

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ДО 2020 ГОДА

1. Паспорт Программы Ленинградской области «Развитие здравоохранения Ленинградской области до 2020 года»:

Полное наименование	Государственная программа Ленинградской области «Развитие здравоохранения Ленинградской области до 2020 года» (далее - «Программа»)
Ответственный исполнитель Программы	Комитет по здравоохранению Ленинградской области
Соисполнители Программы	Комитет по строительству Ленинградской области
Участники Программы	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ленинградской области
Подпрограммы Программы	<u>1. «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»;</u> <u>2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинскую помощь, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»;</u> <u>3. «Развитие государственно-частного партнерства»;</u> <u>4. «Охрана здоровья матери и ребенка»;</u> <u>5. «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»;</u> <u>6. «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»;</u> <u>7. «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»;</u> <u>8. «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»;</u> <u>9. «Развитие информатизации в здравоохранении»;</u> <u>10. «Совершенствование системы территориального планирования».</u>
Программно-целевые инструменты Программы	Переход от “планирования ресурсов” к “планированию результатов”. Направленность управления на достижение конкретных целей (результатов).

Цели Программы	<p>Обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.</p>
Задачи Программы	<p>Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;</p> <p>Повышение эффективности оказания специализированной включая высокотехнологичную, медицинскую помощь, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;</p> <p>Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины;</p> <p>Повышение эффективности службы родовспоможения и детства;</p> <p>Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;</p> <p>Обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;</p> <p>Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;</p> <p>Повышение роли России в глобальном здравоохранении;</p> <p>Медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения;</p> <p>Обеспечение системности организации охраны здоровья.</p>

Целевые индикаторы и показатели Программы	<p>Смертность от всех причин;</p> <p>Материнская смертность;</p> <p>Младенческая смертность;</p> <p>Смертность от болезней системы кровообращения;</p> <p>Смертность от дорожно-транспортных происшествий;</p> <p>Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных);</p> <p>Смертность от туберкулеза;</p> <p>Заболеваемость туберкулезом;</p> <p>Обеспеченность врачами;</p> <p>Соотношение врачей и среднего медицинского персонала;</p> <p>Средняя заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) от средней заработной платы;</p> <p>Средняя заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы;</p> <p>Средняя заработная плата младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы;</p> <p>Ожидаемая продолжительность жизни при рождении.</p>
Этапы и сроки реализации Программы	Государственная программа Ленинградской области «Развитие здравоохранения Ленинградской области до 2020 года» реализуется в два этапа: первый этап: 2013 - 2015 год; второй этап: 2016 - 2020 год.
Ожидаемые результаты реализации Программы	<p>Снижение смертности от всех причин до 11,4 случаев на 1000 населения;</p> <p>Снижение материнской смертности до 15,5 случаев на 100 тыс. родившихся живыми;</p> <p>Снижение младенческой смертности до 6,4 случаев на 1000 родившихся живыми;</p> <p>Снижение смертности от болезней системы кровообращения до 622,4 случаев на 100 тыс.</p>

	<p>населения;</p> <p>Снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий 10,0 случаев на 100 тыс. населения;</p> <p>Снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190,0 случаев на 100 тыс. населения;</p> <p>Снижение смертности от туберкулеза до 11,2 случаев на 100 тыс. населения;</p> <p>Снижение распространенности потребления табака среди детей и подростков до 15,0%;</p> <p>Снижение уровня заболеваемости туберкулезом до 35,0 случаев на 100 тыс. населения;</p> <p>Увеличение обеспеченности врачами до 44,8 на 10 тыс. населения;</p> <p>Соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1:3;</p> <p>Повышение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги обеспечивающих предоставление медицинских услуг) до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе;</p> <p>Повышение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе;</p> <p>Повышение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе;</p> <p>Увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 лет.</p>
--	--

Общая характеристика сферы реализации Программы, в том числе формулировки основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Характеристика итогов реализации государственной политики в сфере здравоохранения, выявление потенциала развития сферы здравоохранения и существующих ограничений в сфере реализации Программы

С 1990 по 2011 годы в Ленинградской области существенно возросло число

случаев заболеваний, приводящих к смерти. Число случаев заболеваний системы кровообращения возросло в 2 раза, случаев заболеваний злокачественными новообразованиями - на 60,0%. Число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, приводящих к инвалидности, возросло в 2 раза. В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (24,3%) и болезни системы кровообращения (14,2%).

Здоровье граждан, как социально-экономическая категория, является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой основной элемент национального богатства страны. Ценность здоровья, как важнейшего ресурса, необходимого для производства материальных и культурных благ, определяется современными тенденциями снижения воспроизводства населения, процессом его старения и, таким образом, уменьшением численности населения.

Основной целевой установкой Программы является создание необходимых условий для сохранения здоровья населения страны. Достижение указанной цели требует обеспечения доступности профилактики, диагностики и лечения заболеваний с использованием современных медицинских изделий, а также качественной и эффективной лекарственной терапии.

Таким образом, создание условий для повышения качества и доступности медицинской помощи гражданам Ленинградской области с учетом демографической ситуации является приоритетным направлением государственной политики в сфере здравоохранения.

В посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации в 2005 - 2006 годах были обозначены пути улучшения ситуации в сфере здравоохранения:

- возрождение системы профилактики заболеваний;
- формирование культуры здорового образа жизни;
- создание условий, благоприятствующих рождению и воспитанию детей;
- укрепление системы первичной медико-санитарной помощи;
- обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- повышение доступности высокотехнологичных медицинских услуг.

В последние годы значительные инвестиции государства направлены на решение указанных проблем. Инициированы и реализуются крупномасштабные проекты:

- приоритетный национальный проект "Здоровье";
- федеральная целевая программа "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)";
- долгосрочная целевая программа "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями, охрана безопасного материнства и детства в Ленинградской области на 2009 - 2013 годы";
- долгосрочная целевая программа «Модернизация здравоохранения Ленинградской области на 2011-2013 годы».

Итоги реализации указанных государственных инициатив к 2012 году (к началу реализации Программы) характеризуются следующими показателями:

- перелом в тенденции снижения численности населения - в 2011 году был обеспечен прирост численности населения на 190,9 тыс. человек (в период 2000 - 2005 годов численность населения уменьшалась в среднем за год на 600 - 700 тыс. человек);

- увеличение рождаемости - в 2011 году родилось 1 796,6 тыс. детей, что на 0,4% больше, чем в 2010 году;

- снижение показателей смертности - общий показатель смертности, то есть число умерших от всех причин на 1000 человек, в 2011 году составил 13,5 (в 2010 г. - 14,2), что отражает положительную динамику;

- снижение показателей младенческой смертности - младенческая смертность на 1000 родившихся живыми в 2011 году снизилась на 2,3% по сравнению с 2010 годом и составила 7,4 на 1000 родившихся живыми;

- повышение эффективности скорой медицинской помощи - по сравнению с 2006 годом количество смертей в машинах скорой помощи сократилось практически в 10 раз;

- увеличение ожидаемой продолжительность жизни - в период 2006 - 2011 годов ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 5,0 лет с 65,3 лет в 2005 году до 70,3 лет в 2011 году.

В области правового регулирования сферы охраны здоровья проведен целый ряд структурных реформ. За период 2006 - 2011 годов приняты принципиальные решения и нормативные документы, основными из которых, с точки зрения влияния на состояние и развитие здравоохранения, являются:

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

- Федеральный закон от 22 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

- Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. N 51-ФЗ "О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака";

- Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. N 1351;

- Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, одобренная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. N 2128-р;

- Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы, утвержденная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 г. N 1563-р;

- Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. N 1873-р;

- План мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 30

июня 2012 г. N 1134-р;

- Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. N 690;

- Федеральный закон от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности";

- Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств";

- Федеральный закон от 8 мая 2010 г. N 83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений".

Таким образом, к настоящему моменту удалось добиться ряда значительных сдвигов, как в структуре организации медицинской помощи, так и в результативности функционирования системы здравоохранения. Во многом преодолены негативные тенденции в состоянии системы диагностики и лечения основных социально значимых заболеваний. Произошли значительные положительные изменения в демографической ситуации, обусловленной последствиями 90-х годов. Заложены основы дальнейшего улучшения показателей здоровья населения, их постепенного приближения к европейскому уровню.

По данным Петростата, на 01 января 2012 года численность населения Ленинградской области составляет 1733,9 тыс. человек, в том числе городское население – 1133,8 тыс. человек – 65,39 %, сельское – 600,1 тыс. жителей - 34,61 %. Общее число проживающих мужчин в области 807,8 тыс. человек - 46,59 % и 926,1 тыс. женщин - 53,41 %. Пик наибольшей смертности пришелся на 2003 год, после этого отмечается положительная динамика и рост рождаемости.

В то же время показатели рождаемости и смертности пока не достигли такого уровня, когда рождаемость превышает смертность, поэтому имеется естественная убыль населения. Начиная с 2000 года по 2011 год естественная убыль населения (разница между числом родившихся и умерших) составила 198 695 человек. Миграция населения не только компенсирует естественную убыль, но и даёт рост населения (миграционный прирост) за тот же период на 213,9 тыс. человек. Миграция существенным образом изменяет структуру населения.

В связи с низкой рождаемостью, возрастной состав населения имеет регressiveный характер (преобладание населения свыше 50 лет над численностью детского населения от 0 до 14 лет), что усугубляет демографическую ситуацию и создаёт новый круг отрицательной динамики демографических процессов. По международным критериям население считается старым, если доля лиц свыше 65 лет составляет 7 % от всей численности населения. В Ленинградской области этот показатель равен 14,4 %. На низкий уровень рождаемости оказывают влияние ряд факторов, в том числе гендерная диспропорция: на 1000 мужчин приходится 1146 женщин, но в фертильном возрасте в области проживают 419,2 тыс. женщин и 445,4 тыс. мужчин.

В Ленинградской области в 2012г. родилось на 767 детей больше, нежели в 2011г., что составляет 5,1 %. Показатель рождаемости в 2012 г. составил 9,0% в 2011 г. 8,7 на 1000 чел. населения.

Уровень смертности в 2012 году практически остался на прежнем уровне: в 2011 г. умерло - 25 367 человек, в 2012 г. - 25 396 человек, т.е. имеется ухудшение показателя на 0,6%. В относительных показателях смертность составляет на 100 тыс. населения в 2011г. - 1484,0, в 2012г. - 1465,0 (данные Росстата). Естественная убыль населения составила 9785 человек, в 2011г. – 10523, т.е. уменьшилась на 7,0 %. По сравнению с наиболее неблагоприятным 2003 годом смертность сократилась на 27,51% или на 9 639 человек.

Показатель младенческой смертности составил 6,3%. Этот показатель выше данных 2011 г. - 5,2% но ниже, чем по Российской Федерации (8,7 на 1000 родившихся). Показатель материнской смертности в 2012 г. равен 12,81% на 100 тыс. родившихся живыми (два случая материнской смерти). В 2011 г. показатель материнской смертности составил – 13,47%.

Общая заболеваемость населения по данным обращаемости в амбулаторно - поликлинические учреждения имеет тенденцию к снижению по сравнению с 2009 г. За этот период снижение произошло на 4,2 % и составляет 109 756,75 на 100 тыс. населения (в 2009г. 114 531,3).

Положительная динамика имеется и в состоянии здоровья детей в тот же период с 200 226,6 до 184 4746,36 - на 7,86 %; подростков - с 177 458,6 до 160 259,67 - на 9,69 %. У взрослого населения также отмечается улучшение с 104 099,2 до 96 878,11 – на 6,93 %.

Первичная заболеваемость (выявленная впервые в текущем году) имеет тенденцию к снижению, но менее выражено - на 5,44 %, у детей - на 8,98%, у подростков - на 4,97%, у взрослых - на 3,87 %.

Сеть медицинских организаций Ленинградской области, оказывающих медицинскую помощь жителям, в настоящее время построена с учетом трехуровневой системы и состоит из медицинских организаций, подведомственных органам местного самоуправления (34 юридических лица), государственных учреждений здравоохранения (19 юридических лиц). Кроме того, имеются медицинские организации, непосредственно в оказании медицинской помощи не занятые (судебно-медицинское и патологоанатомические бюро, медицинский информационно-аналитический центр, центр медицины катастроф и прочие).

Амбулаторно – поликлиническая помощь населению Ленинградской области представлена в таблицах. Число посещений в амбулаторно – поликлинические учреждения Ленинградской области выросло с 10 257 637 посещения до 12 237 510, т.е. на 2 468 639 посещений больше или на 25,27%. Такая динамика позволяет говорить об улучшении кадрового обеспечения амбулаторных учреждений, улучшения доступности населения в медицинской помощи.

Годы	Всего посещений	В т. ч. сельскими жителями	Число профилактических	Число больных состоящих на	% профилактических
------	-----------------	----------------------------	------------------------	----------------------------	--------------------

			посещений	диспансерном учете	посещений
2006	10 257 637	2 683 621	2 478 487	404 791	24,2
2007	10 308 096	2 656 246	2 567 700	417 125	24,9
2008	10 906 094	2 871 680	2 634 190	450 554	24,2
2009	11 147 999	2 965 210	2 397 404	473 907	21,5
2010	11 170 229	2 976 358	2 289 766	466 982	20,5
2011	11360741	3 026 777	2 182 086	470 258	19,2
2012	12 237 510	3 308 688	2 492 740	463 737	20,4

Годы	Число посещений на 1-го жителя	Удельный вес сельских жителей в общем числе посещений	% диспансерных больных от числа зарегистрированн ых заболеваний	Число диспансерных больных на 1000 населения
2006	7,2	26,2	24,1	243,6
2007	7,1	25,8	25	255,4
2008	6,7	26,3	24,9	270,3
2009	6,8	26,6	24,2	276,6
2010	6,9	26,6	25,3	283,8
2011	6,6	26,6	25,1	263,8
2012	7,1	27,0	25,4	267,7

На конец 2012 года в Ленинградской области развернуто 954 койки дневного пребывания при больничных учреждениях без учета смен работы. С учетом смен на конец 2012 года развернуто 1 032 места.

Обеспеченность койками дневного пребывания (без учета смен) составила по подчинению 5,5 на 10 тыс. населения.

Уровень госпитализации в отчетном году несколько снизился по сравнению с 2011 годом и составил 2,1% на 100 жителей (2011 год – 2,8% на 100 жителей).

Средняя длительность пребывания 1 больного 8,5 дней, что практически на уровне прошлого года (2011 год – 8,7 дней).

В 2012 году сто лечебно-профилактических учреждений муниципальных районов и городского округа имеют дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях.

На конец 2012 года всего развернуто 813 мест без учета смен работы дневных стационаров. Из них работали:

- ✓ в 1 смену - 455 мест;
- ✓ в 2 смены - 340 мест;
- ✓ в 3 смены - 18 мест.

Так, с учетом смен работы на конец 2012 года развернуты 1 189 мест. Среднегодовых мест с учетом смен за отчетный период - также 1 189. В 2011 году

без учета смен по подчинению было 799 мест, с учетом смен на конец года 1 081 место, среднегодовых (с учетом смен) – 1 169 мест.

В целом по подчинению число мест (без учета смен) за период 2012 года увеличилось (+14 мест).

В Ленинградской области продолжают развиваться дневные стационары на дому. За 2012 год в стационарах на дому всего наблюдались и лечились 4 878 пациентов (в 2011 г. - 2 478 пациентов). Из них лечились на дому по причине невозможности посещать поликлинику 4 520 больных, в связи с долечиванием после круглосуточного стационара – 125 больных, получавших паллиативное лечение - 233 человек.

За 2012 год в период лечения на дому этим пациентам было проведено 10 525 клинических и 9 016 биохимических лабораторных исследований (в прошлом году всего 7 147 клинических и 4 536 биохимических лабораторных исследований), а также 2 999 ЭКГ, 71 УЗИ и 240 Р-логических исследований (в 2011 году пациентам проведено 1 462 ЭКГ, 162 УЗИ и 155 Р-логических исследований).

В Ленинградской области на 31.12.12 г. развернуто – 11 656 круглосуточных коек (2011г. -11 642). Работа койки уменьшилась с 339 дней в году до 331, что связано, очевидно, с большим количеством ремонтных работ в рамках реализации долгосрочно целевой программы «Модернизация здравоохранения Ленинградской области». Количество пациентов, поступивших в стационары, увеличилось на 10,9% с 300,9 тыс. человек до 333,6. Уменьшилась общебольничная летальность с 2,8% до 2,4%.

Структурные преобразования отрасли здравоохранения связаны с дальнейшим развитием трехуровневой системы оказания помощи, совершенствования маршрутизации пациентов по единым принципам.

Основные тенденции этих структурных преобразований связаны с развитием первичной медико-санитарной помощи с максимальным приближением ее к местам проживания граждан, а также централизацией оказания специализированной помощи, повышением уровня ее технологической оснащенности, развитием паллиативной помощи и стационарзамещающих технологий (дневных стационаров, стационаров на дому).

Существенными факторами, затрудняющими процесс структурных преобразований, являются, низкая концентрация населения в значительной части Ленинградской области, недостаточно развитая дорожная сеть, а также определенный менталитет жителей области, негативно воспринимающих почти любые преобразования, особенно связанные со стационарной помощью. При организации межмуниципальных центров вызывает беспокойство сокращение числа мест в стационаре для жителей района. При этом жители «прикрепленных» к этому центру населенных пунктов активно возражают против перепрофилирования коек круглосуточного стационара в дневной в медицинских организациях также перевода этих объемов в межмуниципальный центр. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, жителями традиционно недооценивается и не воспринимается как полноценная замена объемов стационарной помощи.

В соответствии с программой «Модернизация здравоохранения» в Ленинградской области предусмотрено 5 медицинских округов, численность населения в которых 250 – 350 тыс. человек. В каждом округе определены головные медицинские организации, на базе которых организуются межмуниципальные отделения. При этом реализуется принцип создания крупных многопрофильных больниц скорой помощи, т.е. все структурные подразделения, которым приданы межмуниципальные функции, особенно оказывающие медицинскую помощь в экстренной форме, в каждом округе будут размещаться в одной головной организации. В прочих медицинских организациях (подразделениях) планируется создать реабилитационные отделения и развивать паллиативную помощь.

Структурные преобразования системы первичной медико-санитарной помощи.

В Ленинградской области в рамках программы «Социальное развитие села на 2009-2013 годы» было построено 10 зданий, в которых размещаются фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), врачебные амбулатории (СВА) и отделения врачей общей практики (ОВП).

Все ФАП, СВА, ОВП и соответствующие подразделения сельских больниц оснащены аппаратурой, позволяющей круглосуточно передавать ЭКГ по линиям телефонной связи и получать клинико – электрокардиографические консультации.

Во всех крупных поликлиниках за счет средств долгосрочной целевой программы организованы кабинеты доврачебного контроля, оснащенные автоматизированным рабочим местом с выходом на центральный сервер, который администрируется сотрудниками Комитета по здравоохранению Ленинградской области. Кабинеты осуществляют скрининг населения (обращающегося в поликлинику, а также на выездах), выявление и стратификацию рисков важнейших хронических неинфекционных заболеваний.

Все эти направления планируется развивать и далее.

Диспансеризация населения будет проводиться в соответствии с методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ и Порядками оказания медицинской помощи.

Для повышения доступности первичной врачебной и первичной специализированной медицинской помощи сельскому населению с 2008 года в Ленинградской области работают 18 передвижных врачебных амбулаторий, оборудованных как офисы врача общей практики. Планируется приобретение мобильных комплексов, которые дополнят существующий парк передвижных врачебных амбулаторий.

Разработан проект ведомственной целевой программы, предусматривающей организацию кабинетов врача пульмонолога на базе межмуниципальных центров.

В 2013 – 2014 году планируется создание областного центра медицинской профилактики и областного врачебно-физкультурного диспансера.

Структурные преобразования системы специализированной помощи.

На базе трех медицинских округов организованы сосудистые центры. В течение 2014 – 2015 гг. будут созданы два дополнительных сосудистых центра.

На базе окружных больниц открыты травма центры второго уровня, кроме того, травма центры второго уровня открываются в медицинских организациях, находящихся вблизи федеральных автомобильных трасс.

Кроме того, на базе окружных центров будут развиваться и другие востребованные виды специализированной помощи (например, офтальмо хирургия, пульмонология, ревматология и др.).

Отрабатывается единая система маршрутизации пациентов в соответствии с трехуровневой системой, с формированием этапной системы оказания помощи на основе стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания.

В 2013 – 2014 гг. планируется полная реконструкция здания Коммунаровской городской больницы с открытием областного реабилитационного центра мощностью 200 коек плюс дневной стационар и амбулаторной отделение.

В качестве службы маршрутизации пациентов на всех этапах, при оказании помощи в амбулаторных и стационарных условиях, планируется создание ситуационного центра, включающего в себя службу единой диспетчерской скорой помощи, call-центр для пациентов («горячую линию»), консультативные службы для врачей, службы медицинской эвакуации. Создание такого подразделение возможно с учетом оснащения системой «ГЛОНАСС».

Структурные преобразования системы оказания медицинской помощи женщинам и детям.

В течение 2013 – 2014 гг. планируется строительство родильного дома в г. Выборге и перинатального центра в г. Всеволожске. В настоящее время создаются четыре крупных акушерских подразделения, включающие неонатологическую службу с соответствующим оснащением, а также специализированную службу скорой помощи для организации медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, а также новорожденным, при выездах в районы области. Эта служба в значительной степени укомплектована специализированным санитарным транспортом и оборудованием, работа по оснащению продолжается.

Поскольку здание Ленинградского областного государственного учреждения здравоохранения «Детская клиническая больница» не отвечает требованиям, касающимся выделения необходимых помещений в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи по соответствующим профилям, и нет возможности это здание перепланировать, запланировано строительство многопрофильной детской больницы на 500 коек во Всеволожском районе.

Структурные преобразования системы оказания скорой помощи запланированы как создание единой диспетчерской службы и службы медицинской эвакуации, а также переоснащение и пополнение парка санитарного автотранспорта. Эти направления представляются особо важными в связи с тем, что усложняется маршрутизация пациентов, проживающих в отдаленных муниципальных районах.

Общая характеристика сферы реализации Программы, в том числе формулировки основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы:	Комитет по здравоохранению Ленинградской области
Цели Подпрограммы:	<p>увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний;</p> <p>снижение заболеваемости инфарктом миокарда и инсультами.</p> <p>Повышение выявляемости больных злокачественными новообразованиями на I-II стадии заболевания;</p> <p>повышение доли больных, у которых туберкулез выявлен на ранней стадии;</p> <p>снижение уровня смертности от инфекционных заболеваний;</p> <p>снижение заболеваемости алкоголизмом, наркоманией;</p> <p>снижение уровня смертности населения за счет профилактики развития депрессивных состояний и суициdalного поведения.</p>
Задачи Подпрограммы:	<p>развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска;</p> <p>реализация дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях обеспечения своевременного выявления заболеваний, дающих наибольших вклад в показатели инвалидизации и смертности населения;</p> <p>снижение уровня распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок;</p> <p>сохранение на спорадическом уровне распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок (полиомиелит, корь, краснуха);</p> <p>раннее выявление инфицированных ВИЧ, острыми</p>

	вирусными гепатитами В и С;
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы:	<p>охват профилактическими медицинскими осмотрами детей;</p> <p>охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;</p> <p>охват диспансеризацией подростков;</p> <p>взрослого населения;</p> <p>доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II ст.;</p> <p>охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез;</p> <p>заболеваемость дифтерией;</p> <p>заболеваемость корью;</p> <p>заболеваемость краснухой;</p> <p>заболеваемость эпидемическим паротитом;</p> <p>заболеваемость острым вирусным гепатитом В;</p> <p>охват иммунизацией населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки;</p> <p>охват иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки;</p> <p>охват иммунизацией населения против кори в декретированные сроки;</p> <p>охват иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки;</p> <p>охват иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки;</p> <p>доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных;</p> <p>доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года;</p> <p>доля больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года;</p> <p>смертность от самоубийств.</p>
Этапы и сроки реализации Подпрограммы:	<p>подпрограмма реализуется в два этапа:</p> <p>1 этап - 2013-2015 гг.;</p> <p>2 этап - 2016-2020 гг.</p>
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы:	<p>увеличение доли детей, имеющих I-II группу здоровья;</p> <p>снижение потребления табака населением, недопущение его потребления детьми, подростками и беременными женщинами;</p> <p>увеличение выявляемости больных злокачественными новообразованиями на I-II ст. заболевания до 56,7%;</p> <p>увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез до 81,1%;</p> <p>снижение заболеваемости дифтерией, эпидемическим паротитом;</p>

	сохранение на спорадическом уровне распространенности кори, краснухи, полиомиелита; обеспечение охвата иммунизацией населения против вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша и столбняка, кори, краснухи, эпидемического паротита в декретированные сроки; увеличение доли ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных до 78,5%.
--	---

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

В соответствие с Концепцией социально-экономического развития Ленинградской области на стратегическую перспективу до 2025 год, утвержденной областным законом Ленинградской области от 22.09.2011 N 72-оз, постановлением Правительства Ленинградской области от 19.08.2010 N 219 «О проекте областного закона «О Концепции социально-экономического развития Ленинградской области на стратегическую перспективу до 2025 года» и утверждении Сводного перечня целей и задач Правительства Ленинградской области по социально-экономическому развитию Ленинградской области на период до 2013 года и стратегическую перспективу до 2025 года» укрепление и сохранение здоровья населения, пропаганда здорового образа жизни являются главной стратегической целью развития здравоохранения Ленинградской области.

Проведение мероприятий, направленных на формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни осуществляется комплексно с участием отраслевых органов исполнительной власти, ведомственных структур, органов местного самоуправления.

Мероприятия по формированию здорового образа жизни реализуются посредством долгосрочных, ведомственных целевых программ:

Постановление Правительства Ленинградской области от 23 мая 2011г. №147 "Об утверждении долгосрочной целевой программы "Развитие физической культуры и массового спорта в Ленинградской области на 2011-2013 годы"

Постановление Правительства Ленинградской области от 09 декабря 2011г. №426 "Об утверждении долгосрочной целевой программы "Развитие объектов физической культуры и спорта в Ленинградской области на 2012-2015 годы"

Постановление Правительства Ленинградской области от 16 ноября 2011г. №381 "Об утверждении долгосрочной целевой программы "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на территории Ленинградской области на 2012-2015 годы".

