эта система здравоохранения сейчас очень эффективна и развивается по всем направлениям, особенно инновационным.

Раздел 3. Предложения по возможным вариантам использования изученного опыта в ходе реализации программ модернизации социальной сферы в регионах Российской Федерации (ориентировочно 10-15 страниц)

Региональная программа «Модернизация здравоохранения Воронежской области на 2011-2012 годы», БУЗ ВО «Областная детская клиническая больница №2».

Цель - улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению Воронежской области.

Задачи:

1. Укрепление материально-технической базы учреждений.
2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.
3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

Младенческая смертность (‰)

	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Воронежская область	10,4	8,2	8,2	8,1	7,8
РФ	11,0	10,2	9,4	8,5	8,2
ЦФО	10,0	9,8	7,5	7,3	6,7

В структуре младенческой смертности главные причины – перинатальные факторы (50,5%), врождённые аномалии развития (29,0%), прочие причины (9,2%).

В структуре смертности населения Воронежской области, как и в целом по России, одними из ведущих причин остаются заболевания сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания, травмы и отравления.

Причины смертности по основным классам заболеваний в Воронежской области на 100 тыс. населения.

Классы заболеваний	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	РФ 2009г.
- болезни системы кровообращения	1080,7	1114,6	1147,3	1168,3	1037,5	801,0
- новообразования	189,8	190,4	196,0	204,6	205,0	206,9
- травмы и отравления	165,8	176,6	187,7	167,1	148,4	158,3
- болезни органов дыхания	63,7	61,5	58,3	67,4	80,8	56,0
- болезни органов пищеварения	54,4	58,1	54,2	60,5	66,4	65,7
- инфекционные заболевания	16,9	15,4	14,4	14,2	14,6	24,0

Модернизация будет осуществляться в рамках реализации мероприятий по проведению капитального ремонта, оснащению оборудованием, внедрению современных информационных систем, внедрению стандартов оказания медицинской помощи.

2. Приоритетные направления

2.1. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи и профилактического направления в здравоохранении

укрепление материально-технической базы учреждения; укомплектование медицинскими кадрами; увеличение объема амбулаторно-поликлинической помощи.

- усиление профилактической направленности;
- оптимизация стационарной службы.

2. Совершенствование системы оказания специализированной медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне

Организация центров амбулаторной хирургии позволит:

- 1) повысить доступность для населения оперативных вмешательств, не требующих круглосуточного наблюдения (сократить сроки ожидания проведения плановых операций на 3-4 дня);
- 2) обеспечить замкнутый цикл лечения с постоянным динамическим наблюдением;
- 3) осуществить полноценную раннюю реабилитацию;
- 4) снизить риск внутрибольничных инфекций;
- 5) повысить экономическую эффективность использования коечного фонда хирургического профиля.

Кроме того, в целях приближения медицинской помощи (в том числе специализированной) к жителям муниципальных районов Воронежской области в систему здравоохранения будет расширена выездная форма работы.

2.3. Совершенствование стационарной медицинской помощи населению области.

В настоящее время коечный фонд приведён в соответствие с объёмами оказания стационарной помощи, предусмотренными программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской.

Уровень госпитализации увеличился: 2006 год -19878, 2010 год - 22584. Средняя занятость койки возросла с 289 в 2006 году до 307 дней в 2010 году. С повышением интенсивности лечебного процесса средняя длительность пребывания больного на койке по области уменьшилась с 10,8 до 10,1 дней в 2010 году.

В результате модернизации планируется оптимизация коечного фонда в соответствии со структурой заболеваемости в регионе в рамках выбранных приоритетных направлений.

Таким образом, модернизация позволит повысить качество оказания медицинской помощи населению.

2.4. Совершенствование специализированной медицинской помощи населению области

1. Укрепление материально-технической базы пострадавшим в ДТП:

2. Совершенствование реабилитационной помощи больным травматологического профиля.

Отмечается низкая обеспеченность детскими хирургами и инфекционистами.

С 2006 года летальность в учреждении стабильно снижается - с 0,14% в 2006г. до 0,03% – в 2010 г.

Основными причинами летальности являются:

1. перинатальные причины – 10,5% (2006 год – 17,8%, 2007 год – 15,8%. 2008г. – 33,3%; 2009г. – 11,1%, 2010 год – 14,3);
2. врожденные аномалии развития – 29,0% (2006г. – 28,5%; 2007г. – 21,0%, 2008г. – 33,3%, 2009 год – 5,5%, 2010 год – 57,1%);
3. Травмы – 10% (2006 год – 14,2%, 2007 год – 21,0%, 2008 г. – 0%; 2009г. – 11,1, 2010 год – 0);
4. болезни органов дыхания - 5,4% (2009г. – 16,6%);
5. инфекционные заболевания – 25% (2006 год – 25,5%, 2007 год – 15,8%, 2008г. – 33,3%; 2009г. – 33,3%, 2010 год - 0).
6. новообразования – 8% (2006 год – 7,1%. 2007 год – 0, 2008 год – 6,7%, 2009 год – 33%, 2010 год - 0)

Превышения показателей общей заболеваемости детей и подростков по сравнению с Российской Федерацией отмечаются по психическим расстройствам и расстройствам поведения, болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани у подростков, болезням эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ у подростков, симптомам, признакам и отклонениям, выявленным при клинических и лабораторных исследованиях.

Приоритетные проблемы службы родовспоможения и детства:

1. Недостаточная материально-техническая база учреждений амбулаторно-поликлинического звена, ведущих учреждений детства, (областных детских клинических больниц), ряда акушерских стационаров I и II уровня.

4. Низкая обеспеченность койками реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

5. Недостаточная укомплектованность врачами неонатологами и анестезиологами-реаниматологами.

6. Недостаточный уровень ранней пренатальной диагностики.

7. Недостаточный темп снижения перинатальной смертности, уровень

ранней неонатальной смертности (3,48‰), превышающий средний по РФ и ЦФО.

8. Высокая доля смертности от перинатальных причин и врожденных пороков развития.

9. Высокая доля смертности недоношенных детей.

10. Высокая заболеваемость подростков заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Задачи службы родовспоможения и детства

– Рациональное обеспечение коечным фондом в соответствии с программой Государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

– Оказание медицинской помощи в соответствии с отраслевыми стандартами оказания медицинской помощи.

– Улучшение показателей деятельности службы (снижение летальности, заболеваемости детей и подростков, новорожденных и др.).

– Активная профилактическая работа по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в т.ч. онкологических.

– Активная профилактическая работа по предупреждению и раннему выявлению отклонений в состоянии здоровья детей и подростков.

– пропаганда здорового образа жизни среди населения, прежде всего среди подростков.

Основные направления:

1. Совершенствование медицинской помощи в детских учреждениях амбулаторно-поликлинического уровня.

2. Выхаживание новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, совершенствование неонатальной хирургии.

3. Организация центра детской хирургии.

4. Проведение профилактических осмотров подростков 14-летнего возраста.

6. Создание отделения паллиативной (хосписной) помощи детям.

7. Внедрение федеральных стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

План мероприятий программы модернизации службы родовспоможения и детства Воронежской области на 2011-2012гг.

№	Наименование мероприятий	Срок выполнения	Источники финансирования
1.	1. Улучшение материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения: 1.1. Проведение капитального и текущего ремонта - ГУЗ «Областная детская клиническая больница №2»,	2011-12гг	федеральный бюджет (ФБ), областной бюджет (ОБ)