Постановление Правительства Ленинградской области от 31 марта 2011г. №80 "Об утверждении долгосрочной целевой программы "Дети Ленинградской области" на 2011-2013 годы

Постановление Правительства Ленинградской области от 06 августа 2011г. №255 "Об утверждении долгосрочной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями, обеспечение безопасного материнства и детства в Ленинградской области на 2009-2012 годы".

Постановление Правительства Ленинградской области от 25 мая 2012г. №180 "Об утверждении долгосрочной целевой программы "Демографическое развитие Ленинградской области на 2012-2014 годы"

«План дополнительных мероприятий по снижению употребления алкогольной продукции и наркотических веществ, профилактике алкоголизма и наркомании на 2011-2012 годы», утвержденный Губернатором Ленинградской области от 01 декабря 2010г.

Несмотря на снижение показателя общей смертности населения в течение последних лет значение показателя в регионе сохраняется высоким и превышает средние показатели по Российской Федерации (2011 г. 13,5 на 100 тыс. населения в среднем по Российской Федерации, в Ленинградской области 14,8 на 100 тыс. населения).

Основной причиной смертности населения являются болезни системы кровообращения. Комплекс мероприятий, проводимый в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье», долгосрочных целевых программ позволил достичь динамики снижения показателя смертности от БСК. Но необходимо отметить превышение указанного показателя среднего значения по Российской Федерации (2011 г. 753 на 100 тыс. населения в среднем по Российской Федерации, в Ленинградской области 827,4 на 100 тыс. населения), кроме этого в 2012 году отмечен некоторый рост смертности от БСК в сравнении с 2011 годом, в 2012 - 846,2 на 100 тыс. населения.

Для совершенствования профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Ленинградской области организован и осуществляется комплекс мероприятий.

Во всех муниципальных учреждениях здравоохранения Ленинградской области организован доврачебный скрининг, который проводится в кабинетах доврачебного приема.

Наиболее крупные ЛПУ, рассчитанные на большой поток пациентов (до 100 человек в смену), оснащены компьютерными терминалами КДП и связаны в единую сеть с центральным сервером. Кабинеты оснащены весами, ростомером, аппаратурой для экспресс-контроля уровня гликемии и общего холестерина.

Доврачебный скрининг регламентирован приказом комитета по здравоохранению Ленинградской области, которым утверждено типовое положение о кабинете доврачебного приема и алгоритм его работы.

В 2011 году введена программа, предназначенная для учета и анализа индивидуальной многофакторной профилактики в группах населения с высоким риском болезней системы кровообращения, на основе рекомендаций ВОЗ-МОАГ.

В Ленинградской области много лет действует система дистанционной передачи электрокардиограмм (ЭКГ) пациентов с амбулаторного приема, вызовов скорой помощи и из стационарных медицинских учреждений (участковых и районных больниц) в дистанционный кардиологический консультативный центр ГУЗ «Ленинградский областной кардиологический диспансер». В 2012 году из ЛПУ муниципальных районов принято и обработано более 8 тыс. ЭКГ. Раннее выявление патологии при проведении ЭКГ позволяет провести мероприятия по профилактике осложнений.

Для совершенствования профилактики, оказания медицинской помощи

пациентам с артериальной гипертензией в регионе функционирует 26 школ для больных артериальной гипертензией (ШАГ) с выделением должностей среднего медицинского персонала (фельдшер, медицинская сестра). Преподаватели школ подготовлены на циклах тематического усовершенствования, организованных на базе ГУЗ "Ленинградское областное медицинское училище" (подготовлено 48 человек) и кафедре общей врачебной практики (семейной медицины) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова (26 человек). Кроме того, будут продолжены практические занятия и теоретические лекции в постоянном режиме на базе ГОУ СПО "Ленинградский областной кардиологический диспансер". Преподавание в школах организовано по стандартной программе, разработанной и рекомендованной ГНИЦ профилактической медицины. Разработана система мониторинга эффективности обучения в школах, которая включает анкеты для начального и заключительного тестирования знаний обучающихся в школах. Работа преподавателей ШАГ оценивается на основании выборочного анализа анкет. Все обучающиеся обеспечиваются методическими материалами - дневником пациента и конспектом занятий. За период 2009-2012 годов обучение прошли 18985 человек. Анализ контингента обучающихся показывает отчетливую динамику увеличения числа лиц, знающих факторы риска заболеваний, полностью выполняющих рекомендации врачей.

В Ленинградской области большое внимание уделяется информационно-просветительской деятельности.

В течение последних лет организовано и функционируют в настоящее время:

телевизионная школа здоровья. В 2012 году представлено девять сюжетов об основных факторах риска, которые выходят в эфир на всей территории Ленинградской области. Проект участвовал в конкурсе "Здоровая Россия" в номинации "Лучший медиа-проект";

общественные акции по формированию здорового образа жизни "Знаешь ли ты, какое у тебя артериальное давление?". Целью акции является информирование населения о мерах профилактики. Проект участвовал в конкурсе "Здоровая Россия" в номинации "Лучший территориальный проект";

еженедельная рубрика "Будьте здоровы!" в газете "Вести", содержащую материалы о важнейших и наиболее распространенных заболеваниях, их осложнениях и мерах профилактики. Проект участвовал в конкурсе "Здоровая Россия" в номинации "Лучший медиа-проект".

За счет средств областного бюджета в рамках мероприятия по развитию системы информирования населения о болезнях кровообращения подготавливаются и выходят в эфир Ленинградской областной телекомпании видеоматериалы телевизионной программы "Утренний обход", освещающей деятельность комитета по здравоохранению Ленинградской области, изготавливаются плакаты для размещения в ЛПУ и часто посещаемых местах (магазины и т.п.) с информацией о необходимости измерения артериального давления и других показателей, месте нахождения доврачебного кабинета, школ для пациентов и т.п.

Второй по распространенности причиной смертности населения являются злокачественные новообразования (ЗНО). Смертность за период с 2010 года

снизилась: 2010 год – 234, в 2011 году – 215, в 2012 году отмечается некоторый рост показателя 222,8.

В структуре умерших больных от ЗНО преобладает смертность от ЗНО трахеи, бронхов и легкого – 16,27% (15,71%), рака желудка – 11,86% (12,02%), рака ободочной и прямой кишки-15,0%.

К показателям качества диагностики онкологических заболеваний относятся следующие: доля больных ЗНО, выявленных при профилактических осмотрах (активная выявлляемость), доля больных с морфологически верифицированным диагнозом, доля больных с I-II стадией заболевания, доля больных с IV стадией заболевания. В 2012 году доля больных ЗНО, выявленных при профилактических осмотрах (активная выявлляемость) увеличилась с 25,7%, до 26,7%, доля больных с морфологически верифицированным диагнозом увеличилась с 90,63% до 93,0%, доля больных с I-II стадией заболевания увеличилась с 55,1% до 56,6%, доля больных с IV стадией заболевания уменьшилась с 19,5% до 17,2%.

С целью повышения квалификации работников онкологической службы муниципальных образований Ленинградской области в Леноблонкодиспансере ежегодно проводятся научно-практические онкологические конференции, на которых освещаются различные актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний, а также решаются вопросы организации онкологической службы, учета и онкологической отчетности.

Так в 2012 году было проведено три областные онкологические конференции с привлечением ведущих специалистов онкологов Санкт-Петербурга, Москвы и других городов. Онкологи диспансера активно участвовали в работе проводимых в России и за рубежом онкологических съездов, симпозиумов, конференций и конгрессов.

Врачи онкодиспансера 46 раз выезжали в районы Ленобласти с целью контроля организации онкологической помощи в районах, проведения мастер-классов по ранней диагностике онкозаболеваний, чтения лекций для врачей общей лечебной сети по различным вопросам современной онкологии.

Проведена работа по выявлению причин онкозаболеваемости и онкосмертности в Ленобласти - результаты доложены онкологам на одной из конференций и выработан комплекс мер, направленных на улучшение онкологической ситуации в Ленобласти.

В Ленинградской области открыты и функционируют 7 центров здоровья, в том числе 2 детских центра здоровья (далее Центра).

В 2012 году Центры посетили 32 237 человек (в 2011 году – 18165), в том числе детей - 7 980 (в 2011 году – 4 360). Признаны здоровыми 6845 (21,2%), в том числе – 3606 детей (45,2%), у остальных выявлены факторы риска или хронические заболевания. Врачами Центров здоровья составлено 27360 индивидуальных планов мероприятий для прошедших обследование пациентов.

В настоящее время в Ленинградской области проводится работа по созданию Центра медицинской профилактики со статусом юридического лица, введена должность главного специалиста Ленинградской области по профилактической медицине.

Вопросы эффективности работы центров здоровья и кабинетов медицинской профилактики рассмотрены на коллегии комитета по здравоохранению Ленинградской области в марте и декабре 2012 года.

В настоящее время проводится работа по подключению центров здоровья к Федеральному информационному ресурсу через сеть Интернет.

С 2011 года Центры здоровья начали осуществлять выездную работу по обследованию населения в дальних поселках области, с проведением мероприятий совместно с отделами районов по молодежной политике и образования в образовательных, спортивных, оздоровительных и социальных детских учреждениях. Разработан порядок организации выездной работы Центра здоровья. В 2012г. медицинскими работниками Центров осуществлено 94 выезда, во время которых проведены осмотры 1084 чел.

Организована доставка спецтранспортом всех желающих из отдаленных поселков для проведения обследования в Центрах здоровья и обратно. Были подключены руководители муниципальных образований и руководители предприятий. Налажена преемственность с кабинетами доврачебного осмотра и кабинетом профилактического осмотра при приеме на работу.

Информационный материал о работе Центров здоровья предоставляется областному и районному телевидению, проводятся выступления по радио. Во время проведения общественных акций в течение года работники Центров здоровья раздают информационные листовки с указанием контактных телефонов, места расположения Центра, проводимых им исследований.

По результатам реализации 1 этапа Подпрограммы в 2015 году планируется достичь следующих показателей:

- охват профилактическими медицинскими осмотрами детей вырастет с 96,7 % в 2012 году, в 2015 году до 96,9 %;
- охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, сохраняется на уровне 100%;
- охват диспансеризацией подростков сохранится на уровне 100 %;
- доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II ст. увеличится с 56,6% в 2012 году до 57,1% в 2015 году;
- охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез вырастет с 69% в 2011 году до 73,88% в 2015 году;
- заболеваемость дифтерией (на 100 тыс. населения) не более 1 случая в год;
- заболеваемость корью (на 1 миллион населения) снизится с 5,4 в 2012 году до менее 1 случая в 2015 году;
- заболеваемость краснухой (на 100 тыс. населения) снизится с 0,25 в 2012 году до менее 1 случая в 2015 году;
- заболеваемость эпидемическим паротитом (на 100 тыс. населения) снизится с 0,29 в 2012 году до менее 1 случая в 2015 году;
- заболеваемость острым вирусным гепатитом В (на 100 тыс. населения) снизится до 2,4 в 2015 году;
- охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95% к 2015 году;

- охват иммунизации населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95% к 2015 году;
- охват иммунизации населения против кори в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95% к 2015 году;
- охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95% к 2015 году;
- охват иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки сохраниться на уровне не менее 95% к 2015 году;
- доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных вырастет с 91,9% в 2012 году до 93,5% в 2015 году;
- доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года, снизится с 26,5% в 2012 году до 25,0% в 2015 году;
- доля больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года, снизится с 31,3% в 2012 году до 29,2% в 2015 году;
- смертность от самоубийств (на 100 тыс. населения) снизится с 38,5 в 2012 году до 21,2 в 2015 году.

По результатам реализации 2 этапа Подпрограммы в 2020 году:

- охват профилактическими медицинскими осмотрами детей сохранится на уровне 85% к 2020 году;
- охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, сохранится на уровне 85% к 2020 году;
- охват диспансеризацией подростков сохранится на уровне 85% к 2020 году;
- доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II ст. вырастет с 57,5% в 2016 году до 58,7% в 2020 году;
- охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез вырастет с 75,32% в 2016 году до 81,08% в 2020 году;
- заболеваемость дифтерией (на 100 тыс. населения) не превысит 1 случая в год;
- заболеваемость корью (на 1 миллион населения) не превысит 1 случая;
- заболеваемость краснухой (на 100 тыс. населения) не превысит 1 случая;
- заболеваемость эпидемическим паротитом (на 100 тыс. населения) сохранится на уровне менее 1 случая с 2016 года до 2020 года;
- заболеваемость острым вирусным гепатитом В (на 100 тыс. населения) снизится с 2,4 в 2016 году до 2,3 в 2020 году;
- охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки составит 95%;
- охват иммунизации населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки составит 95%;
- охват иммунизации населения против кори в декретированные сроки составит 95%;
- охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки составит 95%;
- охват иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки составит 95%;
- доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа

выявленных вырастет с 93,6% в 2016 году до 95,7% в 2020 году;

- доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года, снизится с 24,7% в 2016 году до 23,3% в 2020 году;

- доля больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года, снизится с 28,7% в 2016 году до 26,8% в 2020 году;

- смертность от самоубийств (на 100 тыс. населения) снизится с 20,6 в 2016 году до 17,5 в 2020 году.

Характеристика основных мероприятий Подпрограммы

Мероприятие 1.1. Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, в том числе у детей. Профилактика развития зависимостей, включая сокращение потребления табака, алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ, в том числе у детей.

Основными задачами медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни населения являются:

Работа по профилактике у населения вредных привычек злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, табакокурения;

Популяризация полноценного и здорового питания;

Повышение уровня физической активности населения Ленинградской области;

Совершенствование системы раннего выявления и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний

Проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Работа по профилактике у населения вредных привычек: злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, табакокурения.

В целях реализации Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 года № 1563-р, в 2010 году в комитете по здравоохранению Ленинградской области создан межведомственный Координационный совет по борьбе против табака (далее – Совет) и утвержден комплексный план мероприятий по данному направлению.

Члены Совета, руководители Центров здоровья принимают активное участие в работе конференций, форумов, тренингов с участием международных организаций по вопросам борьбы с потреблением табака, используют накопленный опыт и распространяют материалы антитабачной направленности.

Совет осуществляет координирующую роль в организации и проведении на территории Ленинградской области мероприятий, направленных на снижение потребления табака. Ежегодно в мае и ноябре в соответствии с планом, утверждаемым распоряжением комитета по здравоохранению Ленинградской области, проводятся масштабные мероприятия на муниципальном и областном

уровнях, направленные на борьбу с потреблением табака (размещение наружной социальной рекламы, видео- и аудиорекламы на телевидении и в интернете, изготовление и распространение печатной продукции антитабачной направленности, оформление стендов, проведение выставок, акций, конкурсов, тренингов, семинаров, лекций, бесед, спортивно-оздоровительных мероприятий и т.д.).

Совет осуществляет мониторинг реализации органами исполнительной власти Ленинградской области, государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, образования, социальной защиты населения, администрациями муниципальных районов и городского округа Ленинградской области мероприятий комплексного плана по борьбе против табака.

На базе Ленинградского областного кардиологического диспансера организованы школы для пациентов и врачей по отказу от курения. На базе СПб НИИ фтизиопульмонологии действует постоянный «телефон доверия» по вопросам отказа от курения.

Специалистами ГКУЗ «Ленинградский областной наркологический диспансер» и ГКАУЗ «Ленинградский областной кардиологический диспансер» проводится обучение сотрудников учреждений здравоохранения, образования, социальной сферы, средств массовой информации для осуществления разъяснительной работы о пагубном воздействии табака на здоровье.

В ЛПУ всех районов области созданы мобильные бригады врачей-специалистов, которые регулярно проводят в общеобразовательных учреждениях санитарно-просветительную работу по формированию у молодежи навыков здорового образа жизни (ЗОЖ), профилактике наркомании, токсикомании, алкоголизма, травматизма, борьбе с курением.

В реализации «Плана дополнительных мероприятий по снижению употребления алкогольной продукции и наркотических веществ, профилактике алкоголизма и наркомании на 2011-2012 годы» проводились мероприятия.

С февраля 2011 года в Ленинградской области функционирует передвижной пункт медицинского освидетельствования лиц на состояние опьянения. Данный передвижной пункт медицинского освидетельствования осуществляет рейды в районы Ленинградской области совместно с сотрудниками правоохранительных органов (УФСКН, МВД). В 2012 году с использованием передвижного пункта Управлением ФСКН России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области и Главным управлением МВД РФ по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области совместно со специалистами наркологической службы, по завершенным актам (151 выезд), освидетельствовано на состояние опьянения 1629 человек; в 20,8% образцах обнаружен алкоголь, в 12,6% образцах – обнаружено наркотическое вещество; в 7,7% образцах – обнаружен алкоголь и наличие наркотического вещества; в 53,4% образцах – наличие алкоголя и наркотического вещества не обнаружено.

Для раннего выявления лиц, употребляющих наркотические средства, психотропные вещества, вызывающих опьянение (интоксикацию) в 2012 г. для ГКУЗ Ленинградской области "Бюро судебно-медицинской экспертизы" приобретен хромато-масс - спектрометр стоимостью 5000.0 тыс. руб. В соответствии с долгосрочной целевой программой «Профилактика правонарушений в

Ленинградской области на 2010 – 2012 годы» в 2012 году приобретено 6000 тест-полосок для иммунохроматографического одновременного выявления пяти наркотических соединений в биологической жидкости. Исследования с использованием тест-полосок проводились у подростков в подростковых наркологических кабинетах, в том числе по направлению органами МВД. В 2012г. обследовано 3618 подростков, положительный результат имели 16,7%.

В 2012 году продолжена работа по подготовке врачей общелечебной сети по вопросам диагностики состояния алкогольного и наркотического опьянения.

В рамках профилактической работы медицинскими работниками первичной медико-санитарной службы и врачами наркологами проведено:

- 17129 бесед в школах;
- 4483 в средних специальных профессиональных учреждениях;
- 1243, УВД ОДН;
- 144 в комиссиях по делам несовершеннолетних;
- 7318 в поликлиниках и диспансерах;
- 241 в детских домах;
- 246 – в районных военкоматах;
- 1295 в оздоровительных лагерях.

Врачами наркологической службы Ленинградской области было проведено со специалистами различных ведомств, работающих с несовершеннолетними, 85 семинаров; 18 телевыступлений; 31 выступление в печати; 5 выступлений на радио по профилактике химических зависимостей.

В рамках долгосрочной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на территории Ленинградской области на 2012-2015г.» в 2012 году были проведены профилактические мероприятия для молодежи, направленные на формирование мотивации здорового образа жизни:

Совместно с «Центром комплексной профилактики для молодёжи «Радуга.ру» были организованы и проведены в воинских частях, расположенных на территории Ленинградской области, для призывников срочной воинской службы и старшеклассников три акции-концерта «Перспектива в цвете» (по пропаганде здорового образа жизни, профилактике алкоголизма и наркомании среди молодежи). С целью пропаганды здорового образа жизни, формирования установок у детей и молодежи на безопасное поведение, предупреждения распространения социально обусловленных заболеваний комитетом по молодежной политике Ленинградской области совместно администрациями муниципальных районов проведена областная акция - «Неделя Здоровья». Акция направлена на пропаганду здорового образа жизни среди детей и подростков, раннюю профилактику употребления психоактивных веществ; формирование негативного отношения у подростков и молодежи к потреблению наркотиков; привлечение внимания государственных, коммерческих и негосударственных организаций и широкой общественности к проблемам сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения; консолидация усилий государственных и некоммерческих организаций по противодействию распространения наркомании, алкоголизма и табакокурения в подростково-молодежной среде; формирование установок у детей и подростков на

сохранение и укрепление своего здоровья, на самореализацию в социально позитивных сферах жизнедеятельности (культуре, спорте, искусстве, науке, общественной жизни). Акция прошла во всех муниципальных районах Ленинградской области.

В г. Тосно состоялся заключительный этап областной акции «Неделя здоровья» – областной молодежный фестиваль «Здоровье – это здорово!». В фестивале приняли участие молодежные делегации из 12 муниципальных районов Ленинградской области (350 человек участников).

В октябре 2012 года на территории Тосненского района Ленинградской области проведены молодёжные акции «Мир в наших руках» (по профилактике наркомании и алкоголизма и табакокурения в молодежной среде. Акция прошла в 5 населенных пунктах, включала обзорную интерактивную лекцию на тему профилактика социально-обусловленных заболеваний, конкурс рисунка « Я против...», игровую программу «Забей», тематическую игру по станциям «Безопасный путь», а так же викторину «Как поступил бы ты?» в сопровождении танцевального центра «Тосно-Стайл».

В 4-х поселках Гатчинского района проведены молодежные акции «Живи смелее» (по пропаганде ЗОЖ и борьбе с вредными привычками).

Проведен конкурс проектов по профилактике немедицинского потребления психоактивных веществ и пропаганде здорового образа жизни на базе учреждений молодежной политики и некоммерческих организаций. В конкурсе приняли участие 15 учреждений и организаций. По итогам конкурса профинансираны и реализованы 13 проектов из 8 муниципальных образований.

Активно проводится работа по стимулированию развития и поддержке деятельности волонтерского молодежного антинаркотического движения и организаций, занимающихся профилактикой наркомании и алкоголизма комитет решает в рамках реализации двух областных проектов: проекта «Шаг навстречу» - направленного на развитие добровольческого молодежного движения пропагандирующего здоровый образ жизни и проекта «Открытая сцена. ЛО».

В 2012 году, волонтеры Ленинградской области организовали и провели более 50 мероприятий районного и местного масштаба, приуроченных к следующим датам: Дню всех влюбленных (14 февраля), Дню Победы (9 мая), - Дню памяти жертв СПИДа (3-е воскресенье мая), Всемирному дню отказа от табака (31 мая); Дню защиты детей (1 июня); Всемирному дню борьбы с наркоманией и наркобизнесом (26 июня), Областная акция «Неделя здоровья» (10-15 сентября), Международному дню борьбы с курением (15 ноября), Всемирному дню борьбы со СПИДом (1 декабря), антинаркотической акции «Область без наркотиков» (июнь, ноябрь-декабрь).

Правительство Ленинградской области стимулирует работу волонтеров: в 2012г. 15 наиболее активно работающим волонтерским организациям субсидии на реализацию их профилактических проектов. Размер субсидии составляет от 20 до 50 тыс. руб.

Реализован комплекс мероприятий по подготовке и обучению молодых людей ведению профилактической работы. В 2012г. проведен Весенний областной волонтерский слет «ЖИВИ смелее!». Проведена акция «Смена «Здоровье»,

направленая на обучение подростков основам волонтерской деятельности по темам: «Профилактика употребления ПАВ», «Профилактика заражения ВИЧ», «Толерантность и ксенофобия».

В декабре 2012г. проведен итоговый областной волонтерский слет на котором определены направления работы на 2013г.

Комитетом по образованию Ленинградской области в августе –октябре 2012 года проведен конкурс «Школа - территория здоровья» в конкурсе приняло участие 9 образовательных учреждений.

В ноябре – декабре 2012 года проведен областной конкурс «Я выбираю...», направленном на развитие навыков здорового образа жизни.

В рамках межведомственного взаимодействия проведены обучающие конференции:

- на базе государственного автономного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Ленинградский областной институт развития образования» по теме - «Роль социальных институтов в профилактике наркозависимости среди подростков и молодёжи». По итогам конференции издан научно-методический сборник «Роль социальных институтов в профилактике наркозависимости среди подростков и молодёжи» в количестве 100 экземпляров;

- 23.10.2012 проведена научно-практическая конференция «Здоровье и образование». В ходе конференции обсуждались вопросы развития спорта в образовательных учреждениях. По итогам конференции издан научно-методический сборник «Здоровье и образование» в количестве 100 экземпляров.

В Ленинградской области осуществляют свою деятельность 11 Центров диагностики и консультирования и 17 психолого-медицинско-педагогических комиссий. Педагоги-психологи работают по направлениям учреждений здравоохранения и образования или по заявлению родителей в соответствии с выявленной проблемой. За год консультации педагогов-психологов получили более 11000 человек.

Государственным автономным образовательным учреждением дополнительного профессионального образования «Ленинградский областной институт развития образования» издано:

- научно-методическое пособие «Организационно-правовые основы психолого-педагогической профилактики наркозависимости среди несовершеннолетних», куда вошли результаты анкетирования и методические рекомендациями по дальнейшей работе по профилактике наркомании в образовательных учреждений в количестве 900 экземпляров;

- научно-методический сборник «Роль социальных институтов в профилактике наркозависимости среди подростков и молодёжи» в количестве 100 экземпляров;

- научно-методический сборник «Здоровье и образование» в количестве 100 экземпляров;

- 25000 буклетов для школьников и 20000 буклетов для родителей по вопросам здорового образа жизни, профилактике вредных привычек.

Популяризация полноценного и здорового питания.

Информационную работу по пропаганде здорового питания осуществляют медицинские работники учреждений первичной медико-санитарной помощи и стационарные учреждения здравоохранения, разъясняя основы лечебного питания.

В 2012 году на базе 7-ми центров здоровья проведена оценка индекса массы тела у 32 237 человек. Выявлено превышение нормы по данному показателю у 5803 чел. (18% обследованных).

Все пациенты с избыточной массой тела получили консультации по изменению поведения в отношении здорового питания, а также прошли обучение навыкам контроля массы тела с использованием физической нагрузки.

Во всех районах области в рамках проведения школ «Здорового образа жизни», «Артериальная гипертония» и «Сахарный диабет» охвачено обучением навыкам контроля массы тела и основам рационального питания 74 612 человек из числа пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений.

В «Школах для беременных» проконсультировано и обучено правилам рационального питания и программе поддержки грудного вскармливания 10860 беременных женщин.

Проведено обучение медицинского персонала учреждений первичной медико-санитарной помощи принципам и организации здорового питания, вопросам пропаганды рационального питания и методам коррекции избыточной массы тела. Обучено 1228 человек.

В областных и муниципальных средствах массовой информации опубликовано 14 статей по вопросам здорового питания и факторам риска при избыточном весе.

Повышение уровня физической активности населения Ленинградской области.

В рамках долгосрочной целевой программы "Развитие физической культуры и массового спорта в Ленинградской области на 2011-2013 годы" в 2012г. проводились мероприятия по привлечению к активному образу жизни населения Ленинградской области. Из бюджета Ленинградской области на развитие физической культуры и массового спорта израсходовано 93483,98 тыс. руб.

Проведена реконструкция 21 спортивного объекта на сумму 309159,1 тыс. руб. За счет федерального бюджета проведена реконструкция спортивных объектов в Волхове и п. Плодовое Приозерского района на сумму 35430 тыс. руб. В целях формирования здорового образа жизни населения Ленинградской области в 2012г. проведено 544 спортивных мероприятия.

Проведены физкультурные мероприятия среди детей и молодежи:

- областной этап Всероссийских соревнований на призы клуба «Кожаный мяч» по футболу;

- областной этап Всероссийских соревнований на призы клуба «Золотая шайба» по хоккею;

- областные Всероссийские соревнования «Серебряная корзина» по баскетболу;

- областные Всероссийские соревнования «Серебряный волан» по бадминтону;

- областной этап Всероссийских соревнований «Весёлый дельфин» по плаванию.

Комплексные спортивные мероприятия:

- областной спортивный фестиваль, посвященный дню физкультурника;
- областной фестиваль среди семей «Стартуем вместе».

Для совершенствования оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом, планируется создание областного врачебного физкультурного диспансера. В проекте закона «Об охране здоровья населения Ленинградской области» в части 3 статьи 29 предусмотрено создание специализированной государственной медицинской организации по оказанию профилактической медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий.

Проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Разработан план проведения диспансеризации определенных групп населения в соответствие с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 №1006н. В соответствие с планом в 2013 году определено 338,8 тыс. взрослого населения для прохождении диспансеризации. Прогнозируется в течение трех лет (2013 – 2015 годы) провести диспансеризацию всему населению Ленинградской области с учетом информированного добровольного согласия.

Мероприятие 1.2. Профилактика инфекционных заболеваний, включая иммунофилактику

В 2012 году в результате проводимого комплекса многоплановых профилактических мероприятий удалось обеспечить в целом стабильную эпидемиологическую обстановку в Ленинградской области, а по отдельным позициям добиться ее улучшения.

По данным эпидемиологического мониторинга в 2012 году в Ленинградской области зарегистрировано 334202 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний, что на 13% ниже уровня 2011 года.

Из 47 регистрируемых нозологических форм отмечено снижение заболеваемости по 20 формам, в том числе: дизентерией – в 2,2 раза, эпидемическим паротитом – в 3,1 раза, сальмонеллезом – на 33%, острым гепатитом С – на 21%, менингококковой инфекцией - на 79%, чесоткой – на 20%, дифиллоботриозом - на 10% , ОРВИ и гриппом – на 14%, ВИЧ - на 9%. Не регистрировались случаи заболевания дифтерией, полиомиелитом, брюшным тифом.

В результате снижения уровня заболеваемости инфекционными болезнями по сравнению с расчетными теоретическими показателями предотвращенный экономический ущерб в 2012 году составил более 500,0 млн. рублей. До 90% от общей суммы экономического ущерба, связанного с инфекционной заболеваемостью, приходится на ОРВИ и грипп.

Охват вакцинацией населения Ленинградской области в рамках Национального календаря профилактических прививок в 2012 году составил 95-97%, за исключением иммунизации против гепатита В взрослого населения (55%). Благодаря повышению полноты охвата и качества вакцинопрофилактики, проведению эпидемиологического надзора, достигнуты значительные успехи в

снижении уровня заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики. Доля вакциноуправляемых инфекций в сумме инфекционных заболеваний (без гриппа и ОРЗ) сократилась с 20,3% в 2002 году до 0,3% в 2012г. Заболеваемость краснухой (наиболее значимой в структуре вакциноуправляемых инфекций) за последние 5 лет (с 2006 г. по 2012 г.) в результате массовой иммунизации населения в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» снизилась в 255 раз.

За последние 6 лет заболеваемость острыми гепатитами снизилась в 2,8 раза: с 20,4 на 100 тыс. населения (в 2007 г.) до 7,2 (в 2012 г.). При этом заболеваемость хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) суммарно за указанный период увеличилась на 15% и составила 45,8 на 100 тыс. населения против 38,9 (в 2007 г.). В структуре острых гепатитов удельный вес острого гепатита В (ОГВ) и острого гепатита С (ОГС) составляет 26,9 % и 28,6 % соответственно.

В 2012 г. в Ленинградской области зарегистрировано 32 случая острого гепатита В (ОВГВ), показатель заболеваемости составил 1,94 на 100 тыс. населения (в 2010 г. – 3,07 и в 2011 г. – 1,79). Уровень заболеваемости превышает среднероссийский на 37%, а СЗФО 12%. Заболевания ОВГВ среди детей не регистрировались. В связи с этим следует активно продолжить работу по увеличению числа лиц, имеющих специфическую защиту против данной инфекции до 80% (в настоящее время по Ленинградской области охват вакцинацией населения в возрасте 18-59 лет составляет 55%, а по РФ-70%).

В 2012г. в Ленинградской области осложнилась эпидситуация по кори, что связано с ростом заболеваемости и возобновлением циркуляции вирусов кори, в регионах в Российской Федерации, а также неблагополучием по кори в г. Санкт - Петербурге.

В 2012 г. зарегистрировано 10 случаев кори в 4 районах, показатель составил 0,61 на 100 тыс. населения (в 2011г. 1 сл. - 0,06;), уровень заболеваемости ниже среднероссийского в 2,4 раза, а СЗФО в 1,8 раз.

Среди заболевших доля детей составила 70%, на долю взрослых приходилось - 30% от числа заболевших. При этом, дети от 0 до 3 лет среди всех заболевших детей в 2012г. составили 71,43%. Основная часть случаев кори (85,7%) зарегистрирована среди не привитых против кори детей, в т.ч. 33,3% детей не достигли возраста 1 года.

В результате проведенного комплекса организационных и просветительских мероприятий суммарный охват населения Ленинградской области прививками против гриппа составил 21,5% от численности населения области (в 2011-21%, 2010-26,8%; 2009г. – 23,5%), по РФ -26%.

Своевременная вакцинация «организованных детей» против гриппа позволила снизить в 2012 году число закрытий по эпидпоказаниям детских образовательных учреждений.

Проблема клещевых инфекций (клещевой вирусный энцефалит и клещевой боррелиоз) для Ленинградской области остается актуальной, т.к. вся территория Ленинградской области является зоной напряженного природного очага, где постоянно сохраняется повышенная опасность заражения населения клещевыми инфекциями. В последние годы очаги клещевого вирусного энцефалита (далее КВЭ)

максимально приблизились к населенным пунктам. Все население Ленинградской области является потенциальной группой риска.

Ежегодно в ЛПО области обращаются от 4 до 8 тыс. пострадавших от присасывания клещей. В ЛПО области с начала эпидсезона 2012г. по поводу присасывания клещей обратились 8177 пострадавших, что на 11% выше, чем в 2011г. (7362чел.), процент пострадавших детей до 17 лет увеличился на 7,2% и составил 24% от пострадавших

Заболеваемость клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ) в 2012 г. выросла по сравнению с 2011 г. в 1,7 раз. Всего было зарегистрировано в 2012 году 40 случаев, против 22 в предыдущем году. Зарегистрирован один летальный исход от КВЭ, в 2010-2011 г. летальные случаи не регистрировались, в 2009 г. – 2, в том числе 1 ребенок).

Показатель заболеваемости КВЭ составил 2,42 на 100 тыс. населения и остается на среднемноголетнем уровне как по Ленинградской области, так и по СЗФО, но превышает среднероссийский показатель на 26%. Несмотря на предпринятые шаги в проведении иммунизации населения против КВЭ (ежегодно рост на 40-50%), привитость населения остается крайне низкой – 3,9% взрослого населения и 9% детского.

В 2012г. число пострадавших от нападений животных в Ленинградской области снизилось на 6%. Всего пострадало 3011 человек против 3190 в 2011 году. Дети до 17 лет составили 23,6% от общего числа пострадавших, обратившихся за медицинской помощью. Всего пострадало 813 детей против 752 в 2011 году. От диких животных, как и в прошлом году, пострадали 29 человек, из них детей в возрасте до 17 лет - 5. В 2012 году назначения на вакцинацию получили 85,2% от числа обратившихся за медицинской помощью, выполнили назначенный курс прививок - 89%, отказались от вакцинации - 11%.

В период до 2020 года планируется осуществлять профилактику инфекционных заболеваний в соответствие с Национальным календарем и достижением запланированных целевых показателей.

Мероприятие 1.3. Профилактика ВИЧ, вирусных гепатитов В и С

В 2012 году в Ленинградской области отмечается стабилизация эпидпроцесса по ВИЧ-инфекции. Показатель заболеваемости населения области уменьшился по сравнению с 2011 годом на 4,6%. Под диспансерным наблюдением находится 11495 ВИЧ-инфицированных (91,9% лиц, подлежащих наблюдению). Получают лечение 1881 человек, (97,1% от нуждавшихся), в том числе в рамках Национального проекта «Здоровье» - 1879 пациент. Пролечено 277 пациентов с гепатитами В и С.

С целью профилактики и распространения ВИЧ-инфекции и гепатитов в Ленинградской области продолжено обследование населения на дынныне заболевания. За год обследовано на ВИЧ – 215 332 человек, на гепатиты В и С – 335 339 человек. Исследование иммунного статуса и вирусной нагрузки ВИЧ проведено 9532 и 6862 ВИЧ-инфицированным соответственно.

80,4% пар мать-ребенок прошли полный курс профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Финансирование мероприятий по диагностике, лечению и профилактике ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С в области осуществлялось по трем источникам:

- национальному приоритетному проекту «Здоровье»;
- федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2012 годы)»;
- из регионального бюджета (долгосрочная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями, обеспечение безопасного материнства и детства в Ленинградской области на 2009 – 2012 годы»).

В 2012 году из всех источников на диагностику и лечение ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов в Ленинградской области затрачено 335 208,7 тыс. рублей, в том числе 38 628,5 тыс. рублей из регионального бюджета.

За счет бюджета Ленинградской области приобретено медицинское оборудование на сумму 1 497,6 тыс. руб., лекарственные препараты для лечения больных ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами В и С – 14 658,5 тыс. руб., диагностические средства для диагностики и мониторинга лечения больных ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами В и С на сумму 18 150,0 тыс. руб., разработаны и размещены в эфире областного телеканала ЛОТ видеоматериалы (3 программы и 2 видеоролика) по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С на общую сумму 567,1 тыс. руб., внедрена специализированная медицинская информационная система для автоматизации деятельности ГКУЗ ЛО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (895,0 тыс. руб.), издана и распространена печатная продукция профилактического характера на сумму 100,0 тыс. руб.

Существенный вклад в противодействие распространению ВИЧ-инфекции в Ленинградской области играют различные проекты, в том числе международные. Так, в 2012 году были реализованы или продолжают свое внедрение следующие программы, преимущественно направленные на профилактику ВИЧ-инфекции среди общего населения и групп риска:

- в период с 15 сентября по 31 декабря 2012 года на территории Выборгского района Ленинградской области был реализован pilotный проект «Организация и проведение экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию среди населения г.Выборг». Проект проводился областным Центром СПИД совместно с Некоммерческим партнерством «Е.В.А.», Санкт-Петербургским Благотворительным Фондом медико-социальных программ «Гуманитарное Действие» при поддержке международной организации AHF (AIDS Healthcare Foundation, США), администрации Выборгского района. В указанный период в городе Выборг было протестировано на ВИЧ 1152 чел. в возрасте 15-79 лет. Выявлено 113 случаев инфицирования ВИЧ. Самыми пораженными ВИЧ-инфекцией группами населения явились потребители инъекционных наркотиков и их половые партнеры. Выявленные лица были направлены в соответствующие медицинские учреждения для контроля и своевременного лечения ВИЧ-инфекции. В 2013 году планируется осуществить подобные проекты в г.Всеволожске и г.Гатчине.

В области профилактики ВИЧ-инфекции Центр СПИД тесно сотрудничает с общественными организациями, имеющими опыт профилактической работы на

территории г.Санкт-Петербурга и Ленинградской области. В мае 2012 года создан Общественный совет по вопросам семей, затронутых проблемами ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, в который вошли представители более 20 государственных и общественных организаций, работающих в данном направлении. В январе 2013 года состоялась встреча инициативной группы Общественного совета с вице-губернатором Ленинградской области Н.П.Емельяновым. Намечены перспективы сотрудничества общественных и государственных организаций в области оказания медико-социальных услуг семьям, живущим с ВИЧ, в Ленинградской области.

Ежегодно Центр СПИД совместно с общественными организациями проводит акции, посвященные Дню памяти умерших от СПИДа и Всемирному Дню борьбы со СПИДом.

21 мая 2012 г. в Бегуницком агротехническом колледже (Волосовский район) состоялась акция, посвященная Дню памяти умерших от СПИДа. Количество участников - 170 учащихся и преподавателей.

30 ноября 2012 года в Выборгском ПУ №46 (Выборгский район) проведена акция, посвященная Международному дню борьбы со СПИДом. Количество участников 185 студентов и преподавателей.

Постоянно функционирует сайт Центра СПИД www.lenoblspid.ru, на котором зарегистрировано уже более 230 тыс. посещений.

В период до 2020 года мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции будут продолжены с достижением целевых показателей.

Для координации действий по профилактике и формированию здорового образа жизни планируется открытие Центра медицинской профилактики со статусом юридического лица, введена должность главного специалиста Ленинградской области по профилактической медицине.

Мероприятие 1.4. Развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе сельским жителям. Развитие системы раннего выявления заболеваний и патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и диспансеризации населения, в том числе у детей

Приоритетом развития медицинской помощи региона является повышение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи.

Основными задачами развития первичной медико-санитарной помощи являются:

- создание условий для шаговой доступности для населения первичной медико-санитарной помощи (открытие офисов, центров ВОП, строительство ФАПов, амбулаторий);

- развитие оказания медицинской помощи мобильными бригадами, используя передвижные амбулатории;

- развитие стационарно-замещающих технологий;

- комплексное решение проблем обеспечения медицинским персоналом первичного звена здравоохранения (рассмотрение вопроса перемещения части специалистов из стационара в амбулаторно-поликлиническую сеть, привлечение

молодых специалистов по имеющимся региональным, федеральным программам, целевое обучение специалистов);

развитие 3-х уровневой системы оказания помощи;

увеличение доли профилактических посещений до 40%.

Главная роль в развитии первичной медико-санитарной помощи отводится созданию службы врачей общей практики. В настоящее время в регионе работают 146 врачей общей практики (в 2011 году 144, в 2012 - 149). Планируется создание офисов врачей общей практики (ВОП) в строящихся микрорайонах с целью достижения шаговой доступности таких специалистов для населения. Кроме этого, планируется постепенное развитие ВОП в существующих амбулаторно-поликлинических учреждениях (в первую очередь в сельских поселения).

Особенностями Ленинградской областью является отсутствие областного центра, крупных городов. В 2012 году в 18 городах – районных центрах проживало 48,4% всего населения Ленинградской области, или в среднем 39,5 тыс. человек в каждом городе (от 11,0 тыс. человек в г. Волосово до 77,6 тыс. человек в г. Выборге и 90,1 тыс. человек в г. Гатчине). В 11 городах районного подчинения проживает 7,5% всего населения Ленинградской области, в 32 поселках городского типа - 10,0%, в 2884 сельских населенных пунктах - 33,6% (в среднем на один сельский населенный пункт приходится 190 человек).

Малочисленность населения в небольших посёлках не позволяет в каждом из них организовать ФАП или здравпункт.

В течение последних лет сеть ЛПУ, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, Ленинградской области претерпела изменения. Количество фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) уменьшилось с 367 в 2005 году до 222 в 2012 году. Проводится работа по оптимизации количества юридических лиц в муниципальном звене здравоохранения.

Недостаток ФАПов компенсируется большим, чем по нормативам, количеством врачебных амбулаторий, их рациональным расположением и удовлетворительной транспортной доступностью для жителей малонаселенных пунктов, организацией первой помощи домовыми хозяйствами, работой 18 передвижных амбулаторий.

В 17 районах (в 17 ЦРБ) имеются 18 передвижных амбулаторий (в Госненском районе - 2) на 2012 год.

За 2012 год осуществляли деятельность 18 передвижных амбулаторий в 17 районах.

Суммарное количество выездов по Ленинградской области – 2283 по сравнению с годовым значением 2011 года увеличилось на 253 выезда, среднее количество выездов на 1 передвижную амбулаторию – 122 по сравнению с годовым значением 2011 года уменьшилось на 24 выезда. Всего за 2012 года осуществлено 125949 посещений, по сравнению с годовым значением 2011 года, увеличилось на 89921 посещение. Среднее количество диагностических исследований на 1 выезд на 1 передвижную амбулаторию – 33 (увеличилось по сравнению с годовым значением 2011 года на 25 исследований). Всего за 2012 года осуществлено лабораторных исследований – 30951 по сравнению с годовым значением 2011 года увеличилось на 15188 исследований, в основном это анализы крови, не проводились лабораторные исследования при выезде в Лужском районе. Среднее количество лабораторных

исследований на 1 выезд на 1 передвижную амбулаторию – 16 (увеличилось по сравнению с годовым значением 2011 года на 7 исследований). В населенных пунктах, где нет возможности открытия фельдшерского пункта или ФАПа, на одно из домовых хозяйств возлагается функция оказания первой помощи. Для этого данные домовладения оснащаются аптечкой первой помощи, носилками, шинами, а также средствами связи с ФАПом, ВОПом или ЦРБ. В настоящее время организован 480 пунктов. Проводятся мероприятия по оснащению домовых хозяйств изделиями медицинского назначения для оказания первой помощи в соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития РФ от 11.08.2011 N 907н «Об утверждении требований к комплектации изделиями медицинского назначения укладки для оказания первой помощи в сельских поселениях лицами, имеющими соответствующую подготовку», обучению оказания первой помощи.

Для обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи в регионе развивается 3-х уровневая система оказания данного вида помощи.

Первый уровень системы оказания медицинской помощи представлен городскими поликлиниками, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, и включает: участковую терапевтическую службу, врачей-специалистов, кабинет (отделение) профилактики, имеющий в составе смотровой кабинет, флюорографию, рентгенографию, электрографию, школы здоровья, лабораторную диагностику и центры здоровья, а также неотложную медицинскую помощь и медицинскую помощь в дневных стационарах. Состав врачей-специалистов определяется в зависимости от уровня и структуры заболеваемости населения, прикрепленного к ЛПУ.

Второй уровень представлен межмуниципальными центрами, оказывающими квалифицированную специализированную амбулаторную медицинскую помощь по наиболее востребованным специализированным профилям в соответствии с порядками оказания специализированной медицинской помощи и организации оказания неотложной медицинской помощи. В межмуниципальных центрах применяются стационарно замещающие формы (дневные стационары) по специализированным профилям. В дальнейшем планируется развивать стационарно замещающие формы с применением диагностических процедур, специальных рентгенологических исследований, включая компьютерную томографию.

Третий уровень - консультативно-диагностическая специализированная помощь, организованная в областных консультативно-диагностических центрах, в которых проводятся консультации и диагностические обследования по направлению из амбулаторно-поликлинических учреждений. Одновременно с оказанием консультативно-диагностической помощи данные учреждения выполняют организационно-методическую функцию.

В соответствие с законодательством медицинские организации любой формы собственности могут участвовать в реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. В 2012 году в реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи Ленинградской области участвовали две организации частной формы собственности с объёмами амбулаторной помощи, на

2013 год таких организаций стало восемь. Итогом данной работы стало повышение количества амбулаторных посещений на одного жителя до 8,7 в сравнении с 7,2 в 2011 году.

Для повышения доступности медицинской помощи жителям отдаленных поселений планируется организация социальных гостиниц при дневных стационарах, амбулаторно-диагностических центрах.

С целью раннего выявления заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, повышения эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий, снижения уровня инвалидизации проводится ежегодная диспансеризация (профилактические медицинские осмотры) детского населения в декретированные сроки, включая детей 1 года жизни, 14-летних подростков, детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В 2012 году охват профилактическими медицинскими осмотрами детского населения в Ленинградской области составлял 94% от всех детей от 0 до 17 лет включительно.

С 2007 года в рамках программы «родовой сертификат» осуществляется диспансеризация детей 1-го года жизни в соответствии со стандартом диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка первого года жизни, в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» проводится углубленная диспансеризация детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В 2012 году охват диспансерным наблюдением детей 1-го года жизни, которым в полном объеме выполнен стандарт диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка на 1-ом году жизни составил 88,9% (в 2011 году – 83,9%).

В 2012 году углубленную диспансеризацию завершили 3960 пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, что составило 100,2% от годового плана (3954 ребенка).

С целью раннего выявления заболеваний, в том числе приводящих к ограничению репродуктивной функции, с 2011 года проводится углубленная диспансеризация подростков 14-летнего возраста.

В 2012 году диспансеризацию завершили 11496 подростков, что составило 100,6% от годового плана (11423 ребенка).

По данной подпрограмме будет продолжено проведение углубленной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, обеспечение их восстановительным, в том числе санаторно-курортным лечением и высокотехнологичной медицинской помощью. Ежегодно планируется обеспечить диспансерным наблюдением и восстановительным лечением около 4000 детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Ежегодно планируется обеспечить диспансерным наблюдением и восстановительным лечением около 9000 14-летних подростков.

С целью повышения доли детей первого года жизни, наблюдающихся в соответствии со стандартом диспансерного наблюдения ребенка на первом году жизни, будут приняты меры по укомплектованию первичного звена врачами-специалистами, повышению их квалификации, а также привлечению к диспансеризации специалистов ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница» и ГБО

ВПО «Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет МЗ РФ».

В рамках данной подпрограммы планируется увеличить охват детей первого года жизни диспансерным наблюдением в соответствии с действующим стандартом до 920 человек на 1000 детей соответствующего возраста.

Мероприятия подпрограммы реализуются в два этапа.

На первом этапе до 2015 года планируется:

- создание областного центра профилактики,
- создание областного врачебного физкультурного диспансера,
- продолжение реализации информационных мероприятий по пропаганде здорового образа жизни,
- реализация мероприятий по иммунопрофилактике в рамках существующего календаря прививок,
- реализация мероприятий по лечению профилактике ВИЧ-инфекции,
- развитие системы офисов (центров) ВОП,
- проведение диспансеризации детского и взрослого населения.

На втором этапе до 2020 года:

- организация центров здоровья в каждом муниципальном районе за счёт текущего финансирования в системе ОМС
- создание системы реализации популяционной стратегии профилактики в регионе,
- проведение комплекса мероприятий по мотивированию населения к ведению здорового образа жизни в рамках работы центров здоровья и профилактики,
- расширение иммунопрофилактики в рамках нового календаря прививок,
- совершенствование мероприятий по лечению профилактике ВИЧ-инфекции,
- продолжение развития системы офисов (центров) ВОП,
- проведение диспансеризации детского и взрослого населения.

Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы:	Комитет по здравоохранению Ленинградской области
Цели Подпрограммы:	Снижение смертности жителей Ленинградской области от заболеваний и внешних причин путем повышения эффективности системы организации медицинской помощи, обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи.

<p>Задачи Подпрограммы:</p> <p>Увеличение доли абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением.</p> <p>Внедрение методов персонализированной антибактериальной терапии больных туберкулезом.</p> <p>Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С.</p> <p>Модернизация наркологической службы Российской Федерации.</p> <p>Совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.</p> <p>Снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта.</p> <p>Увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями.</p> <p>Снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями.</p> <p>Совершенствование системы управления скорой медицинской помощью.</p> <p>Снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно–транспортных происшествий.</p> <p>Поддержка развития инфраструктуры скорой, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, службы крови.</p>	<p><u>Мероприятие 2.1. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулезом</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Совершенствование методов профилактики туберкулеза, в том числе разработка информационных программ для населения, образовательных программ для больных туберкулезом и контактирующих с ними лиц; • Совершенствование мер инфекционного контроля туберкулеза; • Совершенствование методов диагностики, лечения и комплексных программ медико-социальной реабилитации; • Строительство и реконструкция противотуберкулезных медицинских учреждений и оснащение их современным медицинским и технологическим оборудованием в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи <p><u>Мероприятие 2.2. Совершенствование оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • совершенствование методов диагностики, лечения и реабилитации при ВИЧ-инфекции;
--	--

- использование современных антиретровирусных препаратов и препаратов для лечения вторичных инфекций;
- оснащение специализированных медицинских учреждений современным медицинским и технологическим оборудованием.

Мероприятие 2.3. Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным

- формирование комплексного подхода к диагностическому обследованию и лечению пациентов с наркологической патологией, повышение результативности медицинского обслуживания;
- улучшение организации медицинской помощи пациентам с наркологической патологией, имеющих коморбидную патологию (ВИЧ-инфекция, Гепатиты В и С, психическая патология).

Мероприятие 2.4. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения

- Снижение доли больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в психиатрические стационары в течение года к 2020 году - до 12%.
- Снижение смертности от суицидов к 2015 году - до 19,2% на 100 тыс. населения; к 2020 году - до 16,0 на 100 тыс. населения.
- Увеличение удовлетворённости оказанием психолого-психиатрической помощи к 2020 году - на 25% от исходного уровня.
- Снижение числа больных с психическими расстройствами, поступивших в психиатрические стационары без осмотра и направления психиатра амбулаторной сети с 60% в 2013 году до 25% к 2020 году.

Мероприятие 2.5. Совершенствование медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями:

- Совершенствование нормативной базы Ленинградской области по организации медицинских округов, окружных центров, сосудистых отделений и центров;
- Организация первичных сосудистых отделений (отделение для лечения больных с ОНМК и кардиологическое отделение) на базе Выборгской и Кингисеппской ЦРБ;
- Создание региональных сосудистых центров взамен первичных сосудистых отделений на базе Всеволожской и Гатчинской ЦРБ
- Организация и дооснащение блоков интенсивной терапии в

кардиологических отделениях центральных районных больниц

Мероприятие 2.6. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями

- повышение доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при злокачественных новообразованиях
- увеличение числа ЗНО, выявленных на 1 и 2 стадии заболевания
- снижение смертности от ЗНО

Мероприятие 2.7. Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации

- повышение доступности скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи населению Ленинградской области
- сокращение времени от момента вызова скорой помощи до прибытия бригад
- сокращение сроков доставки пациентов в медицинские организации, в том числе второго и третьего уровней.
- снижение летальности в присутствии бригады скорой помощи и при транспортировке.

Мероприятие 2.8. Совершенствование медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях

- Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на территории Ленинградской области;
- Совершенствование нормативной базы Ленинградской области с Создание нормативной базы в Ленинградской области с определением уровней травмоцентров, зон ответственности СМП и травмоцентров;
- Принятие алгоритмов и протоколов оказания помощи пострадавшим с тяжелыми сочетанными травмами, обеспечивающими преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;
- Внедрение адекватных медико-экономических стандартов;
- Создание системы контроля и мониторинга в регионе - регистра травм.