	<p>- капитальный ремонт хирургического корпуса (стяжка корпуса, лифты, кровля, ОРИТ, операционные, лечебные отд.)</p> <p>- ремонт приемного и отделения реанимации инфекционного стационара (кровля, двери, окна)</p> <p>- ремонт инфекционного отделения №2</p> <p>- Хоспис (отделение паллиативной помощи)</p> <p>1.2. Оснащение медицинским оборудованием</p> <p>- ГУЗ «Областная детская клиническая больница № 2», Хирургический корпус</p> <p>Хоспис</p>	<p>2011 проект 2012г.</p> <p>2011</p> <p>2011</p> <p>2012</p> <p>2011-12 2011</p> <p>2012</p> <p>2012</p>	<p>7905 (ОБ)</p> <p>81650 (80150 ФБ; 1500 ОБ)</p> <p>3100 ФБ</p> <p>10114 ФБ</p> <p>10000 ОБ</p> <p>87923 ФБ, ОБ 71011 ФБ</p> <p>6912 ФБ, ОБ 5489 ФБ 1423 ОБ</p> <p>10000 ОБ</p>
2.	<p>2. Реализация порядков оказания медицинской помощи:</p> <p>- Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 03.06.2010г. № 418н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям при уроandroлогических заболеваниях»;</p> <p>- Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 17.11.2010г. №1007н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям при хирургических заболеваниях»;</p>	2011-12г	ФБ, ОБ
3.	<p>3. Реализация федеральных стандартов педиатрической помощи:</p> <p>- Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 08.06.2007 г. N 411 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с пневмонией, вызванной Streptococcus pneumoniae; пневмонией, вызванной Haemophilus influenzae [палочкой Афанасьева-Пфейффера]; бактериальной пневмонией, неклассифицированной в других рубриках; пневмонией, вызванной другими инфекционными возбудителями, неклассифицированной в других рубриках; пневмонией без уточнения возбудителя; абсцессом легкого с пневмонией (при оказании специализированной помощи)»;</p> <p>- приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 17.09.2007 № 612 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с язвой желудка (при оказании специализированной помощи)»;</p> <p>- приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 17.09.2007 № 611 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с язвой двенадцатиперстной кишки (при оказании специализированной помощи)»;</p> <p>3.4. По хирургии:</p> <p>- приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 2 июля 2007 года №462 «Об утверждении стандарта медицинской помощи</p>	<p>2011-12г</p> <p>2011</p> <p>2012</p>	<p>59887 ФБ</p> <p>22419,80</p> <p>13706 ФФ</p> <p>8713,70 ТФ</p> <p>37468,10 ФБ</p> <p>28754,40 ФФ</p> <p>8713,70 ТФ</p>

	<p>больным с переломом ребра (ребер), грудины и грудного отдела позвоночника (при оказании специализированной помощи)»₂</p> <p>- приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 13.11.2007 № 698 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с переломами костей голени (при оказании специализированной помощи)».</p>		
5.	<p>5. Совершенствование пренатальной диагностики врожденных пороков развития:</p> <p>- Обучение врачей-экспертов ультразвуковой диагностики</p>	2011-12гг	ФБ, ОБ
6.	<p>6. Создание условий для выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, совершенствование неонатальной хирургии.</p> <p>6.4. Развертывание дополнительно 56 коек реанимации и интенсивной терапии новорожденных в ЛПУ области, в т.ч. 5 коек для новорожденных с хирургической патологией в ГУЗ «ВОДКБ №1», 3 койки в ГУЗ «ВОДКБ №2».</p>	2011-12гг	ФБ, ОБ
8.	<p>8. Организация центра детской хирургии на базе ГУЗ «Воронежская областная клиническая больница №2».</p> <p>8.1. Оснащение медицинским оборудованием.</p> <p>8.2. Выделение коек для хирургии новорожденных с заболеваниями инфекционного и гнойно-септического профиля.</p> <p>8.3. Создание организационно-методического центра по лечению и реабилитации детей с хирургическими заболеваниями.</p>	2012г.	ФБ, ОБ
9.	<p>9. Создание отделения восстановительного лечения детей (в т.ч. раннего возраста) на 30 коек в МУЗ ГО г.Воронеж «Городская клиническая больница №1».</p> <p>9.1. Оснащение медицинским оборудованием для диагностики и реабилитации.</p> <p>9.2. Повышение квалификационного уровня медицинского персонала по вопросам восстановительного лечения и реабилитации.</p>	2011-12гг	ФБ, ОБ
10.	<p>10. Совершенствование медицинской помощи в детских учреждениях амбулаторно-поликлинического уровня.</p> <p>10.3. Открытие травматолого-ортопедических реабилитационных центров для детей (в МУЗ ГО г. Воронеж «Городская поликлиника № 10», «Городская больница № 5).</p> <p>10.5. Переоснащение консультативно-диагностических учреждений ГУЗ «ВОДКБ №1», ГУЗ «ОДКБ №2».</p>	2011-12гг.	ФБ
11.	<p>11. Проведение профилактических осмотров подростков 14-летнего возраста.</p> <p>11.1. Обучение врачей урологов-андрологов, акушеров-гинекологов по вопросам детской уроандрологии, детской гинекологии на циклах повышения квалификации института постдипломного медицинского образования ВГМА им. Н.Н. Бурденко.</p> <p>11.2. Проведение оздоровительных мероприятий подростков по результатам диспансерных осмотров.</p>	2011г. 2011-12гг.	ОБ ФБ, ОБ
12.	<p>12. Создание отделения паллиативной (хосписной) помощи</p>	2011-12гг.	ОБ

	<p>детям. 12.1. Выделение 5 коек в составе многопрофильной больницы ГУЗ «областная детская клиническая больница №2». 12.2. Проведение капитального ремонта. 12.3. Оснащение медицинским оборудованием.</p>		
--	--	--	--

2.5.3. Совершенствование медицинской помощи в детских учреждениях амбулаторно-поликлинического уровня

Совершенствование медицинской помощи в детских учреждениях амбулаторно-поликлинического уровня предполагает дальнейшее увеличение объемов оказания медицинской помощи на амбулаторном уровне.

5. Распространенность патологии костно-мышечной системы по области прогрессивно растет:

Отсутствие на территории области реабилитационных центров. Костная патология среди детского населения с годами не имеет тенденции к снижению .

Цель модернизации амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению

- улучшение качества и доступности медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе;
- повышение уровня диагностических и реабилитационных возможностей;
- развитие стационарозамещающих технологий;
- снижение заболеваемости и инвалидности детей и подростков;
- разработка и проведение индивидуального комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на раннее восстановление утраченных функций;
- предупреждение осложнений и развития хронических заболеваний, приводящих к нарушению социальной адаптации детей;
- расширение профилактической работы с детьми и подростками;
- повышение показателей годности юношей к службе в рядах Вооруженных Сил;
- мониторинг медико-статистических показателей в районе обслуживания.

2.5.3.2. Задачи модернизации амбулаторно-поликлинической помощи

- Оснастить детские поликлиники и детские консультации диагностическим и реабилитационным оборудованием;
- Открыть городские травматолого-ортопедические реабилитационные центры (в детских поликлиниках МУЗ ГО г. Воронеж «Городская поликлиника № 10» и «Городская больница № 5)

2.5.3.3. Система основных мероприятий

Проведение капитального ремонта помещений:

1.2. Травматолого-ортопедических реабилитационных центров (МУЗ ГО г.Воронеж «Городская поликлиника №10», «Городская больница №5»).

2. Оснащение оборудованием:

2.2. Консультативно-диагностических учреждений ГУЗ «ВОДКБ №1», ГУЗ «ОДКБ №2»,

2.4. Травматолого-ортопедических реабилитационных центров: кабинетов кинезотерапии, физиотерапии, термотерапии, бальнеотерапии.

2.5.3.4. Оценка эффективности

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы

№ п/п	Показатели	2011 г.	2012 г.
1	Увеличение числа детей I и II группы здоровья.	75%	81%
3	Снижение хронической заболеваемости костно-мышечной системы, %	На 3%	На 5%

2.5.4. Выживание новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), совершенствование неонатальной хирургии

1. Неудовлетворительная материально-техническая база государственных учреждений здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь детскому населению (более 40 тыс. детей в год), диктует необходимость проведения реконструкции ряда структурных подразделений согласно поставленным задачам, приведения их к санитарно-эпидемиологическим нормам.

3. Имеет место недостаток коек:

- коек для реанимации и интенсивной терапии новорожденных (на 23,5 тыс. родов в год – 27 коек).

4. Имеется острый дефицит неонатологов и анестезиологов-реаниматологов в детских и родовспомогательных учреждениях.

5. Высокая доля недоношенных детей (в структуре младенческой смертности – 37 %, ранней неонатальной смертности – 60%).

7. Требуется совершенствование качества пренатальной диагностики врожденных пороков развития.

8. Высокая смертность новорожденных от врожденных аномалий развития вызывает необходимость развития хирургии новорожденных.

Улучшение ранней пренатальной диагностики пороков развития предусматривает необходимость реорганизации ранней специализированной хирургической помощи новорожденным. Предполагается перераспределить потоки новорожденных детей с хирургической патологией с целью раннего оказания им специализированной помощи в БУЗ «ОДКБ № 2», на базе которого

расположена кафедра детской хирургии ВГМА им. Н.Н. Бурденко.