Мероприятие 2.9. Совершенствование медицинской помощи при прочих заболеваниях

- Организация регионального ревматологического и

- пульмонологического центров
- Совершенствование офтальмологической помощи взрослому населению
 - Создание геронтологического центра

Мероприятие 2.10. Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения

повышение доступности и качества оказания высокотехнологичной медицинской помощи

Мероприятие 2.11. Развитие службы крови

- Обеспечение потребности медицинских организаций в качественных компонентах донорской крови.
- Создание условий для повышения качества и доступности медицинской помощи населению Ленинградской области с гематологическими и онкогематологическими заболеваниями
- Пропаганда донорства крови и ее компонентов.
- Обеспечение высокого качества оказания медицинской помощи в сфере обращения донорской крови и (или) ее компонентов.
- Создание системы обращения с отходами медицинских организаций Ленинградской области в 2013 году

Мероприятие 2.12. Приобретение медицинского оборудования в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи

- Оснащения медицинских организаций Ленинградской области по имеющейся потребность в медицинском оборудовании, в соответствии со стандартами и предусмотренными порядками оказания медицинской помощи.

Мероприятие 2.13. Капитальный ремонт учреждений здравоохранения Ленинградской области

- повышение качества и доступности оказания медицинской помощи
- приведение в соответствие с порядками оказания медицинской помощи.

Мероприятие 2.14. Строительство и реконструкция учреждений здравоохранения

- повышение качества и доступности оказания медицинской помощи

	<ul style="list-style-type: none"> • приведение в соответствие с порядками оказания медицинской помощи. <p><u>Мероприятие 2.15 Создание системы обращения с отходами медицинских организаций Ленинградской области в 2013 году</u></p> <p>обеспечение медицинских организаций Ленинградской области инвентарем, техническими средствами и расходными материалами для организации безопасного сбора и перемещения медицинских отходов на территории учреждения, удовлетворяющими требованиям органов Роспотребнадзора; подготовка персонала по вопросам практической реализации системы сбора и обеззараживания медицинских отходов, информационная и методическая поддержка на этапе внедрения.</p>
Этапы и сроки реализации Подпрограммы:	Подпрограмма реализуется в два этапа: первый этап: 2013–2015 годы второй этап: 2016–2020 годы
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы:	<p>1. Укрепление материально-технической базы учреждений фтизиатрической службы, усовершенствование и стандартизация системы диагностики туберкулеза, путем оснащения оборудованием всех лабораторий противотуберкулёзных медицинских организаций, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обеспечение потребности в антибактериальных и противотуберкулёзных препаратах II ряда, для организации оказания медицинской помощи каждому пациенту в соответствии со стандартами и протоколами лечения, формирование системы государственного мониторинга лечения и лекарственной устойчивости возбудителя туберкулёза, внедрение система персонального учета (регистра) пациентов с туберкулёзом, в том числе с лекарственно устойчивыми формами планируется снизить заболеваемость туберкулёзом (до 52,0 случаев на 100 тыс. населения) и смертность от туберкулеза (до 9,6 случаев на 100 тыс. населения). Увеличение доли абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением до 75%;</p> <p>2. Увеличение раннего выявления лиц, инфицированных ВИЧ; увеличение доступности антиретровирусной терапии (достижение доли ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учёте, до 17,5% к 2015 году и 20,5% - к 2020); снижение заболеваемости гепатитами В и С. увеличение ожидаемой продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную</p>

терапию в соответствии с действующими стандартами до 65,7 лет;

3. Оздоровление наркоситуации, выражющееся в существенном сокращении немедицинского потребления наркотиков среди пациентов, находящихся в стабильной ремиссии, и увеличение числа обследованных на ВИЧ-инфекцию и Гепатита В и С.

увеличение числа наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет до 9,7 на 100 наркологических больных;

увеличение числа наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2-х лет до 10,4 на 100 наркологических больных;

увеличение числа больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет до 12,9 на 100 больных алкоголизмом;

увеличение числа больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2-х лет до 10,4 на 100 больных алкоголизмом; снижение доли повторных в течение года госпитализаций в психиатрический стационар до 20,72%;

4. Полное выполнение требований приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» к 2016 году.

5. Повышение доступности современных технологий лечения болезней системы кровообращения для жителей Ленинградской области, увеличение охвата пациентов с острым коронарным синдромом мероприятиями по реканализации коронарных артерий, снижение смертности и первичного выхода на инвалидность при БСК.

снижение смертности от ишемической болезни сердца до 291,0 случаев на 100 тыс. населения;

снижение смертности от цереброваскулярных заболеваний до 170,5 случаев на 100 тыс. населения;

6. Укрепление материально-технической базы Ленинградского областного онкологического диспансера, путем создания единого современного онкологического центра, оснащенного в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, возможность выполнения и обеспечение доступности всех видов лечения онкологических больных, повышение качества оказания медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями, снижение одногодичной летальности, увеличение продолжительности и качества жизни пациентов.

увеличение удельного веса больных злокачественными

	<p>новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более до 54,5%; снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями до 21%;</p> <p>7. Снижение догоспитальной и госпитальной летальности и смертности при дорожно-транспортных происшествиях увеличение доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 мин. до 90 %; снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно–транспортных происшествий до 3,9%;</p> <p>8. увеличение доли станций (отделений) переливания крови, обеспечивающих высокий уровень качества и безопасности компонентов крови до 100%</p>
--	---

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Мероприятие 2.1. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулезом

Цели фтизиатрической службы Ленинградской области:

1. Оказание доступной специализированной фтизиатрической помощи: консультативной и стационарной для жителей региона;
2. Снижение уровня заболеваемости туберкулезом и смертности жителей Ленинградской области;
3. Предупреждение распространения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, снижение первичного выхода на инвалидность, удельного веса запущенных форм среди впервые выявленных больных туберкулезом;
4. Повышение качества и эффективности работы противотуберкулезной службы и ЛПУ области, участвующих в проведении профилактических, противоэпидемических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, привлечение врачей первичной медико-санитарной помощи к лечению пациентов под контролем медперсонала.

Для достижения вышеуказанных целей необходимо провести структурные преобразования в амбулаторных и стационарных противотуберкулезных учреждениях с учётом необходимых строительных, ремонтных работ, оснащением медицинским оборудованием в соответствии с Порядками и должного кадрового обеспечения. Привести в соответствие показатели эффективности оказания противотуберкулезной помощи (целевые индикаторы).

В эпидемической ситуации заболеваемости активным туберкулезом населения в Ленинградской области, как и в РФ последние 3 года наметились тенденции к снижению заболеваемости и смертности.

Всего на территории Ленинградской области в 2012 году зарегистрировано 1114 случаев заболевания туберкулезом (в 2008 – 1302, в 2009-1430, в 2010 – 1182, в 2011-1152), и заболеваемость туберкулезом на территории Ленинградской области

составила 64,2 на 100 тыс. населения (в 2008 – 79,7, в 2009 - 87,6, 2010 – 72,5, в 2011- 67,2), что на 4,5% меньше по сравнению с 2011 годом и на 26,7% меньше по сравнению с 2009 годом, по РФ в 2012 - 68,1 на 100 тыс. населения.

В Ленинградской области умерло от туберкулеза в 2012 году 193 человека: в 2008 г. – 431, в 2009 г.– 355, в 2010 г.– 247, в 2011 г.- 257, территориальный показатель составил 11,1 на 100 тыс. населения (в 2008 г. – 26,4, в 2009 г. – 21,8, в 2010 г. – 15,6, в 2011 г.- 15,0). Среди состоявших на учете больных (без посмертных) активным туберкулезом в 2012 году умер от туберкулеза 151 человек, что составило 9,3% на 100 тыс. населения (в 2008 г.– 18,3, в 2009 г.– 14,4, в 2010 г.– 12,3, в 2011 г. - 10,1).

Значителен социально-экономический ущерб, обусловленный высоким показателем заболеваемости туберкулозом среди граждан в возрасте 25-54 года, что отражает эпидемиологическое неблагополучие по туберкулезу и указывает на сохранение условий для распространения болезни в ближайшей перспективе.

Несмотря на большую работу, направленную на раннее выявление туберкулеза, профилактическим флюорографическим обследованием охвачено лишь 86,5% (в 2010 - 86,1%, в 2011 – 85%).

Наиболее сложной проблемой лечения туберкулоза является борьба с лекарственной устойчивостью возбудителя, наличие которой резко увеличивает экономическую стоимость лечения, ухудшает прогноз заболевания и в ряде случаев приводит к хроническому течению процесса, не поддающемуся излечению.

На показатели эффективности лечения влияет частота лекарственной и прежде всего множественной лекарственной устойчивости (далее-МЛУ). Уровень МЛУ среди состоявших на учете туберкулеза органов дыхания на конец 2012 года (далее-ТОД) с бактериовыделением неуклонно растет: 2008 г. – 30,4% (340), в 2009 г. - 37,2% (401), 2010 г. - 33,9% (335), 2011 г. -45,2% (387), 2012 г. - 42,2% (356).

В ходе реализации мероприятий Приоритетного национального проекта "Здоровье", долгосрочной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2013 годы)", направленных на обследование населения с целью выявления туберкулоза, лечения больных туберкулозом, а также профилактических мероприятий, оказала свое положительное влияние на показатели заболеваемости и смертности населения Ленинградской области от туберкулоза.

В ходе реализации программ, в субъект по заявкам поставлялись комплекты расходного материала для выявления и определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулоза к противотуберкулозным препаратам I-II ряда.

Центральная бактериологическая лаборатория областного противотуберкулезного диспансера оснащена современным медицинским оборудованием.

Мероприятия, направленные на совершенствование лабораторных исследований во фтизиатрии, системы инфекционного мониторинга, позволят повысить показатели абациллизации к 2020 г. до 75% за счет обеспечения непрерывности лечения на основе единой базы данных, и в целом окажут

положительное влияние на эпидемиологическую ситуацию распространения множественной лекарственной устойчивости.

Проблемы фтизиатрической службы в Ленинградской области.

1. Все стационары развернуты в приспособленных помещениях
2. Отдаленность стационаров от головного учреждения в значительной степени затрудняет преемственность в работе службы.
3. Приспособленные здания нуждаются в реконструктивных изменениях с учетом требований СанПина (отделения для МЛУ-туберкулеза, ВИЧ-инфекции).

Мероприятия, направленные на решение вышеуказанных проблем.

- Включение в 2014 году туберкулезного диспансерного отделения, обслуживающего население МО Выборгского района в структуру Областной туберкулезной больницы в г. Выборге с размещением последнего на территории больницы;
- Создание на базе ГКУЗ ЛО «Областная туберкулезная больница в г. Тихвине» отделение на 150 коек для лечения больных с МЛУ-туберкулезом с 01.01.2015 года;
- С 2014 года вывести из состава ГКУЗ ЛО «ТБ «Дружноселье» психотуберкулезное отделение, с размещением его в ГКУЗ ЛО «ДПБ»;
- Внедрение в клиническую практику современных ускоренных культуральных и молекулярно-биологических методов определения чувствительности микобактериям туберкулёза к лекарственным препаратам;
- Ведение персонализированной системы мониторинга туберкулёза (регистр больных туберкулёзом);
- Мероприятия программы по обеспечению текущего и капитального ремонта обеспечат решение к 2020 году вышеуказанных проблем, к приведению санитарного состояния туберкулезных стационаров Ленинградской области требованиям федерального законодательства, что позволит уменьшить нозокамиальную трансмиссию туберкулеза, существенно улучшить качество пребывания пациентов в период госпитализации, уменьшит количество отрывов от лечения, обезопасит работу персонала;
- Обеспечение расходными материалами центральной бактериологической лаборатории позволит сократить время диагностики одного случая выявления и верификации туберкулеза, что позволит своевременно и адекватно начать лечение;
- Оснащение современным медицинским оборудованием противотуберкулезных стационаров Ленинградской области, позволит выйти на качественно новый уровень оказания медицинской помощи, в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи. Итогом проведенных мероприятий будет повышение эффективности лечения, уменьшение бациллярного ядра на территории Ленинградской области и, как следствие – снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза;

Социальная эффективность реализации мероприятий подпрограммы заключается в улучшении качества жизни и увеличении ее продолжительности, сохранении трудового потенциала больных, формировании здорового образа жизни населения, снижении социальной и психологической напряженности в обществе вследствие угрозы распространения туберкулеза.

Мероприятие 2.2.Совершенствование оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека

В настоящее время стационарная помощь ВИЧ-инфицированным лицам оказывается в инфекционных отделениях районных больниц Ленинградской области, которые не имеют необходимых диагностических и лечебных возможностей для организации специализированной медицинской помощи таким пациентам. Врачи-инфекционисты, работающие в этих отделениях, не имеют достаточного опыта ведения пациентов с оппортунистическими инфекциями и с тяжелыми иммунодефицитными состояниями. Организация специализированного отделения для лечения больных ВИЧ-инфекцией на базе одного из инфекционных отделений районных больниц Ленинградской области потребует больших финансовых затрат и приведет к сложностям в оказании специализированной помощи больным с обычными инфекционными заболеваниями. Поэтому более приемлемым для области является организация стационарного лечения больных СПИДом на договорных условиях в специализированных стационарах г. Санкт-Петербурга. Потребность Ленинградской области в этом виде помощи на ближайшие годы составляет около 2000 коеко-дней в год.

Доля больных впервые выявленных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом неуклонно растет: в 2012 году составляет 26% (229 из 889), в 2011г. - 20,0%, в 2010 г. -19,2%, в 2009 г. - 12,7%, в 2008 г. - 9,2%, в 2007 г. -10,3%, в 2006 г. - 7,7%, таким образом, произошло увеличение больных в 3,7 раза за 7 лет. Распространение ВИЧ-инфекции в Ленинградской области является значимым фактором, препятствующим снижению заболеваемости туберкулезом в регионе. В 2012 году было зарегистрировано 1430 новых случаев ВИЧ-инфекции (в 2011 году – 1533). Показатель заболеваемости составил 82,4 на 100 тыс. населения (в среднем по РФ – 48,4).

Для оказания стационарной помощи больным ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом с июля 2013 года планируется полностью перепрофилировать ГКУЗ ЛО «Зеленохолмская туберкулезная больница» под эту категорию пациентов с развертыванием 150 коек. В рамках реализации мероприятий планируется приобретение в ГКУЗ ЛО «Зеленохолмская туберкулезная больница» медицинского оборудования для лечения больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи.

А также приобретение лекарственных препаратов для лечения ВИЧ-инфекций и ее осложнений.

Своевременное начало необходимого лечения значительно снижает смертность и инвалидизацию среди ВИЧ-инфицированных, повышает качество и продолжительность их жизни. По данным различных источников, включая данные ВОЗ и Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу, при несвоевременной диагностике ВИЧ-инфекции и отсутствии антиретровирусной терапии средняя продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных составляет 11 лет. При своевременной диагностике и адекватной терапии ожидаемая продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных практически приближается к ожидаемой продолжительности жизни при рождении и несколько ниже последней в связи с тем, что значительную часть ВИЧ-инфицированных составляют потребители

наркотиков, смертность среди которых превышает среднестатистические показатели общей популяции населения.

Кроме того, своевременная диагностика и терапия позволяют значительно снизить интенсивность передачи ВИЧ-инфекции в общей популяции населения, что прямо влияет на заболеваемость, обеспечивая ее снижение и повышает эпидемиологическое благополучие населения.

Мероприятие 2.3. Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным

Стратегической целью Программы является повышение доступности и качества наркологической помощи населению Ленинградской области.

Программа является инструментом для достижения следующих тактических целей:

- сокращение количества лиц, в том числе несовершеннолетних, допускающих немедицинское потребление наркотиков;
- формирование негативного отношения у населения к незаконному обороту и потреблению наркотиков, существенное снижение спроса на них;

Задачами Программы являются:

- формирование комплексного подхода к диагностическому обследованию и лечению пациентов с наркологической патологией, повышение результативности медицинского обслуживания;
- улучшение организации медицинской помощи пациентам с наркологической патологией, имеющих коморбидную патологию (ВИЧ-инфекция, Гепатиты В и С, психическая патология).

Результатом реализации мероприятия должно стать оздоровление наркоситуации, выражющееся в существенном сокращении немедицинского потребления наркотиков среди пациентов, находящихся в стабильной ремиссии, и увеличение числа обследованных на ВИЧ-инфекцию и Гепатита В и С.

Социальный эффект от реализации мероприятий Программы будет выражен в снижении числа отравлений, смертности больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями, сохранении трудового потенциала больных, снижении социальной и психологической напряженности в обществе вследствие сокращения распространения болезней зависимости и инфекционных заболеваний (гепатиты, ВИЧ-инфекция, туберкулез и др.); в сохранении и развитии трудовых ресурсов; совершенствовании знаний населения по вопросам профилактики зависимого поведения; формировании позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих отрицательное отношение к потреблению наркотических средств без назначения врача, а также других психоактивных веществ;

Наркоситуация в субъекте Российской Федерации в значительной мере зависит от географических особенностей региона, в частности от его удаленности от маршрутов наркотрафика и крупных населенных пунктов.

Ленинградская область является приграничным субъектом Российской Федерации, граничащим с Финляндией и Эстонией. Наличие указанных границ определяет Ленинградскую область как крупный автомобильный железнодорожный и морской коридор между Северо-Западным регионом России и странами Балтии и

Скандинавии. Это является одним из факторов, оказывающих существенное влияние на наркоситуацию в Ленинградской области.

По данным Управления ФСКН России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области через Ленинградскую область наркотики транзитом доставляются в г. Санкт-Петербург и далее в другие крупные города России.

Структура изъятых из незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ характеризуется преобладанием сильнодействующих синтетических наркотиков, наркотических средств опийной и каннабисной группы.

Число зарегистрированных наркологической службой Ленинградской области больных наркоманией составило в 2012 году 3716 человек в целом (снижение на 11% по сравнению с аналогичным показателем 2011 года), в том числе лиц от 0 до 17 лет 14 человек (без динамики по сравнению с 2011 годом) и 3702 лиц возраста 18 лет и старше (снижение на 11% по сравнению с показателем 2011 года).

Число зарегистрированных наркологической службой Ленинградской области больных наркоманией с диагнозом, установленным впервые в жизни, составило в отчетном году 185 человек в целом (снижение на 16% по сравнению с аналогичным показателем 2011 года), в том числе лиц от 0 до 17 лет 6 человек (рост в 2 раза по сравнению с 2011 годом) и 179 лиц возраста 18 лет и старше (снижение на 18% по сравнению с показателем 2011 года).

В 2012 году число зарегистрированных наркологической службой Ленинградской области лиц с диагнозом “употребление наркотических веществ с вредными последствиями” составило 1222 человек в целом (аналогично значению показателя 2011 года), в том числе лиц от 0 до 17 лет 246 человек (рост на 10% по сравнению с 2011 годом) и 976 лиц возраста 18 лет и старше (снижение на 2% по сравнению с показателем 2011 года).

В 2012 году число зарегистрированных наркологической службой Ленинградской области лиц с диагнозом “употребление наркотических веществ с вредными последствиями”, установленным впервые в жизни, составило 347 человек в целом (рост показателя на 9% по сравнению с 2011 годом), в том числе лиц от 0 до 17 лет 115 человек (рост на 14% по сравнению с 2011 годом) и 232 лица возраста 18 лет и старше (рост на 7% по сравнению с показателем 2011 года).

Число зарегистрированных наркологической службой больных наркоманией с ВИЧ-инфекцией составило в 2012 году 1716 человек (снижение на 12% по сравнению с аналогичным показателем за 2011 год).

Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии продолжительностью от 6-ти месяцев и более, составляет 959 (на 3% меньше, чем в 2011 году).

Число пролеченных в наркологических и психиатрических стационарах больных наркоманией составило 1199 (на 6% меньше, чем в 2011 году). Находилось на реабилитации в 2012 году 63 больных наркоманией (снижение на 26% по сравнению с показателем 2011 года).

В 2012 году было снято с диспансерного наблюдения в связи с длительным воздержанием 38 больных наркоманией (в 2,3 раза меньше, чем в течение 2011 года); 34 наркозависимых снято с наблюдения в связи со смертью в результате отравления наркотическими веществами (на 15% меньше, чем в течение 2011 года).

Число смертельных случаев отравления наркотическими веществами среди населения Ленинградской области в целом составило за 2012 год 215 (рост на 33% по сравнению с аналогичным показателем 2011 года).

Число наркологических коек в составе наркологических диспансеров Ленинградской области на конец 2012 года составило 369 (возросло на 10% по сравнению с 2011 годом). Число физических лиц врачей-наркологов, работавших в наркологической службе, составило 60 человек (возросло на 9% по сравнению с показателем 2011 года).

В целях организации процесса лечения для лиц, страдающих наркоманией, наркологическая служба Ленинградской области располагает наркологическими диспансерами (ГКУЗ «ЛОНД», ЛОГКУЗ ВМНД, наркологическое отделение в ГКУЗ ЛО «ТПБ»), амбулаторными наркологическими кабинетами в районах Ленинградской области.

Средняя продолжительность лечения острых наркологических состояний составляет 12 дней, длительность курса медицинской реабилитации составляет 45 дней. Для дальнейшего динамического наблюдения и стабилизации ремиссии, прохождение курса противорецидивного лечения пациенты с наркоманией получают необходимую помощь в амбулаторной наркологической службе в течение 5-ти лет.

Для увеличения объемов оказания реабилитационной помощи Комитет по здравоохранению Ленинградской области с 01.01.2013 года на базе ГКУЗ ЛОНД увеличил количество реабилитационных коек до 40 с формированием отдельного реабилитационного наркологического отделения.

С февраля 2011 года в ГКУЗ ЛОНД функционирует передвижной пункт медицинского освидетельствования лиц на состояние опьянения. Данный передвижной пункт медицинского освидетельствования осуществляет рейды в районы Ленинградской области совместно с сотрудниками правоохранительных органов (УФСКН, МВД).

За 2012 год (на 01.01.13г.), с использованием передвижного пункта Управлением ФСКН России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области и Главным управлением МВД РФ по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области совместно со специалистами наркологической службы, по завершенным актам было совершено 90 выездов, освидетельствовано на состояние опьянения 1145 человек;

Во исполнение требований приказа от 9 апреля 2010 г. N 225ан «Об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации» в Ленинградской области в 2013 году предполагается обеспечение деятельности химико-токсикологической лаборатории (далее-ХТЛ) на базе ГКУЗ ЛОНД.

ХТЛ организуется для проведения химико-токсикологических исследований биологических жидкостей организма человека (кровь, моча, слюна) на наличие алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов, а также альтернативных объектов (смывы с поверхности кожи, волосы, ногти и пр.) на наличие наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов.

Планируется оснастить ХТЛ современным высокотехнологичным аналитическим оборудованием в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи. В 2013 году и до 2020 года поддерживать бесперебойную работу химико-токсикологической лаборатории, для чего ежегодно будут приобретаться расходные материалы и реагенты, а так же другое лабораторное оборудование. В 2014 году планируется оснащение рабочего места для тонкослойной хроматографии (ТСХ) современным оборудованием. В 2019 году в связи с ресурсом сроков эксплуатации оборудования, а так же появлением новых инновационных методов в химико-токсикологическом анализе, планируется частичное обновление оборудования.

Значительная часть исследований лаборатории будет выполняться для структурного подразделения – передвижного пункта медицинского освидетельствования на состояние опьянения (ППМО), где проводятся медицинские освидетельствования по направлениям из органов МВД, ФСКН, и др.

В 2013 году в 4 квартале, планируется приобретение передвижного пункта медицинского освидетельствования, для реализации вышеназванных задач.

Как результат ожидается рост числа проведенных медицинских наркологических освидетельствований лиц, находящихся в состоянии опьянения, в том числе наркотического опьянения.

Приведенные статистические данные, характеризующие оперативную обстановку на территории Ленинградской области в сфере противодействия незаконному обороту и потреблению наркотических средств и психотропных веществ, свидетельствуют о том, что принимаемыми в Ленинградской области мерами удается достичь определенных положительных результатов в реализации основных задач государственной антинаркотической политики.

В 2013 году в административном здании ГКУЗ ЛОНД проводится ремонт помещений, в которые будет переведено отделение физиотерапии. На освободившихся площадях по окончании ремонтных работ предполагается размещение оборудования для ХТЛ, а далее функционирование лаборатории.

Также в рамках реализации мероприятий в 2014-2020 годах будут проводиться ремонтные работы для поддержания имеющихся зданий и помещений ГКУЗ ЛОНД и ЛОГУЗ ВМНД в соответствие с требованиями санитарно-гигиенических и эпидемиологических норм.

В рамках реализации мероприятий планируется оснащение современным медицинским оборудованием, позволит выйти на качественно новый уровень оказания медицинской помощи, в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи. Итогом проведенных мероприятий будет повышение эффективности лечения, уменьшение бациллярного ядра на территории Ленинградской области и, как следствие – снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза;

Мероприятие 2.4. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения

Стратегическими целями реализации данных мероприятий являются - улучшение доступности и качества оказания помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами, а также повышение уровня психического здоровья населения Ленинградской области. При этом оказание психиатрической помощи

лицам, страдающих психическими и поведенческими расстройствами должно осуществляться на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Указанные цели могут быть достигнуты при создании наиболее оптимальных условий для реализации в Ленинградской области Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Закона Российской Федерации от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», приказа Министерства здравоохранения и социального развития № 566н от 17.05.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» и других нормативно-правовых документов, касающихся проблем психического здоровья населения, путем развития комплексной системы профилактики, диагностики, лечения, и реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, повышения доступности специализированной амбулаторно-поликлинической и стационарной психиатрической помощи.

Для достижения намеченных целей и задач в соответствие с приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 17.05.2012 г. № 566-н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» необходимо провести структурные преобразования в амбулаторных и стационарных психиатрических учреждениях Ленинградской области с учётом проведения необходимых строительных и ремонтных работ, приобретения медицинского оборудования и обеспечения должного кадрового наполнения.

Задачами Программы являются:

1. Профилактика психических и поведенческих расстройств.
2. Повышение уровня выявления, качества диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств.
3. Повышение качества социальной, психологической и трудовой реабилитации пациентов.

Социальная эффективность при реализации мероприятий Программы будет заключаться в улучшении качества и увеличении продолжительности жизни, сохранении социального и трудового потенциала больных, страдающих психическими и поведенческими расстройствами; формировании здорового образа жизни населения в плане психического здоровья, снижении социальной и психологической напряженности в обществе, снижении экономических потерь вследствие угрозы роста и распространения психических расстройств среди населения Ленинградской области.