2.5.4.1. Цели реализации направления «Выхаживание новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, совершенствование неонатальной хирургии»

1. Снижение уровня материнской и младенческой смертности.
2. Снижение смертности новорожденных и недоношенных детей от врожденных пороков развития и приобретенных заболеваний.
3. Улучшение качества ведения беременности и родов у женщин группы высокого риска невынашивания беременности.
4. Создание условий и внедрение современных технологий для выхаживания недоношенных, в том числе с экстремально низкой массой тела.
5. Развитие службы пренатальной диагностики нарушений развития плода, их своевременной коррекции после родоразрешения.
6. Улучшение качества оказания хирургической помощи новорожденным за счет внедрения новых технологий, малоинвазивных доступов, раннего оказания высокоспециализированной помощи.
7. Увеличение объемов специализированной хирургической помощи новорожденным по ряду направлений (в т.ч. нейрохирургия, гнойно-септическая хирургия, урология).

2.5.4.2. Задачи реализации направления «Выхаживание новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, совершенствование неонатальной хирургии»

Для достижения поставленных целей запланировано:

4. Дополнительно развернуть 56 коек реанимации и интенсивной терапии новорожденных в ЛПУ области, в т.ч. за счет:
 - выделения 5 реанимационных коек для новорожденных с хирургической патологией в ГУЗ «ВОДКБ №1» и 3 коек в ГУЗ «ОДКБ №2»;
9. Провести реконструкцию реанимационного отделения, операционного блока хирургического корпуса ГУЗ «ОДКБ№2».

2.5.4.3 Система основных мероприятий

2.5.4.3.1 Укрепление материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения

Срок реализации мероприятия – 2011-2012 годы.

Финансовые средства будут направлены на:

I. Проведение капитального и текущего ремонта

2.5.4.3.2. Оснащение оборудованием учреждений детства и родовспоможения

2.5.4.3.3. Укомплектование кадрами

2.5.4.3.4. Обучение медицинского персонала

2.5.4.3.5. Компьютеризация и информатизация

- Развитие дистанционных форм оказания медицинской помощи и внедрение телемедицинских технологий, обеспечение структурных

подразделений компьютерами, локальная сеть, постоянная выделенная линия высокоскоростного доступа в Интернет, программное обеспечение (внедрение электронной истории болезни).

2.5.4.3.6. Оценка эффективности

№ п/п	Показатели	2009 г.	2011 г.	2012 г.
1.	Младенческая смертность, ‰	7,8	6,8	7,7
2.	Материнская смертность, ‰	12,7	12,5	12,00
3.	Уменьшение послеоперационной летальности, %	12,5	12,0	11,5
4.	Уменьшение осложненных родов, %	62,9	60,0	58,5

2.5.4.4. Организация центра детской хирургии

Для эффективного решения поставленных задач по улучшению показателей здоровья детей и подростков, имеющих заболевания хирургического профиля, необходим принципиально новый подход к организации оказания медицинской помощи детям по всем направлениям деятельности учреждений здравоохранения. На территории области планируется организовать оказание медицинской помощи детям с хирургической патологией путем организации Центра детской хирургии на базе БУЗ «Областная детская клиническая больница № 2», отделения восстановительного лечения детей с патологией опорно-двигательного аппарата и последствиями черепно-мозговых травм на базе МУЗ «ДГКБ № 1» и 3-х городских травматолого-ортопедических реабилитационных центров (в детской поликлинике № 3 МУЗ ГО г. Воронеж «Городская поликлиника № 10» и детской поликлинике № 9 МУЗ ГО г. Воронеж «Городская больница №5, МУЗ «Борисоглебская ЦРБ»).

Создание данного Центра направлено на совершенствование диагностики и лечения врожденной и приобретенной хирургической патологии у детей и разработку активных программ реабилитации.

Основные проблемы, требующие решения:

1. Неудовлетворительная материально-техническая база хирургического корпуса ГУЗ «ОДКБ №2».

Требуется провести капитальный ремонт хирургического корпуса, реконструкцию реанимационного отделения, операционных.

2. Недостаточное развитие хирургических видов оказания помощи по направлениям: урология, нейрохирургия, ортопедия-травматология, челюстно-лицевая хирургия, комбустиология.

3. Отсутствие на территории области отделения восстановительного лечения для проведения реабилитационных мероприятий детям с патологией опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговыми травмами.

2.5.4.4.1. Цель организации Центра детской хирургии

Снижение количества осложнений, последствий и нарушений, уменьшение процента инвалидизации и смертности, повышение качества жизни детей с хирургической патологией, разработка и внедрение реабилитационных программ детям и подросткам, имеющим хирургическую патологию.

2.5.4.4.2. Задачи Центра детской хирургии

1. Развитие и внедрение новых высокотехнологичных видов медицинской помощи детям на базе Центра детской хирургии:

- развитие урологической помощи за счет совершенствования эндоскопических и иных малоинвазивных методов лечения;
- развитие хирургической помощи детям с тяжелой термической травмой;
- внедрение новых методов лечения детей с врожденной патологией опорно-двигательного аппарата;
- развитие и совершенствование микрохирургических операций при опухолях головного и спинного мозга у детей;
- внедрение и развитие эндоскопических операций на спинном и головном мозге;
- развитие сосудистой нейрохирургии у детей;
- внедрение стереотаксических оперативных вмешательств при нейрохирургической патологии;
- внедрение современных методов лечения нейроортопедической патологии;
- развитие малоинвазивных методик при черепно-мозговой травме;
- освоение современных методик мониторинга и выхаживания детей с тяжелой черепно-мозговой травмой;
- совершенствование диагностики нейрохирургической патологии за счет внедрения современных методов нейровизуализации.

2. На базе МУЗ ГО г. Воронеж «ДГКБ №1»

- организовать отделение восстановительного лечения детей с патологией опорно-двигательного аппарата на 30 коек.

Функции и задачи отделения:

- проведение реабилитационных мероприятий для указанной категории детей;
- решение вопросов преемственности между поликлиниками и стационаром;
- снижение заболеваемости детей с патологией опорно-двигательного аппарата, последствиями черепно-мозговых травм и нервной системы;

- снижение инвалидизации среди детского населения;
- предупреждение осложнений, приводящих к нарушению социальной адаптации детей;
- улучшение репродуктивного здоровья подростков;
- повышение показателей годности юношей к службе в рядах Вооруженных Сил;
- внедрение высокоэффективных методик, современных реабилитационных программ.

2.5.4.4.3. Система основных мероприятий

1. Укрепление материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения

Срок реализации мероприятия – 2011-2012 годы.

1. Финансовые средства будут направлены на:

а) проведение капитального и текущего ремонта ГУЗ «ОДКБ №2»: хирургического корпуса, операционного блока, реанимационного отделения, с выделением блока для пациентов с хирургической инфекцией, отделения ожоговых больных, 3-х реанимационных палат, организация палаты послеоперационного пробуждения;

б) оснащение оборудованием ГУЗ «ОДКБ № 2»: оснащение оборудованием отделения реанимации хирургического корпуса: операционного блока, в том числе палат интенсивной терапии, параклинических отделений и служб (функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопии, лучевой диагностики, лаборатории, физиотерапии);

2. Обучение медицинского персонала

1) Повышение квалификации на центральных базах (не менее 10 специалистов в год).

2) На рабочем месте в ГУЗ «ОДКБ №2», ГУЗ «ВОДКБ №1», медико-генетической консультации специалистов УЗИ-диагностики, анестезиологов-реаниматологов, хирургов.

2.5.4.4.4. Ожидаемые результаты реализации подпрограммы

№ п/п	Показатели	2010 г.	2011 г.	2012 г.
1.	Хирургическая летальность, %	0,08	0,07	0,05
2.	Хирургическая активность, %	45	48	50
3.	Снижение доли хронической заболеваемости костно-мышечной системы, %	12,6	12,5	11,5

2.5.5. Профилактические осмотры подростков 14-летнего возраста

Служба детской урологии в Воронежской области представлена

урологическим отделением ОДКБ № 2 и консультативной поликлиникой.

Первичную специализацию по специальности «Детская урология-андрология» имеют 3 врача ГУЗ «ОДКБ № 2».

Урологическая помощь в 14 районах области осуществляется детскими хирургами. В остальных районах области помощь детям с хирургической/урологической патологией осуществляется общими хирургами. Диспансерное наблюдение в районах области оказывается детскими хирургами, при их отсутствии – педиатрами.

В 2007 г. в связи с проведением диспансеризации детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, проведён тематический цикл (140 ч.) для врачей урологов-андрологов общелечебной сети по вопросам детской урологии-андрологии. Обучен 21 специалист.

1. Повышение уровня профессиональной подготовки. Проведение для детских гинекологов и детских хирургов/урологов районов области подготовки на рабочем месте в ГУЗ «ВОКБ № 1» и ГУЗ «ВОДКБ № 2», для врачей областных учреждений – на сертификационных циклах на базе ВГМА им.Н.Н.Бурденко, в г. Москве или г. Санкт-Петербурге.

Прогнозируемая численность подростков в возрасте 14 лет, подлежащих диспансеризации в 2011г. составляет 16500 чел. (8308 мальчиков и 8192 девочки), в 2012г. – 20683 (10244 мальчика и 10439 девочек).

2.5.7. Создание отделения паллиативной (хосписной) помощи детям

Предполагается открыть 5 коек паллиативной (хосписной) помощи детям на базе многопрофильной областной детской больницы ГУЗ «ОДКБ №2». Выделение палат планируется в высвобождающемся помещении старого корпуса после перевода отделений для лечения детей с инфекционной патологией в новый корпус, ввод которого запланирован в 2012 г.

Размещение детей, нуждающихся в хосписной помощи, будет организовано путем направления из муниципальных учреждений здравоохранения на основании показаний и порядка госпитализации.

Дети будут размещены в отдельных палатах, предусмотренных для размещения колясок, предметов ухода, быта.

2.5.7.1. Цель создания хосписной помощи детям

Оказание возможной помощи детям, живущим с терминальными заболеваниями и умирающими от них.

2.5.7.2. Задачи создания хосписной помощи детям

1. Предупреждение и облегчение страданий и боли посредством оказания практической помощи, эмоциональной и духовной поддержки.

2. Создание комфортных условий для детей, страдающих неизлечимыми заболеваниями, улучшение качества жизни пациентов, выполнение их индивидуальных психологических, социальных, духовных

и практических потребностей.

3. Организация помощи семье пациента во время его тяжелой болезни и психологическая поддержка в период утраты.

2.5.7.3. Основные мероприятия по созданию хосписной помощи детям

1. Капитальный ремонт помещений – общий объем финансирования – 10000,00 тыс. рублей.

Срок реализации мероприятия – 2012 год.

Финансовые средства будут израсходованы на ремонт помещений, предназначенных для организации работы хосписа на базе ГУЗ «Областная детская больница №2».

2. Оснащение медицинским оборудованием – общий объем финансирования – 10000,00 тыс. рублей.

Срок реализации мероприятия – 2012 год.

Финансовые средства будут направлены на приобретение оборудования для хосписа в соответствии с перечнем оборудования.

3. Оснащение бытовым оборудованием и мебелью.

Срок реализации мероприятия – 2012 год.

Финансовые средства будут направлены на оснащение оборудованием ГУЗ «Областная клиническая детская больница №2».

2.6. Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)

БУЗ «Областная детская клиническая больница № 2»

Оказывает ВМП по профилям: травматология и ортопедия, нейрохирургия, комбустиология, урология, челюстно-лицевая хирургия. В 2010г. оказана ВМП 178 детям, на 2011г. планируется оказание ВМП 180 детям.

Дополнительные предложения для включения в региональную программу модернизации здравоохранения Воронежской области

3.1 Подготовка кадров:

- ВГМА им.Н.Н. Бурденко необходимо отдельно готовить управленцев (менеджеров) здравоохранения для дальнейшего их использований, по конкурсу, в управлении лечебными учреждениями. К подготовке таких специалистов привлекать не только экономистов, но и политиков, психологов, педагогов, строителей.

- предоставление возможности специалистам, на основе грантов, зарубежной стажировки в ведущих мировых медицинских Центрах.

- обязательное изучение иностранного языка с последующим государственным экзаменом.

- внедрение в каждом подразделении еженедельного подведения итогов работы;

3.2 Создание в учреждении мультидисциплинарных команд: в составе врача, медицинской сестры, психолога, социального работника.

Обеспечение координации и взаимодействия между каждым членом команды.

3.3 Совершенствование регионального законодательства по вопросам организации и функционирования системы управления здравоохранением, повышение эффективности управленческой деятельности.

3.4 Планирование и мониторинг работы каждого специалиста;

3.5 Развитие частного сектора здравоохранения;

3.6 Обеспечить взаимодействие между органами управления, медицинскими учреждениями и населением;

3.7 Отказаться от выполнения несвойственных лечебному учреждению услуг: охрана, автотранспорт, стирка и т.д.

3.8 Создание долгосрочного плана (программы) по строительству современных учреждений здравоохранения;

3.9 Сокращение коечного фонда, неэффективно работающих больниц;

3.10 Сокращение прочего и административно-управленческого персонала;

3.11 повышение налоговой нагрузки на работодателей с целью повышения финансирования здравоохранения;

3.12 деятельность должна быть максимально прозрачной и осуществляться в соответствии с социальными потребностями общества;

3.13 реформирование в здравоохранении нужно проводить с учетом мнения ведущих специалистов в данной области;

3.14 необходимо ужесточить надзор за исполнением законодательства в области здравоохранения со стороны органов власти.

3.15 сократить количество страховых медицинских организаций или отказаться от них;

3.16 Наличие медицинского страхования должно означать полный доступ к медицинским услугам.

3.17 постепенное формирование рыночной системы здравоохранения при государственном регулировании рыночных отношений и централизованном планировании;

3.18 Разработка программы страхования по принципу предварительного финансирования и предоставление права на полное медицинское обслуживание каждому гражданину независимо от его материального положения, места жительства, возраста и рода занятий.

3.19 Сочетание централизованного и территориального финансирования здравоохранения, что будет стимулировать местные инициативы и в то же время позволит правительству проводить общенациональную политику охраны здоровья.

3.20 Развитие системы рационального питания, экология, адекватные жилищные условия, оздоровление условий труда и т.д.

3.22 Развитие системы поддержания и улучшения здоровья и

профилактики заболеваний. Реализация целевых программ, влияющие на жизнь и здоровье населения: борьба с курением, злоупотреблением алкоголем, употреблением наркотиков, рациональное питание и т.д. Создание добровольных формальные и неформальные организаций (ассоциации жильцов, добровольные агентства, группы самопомощи и др.).

3.23 Создание домов или стационаров сестринского ухода;

Раздел 4. Приложения

От Каталонской модели здоровья к Каталонской системе здравоохранения

Исторический и политический контекст:

1. РЕФОРМА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ: 1977

- Отделение экономических услуг от услуг здравоохранения

2. АКТ ОБ АВТОНОМИИ КАТАЛОНИИ: 1979

3. ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВА: 1981

- Передача полномочий по региональному здравоохранению Автономному Правительству Каталонии
- Создание других Автономных регионов
- Законы о Региональной автономии

4. СТРУКТУРНАЯ РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: 1986

- Общий закон о здравоохранении: Общий охват
- Прогрессивное изменение финансовой системы
 - ☞ Объединение систем социальной защиты и благотворительности: одно казначейство
 - ☞ Постепенный переход к системе, финансируемой из налоговых отчислений: Национальная система здравоохранения

5. ЗАКОН ОБ АВТОНОМИИ КАТАЛОНИИ: 2006

Социо-демографические характеристики Испании



17 Автономных Муниципальных образований
Площадь: 504,750 km²
Население (2008)¹: 46.745.807
Продолжительность жизни (2007)²: 81,05 years
Рождаемость (2007)³: 10,98
Общая смертность (2007)⁴: 8,59
Младенческая смертность (2007)⁵: 3,7
ВВП на душу населения (PPP 2008)⁶: 94,4

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИСПАНИИ

- Финансируется из налоговых отчислений
- Полномочия переданы автономиям
- Общий охват
- Свободный доступ
- Расширенный диапазон государственных услуг
- Софинансирование затрат на фармацевтические продукты
- Услуги, в основном, предоставляемые государственными учреждениями
- Обсуждается вопрос устойчивости и система финансирования

ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Национальное правительство	Базовое законодательство и координация Финансирование Минимальный пакет, оплачиваемый через государственную СЗ Фармацевтическая политика Международная политика здоровья Образовательные требования
Правительство Автономии	Субсидиарное законодательство Здравоохранение Организационная структура системы Аккредитация и планирование Закупки и предоставление услуг

Автономные регионы Испании Бюджеты здравоохранения 2009

Autonomous Community	Public Health Budget billions euros (1)	Beneficiary Population	Expenditure/inhabitant (euros)
		of Health Care billions euros (2)	
Andalucía	9 826,54	8 059 461	1 245,86
Aragón	1 879,31	1 296 655	1 474,43
Asturias (Principado)	1 559,04	1 074 862	1 487,83
Baleares (Islas)	1 257,53	1 030 650	1 181,81
Canarias	2 929,88	2 025 951	1 444,70
Cantabria	793,57	572 824	1 399,35
Castilla y León	3 408,75	2 528 417	1 412,49
Castilla-La Mancha	2 852,56	1 977 304	1 423,09
Cataluña	9 426,53	7 210 508	1 295,63
Comunidad Valenciana	5 659,74	4 885 029	1 140,47
Extremadura	1 717,68	1 089 990	1 658,03
Galicia	3 767,12	2 772 533	1 419,61
Madrid (Comunidad de)	7 122,47	6 081 689	1 182,06
Murcia (Región de)	1 853,66	1 392 117	1 338,47
Navarra (Comunidad Foral)	906,94	605 876	1 473,16
País Vasco	3 546,44	2 141 860	1 675,50
Rioja (La)	452,57	308 968	1 462,31
Total	58 960,33	45 054 694	1 320,00

(1) Данные предоставлены Автономными областями.