Выполнение мероприятий Программы в конечном итоге позволит повысить выявление психических и поведенческих расстройств, качество диагностики, лечения и реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, улучшить качество их жизни, расширить понимание всеми слоями населения Ленинградской области важности значения психического здоровья и его сохранения, необходимости профилактики и лечения психических расстройств.

В последние десятилетия среди населения РФ отмечен неуклонный рост заболеваемости психическими расстройствами, обусловленный как радикальными социально-экономическими преобразованиями, происходившими в России в конце XX – начале XXI столетия, так и снижением эффективности деятельности самой психиатрической службы. Значительное ухудшение уровня психического здоровья нации расценивается как основной показатель неблагополучия общества и причина серьезных экономических потерь для государства. Становится очевидным, что современная система оказания психиатрической помощи требует проведения серьезных преобразований. При этом дальнейшее совершенствование психиатрической помощи в Российской Федерации тесно связано с региональной политикой реформирования психиатрической службы. Насущная потребность преобразований в психиатрической службе, обусловлена очевидной необходимостью улучшения условий и результатов лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами. При этом экономические затраты, направленные на реформирование психиатрической службы, должны в перспективе облегчить экономическое бремя психических расстройств, ложащихся как на бюджет, так и на общество в целом. Дополнительные вложения в ресурсную базу психиатрической службы (увеличение прямых расходов) неизбежно повлекут за собой улучшение психического здоровья общества, повышение социального функционирования больных, членов их семей, а также сокращение косвенных потерь от заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами. Исследования, выполненные в нашей стране и за рубежом, подтверждают оправданность и целесообразность вложения средств в систему психиатрической помощи, что в конечном итоге приводит к последующей экономии ресурсов в социальной и иных сферах народного хозяйства.

На настоящий момент амбулаторно-поликлиническая психиатрическая помощь населению Ленинградской области оказывается 25 взрослыми и 9 детскими-подростковыми психиатрическими кабинетами, расположенными в муниципальных районах области, а также Ленинградским областным психоневрологическим диспансером (ЛОПНД), находящимся в г. Санкт-Петербург. Всего под диспансерным и консультативным наблюдением в Ленинградской области состоит 35107 больных (в 2011 г. – 34519; в 2010 г. – 34791; в 2009 г. – 38759; в 2008 г. – 37511) – снижение заболеваемости за 4 года составило 6,5 %. При этом на диспансерном наблюдении в психиатрических кабинетах на начало 2013 года состояло 11943 больных, а на консультативном наблюдении состояло 23164 больных. В структуре зарегистрированных заболеваний в Ленинградской области доминирующее положение занимают непсихотические расстройства и близкие к ним по численности психозы и состояния слабоумия, затем следуют умственная отсталость и шизофрения. Болезненность (общая заболеваемость) населения психическими расстройствами составляет 2 141,8 на 100 000 населения. В целом, в 2012 г. отмечался рост показателя болезненности по сравнению с 2011 годом на 2,5 % за счет роста численности больных в группе непсихотических психических расстройств и в группе умственной отсталости. При этом в Ленинградской области показатель болезненности по-прежнему отстает от общероссийского показателя за счет более низких показателей болезненности непсихотическими психическими

расстройствами и умственной отсталостью при более высоком показателе болезненности психозами и состояниями слабоумия. Заболеваемость (первичная) населения Ленинградской области психическими расстройствами в 2012 г. составила 359,1 на 100 000 населения. В целом, учитывая некоторый рост абсолютного числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, в 2012 году наблюдается рост показателя первичной заболеваемости на 2,3 % за счет роста этого показателя в нозологической группе психозов и состояний слабоумия. По сравнению с 2009 г. первичная заболеваемость выросла на 7,5 %.

Недостаточная доступность специализированной амбулаторно-поликлинической психиатрической помощи в силу природно-географических особенностей и особенностей развития коммуникаций региона в основном касается сельского населения Ленинградской области. Часто городское муниципальное образование того или иного района области не является центром коммуникаций, и сельским пациентам, в связи с большими экономическими и временными затратами, проще обратиться в Ленинградский областной психоневрологический диспансер, или в одну из психиатрических больниц области, чем в психиатрический кабинет своего района. Это обстоятельство обнаружилось и в процессе изучения причин повторных госпитализаций в психиатрические стационары области. Выяснилось, что определенная часть сельских пациентов при обострении заболевания обращаются непосредственно в ближайший психиатрический стационар, минуя районные психиатрические кабинеты. Отдаленность расположения ряда сельских населенных пунктов от психиатрических кабинетов, особенности коммуникаций, препятствуют преемственности и непрерывности наблюдения психически больных, контролю со стороны психиатра за приемом больными поддерживающего лечения, возможности реабилитационной работы с ними, что в свою очередь способствует повторным госпитализациям и инвалидизации, а также позднему первичному обращению за психиатрической помощью. Известно, что доступность амбулаторной психиатрической помощи, в том числе дневного стационара, преемственность и непрерывность наблюдения, эффективно обеспечивается тем пациентам, которые проживают не далее 10-15 километров от амбулаторно-поликлинического психиатрического учреждения (подразделения) при наличии: а) развитых беспересадочных коммуникаций и невысокой стоимости проезда; б) достаточной укомплектованности психиатрических кабинетов врачами-психиатрами, психотерапевтами и другими медицинскими и прочими специалистами. Для повышения доступности амбулаторно-поликлинической психиатрической помощи сельским жителям населенных пунктов, расположенных далее этого расстояния или в стороне от прямых коммуникаций, необходимо укомплектовывать психиатрические кабинеты врачами и специалистами, и создавать нестандартные организационные формы оказания амбулаторно-поликлинической психиатрической помощи сельскому населению.

Оценивая основные статистические показатели работы амбулаторной психиатрической службы в 2012 году, следует отметить по-прежнему недостаточный, по сравнению с РФ, показатель болезненности, хотя в отчетном

году отмечается некоторый его рост, и незначительный темп роста показателя первичной заболеваемости.

С октября 2011 г. в структуре Ленинградского областного психоневрологического диспансера работает кабинет «Телефон доверия», круглосуточно оказывающий населению области экстренную психологическую помощь. Его работу обеспечивают 6 консультантов (врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, медицинские психологи). За 2012 год было получено 2688 звонков.

В 2010 году в Ленинградской области была организована работа дневных стационаров для лечения психически больных в г. Гатчина и г. Выборг. Количество сметных коек на 2013 г. составляет – 15 (Гатчина – 5, Выборг – 10). За 2012 г. в дневных стационарах было пролечено 347, в 2011 году 287 больных, что на 20 % больше. В целом отмечается отчетливый рост основных показателей работы дневных психиатрических стационаров. Однако число среднегодовых мест дневного стационара для лечения психически больных в Ленинградской области составляет 0,086 на 100 диспансерных больных, что является явно недостаточным. В силу вышеизложенного в рамках реализации Программы планируется активное развитие этого вида психиатрической помощи в период с 2014 по 2020 г.г.

Стационарная психиатрическая помощь населению Ленинградской области оказывается Дружносельской, Ульяновской, Свирской и Тихвинской психиатрическими больницами, а также Рощинским и Сланцевским психиатрическими отделениями Ленинградского областного ПНД. Количество среднегодовых психиатрических коек составляет на данный момент 1345 коек. При этом обеспеченность психиатрическими койками населения Ленинградской области составляет 8,4 койки на 10 000 населения (в 2011 году этот показатель составлял 8,2). В целом, в Ленинградской области такая обеспеченность психиатрическими койками является достаточной, поскольку очереди на оказание стационарной психиатрической помощи в психиатрических стационарах области нет, жалоб населения на отказ в госпитализации в связи с отсутствием свободных коек также не имеется. В круглосуточные психиатрические стационары в 2012 г. поступило 6016 пациентов, что на 4,4 % меньше, чем в 2011 году. Показатель госпитализации на 100 000 населения в 2012 г. составил 367,0 (в 2011 г. – 381,6). Доля пациентов, нуждавшихся в стационарной психиатрической помощи, в 2012 году составила 17,1 % (в 2011 году - 17,3 %, в 2010 году – 17,7 %). То есть в целом, этот показатель на протяжении 3-х последних лет остается на одном уровне. Доля повторных в течение года госпитализаций в психиатрические стационары в 2012 году оставила 12,7 % (в 2011 г. – 9,9 %; 2010 году - 14,3 %; в 2009 году - 18,7 %). Средняя длительность пребывания психически больных в стационарах в 2012 году составила 74,4 дня (в 2011 году – 71,3 дня против 80,6 дня в 2010 году). Снижение данного показателя в Ленинградской области можно ожидать лишь с 2014 г. при увеличении числа дневных стационаров и числа мест в них. В 2012 году в психиатрических стационарах области получили курс лечения и реабилитации бригадным полипрофессиональным методом 1627 пациента или 34,3 % от числа пользованных больных.

В рамках реализации Программы запланированы на период с 2014 по 2020 годы мероприятия по выполнению целей и задач Программы, а также изменению структуры психиатрической службы Ленинградской области:

1. Открытие новых и увеличение коекной мощности действующих дневных психиатрических стационаров (всего планируется дополнительно развернуть в психиатрических дневных стационарах за 2014 - 2016 г.г. - 225 мест.)
 - в Волховском районе - 25 мест
 - во Всеволожском районе - 50 мест
 - в Лужском районе - 25 мест
 - в Тосненском районе - 25 мест

Расширение Гатчинского дневного стационара до 50 мест, а также Выборгского дневного стационара до 50 мест.

2. Организация пяти стационарно-амбулаторных объединений на базе областных психиатрических больниц с 2014 года путем переподчинения районных психиатрических кабинетов с их одновременным присоединением к психиатрическим стационарам.

3. Организация отделения первого психотического эпизода в 2014 году в Дружносельской психиатрической больнице на 80 коек.

4. Организация медико-реабилитационного отделения на 50 коек в Дружносельской психиатрической больнице в 2014 году, и на 60 коек в Тихвинской психиатрической больнице в период 2015-2016 г.г.

5. Организация в 2015 году в Дружносельской психиатрической больнице медико-реабилитационного отделения на 50 коек для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи, и на 90 коек - в Тихвинской психиатрической больнице в период 2015-2016 г.г.

6. Восстановление в 2016 году лечебно-производственных мастерских в Дружносельской психиатрической больнице, а также в Ульяновской психиатрической больнице в 2017 году.

7. Организация лечебно-трудовых мастерских в Свирской психиатрической больнице в 2015 году, а также Тихвинской психиатрической больнице в 2019 году.

8. Открытие стационарного психотерапевтического отделения в Ленинградском областном психоневрологическом диспансере в 2015 году с перспективой строительства нового корпуса под стационарное психотерапевтическое отделение в Рошинском психиатрическом отделении Ленинградского областного ПНД.

9. Открытие гериатрического отделения в Ульяновской психиатрической больнице на 50 коек в 2015 году, а также на 50 коек в Дружносельской психиатрической больнице в 2016 году.

10. Организация кабинетов медико-социально-психологической помощи для оказания профилактической и консультативной помощи лицам, добровольно обратившимся в связи с психологическим кризисом, суицидальным поведением и т.п. (в каждом стационарно-амбулаторном объединении в период до 2017 года).

11. Реконструкция 4-х этажного корпуса Тихвинской психиатрической больницы в период с 2015-2016 г.г., строительство третьего лечебного корпуса в Ульяновской психиатрической больнице в период с 2013-2016 г.г.

12. Ремонт помещений Сясьстройской районной больницы в 2014 году с открытием соматопсихиатрического (психосоматического) отделения Свирской психиатрической больницы на 50 коек.

13. Приобретение медицинского оборудования для укомплектования амбулаторно-поликлинических и стационарных психиатрических подразделений в соответствии с требованиями Порядка по оказанию медицинской помощи.

Мероприятие 2.5. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями

Ленинградская область включена в число субъектов, в которых в 2011 году реализовывалась система мероприятий оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями, на основании постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. №1239 «О предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями».

Распоряжением Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 25.02.2011 года № 113-р:

на базе ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» создан региональный сосудистый центр, с численностью прикрепленного взрослого населения 262,0 тыс. человек, включающий отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (30 коек) и кардиологическое отделение для больных с острым коронарным синдромом (30 коек), нейрохирургическое отделение, отделение сердечно-сосудистой хирургии, отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, отделение лучевой диагностики, отделение функциональной и ультразвуковой диагностики, клинико-диагностическая лаборатория, отдел информационных технологий, организационно-методический отдел, отдел эпидемиологического мониторинга и профилактики, отдел организации круглосуточной консультативно-диагностической помощи;

на базе МУЗ «Тихвинская ЦРБ», созданы первичные сосудистые отделения: отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (30 коек) и кардиологическое отделение для больных с острым коронарным синдромом (30 коек), численность прикрепленного взрослого населения 295,0 тысяч человек.

на базе МБУЗ «Гатчинская центральная районная клиническая больница», созданы первичные сосудистые отделения: отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (30 коек) и кардиологическое отделение для больных с острым коронарным синдромом (60 коек), численность прикрепленного взрослого населения 293,9 тыс. человек.

на базе МБУЗ «Всеволожская центральная районная больница» созданы первичные сосудистые отделения: отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (30 коек) и кардиологическое отделение для больных с острым коронарным синдромом (30 коек), численность прикрепленного взрослого населения 271,2 тыс. человек.

Приказом Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 17.06.2011 года № 14 утвержден комплекс мер по реализации Мероприятий, включающий целевые показатели реализации мер, в том числе: смертность населения от болезней системы кровообращения, смертность населения от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте, количество пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, получивших стационарную медицинскую помощь в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, количество пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, которым компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головного мозга и исследования крови выполнены в срок до 40 минут с момента поступления пациента в неврологическое отделение, количество пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения со сроком пребывания в блоке интенсивной терапии (реанимации) на менее 24 часов, количество пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, которым мероприятия по предупреждению развития повторного острого нарушения мозгового кровообращения начаты не позднее 3-х суток с момента развития заболевания, количество больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, которым проведена тромболитическая терапия в первые 12 часов госпитализации, количество пациентов кардиологического профиля, получивших стационарную медицинскую помощь в соответствии со стандартами медицинской помощи, количество пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия в первые 12 часов госпитализации, количество проведенных хирургических и эндоваскулярных коррекций коронарных сосудов и нарушений ритма сердца.

Приказом Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 17.06.2011 года № 16 утверждены схемы доставки больных с сосудистыми заболеваниями в учреждения здравоохранения Субъекта и муниципальных образований, оказывающие медицинскую помощь больным с сосудистыми заболеваниями.

В настоящее время все четыре центра функционируют в полном объеме. В то же время в процессе организации оказания медицинской помощи в условиях созданной системы стала очевидной необходимость ее дальнейшего развития.

Во-первых, часть территории области до настоящего времени не охвачена первичными сосудистыми отделениями (северный и западный медицинский округ).

Во-вторых, два первичных сосудистых отделения уже могут быть преобразованы в региональные сосудистые центры, что значительно повысит охват такими видами помощи, как чрескожная транслюменальная ангиопластика со стентированием коронарных артерий.

В-третьих, жители части территории Ленинградской области, в силу географической удаленности, не могут воспользоваться возможностями ни одного из существующих первичных сосудистых отделений и регионального сосудистого центра при условии соблюдения требований к срокам направления для оказания помощи в экстренной форме. В силу вышесказанного необходимо организовать блок интенсивной терапии на базе терапевтического отделения МБУЗ «Лодейнопольская ЦРБ» для проведения части неотложных медицинских

мероприятий с последующей медицинской эвакуацией в профильные медицинские организации.

Таким образом, в рамках данного мероприятия планируется:

1. В 2016-2017 году организация первичного сосудистого отделения (кардиологическое отделение, отделение для лечение больных с острым нарушением мозгового кровообращения) на базе МБУЗ «Кингисеппская ЦРБ им. П.Н.Прохорова;
2. В 2015-2017 году организация первичного сосудистого отделения (кардиологическое отделение, отделение для лечение больных с острым нарушением мозгового кровообращения) на базе МБУЗ «Выборгская ЦРБ»;
3. В 2014 году организация регионального сосудистого центра на базе МБУЗ «Всеволожская КЦРБ»;
4. В 2016-2017 году организация регионального сосудистого центра на базе МБУЗ «Гатчинская ЦРКБ»;
5. В 2013 году приобретение медицинского оборудования в целях совершенствование мероприятий по профилактике, диагностике и лечению БСК.
6. Организация и дооснащение блоков интенсивной терапии в кардиологических отделениях центральных районных больниц на базе МБУЗ «Кировской ЦРБ», МУЗ «ЦРБ» г. Кириши, МБУЗ «Тосненская ЦРБ», МУЗ «Лодейнопольская ЦРБ».

Мероприятие 2.6. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями

По данным оперативной статистической отчетности за 2012 год, предоставленной организационно-методическим отделом ГБУЗ ЛООД, онкологическая заболеваемость в Ленинградской области составила 323,84 на 100 тысяч населения. Надо отметить, как и в целом по Российской Федерации, заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний в Ленинградской области имеют тенденцию к росту.

На начало 2013 года на диспансерном учете в ГБУЗ ЛООД состояло 33348 онкологических больных. Ежегодно выявляется около 5 тысяч онкологических больных (за 2012 год – 5151), умирает до 4 тысяч. Количество онкологических больных среди жителей Ленинградской области имеет тенденцию к росту. Все они нуждаются в диспансерном наблюдении и лечении.

Анализ онкологической ситуации позволяет сделать вывод о том, что, как и на всей территории Российской Федерации, так и в Ленинградской области, остро стоит проблема дальнейшего совершенствования и развития онкологической службы и повышения доступности и качества оказания медицинской помощи онкологическим больным. Необходима работа, направленная на улучшение диагностики, повышения доступности и качества оказания онкологической помощи.

Среди проблем, связанных с онкологической заболеваемостью и смертностью от онкологических заболеваний, наряду с недостаточно ранним выявлением онкологических заболеваний, также имеется проблема доступности специализированной медицинской помощи онкологическим больным, своевременности и качества лечения.

Основным звеном организационной системы, на которую возложены функции решения проблем, связанных с оказанием специализированной медицинской помощи онкологическим больным и снижением уровня смертности от онкологических заболеваний в Ленинградской области, является ГБУЗ ЛООД.

В настоящее время материально-техническая база онкологической службы Ленинградской области не позволяет оказывать специализированную онкологическую помощь населению в соответствии с действующим «Порядком оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях». Онкологический диспансер не в состоянии своими силами обеспечить все необходимые компоненты лечения онкологических больных.

В ГБУЗ ЛООД отсутствует материального техническая база для обеспечения лучевого метода лечения онкологических больных.

Мощность диспансера не позволяет сконцентрировать химиотерапевтическое лечение на базе специализированного учреждения.

Размещение областного онкологического диспансера на правах аренды по адресу г.СПб, Литейный пр., 37-39 является временным до 2018 года, и требует строительства соответствующих корпусов на территории больничного комплекса ГБУЗ ЛООД в пос. Кузьмоловский Всеволожского р-на Ленинградской области.

Завершение реконструкции корпуса №10, расположенного на территории больничного корпуса ГБУЗ ЛООД в пос. Кузьмоловский Всеволожского района Ленинградской области, позволит к 2015 году увеличить коечную мощность диспансера на 58 коек, в том числе увеличить коечный фонд, используемый для химиотерапевтического лечения онкологических больных и сосредоточить указанный вид лечения на базе диспансера, что в соответствии с Порядку оказания медицинской помощи.

В рамках создания единого современного онкологического центра Ленинградской области мощностью 440 коек на базе больничного комплекса ГБУЗ ЛООД в пос. Кузьмоловский Всеволожского района Ленинградской области планируется: разработка проектно-строительной документации в 2014, строительство и оснащение палатного, хирургического, радиологического и поликлинического корпусов в период с 2015 по 2018 год позволит осуществить перевод стационара, поликлиники и всех остальных служб из здания на Литейном пр. в пос. Кузьмоловский, и увеличить доступность всех видов лечения онкологических заболеваний для населения Ленинградской области.

В рамках данного мероприятия планируется приобретение современного медицинского оборудования, которое будет способствовать поддержанию и совершенствованию лечебно-диагностического процесса на базе областного онкологического диспансера в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи.

Мероприятие 2.7. Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации

В структурных подразделениях службы скорой медицинской помощи сохраняется кадровый дефицит медицинских работников с тенденцией к неуклонному сокращению числа врачебных бригад скорой помощи. Не укомплектованность выездных бригад медицинским персоналом ведет к

ограничению (ухудшению) оказания медицинской помощи пациентам в наиболее тяжелом состоянии.

Несмотря на то, что тяжелые условия труда усугубляются нехваткой медицинского персонала, в большинстве районов Ленинградской области они не обеспечиваются дополнительными выплатами стимулирующего характера.

Отсутствие автоматизированной системы приема, передачи и обработки вызовов, а также статистических программ обработки данных не позволяет проводить углубленный анализ работы скорой помощи, давать оперативные и точные ответы на все возрастающее число запросов вышестоящих инстанций.

Объединение диспетчерской службы скорой помощи до сих пор не произошло в Бокситогорском, Всеволожском, Выборгском, Гатчинском, Приозерском муниципальных районах.

Ситуация с автотранспортом и медицинским оборудованием в целом улучшилась, но остаются серьезные проблемы в Волховском и Кировском районах. В каждом районе должны быть высокопроходимые (полноприводные) автомобили скорой помощи, в том числе оборудованные в соответствии со стандартом класса «В».

Система визуального позиционирования санитарного транспорта с использованием спутниковой навигационной системы и возможностью постоянной связи диспетчера с бригадами скорой помощи недостаточно успешно работает в настоящее время практически во всех районах Ленинградской области.

Доступность вызова скорой помощи с мобильного телефона ограничена, поскольку у ряда операторов мобильной связи не предусмотрена автоматическая переадресация звонков с коротких номеров «03», «112» и других, на ближайший к месту вызова диспетчерский пост скорой помощи. У многих граждан, особенно это касается жителей Санкт-Петербурга и других регионов, нет ясных представлений о том, как следует вызывать скорую помощь (и другие спецслужбы) на территории Ленинградской области.

Для улучшения организации работы службы скорой медицинской помощи в рамках данного мероприятия планируется:

1. Дооснащение подразделений скорой помощи санитарным транспортом класса В с полным комплектом табельного оборудования и его постоянное обновление в соответствии с установленными сроками эксплуатации
2. Модернизация диспетчерской службы скорой помощи и создание центральной диспетчерской в составе ситуационного центра системы здравоохранения Ленинградской области

Мероприятие 2.8. Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

В Ленинградской области в 2012 году произошло 3576 дорожно-транспортных происшествий в сравнении с 3770 в 2011 году. Число пострадавших в ДТП значительно увеличилось с 5350 в 2011 году до 5565 в 2012 году. Число погибших в ДТП в 2012 году уменьшилось до 627 по сравнению с 641 в 2011 году (2010 год-

568) за счет снижения госпитальной летальности. Снижение госпитальной летальности со 100 человек до 86 в 2012 году связано, с обучением оказания первой помощи пострадавшим шоком врачей хирургов и травматологов Ленинградской области, с внедрением в последние 2 года в ЛПУ Ленинградской области новых методов лечения тяжелой сочетанной травмы, закупкой комплектов аппаратов сочетанной травмы КСТ-1 всеми больницами Ленинградской области, а также использованием многоэтапной тактики хирургического лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

В 2011 году догоспитальная летальность составила 541 человек, что составляет 84,4%. При этом до прибытия машин СМП – 472 (73,6%), в присутствии специалистов СМП – 15 (2,3%), в пути следования – 16 (2,5%). Из 18,4% госпитальной летальности 9,2% (50%, половина) умирает в первые сутки (в первом периоде травматической болезни – травматического шока), а остальные 9,2% в оставшиеся 2, 3 и 4 периоды травматической болезни.

В 2012 году догоспитальная летальность тоже составила 541 человек, что составляет 86,3%. При этом до прибытия машин СМП – 507 (80,9%), в присутствии специалистов СМП – 20 (3,2%), в пути следования – 14 (2,2%), госпитальной летальности - 13,6%. По данным судебно-медицинской экспертизы на госпитальном этапе наиболее частой причиной смерти являлась черепно-мозговая травма и травматический шок вследствие кровопотери, а на догоспитальном этапе тяжелая сочетанная травма, сопровождающаяся шоком из-за кровотечения.

Ситуация по оказанию помощи пострадавшим с сочетанными множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком при ДТП в Ленинградской области улучшается. Число пострадавших в ДТП госпитализированных в ГБУЗ ЛОКБ увеличилось с 3,5% в 2010 до 7,5% в 2012, кроме того, эти пострадавшие часто доставляются бригадами СМП с места дорожно-транспортного происшествия в состоянии шока, или переводятся из травмоцентров 2 или 3 уровня. Это существенно отличается от ситуации прошлого года.

На работу травмосистемы Ленинградской области влияет отсутствие налаженной авиомедицинской эвакуации с места происшествия в лечебные учреждения. Планируется строительство вертолетных площадок при всех травмацентрах. Эта работа активно начинается в 2013 году и рассчитана на период до 2020 г.

В рамках реализации данного мероприятия в 2013-2016 году намечены пути повышения эффективности работы травмосистемы в Ленинградской области:

1. увеличение количества травмоцентров 2 уровня, (вместо 2 существующих сегодня создается 15, которые будут оснащены современными операционными отделениями и оборудованием для противошоковых мероприятий);
2. дальнейшее развитие службы санитарной авиации (увеличение количества реанимобилей в травмоцентрах 2 уровня);
3. укрепление и развитие территориального центра медицины катастроф;
4. постоянное обучение общих хирургов, травматологов и реаниматологов оказанию помощи при политравмах;

5. создание нормативной базы в регионе, определяющей зоны ответственности СМП и травмоцентров;
6. принятие алгоритмов и протоколов оказания помощи пострадавшим с тяжелыми сочетанными травмами, обеспечивающими преемственность оказания помощи на всех этапах;
7. внедрение адекватных медико-экономических стандартов;
8. обучение персонала;
9. создание единой диспетчерской службы;

На дальнейшее совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях из областного бюджета Ленинградской области в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи планируется закупка:

- компьютерных томографов в МБУЗ «Токсовская районная больница», Пикалевская ГБ МУЗ «Бокситогорская ЦРБ», МБУЗ «Рощинская районная больница»;
- комплектов аппаратов для внешней фиксации при травмах в 24 травмоцентра Ленинградской области;
- эндовидеохирургические стойки для нужд учреждений здравоохранения Ленинградской области.