(2) Министерство санитарии и потребления. Экономические ресурсы СЗ. Данные и цифры 2009

Автономные регионы Испании Бюджеты здравоохранения 2006

Автономные регионы	Бюджет Департамента и медицинских услуг (1)	Охват населения (2)	На душу населения в евро (1)/(2)
Andalucia	8 444 338 883	7 849 799	1 075,74
Aragón	1 526 077 187	1 269 027	1 202,56
Asturias (Principado)	1 314 859 753	1 076 635	1 221,27
Baleares (Islas)	1 037 670 553	983 131	1 055,48
Canarias	2 330 109 796	1 968 280	1 183,83
Cantabria	691 854 218	562 309	1 230,38
Castilla y León	2 848 479 959	2 510 849	1 134,47
Castilla-La Mancha	2 188 441 700	1 894 667	1 155,05
Cataluña	7 952 783 337	6 995 206	1 136,89
Comunidad Valenciana	4 609 283 740	4 692 449	982,28
Extremadura	1 334 560 349	1 083 879	1 231,28
Galicia	3 174 375 607	2 762 198	1 149,22
Madrid (Comunidad de)	6 071 416 268	5 964 143	1 017,99
Murcia (Región de)	1 418 765 594	1 335 792	1 062,12
Navarra (Comunidad Foral)	731 762 995	593 472	1 233,02
País Vasco	2 553 642 452	2 124 846	1 201,80
Rioja (La)	422 464 681	301 084	1 403,15
Итого	48 650 887 072	43 967 766	1 157,44

(1) Данные предоставлены Автономными областями.

(2) Министерство санитарии и потребления. Экономические ресурсы СЗ. Данные и цифры 2003-2006.

Каталония в цифрах и состоянии здоровья населения Социально-демографические показатели

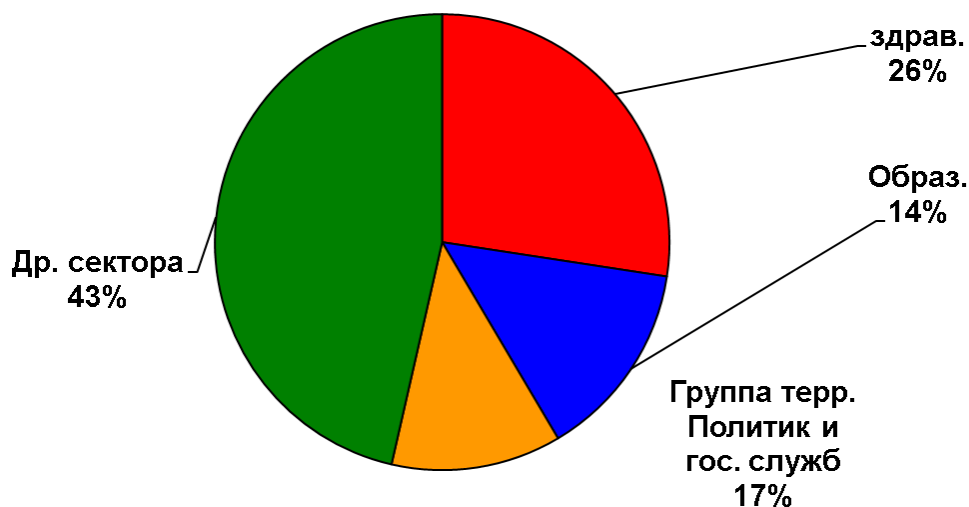
Автономное сообщество
 Площадь: 32.106km²
 Население: 7.611.711 жителей
 Продолжительность жизни: 81,4 лет
 Рождаемость (2007): 11,68 / 1000
 Общая смертность (2007): 8,28 / 1000
 Младенческая смертность: 2,7/1000
 ВВП на душу населения (PPP 2008)1:
 110,4
 Высокая концентрация городского населения
 Собственный язык и культура
 Занятость по секторам :

- Услуги 65,42 %
- Промышленность 21,43 %
- Строительство 11,40 %
- Сельское хозяйство 1,74 %



Бюджет здравоохранения в бюджете в областном бюджете Каталонии на 2010

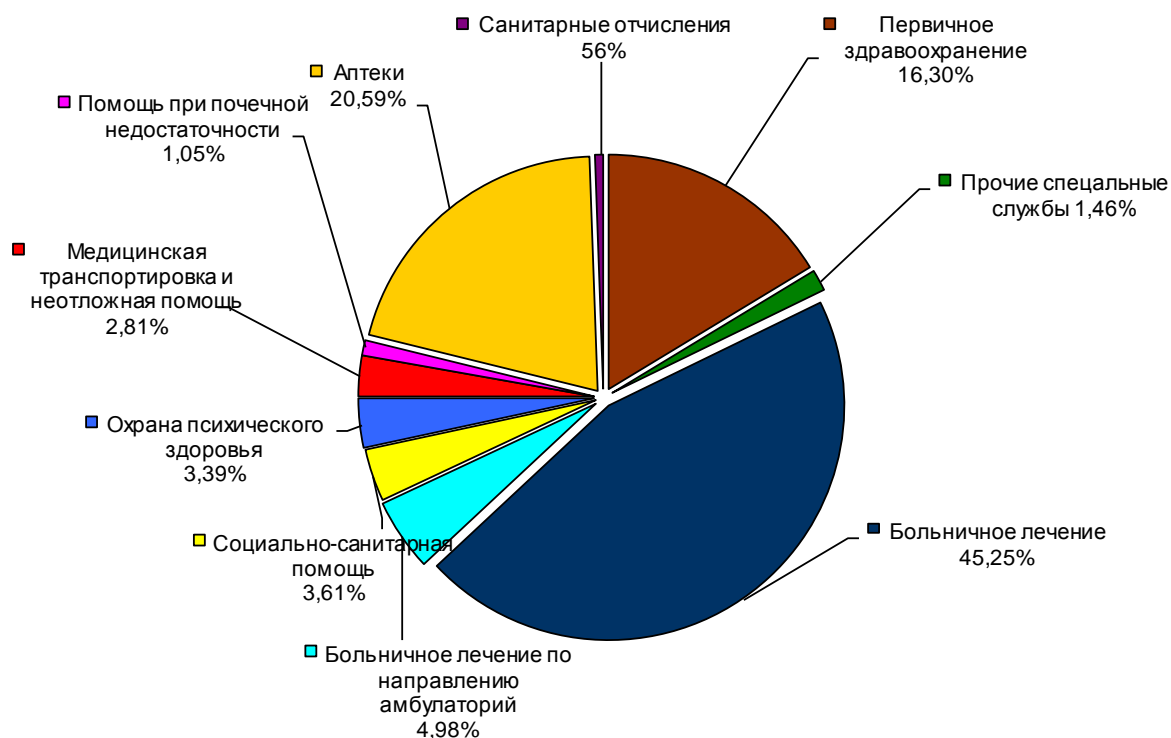
Областной бюджет Каталонии на 2010: 39.699 миллиарда евро



Центральное местное управление и социальные политики: приоритет - здравоохранению

	2003	2004	2005	2007	Рост '03 / '07
Департамент здравоохранения Бюджет, млн. евро	5.596	6.616	7.229	8.678	3.082
Департамент образования	2.927	3.376	3.759	4.540	1.613
Департамент социального обеспечения и гражданства	678	956	1.082	1.467	789
Департамент культуры и СМИ	173	195	240	607	434
ВСЕГО	9.273	11.102	12.310	15.292	6.019

Функциональная структура бюджета DS/CatSalut / ICS 2010



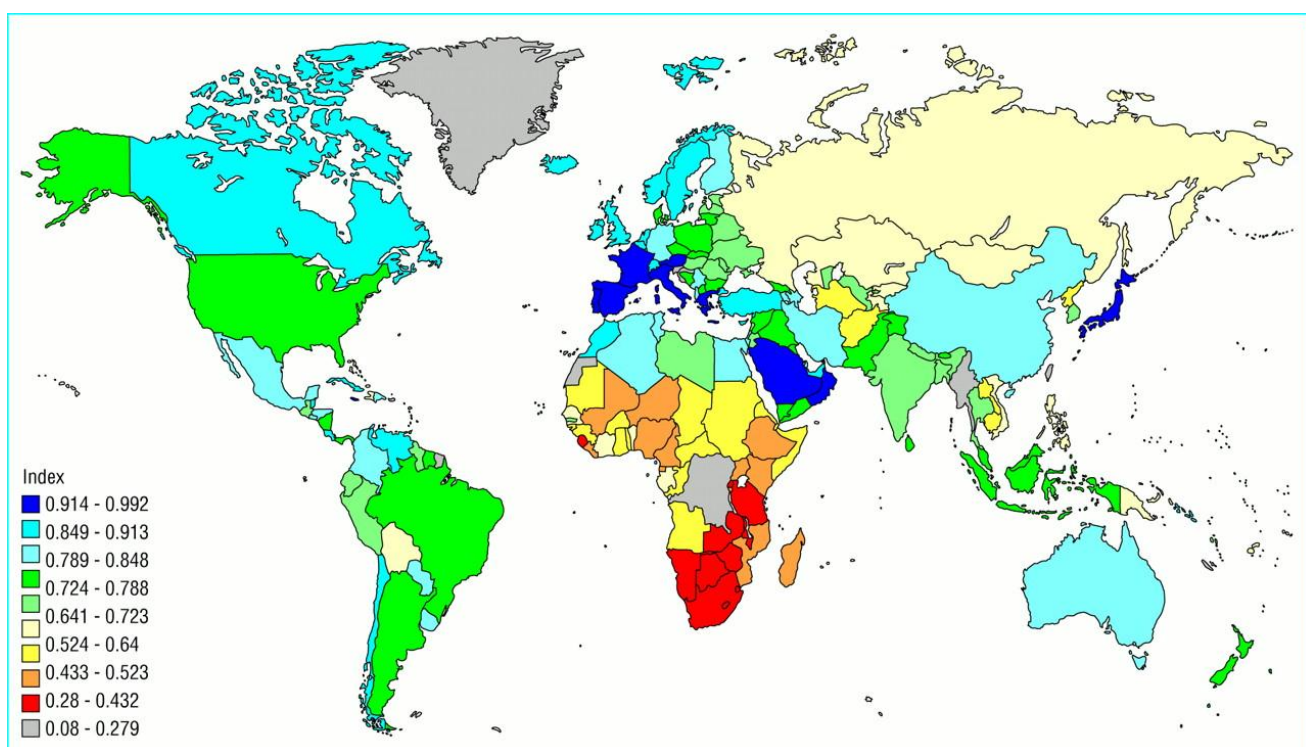
Финансовая устойчивость: динамика затрат на душу населения

Динамика бюджета здравоохранения	2003	2007	2011
Население	6.506.440	7.324.047	7.600.000
Бюджет	5,6 В €	8,831 В €	11,4 В €
Бюджет/ВВП	3,6%	4,2%	4,7%
Частные расходы/ВВП*	1,6%	1,8%**	1,8% / 2%
Госрасходы на душу населения	860 €	1.184,86 €	1.500 €
Частные расходы на душу населения	363 €	470€**	560 € / 625 €

* Источник: внутренняя информация с использованием данных по объему частных расходов, разделенных на общие расходы на здравоохранение, согласно «Отчету о финансовой устойчивости и территориальному балансу системы здравоохранения Испании до 2015 года».

** 2006

Сравнительная эффективность



Государственные расходы на здравоохранение в % от ВВП (2006)

В среднем по ЕС (1)	7,0%
Испания (1)	6,0%
Каталония (2)	4,7%

Расходы на здравоохранение (в % от общего бюджета на здравоохранение)

Страна	Государственное	Частное
США	45,2	54,8
Испания	71,2	28,8
ЕС (*)	77,3	22,7
ОЭСД (*)	59,2	40,8

Каталонская модель здравоохранения

Принципы Каталонской системы здравоохранения

- Качество
- Равенство (справедливость)
- Децентрализация
- Эффективность
- Трансверсальность
- Интеграция
- Участие
- Прозрачность
- Дополняемость и взаимозаменяемость

Организация, ориентированная на клиента

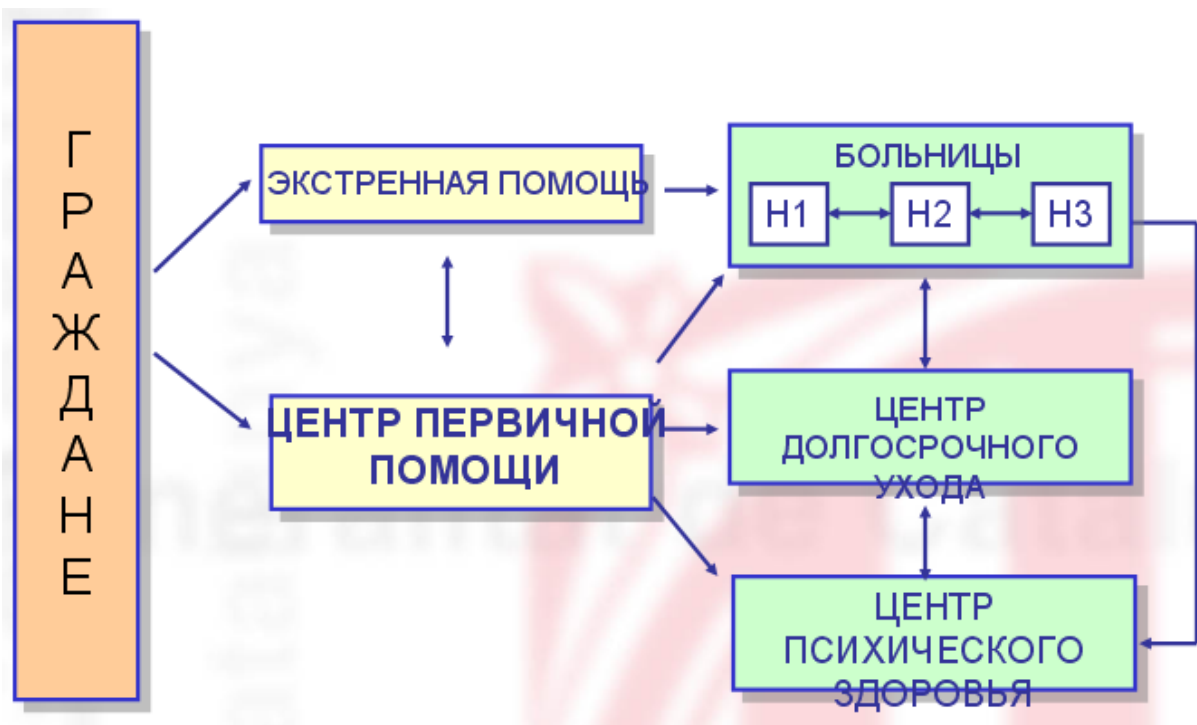
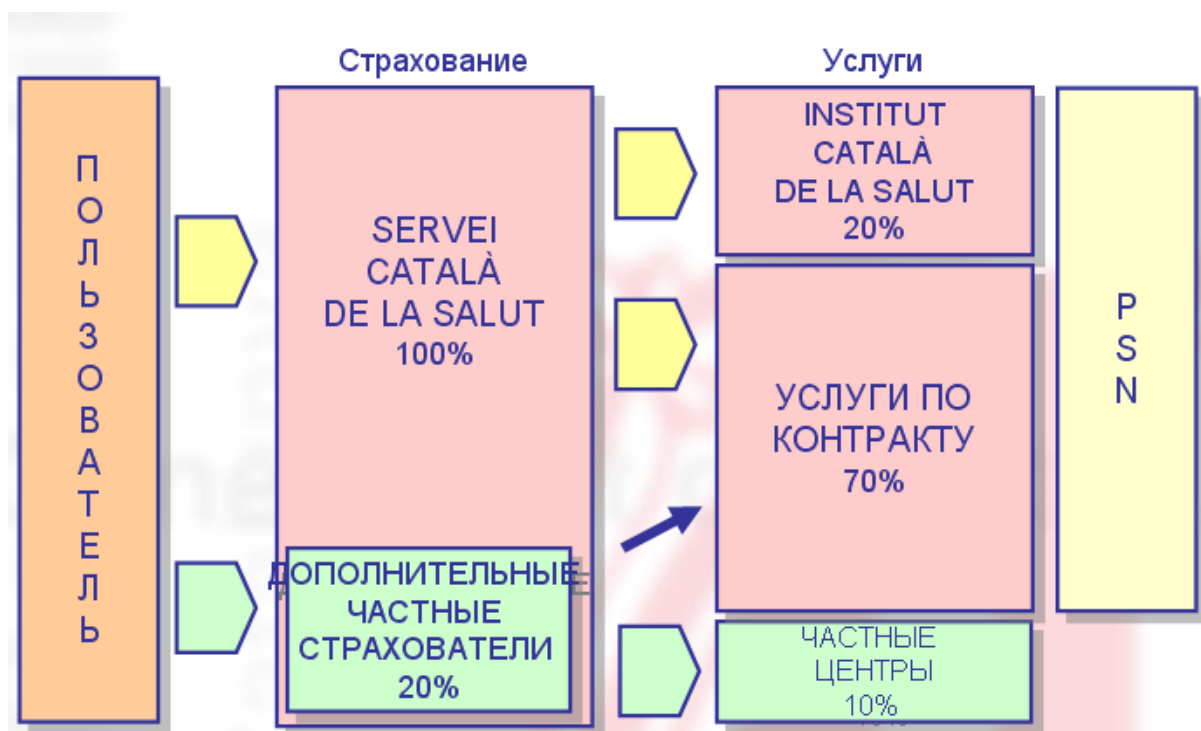