Кроме того, одной из важнейших задач, является создание системы контроля и мониторинга в регионе. Функции методического и информационного центра на себя возьмет ГБУЗ ЛОКБ как региональный травмоцентр первого уровня совместно с ГКУЗ ЛО МИАЦ.

Мероприятие 2.9. Совершенствование медицинской помощи при прочих заболеваниях

В связи с необходимостью расширения коечного фонда и повышения доступности специализированной помощи третьего уровня по профилям «ревматология» и «пульмонология» планируется перевод данных отделений в отдельно стоящее здание, в котором в настоящее время находится Государственное автономное учреждение здравоохранения "Ленинградский областной кардиологический диспансер" (далее ГАУЗ ЛОКД). Кардиологические койки планируется перевести в здание ГБУЗ ЛОКБ для обеспечения интервенционной и кардиохирургической поддержки. В здании ГАУЗ ЛОКД имеется вся необходимая инфраструктура – помещения под палаты, современная лаборатория, отделение реанимации и интенсивной терапии, операционная, рентгеновская служба. В 2014 году по данному адресу будут установлены компьютерный томограф и магнитно-резонансный томограф.

Перевод упомянутых отделений поможет решить ряд вопросов их функционирования, которые невозможно решить на существующей базе, в т.ч. в полном соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 916н “Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю пульмонология”. Это увеличение коечной мощности до 60 коек, разворачивание отделения интенсивной пульмонологии,

создание условий для лечения пациентов с муковисцидозом (боксированные палаты), создание условий для обследования и лечения пациентов с патологией малого круга кровообращения (в частности, легочной гипертензией, благодаря возможности проведения ангиографии).

Ревматологическое отделение также планируется расширить и на его базе создать ревматологический центр в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология».

Для организации регионального ревматологического и пульмонологического центров планируется проведение ремонтных работ, приобретение микроавтобусов, а также приобретение медицинского оборудования в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи.

Проект создания пульмонологического и ревматологического центров одобрен главными специалистами экспертами Минздрава РФ – пульмонологом академиком РАМН д.м.н. профессором А.Г.Чучалиным и ревматологом академиком РАМН д.м.н. профессором Е.Л.Насоновым.

В настоящее время в Ленинградской области отсутствуют медицинские организации (подразделения), занимающиеся оказанием гериатрической помощи. В условиях значительной доли жителей пожилого и старческого возраста существует объективная необходимость в таких организациях. Для усовершенствования оказания медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста планируется организация геронтологической службы, строительство в 2016-2018 гг. регионального гериатрического центра в Тосненском районе Ленинградской области койчной мощностью 250 коек. Оказание медицинской помощи в условиях специализированного стационара, так же как и в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, позволит увеличить продолжительность жизни пожилых пациентов, существенно улучшить статистику исходов заболеваний пожилого и старческого возрастов.

Мероприятие 2.9. Совершенствование медицинской помощи при прочих заболеваниях

В рамках реализации мероприятия **«совершенствование офтальмологической помощи взрослому населению»** планируется повышение доступности, качества и увеличение объема офтальмологической помощи жителям ЛО.

На базе окружных центров в рамках реализации данного мероприятия планируется развитие других видов специализированной помощи, в том числе офтальмохирургии с использованием метода бесшовной факоэмульсификации катаракты.

В течение последних 25 лет практически не производились закупки диагностического и хирургического офтальмологического оборудования для районов Ленинградской области, где изношенность аппаратов достигает 90%.

Модернизация офтальмологического отделения ГБУЗ ЛОКБ производилась в 2002-2004 годах, что в условиях жесткой эксплуатации привело к изнашиванию оборудования на 60-80%.

Очередь на плановую операцию по поводу катаракты в ГБУЗ ЛОКБ ведется на 2017 год (около 4 тысяч человек), что недопустимо для пациентов пожилого возраста. В ГБУЗ ЛОКБ выполняется около 1300 операций в год по поводу катаракты, практически во всех случаях бесшовно с использованием новейших технологий. В районных стационарах области практически не производится бесшовная факоэмульсификация катаракты. Первые шаги делаются в Киришской ЦРБ.

Существуют серьезные проблемы с доступностью оказания консультативной офтальмологической помощи. Необходимо также расширить объемы оказания лазерной помощи жителям области.

Появились новые высокотехнологичные методы диагностики, прежде всего оптическая когерентная томография, ретинотомография, микропериметрия и др., позволяющие диагностировать заболевания глаз в более ранних стадиях и успешно их лечить. Эти методы в настоящее остаются малоступными для жителей ЛО.

В рамках развитие офтальмологической службы ЛОКБ планируется:

- Реорганизация офтальмологического стационара с созданием дополнительного операционного зала и техническим переоснащением медицинским оборудованием в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи;
- Модернизация поликлинической диагностической службы (повышение доступности офтальмологической помощи, расширение диагностических услуг);
- Расширение лазерной службы поликлиники (повышение доступности и качества офтальмологической помощи);
- Создание единого офтальмологического центра на базе ГБЛУЗ ЛОКБ, координирующего работу всей офтальмологической службы области.

В рамках реорганизации стационарной службы районов Ленинградской области планируется оснащение 6 межрайонных офтальмологических хирургических центров на 24 койки каждый (Всеволожск, Выборг, Гатчина, Кингисепп, Кириши, Пикалево), современным медицинским оборудованием для бесшовной факоэмульсификации катаракты в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи.

Также в рамках реализации данного мероприятия запланировано:

1. Приобретение медицинского оборудования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи для офтальмологического отделения в ГБУЗ ЛОКБ
2. Приобретение медицинского оборудования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи для лазерного центра и офтальмологической службы ЛОКП
3. Приобретение медицинского оборудования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи для 6 муниципальных хирургических центров (Выборг, Гатчина, Всеволожск, Кириши, Кингисепп, Пикалево)
4. Приобретение медицинского оборудования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи для 6 муниципальных диагностических центров (Выборг, Гатчина, Всеволожск, Кириши, Кингисепп, Тихвин)

5. Приобретение медицинского оборудования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи для взрослых офтальмологических кабинетов ЛО (38 кабинетов)
6. Приобретение медицинского оборудования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи для детских офтальмологических кабинетов ЛО (18 кабинетов)

Мероприятие 2.10.Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения

Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. направлена на совершенствование здравоохранения на основе применения системного, инновационного подхода к развитию его инфраструктуры и ресурсного обеспечения, а также принципов стандартизации. Решение указанных задач предусматривает улучшение материально-технического и кадрового обеспечения учреждений здравоохранения в соответствии с существующими стандартами, повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Высокотехнологичная медицинская помощь, предоставляемая гражданам в специализированных федеральных и региональных медицинских организациях, объединяет сложные, уникальные и (или) ресурсоемкие медицинские технологии, выполняющиеся высококвалифицированными специалистами с использованием современного оборудования. Современные высокие медицинские технологии отражают научные достижения медицинского сообщества. Неоценимый вклад в решение фундаментальных задач в медицине, связанных с разработкой новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов, вносят научные организации и учреждения РАМН, федеральные научно-клинические центры, учреждения высшего профессионального образования, оказывающие высокотехнологичные виды медицинской помощи.

В связи с вышеизложенным следует отметить, что высокотехнологичная медицинская помощь (далее-ВМП) является наиболее эффективной помощью, приводящей к существенному и стойкому улучшению состояния здоровья, качества жизни пациента, пользующейся высоким спросом у населения. ВМП в значительной степени расширяет возможности и повышает эффективность здравоохранения.

В настоящее время понятие "высокотехнологичная медицинская помощь" стало более уточненным и объемным по содержанию. В частности, в его структуру включена дорогостоящая медицинская помощь, выполняемая высококвалифицированными медицинскими кадрами с использованием сложных и уникальных медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и техники. По сути, оказание ВМП населению страны считается довольно актуальным направлением реализации национального проекта в сфере здравоохранения. Оно является одним из самых ощущимых для населения, так как здесь оказывается реальная медицинская помощь большому количеству больных за счет средств федерального бюджета. Так, например, за период с 2002 по 2012 г. количество направленных больных, жителей Ленинградской области в федеральных и государственных медицинских учреждениях, выполняющих высокотехнологичные виды медицинской помощи, увеличилось с 1990 человек до

14188. человек (712%).

Количество пациентов, направляемых для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в среднем ежегодно увеличивается на 30 % .

В нижеуказанной таблице приведены данные по оказанию высокотехнологичных и дорогостоящих видов медицинской помощи жителям Ленинградской области за период с 2002 по 2012 год.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Направлено пациентов	1990	22846	3818	3594	3788	4620	5813	6347	8356	10552	14188
Пролечено пациентов	1914	2334	3054	3055	3788	4457	4776	4816	5408	6500	9960

В 2013 г уже направлено для оказания ВМП 6500 пациентов.

Наибольшее количество пациентов для оказания ВМП направляется по профилям: сердечно-сосудистая хирургия, онкология, травматология и ортопедия/эндопротезирование, офтальмология, нейрохирургия. Продолжается тенденция к увеличению количества направленных пациентов по данным профилям.

С 2015 года произойдет интеграция сегмента ВМП с систему ОМС, исключается финансирование за счет средств федерального и областного бюджетов.

Нормативы финансовых затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи включают: расходы в расчете на одного пролеченного больного, на оплату труда работников с учетом начисления на заработную плату, на приобретение медикаментов, расходных материалов, включая оплату дорогостоящих расходных материалов, других изделий медицинского назначения, вживляемых в организм человека, и т. д.

Мероприятие 2.11. Развитие службы крови Ленинградской области

Развитие службы крови в рамках ТПГГ

В рамках ТПГГ планируется обеспечение заготовки ежегодно не менее 13700 литров донорской крови. Приоритетные направление производства компонентов крови: увеличение объемов заготовки автоматическими методиками до 100% в 2020 году, увеличение объемов производства лейкофильtrованных компонентов крови до 90 % в 2020 году, производство вирусинактивированной свежезамороженной плазмы до 2000 доз ежегодно.

Обеспечение потребности медицинских организаций в качественных компонентах донорской крови.

В связи с особенностями административного устройства Ленинградской области более 70% донорской крови заготавливается в выездных условиях. Для выездов используются грузопассажирские автомобили марки «Газель». Срок непрерывной активной эксплуатации указанных автомобилей на 01.01.2015г. составит около 8 лет. Необходимо обновление парка автомобилей для выездных бригад. Запланировано приобретение грузопассажирских автомобилей: 2 в 2015 году, 2 в 2016 году, 2 в 2020 году. В целях обеспечения комфортных условий

заготовки крови для доноров и персонала в условиях выезда, увеличения мобильности бригады, возможности заготовки крови в местах, где нет помещений для организации донорских пунктов, планируется приобретение в 2015 году мобильного пункта заготовки крови.

В процессе производственной деятельности Центра крови образуется около 90 м³ в год отходов класса «Б». Утилизация отходов проводится отдельно в каждом подразделении, используется метод автоклавирования. Планируется закупить установку для утилизации отходов класса «Б», организовать централизованную утилизационную, что позволит высвободить средний медицинский персонал в филиалах для основной деятельности, уменьшить расходы на содержание автоклавов.

Создание условий для повышения качества и доступности медицинской помощи населению Ленинградской области с гематологическими и онкогематологическими заболеваниями

За последние годы число случаев гематологических заболеваний возросло в 2 раза, случаев заболеваний злокачественными новообразованиями – на 60,0%. Среди них – злокачественные заболевания системы кроветворных органов, лечение которых требует проведения трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) красного костного мозга. Так, количество больных с впервые диагностированной апластической анемией в 2010 году составляло 26 человек, в 2011 году – уже 329. Число пациентов с впервые диагностированными онкогематологическими заболеваниями ежегодно составляет в среднем 160 человек. По данным 2011 года зарегистрировано 1344 пациента со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани.

Распределение HLA-аллелей специфично для каждой народности, страны, местности. Этот факт диктует необходимость создания регистра доноров ГСК среди населения Ленинградской области для пациентов Ленинградской области. Наиболее подходящим контингентом для создания регистра доноров ГСК являются доноры крови Ленинградской области, поэтому размещение такой лаборатории целесообразно именно на базе Центра крови.

Для обеспечения подбора совместимых родственных и неродственных доноров ГСК необходимо создать на базе ГКУЗ «ЦКЛО» HLA-лабораторию, для чего необходимо:

- подготовить помещения, закупить необходимое оборудование и обучить работе на нем специалистов – врачей клинической лабораторной диагностики и лаборантов, обеспечить гематологических и онкологических пациентов Ленинградской области своевременным HLA-типованием.
- рекрутовать в течение 2013-2020 годов из числа доноров крови потенциальных доноров гемопоэтических стволовых клеток и провести в созданной лаборатории высокоразрешающее HLA-типовование этих доноров, а также проводить своевременное HLA-типовование пациентов и их родственников для обеспечения родственной трансплантации ГСК;
- создать регистр HLA-типованных доноров ГСК, обеспечить его доступность гематологическим стационарам Ленинградской области и

трансплантационным клиникам Российской Федерации, в которых проводятся трансплантации ГСК пациентам Ленинградской области.

Кроме типирования доноров, пациентов и их родственников для обеспечения возможности трансплантаций ГСК в создаваемой HLA-лаборатории планируется проведение исследования онкогематологических пациентов рефрактерных к трансфузиям тромбоцитов с целью определения антитромбоцитарных антител и проведения индивидуального подбора тромбоцитов донора реципиенту для переливания.

Пропаганда донорства крови и ее компонентов.

В Ленинградской области показатель числа доноров на 1000 населения составляет 7,0 что в 2 раза ниже среднероссийского показателя. Планируется проведение мероприятий по пропаганде донорства крови и ее компонентов: создание и сопровождение официального сайта ГКУЗ «ЦКЛО», создание телевизионных роликов и их размещение на местных телеканалах, разработка и издание буклетов, брошюр, продукции с донорской символикой, проведение донорских акций, конференций и других мероприятий по привлечению населения к донорству.

Обеспечение высокого качества оказания медицинской помощи в сфере обращения донорской крови и (или) ее компонентов.

В рамках программы планируется:

- приобретение медицинских холодильников, низкотемпературных морозильников для хранения компонентов крови, терmostатов с тромбомиксерами для хранения концентрата тромбоцитов, быстроразмораживателей свежезамороженной плазмы для обеспечения соблюдения требований холодовой цепи во все кабинеты трансфузионной терапии Ленинградской области. Кроме того, планируется приобретение легковых автофургонов с рефрижераторами для обеспечения условий транспортировки компонентов крови потребителям.

- оснащение всех кабинетов трансфузионной терапии стационаров области оборудованием для проведения фенотипирования крови реципиентов, предтрансфузионного скрининга антител, а также создание лаборатории на базе одного из подразделений Центра крови для проведения фенотипирования крови реципиентов и исследования антиэритроцитарных антител в сложных случаях, обследования сенсибилизованных по антигенам эритроцитов беременных, проведения сложных индивидуальных подборов крови донора реципиенту для онкологических, гематологических, онкогематологических больных. Это позволит внедрить современные методики фенотипирования крови реципиентов, увеличить процент переливания компонентов крови по индивидуальному подбору, уменьшить риск возникновения иммунных посттрансфузионных осложнений.

- оснащение кабинетов переливания крови компьютерами со считывателями штрих-кода с программным обеспечением для интеграции в действующую автоматизированную информационную систему службы крови, создание, внедрение и сопровождение единой базы донорства крови и ее компонентов Ленинградской области.

Мероприятие 2.12. Приобретение медицинского оборудования в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи

При оценке соответствия материально-технического оснащения медицинских организаций Ленинградской области стандартам оснащения, предусмотренным порядками оказания медицинской помощи, выявлена потребность в медицинском оборудовании на 57 614 единиц медицинского оборудования (включая амбулаторно-поликлиническую службу).

По предварительной оценке:

1. Предусмотрено оснащение учреждений медицинским оборудованием, в соответствии со стандартами оснащения, за период 2014-2015 года в полном объеме.
2. Распределено по годам:
 - в 2014 году планируется оснастить 70% учреждений;
 - в 2015 году планируется оснастить 30% учреждений.
3. Предусмотрено приобретение медицинского оборудования взамен отработавшего (с учетом износа, списания в размере 30% от текущей потребности, с распределением по годам равными долями (по 6%)) в период с 2016 по 2020 год.

Мероприятие 2.13. Капитальный ремонт учреждений здравоохранения Ленинградской области

Основная часть зданий и сооружений системы здравоохранения в Ленинградской области 1960 годов постройки, соответственно необходимость проведения ежегодных капитальных ремонтов для соблюдения порядков оказания медицинской помощи крайне высокая.

В рамках реализации мероприятий долгосрочно-целевой программы «Модернизация здравоохранения Ленинградской области на 2011-2013 годы» были проведены капитальные ремонты в 74,2% учреждений здравоохранения.

Остро нуждающихся учреждений здравоохранения в капитальных ремонтах составляет 25,8%, таким образом, в рамках реализации данного мероприятия планируется проведение работ по капитальным ремонтам в 24 учреждениях здравоохранения.

Мероприятие 2.14. Строительство и реконструкция учреждений здравоохранения

В связи с организацией трехуровневой системы оказания медицинской помощи в Ленинградской области в рамках данного мероприятия планируется строительство и реконструкция учреждений здравоохранения. Строительства и реконструкции областных учреждений здравоохранения, структура которых должна полностью соответствовать современным требованиям, позволит обеспечить реальное достижение целей и задач Программы.

Строительство и реконструкция учреждений здравоохранения запланировано в два этапа:

Начало строительства планируется в период с 2014 по 2015 год;

Завершение строительства планируется в период с 2016 по 2020 год.

Строительство и реконструкция учреждений здравоохранения повысит качество и доступность оказания медицинской помощи, приведет в соответствие с порядками оказания медицинской помощи.

Мероприятие 2.15 Создание системы обращения с отходами медицинских организаций Ленинградской области в 2013 году

Проблемы сбора, удаления, обезвреживания и утилизации различных видов отходов, защиты населения и окружающей среды от их вредного воздействия, должны занимать одно из самых значительных мест в стратегических планах развития любого региона. Отходы медицинских организаций, ввиду их загрязнения биологическими жидкостями, представляют значительный эпидемиологический риск и являются наиболее опасными для населения среди прочих видов отходов. По мнению специалистов, решение проблемы медицинских отходов в масштабах лишь отдельно взятой медицинской организации невозможно, таким образом, необходимо решать данный вопрос комплексно, в регионе в целом.

Оценка эколого-гигиенического значения медицинских отходов классов Б и В, определяющая актуальность исследований, складывается из:

- опасности воздействия этих отходов на здоровье персонала, пациентов и посетителей лечебно-профилактических учреждений;
- опасности для здоровья профессиональных групп, связанных с транспортировкой, обезвреживанием и утилизацией отходов и населения в целом;
- опасности распространения патогенного начала в окружающей среде.

В связи с вышеизложенным, для решения проблемы медицинских отходов на территории Ленинградской области необходимо введение новых правил полностью удовлетворяющих нынешнее законодательство (СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами", утвержденные постановлением главного государственного санитарного врача от 09.12.2010 N 163) и гарантирующих устранение инфекционного начала и полную потерю товарных свойств медицинских отходов.

Целью реализации мероприятия является создание системы обращения с медицинскими отходами, соответствующей действующему законодательству и гарантирующей экологическую и эпидемиологическую безопасность, путем переработки всех медицинских отходов классов Б и В.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- создание в медицинских организациях участков аппаратного обеззараживания медицинских отходов с учетом профиля и мощности;
- обеспечение медицинских организаций Ленинградской области инвентарем, техническими средствами и расходными материалами для организации безопасного сбора и перемещения медицинских отходов на территории учреждения, удовлетворяющими требованиям органов Роспотребнадзора;
- подготовка персонала по вопросам практической реализации системы сбора и обеззараживания медицинских отходов, информационная и методическая поддержка на этапе внедрения.

Для оценки выполнения поставленных задач приняты следующие целевые показатели:

- количество установок по обезвреживанию отходов;

- количество единиц автотранспорта;
- количество комплектов расходных материалов;
- количество проведенных семинаров;

Основные мероприятия:

1. Создание материально-технической базы внедрения системы аппаратного обеззараживания эпидемиологически опасных отходов

1.1. Оснащение установками по обеззараживанию медицинских отходов

1.2. Обеспечение расходными материалами для утилизации отходов

1.3. Оснащение автотранспортом для транспортирования отходов

2. Информационно-методическое обеспечение системы обращения с медицинскими отходами

2.1. Организация проведения тематических циклов семинаров по вопросам обращения с медицинскими отходами для специалистов

Срок реализации мероприятия - 2013 год.

Ожидаемые социально-экономические результаты программы

Социальные аспекты реализации Программы

Внедрение разработанного комплекса мероприятий позволит привести систему обращения с отходами в соответствие с требованиями нормативных документов. Социальная эффективность мероприятий Программы заключается в полной гарантии экологической и эпидемиологической безопасности обращения с медицинскими отходами классов Б и В в Ленинградской области, то есть в полной защите человека и окружающей среды, от инфекционного начала медицинских отходов, образующихся в результате функционирования медицинских организаций.

Экономическая эффективность Программы

В настоящее время, вследствие выполнения химической дезинфекции и последующего вывоза не уменьшенных в объеме медицинских отходов на полигон автотранспортом объединения «Спецтранса» ежегодно тратятся значительные финансовые средства.

В Ленинградской области образуется порядка 1 136 168,69 кг. отходов классов Б и В в год. В Тосненском районе Ленинградской области при образовании 83 418,63 кг. отходов классов Б и В в год экономия составляет 551,08 тыс. рублей в год.

Расчёты показывают, что при внедрении данной Программы на территории Ленинградской области эксплуатационные затраты на обращение с медицинскими отходами классов Б и В сократятся на 32%, что позволит ежегодно экономить бюджетные средства в размере 7 505,8 тыс. рублей в год

Подпрограмма 3. «Развитие государственно-частного партнерства»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный	Комитет по здравоохранению Ленинградской области
----------------------	--

исполнитель	
Подпрограммы:	
Цели	1. Повышение доступности и качества медицинской помощи за счет применения инновационных методов медицинского обслуживания населения с одновременным развитием и повышением эффективности использования инфраструктуры, созданием конкурентной среды государственной и частной форм собственности в долгосрочной перспективе.
Подпрограммы:	2. Увеличение темпов строительства и реконструкции объектов здравоохранения в 3-5 раз без усиления нагрузки на бюджет региона и переложения ее на будущие поколения.
Задачи	
Подпрограммы:	<ul style="list-style-type: none"> • Привлечение внебюджетного финансирования как дополнительной части модели ресурсного обеспечения здравоохранения. • Способствование формированию свободной конкурентной среды на рынке оказания медицинской помощи населению в Ленинградской области по следующим направлениям: <ul style="list-style-type: none"> ○ первичная врачебная и специализированная медико-санитарная помощь взрослому и детскому населению; ○ стационарная помощь (в т.ч. восстановительное лечение, сестринский уход, хоспис), ○ высокотехнологичная помощь, ○ диализная помощь, ○ перинатальные центры и др. • Использование лучшей мировой и российской практики планирования, технического обслуживания и целевой эксплуатации объектов инфраструктуры здравоохранения. • Повышение эффективности управления объектами инфраструктуры здравоохранения Ленинградской области. • Создание условий для локализации производства медицинского оборудования и медикаментов. • Разработка критерииев экономической и технической эффективности существующих объектов здравоохранения и аудит системы здравоохранения Ленинградской области на предмет определения медицинских организаций, подходящих для реализации проектов государственно-частного

	<p>партнерства.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Применение схемы государственно-частного партнерства при строительстве новых объектов медицинского назначения. • Создание типовых предложений для применения схем государственно-частного партнерства, обладающих высокой инвестиционной привлекательностью.
<p>Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Доля частных инвестиций в общей сумме вложений в основные фонды медицинских организаций, участвующих в оказании помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования; • Доля объема планового задания в территориальной программе обязательного медицинского страхования, выполненного медицинскими организациями иной (негосударственной) формы собственности; • Доля граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования, выбравших в качестве базовой медицинской организации для оказания первичной медицинской помощи организацию иной (негосударственной) формы собственности; • Доля объектов из планируемых к строительству/реконструкции с использованием инструмента государственно-частного партнерства; • Общая сумма вложений в основные фонды медицинских организаций, оказывающих помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, привлеченные из иных (внебюджетных) источников; • Объем планового задания в территориальной программе обязательного медицинского страхования, выполненный организациями иной формы собственности; • Количество объектов здравоохранения, построенных или реконструированных для работы в системе обязательного медицинского страхования, созданных на средства, привлеченные из иных (негосударственных) источников, накопленный итог; • Количество объектов здравоохранения, построенных или реконструированных для работы в системе обязательного медицинского страхования, созданных с использованием

	<p>схемы компенсации инвестору капитальных расходов, накопленный итог;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Доля частных инвестиций, привлекаемых по схеме государственно-частного партнерства в области здравоохранения, от размера бюджета субъекта РФ; ● Использование системы менеджмента контроля качества.
Этапы и сроки реализации Подпрограммы:	<p>2013 - Планирование, разработка типовых моделей. Реализация проектов низкой инвестиционной емкости в сфере первичной врачебной медико-санитарной помощи;</p> <p>2014 – Реализация pilotных проектов;</p> <p>2015-2018 – Реализация проектов;</p> <p>2018-2020 – Контроль, корректировка;</p>
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Решение проблемы нехватки медицинской инфраструктуры в районах новой жилой застройки в срок до 2016 года; 2. Оптимизация использования существующих объектов здравоохранения; 3. Координация взаимодействия представителей государственного, муниципального и частного здравоохранения, профессиональных ассоциаций, медицинской общественности по вопросам привлечения внебюджетного финансирования в здравоохранение. 4. Повышение квалификации государственных гражданских служащих по вопросам государственно-частного партнерства. 5. Расширение ресурсной базы отрасли за счет увеличения объема негосударственных инвестиций в здравоохранение и предоставление социальных услуг 6. Повышение удовлетворенности населения качеством оказанной медицинской помощи.

Государственно-частное партнерство (ГЧП) в сфере здравоохранения заключается в следующем: Государство обязуется закупать у частного партнера на долгосрочной основе и оплачивать предоставляемые им высококачественные услуги, такие как:

- Строительство, оснащение нового или модернизация существующего лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).
- Обслуживание и эксплуатация инфраструктуры ЛПУ.
- Медицинские услуги населению в рамках государственного заказа.

В свою очередь частный партнер обязуется оказывать услуги, в соответствии с критериями установленного государственного заказа, а также поддерживать, модернизировать или создавать новые активы, необходимые для поддержания качества и количества предоставляемых услуг.