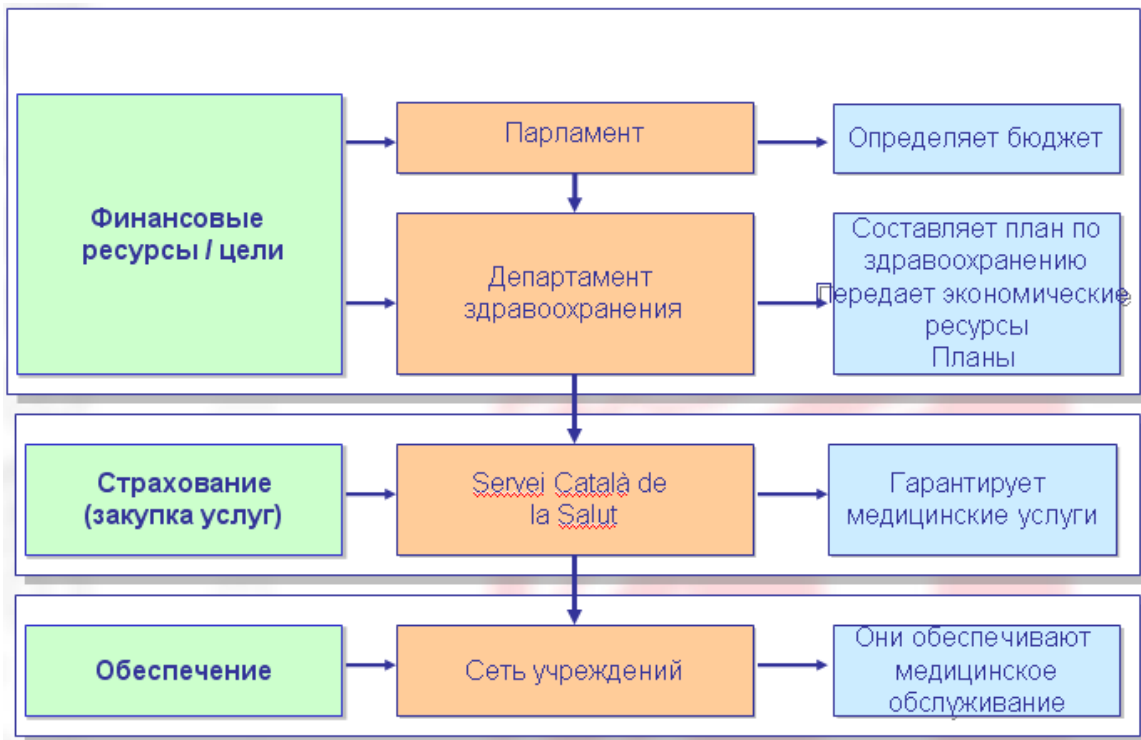
Схема системы здравоохранения Каталонии



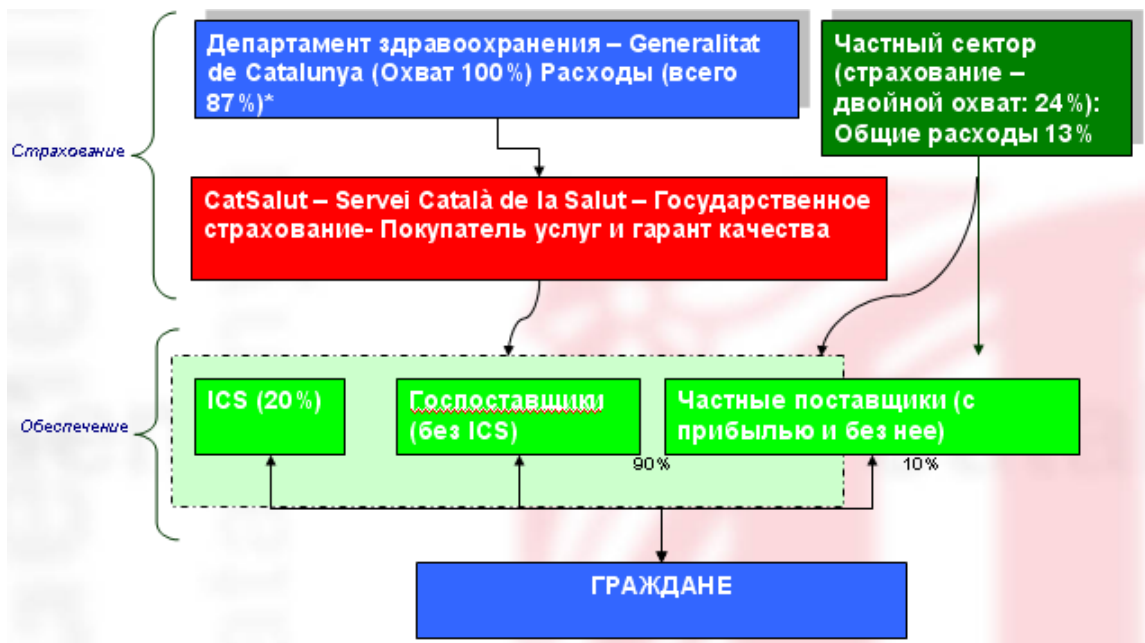
Форма собственности учреждений здравоохранения

Тип учреждения	Государственный	Негосударственный
Больничная помощь	20,18%	79,82%
Первичная помощь	87,06%	12,94%
Психическая помощь	27,79%	72,21%
Долгосрочная помощь	38,43%	61,57%

Функции



Основные участники системы здравоохранения



Данные здравоохранения

Общее число коек в стационарах¹: 4,7 (на 1.000 жителей)

Число коек неотложной помощи²: Прибл.2,4 (на 1.000 жителей)

Врачи³: 4,9 (на 1.000 жителей)

Расходы на душу населения в 2010: 1.297 евро / чел

Выписки из стационара⁴: 101 (на 1.000 жителей)

(1-2) Office of General Direction of Healthcare Resources. Department of Health of Catalonia

(3) INE/INS National Institute of Statistics

(4) Health in Figures 2009. Health Department of Catalonia

Сеть гос. учреждений:

- 365 участков первичной помощи + 827 местных центров
- 68 больницы неотложной помощи (15.143 коек)
- 21 психиатрический центр (3.907 коек, плюс 444 в больницах скорой помощи)
- 84 центров долгосрочной помощи (7.539 коек)

Новые перспективы:

Основные проблемы системы здравоохранения Каталонии

- **Демографические и культурные изменения:**
 - Старение → Иждивенчество
 - Иммиграция
 - Рождаемость
- **Социологические и эпидемиологические изменения**
- **Научно-технический прогресс**
- **Экономическая устойчивость**

После 2004 → Новая модель здравоохранения:

Система здравоохранения в Каталонии



Основные политики управления

- Улучшение финансирования здравоохранения в Каталонии
- Принятие нового закона о здоровье в Каталонии
- Развитие территориальных органов управления здравоохранением
- Развитие новых территориальных схем финансирования

На рассмотрении в Парламенте:

- Одобрение закона об Институте здоровья Каталонии
- Создание Агентства здравоохранения

Закон об Институте здоровья в Каталонии

- Реорганизация учреждения государственной формы собственности в независимое государственное учреждение
- Поддержка разделения организации, покупающей услуги, от провайдера услуг
- Повышение управленческого потенциала государственных учреждений
- Совершенствование отчетности

Создание Агентства здравоохранения

- Распространение разделения финансирующей организации и провайдера услуг на систему здравоохранения
- Стимулирование взаимодействия и сотрудничества различных администраций
- Аккредитация провайдера услуг
- Стимулирование трансверсальности и интеграции, особенно в первичном здравоохранении
- Ориентация на качество
- Преобразование и обновление технического и управленческого персонала

Стимулирование территориальных органов здравоохранения

Цель: Создать устойчивую орган взаимодействия между областным правительством и местными органами самоуправления

Юридический статус: консорциум

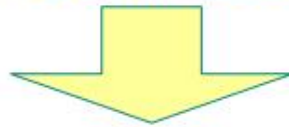
Специфические цели :

- Справедливость. Уменьшение диспропорций.
- Трансверсальность мер
- Интеграция мед. помощи
- Устойчивость
- Реагирование на демографические проблемы
- Участие

- Прозрачность
- Рост субсидий

Поддержка территориальных органов управления здравоохранением

“Разделение компетентного управления между областной и муниципальной властью”

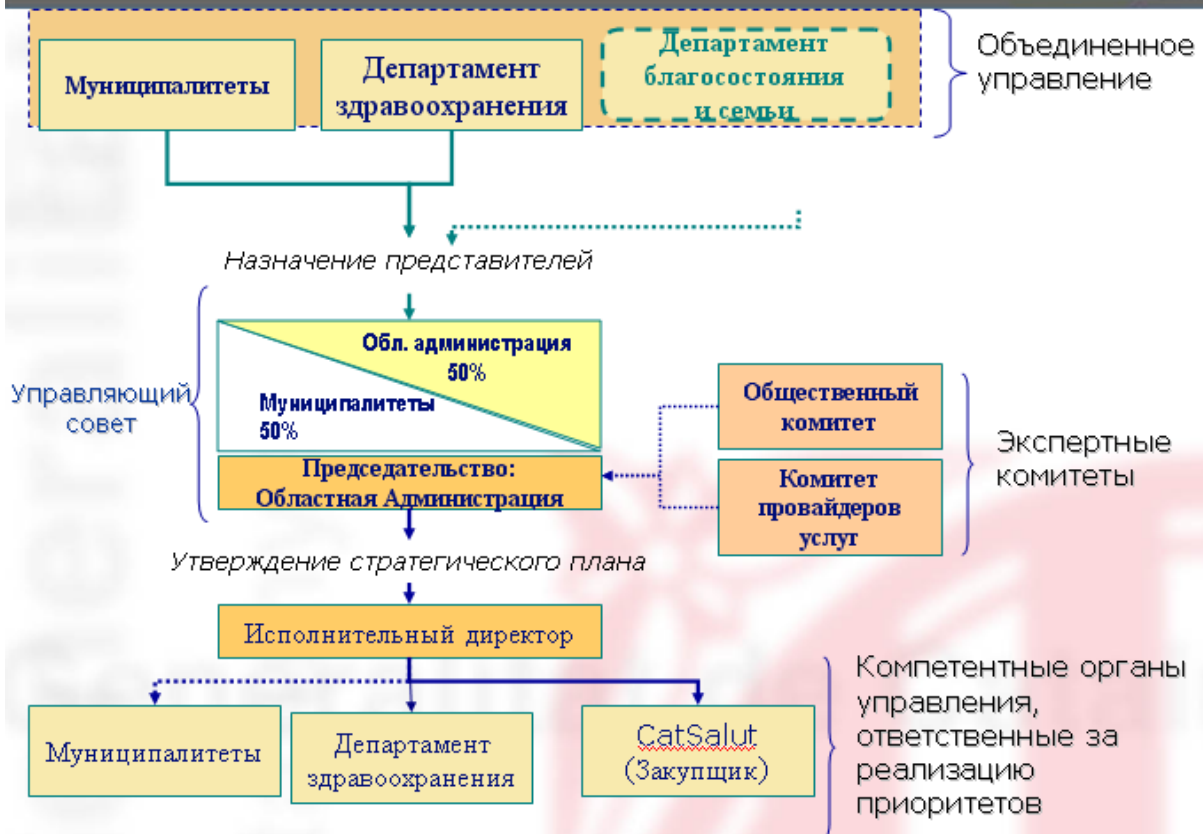


Отсутствие управленческого потенциала
Нет передачи компетенций



Налаживание устойчивого взаимодействия без изменения Закона об организации здравоохранения в Каталонии

Departament de Salut

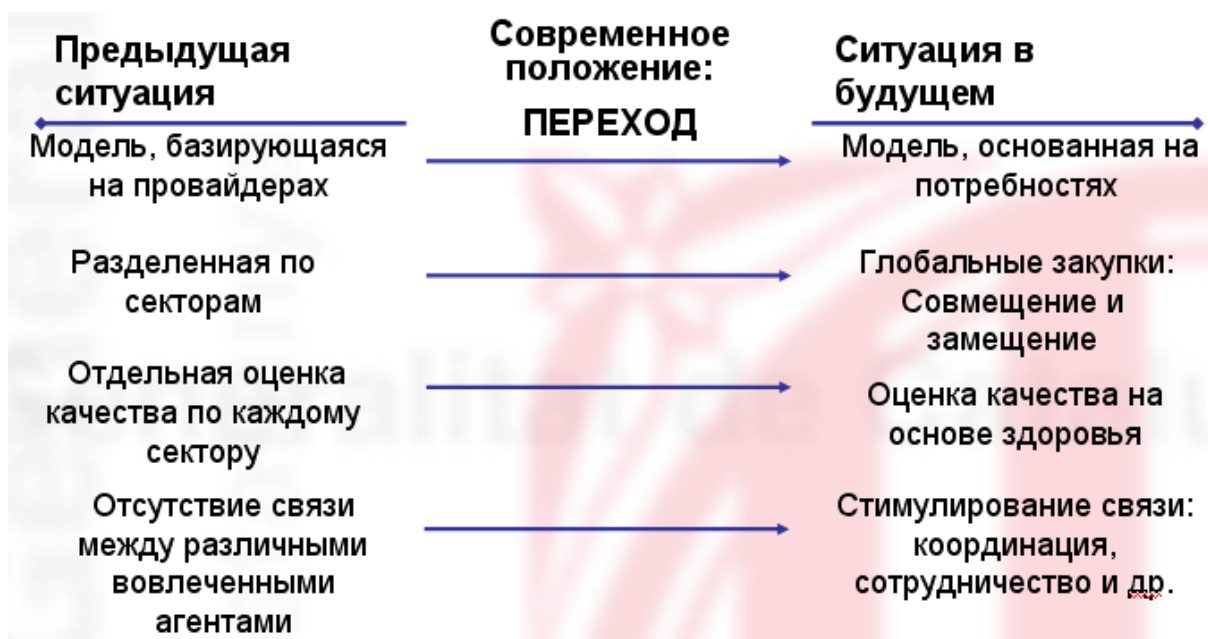


Развитие новых территориальных схем финансирования

ПОЧЕМУ система подушевого финансирования?

1. Для поддержки создания интегрированных систем здравоохранения, основанных на удовлетворении потребностей населения.
2. Для повышения эффективности системы, поддержки более координированного управления здравоохранением.
3. Для стимулирования повышения качества медицинских услуг, обеспечение наиболее адекватного уровня медицинской помощи.
4. Для разделения ответственности на разных уровнях оказания медицинской помощи, с передачей части рисков провайдером услуг.

Изменение в существующей системе закупок услуг



Будущие компоненты

- Расширение модели (гармонизировано с созданием и реализацией Территориальных органов управления здравоохранением [GTS]):
 - 2005 - шесть новых территорий (22%)
 - 2006 - 50 %
 - 2007 - 100 %
- Формула корректировки:
 - Повышение точности схемы финансирования (в зависимости от потребностей, справедливости и др.)
 - Минимизация некорректных стимулов (в зависимости от созданных структур...)
 - Весь персонал: стимулы для взаимодействия