Ограниченностей возможностей бюджета Ленинградской области требует поиска оптимальных и эффективных решений, которые позволили бы обеспечить качественной и современной медицинской помощью растущие районы, а также оптимизировали затраты на содержание медицинских учреждений в населенных пунктах с маленькой численностью населения. Кроме того, существует проблема существования избыточной и ветхой медицинской инфраструктуры, требующей значительных средств для текущего содержания и реконструкции.

Одновременно Министерство здравоохранения РФ в последние годы существенно видоизменило законодательную базу, заложив все предпосылки для возникновения управляемой конкуренции. Для частных медицинских организаций было гарантировано вступление в систему ОМС в уведомительном порядке, введены единые подходы к тарификации медицинских услуг. Для пациента закреплено право на выбор медицинской организации всех форм собственности и участкового врача. Программа «Развитие здравоохранения Ленинградской области до 2020 года» подчеркивает значимость привнесения элементов конкуренции в отрасль и развития государственно-частных партнерств, особенно в первичном звене.

В Ленинградской области зафиксирован рост числа медицинских организаций частной формы собственности, осуществляющих свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в 2013 году их количество составило 32 организации. В том числе медицинские организации частной формы собственности участвовали в реализации социально-значимых задач: организация медицинской помощи в садоводствах и проведение зубопротезирования льготных категорий граждан.

План по осуществлению мероприятий:

- Выявление дефицитов по видам и доступности медицинской помощи в быстро застраиваемых районах. Формирование типовых инвестиционных проектов в разрезе существующих потребностей. Проработка типовых схем финансирования, включая схемы с компенсацией инвестору капитальных затрат, концессии, предоставление объектов недвижимости для создания новых медицинских организаций для работы в системе ОМС на льготных условиях и др.

- Разработка критериев эффективности деятельности медицинских организаций, включающих эффективность использования ресурсов и экономические параметры. Выявление объектов для реализации схемы государственно-частного партнерства (требующих реконструкции/ремонта, неэффективно управляемых, и т.п.)

- Формирование перечня для предложения инвесторам, включающего в себя:

Адресные проекты для создания новых медицинских объектов, с использованием или без использования схемы с компенсацией капитальных затрат инвестору в зависимости от экономической модели проекта.

Проекты для существующих медицинских объектов, для передачи инвестору по договору концессии или договору о государственно-частном партнерстве.

- Создание и запуск pilotных проектов.

Мероприятия в рамках развитие государственно-частного партнерства:

Мероприятие 3.1.

Цель: обеспечение первичной врачебной помощью растущее в летний период население садоводческих товариществ.

Для обеспечения работы врачебных амбулаторий на территории садоводческих товариществ Ленинградской области с целью оказания первичной врачебной помощи населению в 2012 году уже работают 9 врачебных амбулаторий, планируется к концу 2013 года открыть еще 29 врачебных амбулаторий и за период с 2014 по 2020 годы запустить еще не менее 30 врачебных амбулаторий.

Форма оказания услуги ГЧП ВОТ (Build, Operate, Transfer — строительство, эксплуатация/управление, передача).

Параметры проекта:

Открытие врачебных амбулаторий на летний период в приспособленных или вновь построенных помещениях, расположенных в садоводческих товариществах. Помещения предоставляются в аренду Партнеру для реконструкции при условии организации амбулатории.

Период работы амбулаторий – май-сентябрь, ежегодно.

Персонал – врач общей практики.

Совместный прием взрослых и детей для оказания неотложной помощи и динамическим наблюдением пациентов с хроническими заболеваниями.

Расходы по аренде помещений, закупке оборудования и операционные расходы включаются в тариф фонда ОМС.

Текущая стадия реализации проекта:

1. Согласован адресный перечень садоводческих товариществ для расположения амбулаторий;
2. Подобраны помещения для амбулаторий;
3. Ведется ремонт помещений, подготовка к лицензированию помещений Партнером.

Мероприятие 3.2.

Цель проекта – создание реабилитационно-восстановительной (медицинской) и инженерно-технической инфраструктуры с высоко эффективными функциональными характеристиками, соответствующей современным технологиям строительства и эксплуатации, формирующей благоприятную среду для пациентов, персонала и посетителей в долгосрочной перспективе, предусматривающей возможность осуществления модернизации, соответствующей инновационным достижениям в области здравоохранения.

Задача: Реконструкция (строительство) бывшего здания МУЗ «Коммунаровская городская больница» г. Коммунар.

Формой оказание услуги ГЧП будет ВОТ (Build, Operate, Transfer — строительство, эксплуатация/управление, передача).

Ответственность Партнера – проектирование, строительство, поставка и установка медицинского оборудования, техническая эксплуатация зданий и медицинского оборудования, предоставление медицинских услуг.

Текущая стадия реализации проекта:

- Проведен мониторинг рынка заинтересованных сторон Проекта.

- Определены предварительные параметры Проекта.

- Подготовлены презентационные материалы по Проекту.

- Проведено информирование (разосланы презентационные материалы, проведены рабочие встречи и телефонные конференции) рынка профессиональных российских и зарубежных консультантов (технических, медицинских, финансовых и юридических) о Проекте.

Собран предварительный имущественно-правовой статус земельного участка по Проекту.

Мероприятие 3.3. Цель мероприятия - совершенствование патологоанатомической службы Ленинградской области.

В течение ряда лет в Ленинградской области имеет место увеличение числа патологоанатомических вскрытий и числа исследований операционного и биопсийного материала, при этом, важно отметить, что работа патологоанатомов давно вышла за стены прозекторской и все более ориентирована на прижизненную диагностику, без которой сегодня большинство больных лечить просто недопустимо.

Потребителями (заказчиками) результатов работ и услуг по специальности «патологическая анатомия» являются лечащие врачи разных специальностей, администрация лечебно-профилактических учреждений, органы управления здравоохранением.

Расположение, территория, планировка и устройство большей части патологоанатомических отделений ГКУЗ ЛОПАБ, ГКУЗ ЛОДПАБ и районных судебно-медицинских отделений ГКУЗ ЛОБСМЭ не соответствует «Правилам по устройству и эксплуатации помещений патологоанатомических отделений и моргов (патолого-гистологических и судебно-гистологических лабораторий) лечебно-профилактических и судебно-медицинских учреждений, институтов и учебных заведений», не соответствуют санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Патологоанатомические отделения не приспособлены для изготовления качественных гистологических препаратов, нет современного оборудования, нет помещений для хранения архива. Отсутствие современных реагентов сужает возможности диагностики и дифференциальной диагностики.

Бюджетное финансирование патологоанатомической и судебно-медицинской служб осуществляется в недостаточном объеме. Для обеспечения стандартов диагностики и лечения пациентов Ленинградской области необходим переход на новый качественный уровень работы патологоанатомической службы.

Особо тяжелое положение сложилось в Тосненском районе, Выборгском районе, где патологоанатомические вскрытия производятся в приспособленных помещениях в подвале центральной районной больницы. Во Всеволожске через морг общей площадью около 30 кв.м. в год поступает более 3000 умерших. Аналогичная ситуация в Волосовском, Волховском, Ломоносовском и Лужском районах. Решить эту проблему можно только за счет строительства новых патологоанатомических корпусов с учетом потребности патологоанатомических и судебно-медицинских отделений.

Для достижения поставленной цели предусматривается решение следующих задач:

1. Развитие материально-технической базы патологоанатомической службы и районных судебно-медицинских отделений Ленинградской области с целью выполнения стандартов патоморфологических (патологоанатомических) исследований, в том числе улучшения качества прижизненной диагностики заболеваний с помощью исследований биопсийного и операционного материала.

2. Обеспечение населения Ленинградской области патологоанатомическими вскрытиями в соответствии с нормативными и санитарно-эпидемиологическими требованиями.

3. Обеспечение правоохранительных органов и населения Ленинградской области судебно-медицинскими вскрытиями в соответствии с нормативными и санитарно-эпидемиологическими требованиями и законом №73 ФЗ – 2001г.

Программа реализуется в период с 2014 до 2020 года.

Достижение целей и решение задач мероприятия осуществляются путем скоординированного выполнения комплекса следующих взаимосвязанных по срокам, ресурсам, исполнителям и результатам мероприятий:

- строительство патологоанатомических корпусов;
- оснащение патологоанатомических отделений современным оборудованием

В лечебных учреждениях Ленинградской области планируется строительство моргов по форме оказания услуги ГЧП ВОТ (Build, Operate, Transfer — строительство, эксплуатация/управление, передача).

Социальная эффективность мероприятий Программы заключается в повышении качества медицинской помощи, приведении сети медицинских учреждений особого типа в соответствие с потребностью населения в медицинских услугах патологоанатомического профиля в необходимом объеме, снижении социальной напряженности.

На сегодняшний день патологоанатомические исследования производятся срочным порядком в две смены со значительными трудозатратами в связи с отсутствием специализированного медицинского оборудования и ограниченным количеством рабочих мест. При более длительных сроках, теряется профилактическая направленность и клинический смысл исследований. Оснащение современным диагностическим оборудованием и реактивами позволит достичь увеличения количества больных, которым проведено исследование операционного и биопсийного материала до 63 150 человек, сократить срок исследования биопсийного и операционного материала с 9 дней в 2011 году до 7 дней в 2015 году.

Сокращение сроков исследований напрямую связано с сокращением средних сроков пребывания больного в стационаре, что влечет за собой экономию бюджетных средств в размере 623 млн.рублей.

Мероприятие 3.4. Строительство врачебных амбулаторий

Цель пилотного проекта - строительство врачебной амбулатории (центра оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи для взрослых и детей, консультативно-диагностического центра для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи).

С целью создания комплексной системы учреждений здравоохранения для жителей пос. им. Э. Тельмана по планируется строительство консультативно-диагностического центра (на базе нефункционирующей врачебной амбулатории).

Форма оказания услуги ГЧП ВОТ (Build, Operate, Transfer — строительство, эксплуатация/управление, передача).

Подпрограмма 4 «Охрана здоровья матери и ребенка»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы:	Комитет по здравоохранению Ленинградской области Отдел организации медицинской помощи женщинам и детям
Цели Подпрограммы:	1. Повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям; 2. Улучшение состояния здоровья детей и матерей; 3. Снижение материнской, младенческой и детской смертности; 4. Снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.
Задачи Подпрограммы:	Совершенствование службы родов споможения путем развития трехуровневой системы оказания медицинской помощи. 2. Создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка. 3. Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела. 4. Развитие специализированной медицинской помощи детям. 5. Совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ-инфекции от матери к плоду. 6. Профилактика абортов. Развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы:	1. Доля охвата беременных женщин, вставших на учет в женской консультации в первом триместре беременности, пренатальной диагностикой нарушений развития ребенка; 2. Доля охвата новорожденных детей неонатальным скринингом; 3. Доля охвата новорожденных детей аудиологическим скринингом; 4. Показатель младенческой смертности; 5. Показатель материнской смертности; 6. Снижение числа абортов у женщин фертильного возраста; 7. Охват химиопрофилактикой пар «мать - дитя» в соответствии с действующими стандартами.
Этапы и сроки реализации Подпрограммы:	Подпрограмма реализуется в два этапа: 1 этап - 2013 - 2015гг.; 2 этап – 2016 - 2020гг.
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы:	1. Увеличение доли охвата беременных женщин пренатальной диагностикой нарушений развития ребенка до 70 %; 2. Увеличение доли охвата новорожденных неонатальным скринингом от общего числа новорожденных до 98%; 3. Увеличение доли охвата новорожденных аудиологическим скринингом от общего числа новорожденных до 97,5%; 4. Снижение младенческой смертности до 5,5 случаев на 1000 родившихся живыми; 5. Снижение материнской смертности до 7,5 случаев на 100 тыс. родившихся живыми; 6. Снижение числа абортов до 17,0 на 1000 женщин фертильного возраста; 7. Увеличение доли охвата химиопрофилактикой пар «мать-дитя» в соответствии с действующими стандартами до 99%.

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Реализация мероприятий в рамках национальных проектов в сфере здравоохранения, Концепции демографической политики до 2025 года, привела к позитивным изменениям демографической ситуации в Ленинградской области, улучшению состояния здоровья детей, беременных женщин. Сократились темпы уменьшения численности детского населения области.

В последние годы в Ленинградской области отмечается улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов и новорожденным, о чем свидетельствуют позитивные изменения состояния здоровья женщин и детей: частота досрочного прерывания беременности в группе женщин, находящихся на диспансерном наблюдении в связи с беременностью снизилась с

7% в 2008 году до 6,1% в 2012 году. Показатель прерывания беременности до 28 недель в 2012 году составил 2,6%, что ниже среднероссийского показателя, который составляет 4,1% (2011г). С 2008 года регистрируется положительная динамика удельного веса родов и снижение удельного веса абортов в структуре репродуктивного поведения женщин. Если в 2008 году на 1 роды приходилось 1,2 аборта, то в 2012 году на 1 роды приходится 0,7 аборта. Отмечается положительная динамика в снижении показателя абортов на 1000 женщин фертильного возраста, который в 2012 году составил 21,4 (29,6 в 2008г.).

Показатели заболеваемости новорожденных в акушерских стационарах имеют тенденцию к снижению. В течение последних 5-и лет отмечается снижение общей заболеваемости новорожденных с 356,3 на 1000 живорожденных в 2008 году до 273,7 на 1000 в 2012 году.

За период 2008-2012 годов снизились показатели материнской смертности в 2,7 раза (с 34,9 до 12,8 на 100 тыс. родившихся живыми) и младенческой смертности на 22,1 % (с 7,9 до 6,15 на 1000 родившихся живыми).

Вместе с тем, показатели материнской и младенческой смертности в Ленинградской области не имеют устойчивой тенденции к снижению и превышают аналогичные показатели развитых стран. Сохраняется их высокая дифференциация в разных районах области, превышение указанных показателей среди сельских жителей. Потери детей до года составляют более половины всех случаев смерти детского населения. Остается высокой частота осложнений во время беременности и родов, что приводит к рождению недоношенных и маловесных детей, которые нуждаются в продолжительном лечении и реабилитации.

В 2012 году в области отмечается снижение общей и первичной заболеваемости среди детей в возрасте до 14 лет и среди подростков 15-17 лет. Общая заболеваемость детей до 14 лет уменьшилась с 210785,4 в 2008г. до 177386,8 в 2012г. на 100 000 детского населения. Первичная заболеваемость снизилась с 172382,5 в 2008г. до 153532,4 в 2012 г.

В структуре заболеваемости детей старших возрастных групп превалируют болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания, травмы, отравления и другие внешние причины, болезни кожи и органов пищеварения.

Отмеченное снижение заболеваемости во всех возрастных группах сопровождается значимым снижением смертности детей всех возрастных групп.

В Ленинградской области внедрены порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «неонатология» и порядок оказания акушерско-гинекологической помощи. Изданы приказы Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 01.02.2012 года №1 «Об оказании акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовый период в Ленинградской области» и от 29.06.2012 № 15 «Об оказании неонатологической медицинской помощи в Ленинградской области». В настоящее время вносятся изменения в данные приказы, с учетом утверждения Министерством здравоохранения РФ новых порядков оказания медицинской помощи.

Комитетом проводится подготовительная работа по внедрению в 2013 году Порядков оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях Ленинградской области:

- по оказанию педиатрической помощи;
- по оказанию стоматологической помощи;
- по оказанию эндокринологической помощи;
- по оказанию хирургической помощи;
- по оказанию офтальмологической помощи;
- по оказанию уроандрологической помощи;
- по оказанию онкологической помощи;
- по проведению профилактических осмотров.

Порядки находятся в работе у главных внештатных специалистов Комитета, с целью подготовки проектов приказов Комитета по их внедрению.

Требует совершенствования и дальнейшего развития созданная в области трехуровневая система, обеспечивающая своевременную и адекватную медицинскую помощь женщинам и детям как на уровне первичной медико-санитарной помощи, так и на уровне высокотехнологичной специализированной медицинской помощи. Эффективное функционирование такой системы в настоящее время невозможно из-за плохого состояния материально-технической базы отдельных учреждений здравоохранения, недостаточного количества современного медицинского оборудования, дефицита медицинских кадров.

Препятствует полноценному функционированию трехуровневой системы перинатальной помощи дефицит выездных акушерских и неонатальных бригад, коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, располагающих современным высокотехнологичным оборудованием, недостаточное количество коек патологии новорожденных (II этап выхаживания), отсутствие коек восстановительного лечения и реабилитации новорожденных, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

В настоящее время в Ленинградской области функционирует 1 родильный дом в статусе юридического лица и 16 родильных отделений в составе центральных районных больниц. Все родильные стационары мощностью до 30 коек находятся в структуре многопрофильных центральных районных больниц, относятся к учреждениям первой и второй групп и не имеют возможности организовать высокотехнологичную медицинскую помощь новорожденным, в т.ч. обеспечить условия для выхаживания глубоко недоношенных детей. Обеспеченность акушерскими койками составляет 16,5 на 10 000 женщин детородного возраста, в том числе койками для беременных и рожениц – 6,1.

В области отсутствуют: областной перинатальный центр, областной родильный дом и учреждения родовспоможения третьей группы, тем самым затрудняется осуществлять 3-х уровневую систему оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи, учитывая переход с 01.01.2012 года на новые критерии регистрации живорождения.

Единственный на территории Выборгского района родильный дом, построенный в 40-х годах прошлого века, рассчитан на 130 коек вместо 200 не соответствует по занимаемым площадям требованиям санитарного законодательства.

Для обеспечения дальнейшего снижения показателей перинатальной, младенческой и материнской смертности, особенно с учетом перехода с 2012 года на критерии регистрации рождений, рекомендованные ВОЗ, необходимо дооснащение учреждений родовспоможения и детства современным диагностическим и лечебным оборудованием, обеспечение лекарственными препаратами, создание отделений анестезиологии и реанимации для женщин, организация дополнительных реанимационных коек для новорожденных, отделений патологии новорожденных и недоношенных детей, а также обеспечение выхаживания младенцев с отклонениями в состоянии здоровья в условиях первичного звена здравоохранения.

Для создания эффективной трехуровневой системы оказания помощи беременным и новорожденным необходимо строительство областного перинатального центра.

Недоношенные новорожденные с низкой и экстремально низкой массой тела являются группой риска по возникновению тяжелой патологии органов дыхания, определяющей инвализацию и высокую смертность.

По данным как российских, так и зарубежных авторов, 75% всех бронхиолитов и более 40% всех пневмоний у детей раннего возраста (до 2-х лет), обуславливает респираторно-синцитиальный вирус, частота которого составляет 38% среди госпитализированных детей до 2-х лет с инфекциями нижних дыхательных путей (ИНДП). Необходимо отметить, что летальность у госпитализированных недоношенных детей достигает 5 и более процентов. При врожденных пороках сердца этот показатель колеблется от 4 до 37%.

В Ленинградской области увеличивается доля детей, рожденных и выживших с очень низкой массой тела (далее – ОНМТ) и экстремальной низкой массой тела (далее – ЭНМТ), которые имеют осложнения течения неонатального периода с формированием хронической сердечно-легочной недостаточности и бронхолегочной дисплазией (далее – БЛД), требующих специфической профилактики респираторно-синцитиальный вирус (далее – РСВ) инфекции в эпидемический период (ноябрь-март). По статистическим данным отделения патологии новорожденных детей (далее – ОПН) ЛОГБУЗ ДКБ среди 19 детей с ЭНМТ частота БЛД составляет 68%, а среди 33 детей с ОНМТ – более 30%.

В связи с этим достаточно актуальной становится задача профилактики РСВ-инфекции в этой группе детей на первом году жизни. Отсутствие этиотропных методов лечения РС-вирусной инфекции, в арсенале практического здравоохранения в настоящее время, диктует необходимость внедрения специфических методов профилактики.

Передовая международная практика использования программ иммунопрофилактики РС-вирусной инфекции препаратом моноклональных антител паливизумабом и гигиенических мероприятий свидетельствует о снижении младенческой смертности и частоты госпитализаций у детей групп риска тяжелого течения данной инфекции (недоношенные дети до 35 недели гестации, дети с бронхолегочной дисплазией и врожденными гемодинамически значимыми пороками сердца).

Предварительные результаты Российского исследования препарата паливизумаб в 2009-2010 гг. и программы профилактики РСВ инфекции у детей групп высокого риска в г. Москва 2011-2012 гг., показывают высокую эффективность и безопасность данного метода профилактики (уменьшение частоты ИНДП и госпитализаций связанных с ними в группе иммунизированных детей).

Врожденные пороки развития являются одной из основных причин младенческой и детской смертности, а также детской инвалидности. В 2012 году врожденные аномалии развития занимали 2 место в структуре младенческой смертности и 3 место среди причин первичной детской инвалидности, 26% и 20%, соответственно.

Для снижения детской инвалидности и смертности важна эффективно функционирующая система раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка.

Наиболее важным инструментом профилактики врожденных и наследственных заболеваний является пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития плода. Несмотря на увеличение процента охвата беременных пренатальной (дородовой) диагностикой нарушений развития плода, её доступность и качество проведения не соответствуют действующим стандартам.

Не менее важным является раннее выявление наследственных и врожденных заболеваний сразу после рождения ребенка.

За период 2008-2012 годов неонатальным и аудиологическим скринингом охвачено около 60,0 тысяч новорожденных, выявлено 39 случаев наследственных и врожденных заболеваний. Во всех случаях выявления заболевания проводится уточняющая диагностика, корригирующее лечение и реабилитация. Неонатальный и аудиологический скрининги позволяют в будущем создать больному ребенку возможности и условия для нормального развития, получения образования, профессиональной подготовки, последующего трудоустройства и полноценной жизни.

Дефицит коечного фонда для оказания специализированной медицинской помощи, в том числе кардиохирургической, неонатальной хирургии, медицинской реабилитации, восстановительному лечению, а также недостаток подготовленных медицинских кадров не позволяет в полной мере удовлетворить потребность в данных медицинских услугах.

Внедрение современных технологий выхаживания и реабилитации недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, возможно при совершенствовании системы реабилитационной помощи и подготовки достаточного количества высококвалифицированных специалистов в области акушерства и гинекологии, неонатологии и педиатрии.

Одним из приоритетных направлений, способствующих улучшению состояния здоровья, снижению смертности и инвалидности детей является доступность и качество специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи детскому населению. Все это диктует необходимость разработки и внедрения комплекса мероприятий, направленных на решение данной задачи.

Стационарная медицинская помощь детям, в т.ч. специализированная, оказывается в областной детской больнице, в 1 детской городской больнице, в 15

центральных районных больницах, в дневных стационарах на койках при больничных и амбулаторно-поликлинических учреждениях.

ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница» на 400 коек располагается в приспособленном здании 1870 года постройки, являющимся архитектурным памятником. По отдельным элементам здания (межэтажные перекрытия, кровля, отдельные элементы фундамента) износ корпусов больницы составляет более 75%. Из-за дефицита площадей больница не может развернуть в необходимой коечной мощности отделение патологии новорожденных, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение реабилитации для детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, отделение кардиохирургии. Недостаточно площадей для развертывания оперблока, соответствующего всем нормам организации данного подразделения. Имеется острый дефицит энергомощностей. В полной замене нуждаются все сантехнические коммуникации, что невозможно осуществить в условиях функционирования больницы.

Отделение восстановительного лечения ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница», расположенное п. Парголово Санкт-Петербурга, имеет низкий уровень материально-технической базы, не соответствующий санитарно-эпидемиологическим и противопожарным требованиям, что не позволяет оснастить отделение современным медицинским оборудованием и проводить диагностические и реабилитационные мероприятия на современном уровне.

Для создания эффективной трехуровневой системы оказания помощи детям необходимо строительство новой детской областной больницы с организацией в её составе отделений неонатальной хирургии, кардиохирургии, восстановительного лечения и реабилитации.

В настоящее время дети, страдающие неизлечимыми заболеваниями, получают паллиативную помощь в СПб ГАУЗ «Детский хоспис», в основном в виде выездной формы оказания паллиативных услуг. Открытие на базе новой областной детской больницы коеч паллиативной помощи позволит снизить нагрузку на дорогостоящие койки, на которых оказывается реанимационно-интенсивная помощь.

Оказание своевременной и эффективной лечебно-диагностической и профилактической помощи, а также социально-психологического сопровождения в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях здравоохранения ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и их детям - одна из важных задач, стоящих перед службой охраны здоровья матери и ребенка.

В 2012 году кумулятивное количество инфицированных ВИЧ женщин выросло на 5% по сравнению с 2008 и составило 6381 (37,0 %) от всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Ленинградской области. В 2012 году женщины составляли уже 44% от всех новых случаев ВИЧ-инфекции.

В целях профилактики передачи вируса ВИЧ от матери ребенку в 2012 году получили АРВ препараты 291 инфицированных беременных женщин или 85,3% завершивших беременность родами, на 11,7 % больше чем в 2008 году (73,6%). Из них полный трехэтапный курс профилактики прошли 81,8% матерей, на 12,8 % больше чем в 2008 году (69,0%).

Охват новорожденных химиопрофилактикой составил 99,7%, на 1,5 % больше чем в 2011 году (98,2%).

В последние годы наблюдается устойчивая тенденция по снижению числа детей инфицированных ВИЧ при перинатальных контактах с 12,4% в 2008 году до 8,7% в 2012 году.

Вместе с тем, несмотря на ежегодное повышение охвата антиретровирусной профилактикой беременных женщин и рожденных ими детей, частота вертикальной передачи ВИЧ-инфекции остается высокой и составляет в целом по Ленинградской области 8,7% %, что требует дальнейшего совершенствования организации системы профилактики вертикальной передачи вируса иммунодефицита человека и обеспечение условий для снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией у детей.

В современных условиях отмечается неуклонный рост гинекологических заболеваний по многим нозологическим формам, показатель женского бесплодия за последние 5 лет увеличился на 16 %, значительное число семей нуждаются во вспомогательных репродуктивных технологиях. Анализ причин, приводящих к возникновению гинекологических заболеваний у женщин, нарушению репродуктивной функции и бесплодию, свидетельствует, что одним из ведущих факторов являются аборты.

Несмотря на снижение числа абортов за последние 5 лет на 27,7 %, частота искусственного прерывания в области остается высокой, что свидетельствует о необходимости продолжения комплекса мероприятий, направленных на их профилактику и снижение, включая создание центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с целью оказания медицинской и социально-психологической помощи женщинам в случаях незапланированной беременности,

Одним из резервов сохранения уровня рождаемости является увеличение объемов оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием современных вспомогательных репродуктивных технологий. Реализация мероприятий по повышению эффективности лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий увеличит доступность данного вида помощи и будет способствовать повышению рождаемости с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

По результатам реализации I этапа Подпрограммы в 2015 году:

- доля охвата беременных женщин пренатальной диагностикой нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности вырастет с 64,7 % в 2012 году до 66 % в 2015 году;
- доля охвата новорожденных неонатальным скринингом от общего числа новорожденных увеличится с 97,3 % в 2012 году до 97,5 % в 2015 году;
- доля охвата новорожденных аудиологическим скринингом от общего числа новорожденных увеличится с 96,9 % в 2012 году до 97 % в 2015 году;
- показатель младенческой смертности снизится с 6,15 случаев на 1000 родившихся живыми в 2012 году до 5,8 случаев на 1000 родившихся живыми в 2015 году;
- показатель материнской смертности снизится с 12,8 случаев на 100 000 родившихся живыми в 2012 году до 11 случаев в 2015 году;
- показатель абортов снизится с 21,4 на 1000 женщин fertильного возраста в 2012 году до 20,5 случаев в 2015 году;

- охват химиопрофилактикой пар «мать - дитя» в соответствии с действующими стандартами вырастет с 93,8% в 2012 году до 94,3% в 2015 году.

По результатам реализации II этапа Подпрограммы в 2020 году:

- доля охвата беременных женщин пренатальной диагностикой нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности вырастет с 66 % в 2015 году до 70 % в 2020 году;
- доля охвата новорожденных неонатальным скринингом от общего числа новорожденных увеличится с 97,5 % в 2015 году до 98% в 2020 году;
- доля охвата новорожденных аудиологическим скринингом от общего числа новорожденных увеличится с 97,0 % в 2015 году до 97,5 % в 2020 году;
- показатель младенческой смертности снизится с 5,8 случаев на 1000 родившихся живыми в 2015 году до 5,5 случаев на 1000 родившихся живыми в 2020 году;
- показатель материнской смертности снизится с 11 случаев на 100 000 родившихся живыми в 2015 году до 7,5 случаев в 2020 году;
- показатель абортов снизится с 20,5 на 1000 женщин фертильного возраста в 2015 году до 17 случаев в 2020 году;
- охват химиопрофилактикой пар «мать - дитя» в соответствии с действующими стандартами вырастет с 94,3% в 2015 году до 96,0 % в 2020 году.

Реализация данных мероприятий предполагают создание эффективной трехуровневой системы организации медицинской помощи женщинам и детям в Ленинградской области.

С целью повышения доступности и качества медицинской помощи беременным женщинам и детям, снижения материнской, младенческой и детской смертности, улучшения здоровья детей и матерей планируется реализация следующих стратегий:

- развитие трехуровневой системы оказания медицинской помощи в службе родовспоможения;
- создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка;
- выхаживание детей с низкой и экстремально низкой массой тела;
- развитие специализированной медицинской помощи детям;
- совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ-инфекции от матери к плоду;
- профилактика абортов, развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Краткая характеристика мероприятий

Для решения поставленных целей и задач Подпрограммы планируется выполнение мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи детям, подросткам и беременным женщинам.

Мероприятие 4.1. Совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи на основе развития сети перинатальных центров

Для реализации мероприятий по совершенствованию службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи в 2012 году начато строительство нового родильного дома в г. Выборге, рассчитанного на 200 коек и 2000 родов в год, с женской консультацией на 150 посещений в смену. В составе роддома будет развернуто отделение патологии новорожденных и недоношенных (второй этап выхаживания) на 30 коек, в котором будут открыты 15 коек восстановительного лечения для новорожденных с экстремально низкой массой тела (свыше 500гр.), и отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (12 коек). В новом родильном доме планируется ежегодно принимать более 200 беременных женщин из соседнего, Приозерского и других близлежащих районов, а также роды у ВИЧ – инфицированных женщин Ленинградской области.

Строительство нового родильного дома в городе Выборге с функциями межрайонного перинатального центра позволит качественно улучшить организацию оказания медицинской помощи беременным и новорожденным Выборгского и других близлежащих районов, использовать современные профилактические и лечебно-диагностические технологии в акушерстве и неонатологии за счет сосредоточения высоко квалифицированных кадров и современного медицинского оборудования в одном учреждении, и тем самым повлияет на снижение материнской, младенческой смертности и улучшение демографической ситуации в Ленинградской области в целом.

На базе МБУЗ "Всеволожская КЦРБ" будет создан акушерский дистанционный консультативный центр с двумя выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами, оснащенных современным медицинским оборудованием и реанимобилями, укомплектованных подготовленным медицинским персоналом.

Планируется открыть и обеспечить медицинским оборудованием 6 отделений (палат) реанимации и интенсивной терапии для беременных, рожениц и родильниц в акушерских стационарах учреждений родовспоможения второй группы.

Для улучшения координации работы и оперативного реагирования будет создана региональная информационная система мониторинга родовспоможения (беременных женщин групп риска) с подключением к единой информационной системе 18 учреждений родовспоможения и ГБУЗ ЛОКБ.

Предполагается дальнейшее развитие развернутого на базе ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница» отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи с выездными бригадами скорой специализированной медицинской помощи, выполняющего функции реанимационного консультативного центра для детского населения. Планируется полное обновление всего автопарка отделения и оснащение его современным медицинским оборудованием. В 2015 году будет создана 1 дополнительная неонатальная бригада при отделении экстренной и плановой консультативной медицинской помощи (далее-ОЭПКМП) ЛОГБУЗ ДКБ к двум существующим в настоящее время.

Неонатальные бригады будут оснащены современным медицинским оборудованием (мобильными реанимационными комплексами) и реанимобилями и укомплектованы подготовленным медицинским персоналом.

Для совершенствования организации и повышения качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, снижения перинатальной, младенческой и материнской смертности, осуществления координированной 3-х уровневой системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи, запланировано начать в 2013 году строительство в Ленинградской области межрайонного перинатального центра на 200 коек, с женской консультацией на 150 посещений.

В составе межрайонного перинатального центра будут открыты медико-генетическая консультация и центр медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Создание межрайонного перинатального центра подразумевает не только его строительство, но и совершенно новый уровень организации работы, направление потока беременных, рожениц и новорожденных в учреждение, в котором сконцентрирован материальный и интеллектуальный ресурс, взаимосвязь со всеми акушерскими и педиатрическими учреждениями области, организация повышения квалификации сотрудников, работы по единым протоколам.

Межрайонный перинатальный центр будет осуществлять координацию учреждений родовспоможения области, будет являться диспетчерским пунктом региональной информационной системы мониторинга родовспоможения (беременных женщин групп риска). После этого будет создана единая система регионализации акушерской медицинской помощи с маршрутизацией беременных и рожениц.

Мероприятие 4.2. Создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка

С целью предупреждения рождения детей с аномалиями развития, подбора оптимального учреждения для родоразрешения беременной и оказания неотложной помощи ее ребенку необходимо обеспечить раннюю, в том числе дородовую диагностику патологии у детей.

Для проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка будут приобретены комплексы медицинского оборудования, аппараты УЗИ диагностики экспертного класса (в 5 центральных районных больницах) и расходные материалы (ГБУЗ ЛОКБ).

В рамках реализации данного мероприятия планируется повысить выявляемость врожденных пороков развития и хромосомных аномалий, что приведет к снижению рождения детей с неизлечимыми пороками, снижению их инвалидизации и смертности.

Другим важным направлением в снижении младенческой смертности, заболеваемости и инвалидности является проведение неонатального и аудиологического скринингов, как основы раннего выявления и профилактики наследственной и врожденной патологии.

В рамках данного мероприятия планируется продолжение ранее начатых в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» новых алгоритмов неонатального и аудиологического скринингов. В результате проведения скринингов создается регистр детей, подлежащих диспансерному наблюдению, уточняющей диагностике, корригирующему лечению, обеспечению специализированными продуктами лечебного питания, а также отбору на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (операции кохлеарной имплантации) и последующей реабилитации.

В лечебно-профилактические учреждения акушерского и детского профилей будет осуществляться закупка современного медицинского оборудования, реактивов и расходных материалов для проведения неонатального и аудиологического скринингов.

С целью профилактики и раннего выявления заболеваний в Ленинградской области будут продолжены диспансеризация детей первого года жизни с повышением доли детей наблюдающихся в соответствии со стандартом диспансеризации, проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот, детей находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, проведение диспансеризации 14-летних подростков, обеспечение детей восстановительным, в том числе, санаторно-курортным лечением и высокотехнологичной медицинской помощью.

Мероприятие 4.3. Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела

С учетом перехода с 2012 года на международные критерии оценки живорождения будет продолжена работа по модернизации неонатальной службы, перепрофилированию и организации дополнительных коек для лечения патологии новорожденных, коек реанимации новорожденных, коек восстановительного лечения и реабилитации недоношенных, родившихся с низкой массой тела; с этой целью дополнительно будет закуплено необходимое неонатальное оборудование и расходные материалы.

Предполагается оснастить отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии новорожденных родильных отделений, а также отделения (палаты) патологии новорожденных (II этап выхаживания) в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «неонатология». Будет приобретено следующее медицинское оборудование для реанимации, интенсивной терапии и выхаживания новорожденных, в том числе недоношенных с низкой и экстремально низкой массой тела в отделения и палаты реанимации и интенсивной терапии новорожденных: неонатальные мониторы, инкубаторы, аппараты искусственной вентиляции легких, переносные ультразвуковые и рентгеновские установки, открытые реанимационные комплексы и др.

Развитие мероприятий по выхаживанию детей с экстремально низкой массой тела позволит улучшить результаты лечения не только этой категории детей, но и всех недоношенных и новорожденных, то есть будет иметь весьма большую значимость для снижения неонатальной смертности и профилактики детской инвалидности.

В ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница», МБУЗ «ЦРБ» г. Кириши предполагается открыть 30 коек восстановительного лечения для новорожденных, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, с целью профилактики инвалидности и оснастить их современным медицинским оборудованием в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи.

С целью профилактики респираторно-синцитиальной инфекции у детей раннего возраста в Ленинградской области будет проводиться иммунопрофилактика данной инфекции в эпидемический период детей групп высокого риска, недоношенных детей с массой при рождении до 1500 г и не достигших 6-месячного возраста к началу эпидемического сезона.

Профилактика респираторно-синцитиальной инфекции у детей будет влиять на снижение уровня младенческой смертности и смертности детей раннего возраста, на совершенствование системы выявления детей из групп высокого риска по возникновению тяжелых форм бронхо-легочных заболеваний, снижение заболеваемости, связанной с респираторно - синцитиальной инфекцией, снижение частоты развития бронхиальной астмы и связанных с этим социально-экономических потерь.

По итогам 2012 года в Ленинградской области родилось более 200 детей групп риска тяжелого течения РСВ инфекции, из них рожденные с массой тела менее 1500 грамм около 150 детей. Для адекватной профилактики РСВ инфекции в этой группе детей, на сезон необходимо 900 флаконов паливизумаба (синагис - 50мг).

Для начала профилактики инвалидизации детей данной группы необходимо осуществить закупку данного препарата для детей, проходящих лечение в эпидемиологический период в ЛОГБУЗ ДКБ (около 50 детей).

Мероприятие 4.4. Развитие специализированной медицинской помощи детям

В области отсутствуют учреждения третьего уровня для осуществления 3-х уровневой системы оказания медицинской помощи детям и новорожденным, в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи. Имеется дефицит специализированных коек, в том числе и для оказания высокотехнологичной медицинской помощи детям.

В детских стационарах Ленинградской области, включая ЛОГБУЗ ДКБ отсутствуют условия для оказания хирургической помощи новорожденным, в том числе на сердце, для выхаживания недоношенных детей родившихся с экстремально низкой массой тела 500 - 999 граммов после оказания им реанимационной помощи. Здание ЛОГБУЗ ДКБ не соответствует нормам противопожарной безопасности. Из-за дефицита площадей больница не может развернуть в необходимой коечной мощности отделение патологии новорожденных, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение реабилитации для детей, в том числе родившихся с ЭНМТ, отделение кардиохирургии. Из-за дефицита площадей и помещений невозможно развернуть центральную стерилизационную. Недостаточно площадей для развертывания оперблока, соответствующего всем нормам организации данного подразделения.

В 2014 году запланировано начать строительство новой областной детской больницы на 500 коек в г.Сертолово Всеволожского района (больнично-поликлинический комплекс), с поликлиникой для взрослых на 500 посещений в

смену и детское поликлиническое отделение на 250 посещений в смену (12 педиатрических участков).

В составе новой детской больницы будет организовано оказание хирургической помощи новорожденным – неонатальная хирургия (30 коек), включая кардиохирургию, паллиативной помощи (10 коек), а также медицинской помощи по реабилитации и восстановительному лечению (60 коек), в том числе для новорождённых и недоношенных детей.

После ввода объекта в эксплуатацию организуются отсутствующие в настоящее время в ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница» в качестве самостоятельных структурных подразделений отделения дневного пребывания, нейрохирургическое, нефрологическое, детское уроандрологическое и гинекологическое, а также отделение реанимации и интенсивной терапии для новорождённых детей.

При этом возрастет обеспеченность населения по ряду профилей, в том числе хирургическими койками для детей – до 3,66 (при нормативе Минздрава России – 4,48 на 10 тыс. населения), оториноларингологическими – до 2,41 (2,32), офтальмологическими – до 2,29 (1,08), уроандрологическими для детей – до 1,11 (0,57), гинекологическими для детей – до 1,05 (0,13), нейрохирургическими – до 1,13 (0,31), медицинской реабилитации (восстановительного лечения) – до 2,46, неврологическими – до 1,40 (2,28), нефрологическими – до 1,12 (1,11); сократится обеспеченность педиатрическими койками – до 23,14 на 10 тыс. населения (23,60); пульмонологическими – до 1,12 (1,29); ортопедическими – до 0,50 (0,75); травматологическими – до 1,01 (1,68).

Для дальнейшего совершенствования в Ленинградской области специализированной стационарной помощи детям будут внедрены методы диагностики и лечения в ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница», проведено дооснащение современным лечебным и диагностическим оборудованием, получат дальнейшее развитие стационарно замещающие технологии и система паллиативной помощи детям. Модернизация лечебно-профилактических учреждений детства, создание комфортных условий для пребывания больных детей совместно с родителями, внедрение современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения наряду с выполнением порядков и стандартов оказания медицинской помощи будут способствовать эффективному лечению, повышению качества и доступности медицинской помощи детям.

К 2020 году произойдет уменьшение коечного фонда педиатрических коек круглосуточных стационаров на 447 койку, которые будут перепрофилированы в койки дневного пребывания детей в стационарах (увеличение коек дневного пребывания детей на 189 койку).

В консультативно-диагностическом центре мощность возрастёт с 136 посещений в смену до 300, амбулаторно-поликлинический приём будет проводиться не по 23, а по 30 специальностям, в том числе в центре амбулаторной хирургии.

В отделении экстренной и плановой консультативной медицинской помощи число бригад скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи увеличится с 2 до 3, с организацией центра телемедицины, современных информационных технологий, осуществление мониторинга за детьми, в т.ч.

новорожденными находящимися в критическом и тяжелом состоянии по видеомонитору с контролем параметров жизненно-важных функций.

Дети, страдающие сахарным диабетом, которые переведены на инсулиновые помпы, полностью будут обеспечены расходными материалами к помпам.

Мероприятие 4.5. Совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ-инфекции от матери к плоду

В Ленинградской области создана комплексная система оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, прежде всего проведение антиретровирусной профилактики во время беременности, родов и новорожденному осуществляется в соответствии с утвержденным и единым для всей Российской Федерации стандартом.

В этих целях в рамках программы планируется проведение следующих мероприятий:

- обеспечение всех ВИЧ-инфицированных беременных женщин антиретровирусными препаратами;
- информирование и обучение ВИЧ-инфицированных беременных женщин о средствах и методах химиопрофилактики ВИЧ-инфекции во время беременности, в родах и послеродовый период;
- индивидуальный подбор наиболее эффективных препаратов и схем химиопрофилактики для ВИЧ-инфицированных беременных женщин уже получающих антиретровирусную терапию;
- предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку при грудном вскармливании в послеродовой период;
- повышение ответственности ВИЧ-инфицированных беременных женщин за свое здоровье в период беременности и обеспечение раннего обращения в учреждения родовспоможения.

В результате реализации этих мероприятий будет обеспечен охват пар «мать-дитя» химиопрофилактикой в соответствии с требованиями действующих стандартов, начиная с 96,5 % в 2015 году и увеличение охвата до 99 % к 2020 году, что позволит обеспечить снижение вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку до 4 %.

Мероприятие 4.6. Профилактика абортов. Развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации

Для реализации мероприятий по сохранению, укреплению и восстановлению репродуктивного здоровья женского населения будут выполнены комплексные меры по планированию семьи и профилактике абортов.

Будет открыта медико-генетическая консультация в составе межрайонного перинатального центра в г. Всеволожске 6 центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в том числе в перинатальном центре; реализованы меры по увеличению числа беременных, которым оказано санаторно-курортное лечение; внедрены стационарнозамещающие лечебно-диагностические технологии при оказании женщинам акушерско-

гинекологической помощи; в лечебно-профилактических учреждениях Ленинградской области будут созданы условия для оказания качественной и доступной медицинской помощи женщинам-инвалидам в период беременности и родов. Будет реализовываться в Ленинградской области дальнейшая государственная поддержка вспомогательных репродуктивных технологий при бесплодии за счет средств обязательного медицинского страхования.

Доля пациенток, которым будет оказано высокотехнологичное лечение от числа включенных в регистр, возрастет до 95% к 2020 году.

Подпрограмма 5. Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям

Паспорт Программы

Ответственный исполнитель Программы:	Комитет по здравоохранению Ленинградской области
Подпрограммы Программы:	Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям
Цель Программы:	Создание и улучшение материально-технической базы учреждений Ленинградской для обеспечения организации оказания в полном объеме медицинской реабилитации больных согласно стандартам оказания медицинской реабилитации. Повышение качества и уровня доступности санаторно-курортного лечения для детей с заболеванием туберкулезом.
Задачи Программы:	Создание и развитие инфраструктуры и укрепление материально-технической базы системы медицинской реабилитации Ленинградской области. Улучшение качества жизни, снижение инвалидизации, снижение смертности населения. Охват после полученного лечения реабилитационной медицинской помощью не менее 25% больных
Целевые индикаторы и показатели Программы:	Охват санаторно-курортным лечением детей с заболеванием туберкулезом - с 24% в 2011 году до 26 % в 2020 году Охват реабилитационной медицинской помощью пациентов –с 10% в 2011 году до 25 % в 2020 году Охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся с 10% в 2011 году до 25 % в 2020 году
Этапы и сроки реализации Программы:	Программа реализуется в два этапа: первый этап: 2013 – 2015 год; второй этап: 2016 – 2020 год.
Ожидаемые	Создание инфраструктуры и укрепление материально-

результаты реализации Программы:	технической базы системы медицинской реабилитации. Улучшение качества жизни населения Ленинградской области, увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74 лет в 2020 году, снижение инвалидизации, снижение смертности населения за время реализации программы по сравнению с 2011 годом на 11 %. Рост охвата больных реабилитационной медицинской помощью после полученного лечения до 25% в 2020 году
----------------------------------	--

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Численность населения Ленинградской области на 1 января 2013 года составила 1 733,9 тыс. человек, в т.ч. 267,3 тыс. детей. Численность населения в трудоспособном возрасте – 1106,9 тыс. В 2012 г. уровень смертности населения области уменьшился, по сравнению с 2011г., на 0,6% (в 2011г. умерло 25544 человека, в 2012 г. -25396).

Смертность трудоспособного населения в 2012 г. уменьшилась, по сравнению с 2011г., на 12,0% и составила 636,7 на 100 тыс. населения (2011 г. 723,5). Среди трудоспособного населения среди мужчин 945,4 на 100 тыс. населения, среди женщин - 234,2.

Прогноз демографической ситуации на 01.01.2014 г., население в Ленинградской области – 1746 тыс. чел., показатель общей смертности – 14,6; показатель рождаемости – 8,9.

Общая смертность и смертность по основным социально значимым заболеваниям в сравнении с общероссийскими показателями за 5 последних лет выглядит следующим образом (таблица 1).

таблица 1

Сведения о показателях смертности в Российской Федерации и Ленинградской области по основным классам на 100 тыс. населения (по данным Росстата).

Причина смерти	Смертность от всех причин		Туберкулез		Новообразования		Болезни системы кровообращения	
	РФ	ЛО	РФ	ЛО	РФ	ЛО	РФ	ЛО
Наименование региона	РФ	ЛО	РФ	ЛО	РФ	ЛО	РФ	ЛО
2008	1467	1796,3	-	24,6	203	237,6	833	1000,5
2009	1416,8	1700,6	16,8	20,5	206,9	231,9	801	960,1
2010	1432,3	1662,6	15,1	16,8	206,2	235,5	804,2	919,5
2011	1347,6	1484,2	13,9	15,0	202,6	217,9	749,0	830,8
2012	1327,3	1468,8	12,2	12,3	201,2	223,1	729,3	847,3

Показатели смертности от болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний продолжают оставаться ведущими в общей структуре смертности.

таблица 2

Показатели смертности населения в Российской Федерации и Ленинградской области от внешних причин

Причина смерти	Всего от внешних причин	В т.ч. от случайных				
		от случайных отравлений алкоголем	От дорожно-транспортных происшествий			
Наименование региона	РФ	ЛО	РФ	ЛО	РФ	ЛО
2008	180,3	223,9	-	27,3	-	41,2
2009	158,3	201,4	15,0	24,2	21,2	35,9
2010	145,5	192,9	10,1	18,9	20,1	35,8
2011	131,5	160,8	8,2	12,8	20,2	36,3
2012	125,1	157,2	7,0	11,7	20,5	36,2

Смертность от внешних причин в динамике снизилась, значительно уменьшился показатель смертности от случайных отравлений алкоголем, но, несмотря на активное проведение мероприятий по снижению смертности от ДТП в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», показатели остаются высокими.

В структуре смертности трудоспособного населения в 2012 году первое место занимают внешние причины – 28,6% (185,2 на 100 тысяч населения, снижение по сравнению с 2011 годом на 1,5 %); второе место – болезни системы кровообращения – 27,4 (176,9 на 100 тыс. населения, рост на 2,6%); новообразования, как причина смертности трудоспособного населения, занимают третье место – 12,6% (81,4 на 100 тысяч населения, снижение на 0,7%).

В структуре детской смертности в возрасте до 5 лет ведущими причинами детской смертности являются отдельные состояния перинатального периода и врожденные аномалии. В старших возрастных группах преобладает смертность от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, с возрастом их удельный вес имеет тенденцию к росту (от 50% до 80%).

Младенческая смертность в 2012 году увеличилась в связи с переходом на новые критерии регистрации «живорожденности» (от 500 г.) и составляет 6,15 на 1000 новорожденных против 5,19 в 2011 году. Но этот показатель значительно ниже среднероссийского (в 2012 г. 8,7).

Коэффициент смертности детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно составил в 2012 году 67,7 на 100 тысяч детского населения против 99,9 в 2008 году (32,2%).

Положительная динамика показателей смертности отмечается во всех возрастных группах детского населения, особенно в старших.

С 2008 по 2012 годы показатель смертности детей в возрасте от 1 года до 4 лет снизился на 2,3% (с 43,3 до 42,3 на 100 тыс. населения соответствующего возраста), в возрасте от 5 до 9 лет – в 1,9 раза (с 59,8 до 30,9), в возрасте от 10 до 14 лет – в 2,4 раза (с 48,8 до 20,7), в возрасте с 15 до 17 лет включительно – в 1,8 раза (с 81,8 до 46,7).

Оценивая заболеваемость и смертность населения в Ленинградской области, следует отметить, что наибольший удельный вес в их структуре составляют болезни сердечно-сосудистой, нервной системы, травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата. При анализе показателей смертности от болезней системы

кровообращения (БСК) обращает внимание снижение коэффициентов смертности за 2005 – 2012 гг., при этом, отмечаются следующие особенности: снижение смертности от острого инфаркта миокарда (2010 год – 38,1; 2011 год – 32,6 на 100 тыс. населения), от мозгового инсульта (2010 год – 101,8; 2011 год – 92,4 на 100 тыс. населения), имеется снижение удельного веса этих причин в структуре смертности от БСК, при увеличении удельного веса хронической патологии. Хронические заболевания, развивающиеся на фоне факторов риска, служат причиной смерти от БСК в 75% случаев. Смертность от дорожно-транспортных происшествий с 2008 года уменьшилась на 9,2% и составляла 37,5 на 100 тыс. населения. В 2011г. увеличилась на 5,2: по сравнению с 2010 годом в 2012 году сохранилась на прежнем уровне.

Общая заболеваемость населения по данным обращаемости имеет тенденцию к снижению с 2009г. За этот период снижение произошло на 4,2%.

Первичная заболеваемость (выявленная впервые в текущем году) тоже снизилась, но менее выражено - на 0,9% с 2009 года.

В 2012 году на учете состояло 35 205 пациентов с наркологическими расстройствами, что на 4,8 % меньше, чем в 2011 г. Отмечается снижение первичной заболеваемости наркоманией по сравнению с аналогичным периодом 2011 года на 17,2%. Однако, показатель заболеваемости по Ленинградской области превышает значение показателя по России в целом по данным за 2008 г. – на 50,8%; за 2009г. – на 48,3%; за 2010г. – на 36,4%.

Суммарное число потребителей наркотических веществ, зарегистрированных наркологической службой Ленинградской области в 2010 г. составило 6053 человека (из них 170 несовершеннолетних), или в расчете 387,4 на 100 тыс. населения, что составляет почти 0,4% общей численности населения Ленинградской области. Это число включает больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотические вещества с вредными последствиями.

Общая заболеваемость алкоголизмом на 100 тыс. населения в Ленинградской области с 2004г. по 2010г. снизилась в 1,4 раза. Суммарное число потребителей алкоголя, зарегистрированных наркологической службой Ленинградской области в 2010г. составило 38894 тыс. человек (из них 1873 несовершеннолетних), или в расчете 2489,4 на 100 тыс. населения, что составляет почти 2,5% общей численности населения Ленинградской области. Это число включает больных алкоголизмом, алкогольными психозами и лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями.

Первичная заболеваемость туберкулезом на территории Ленинградской области составила в 2012 г. 63,9 на 100 тыс. нас., что на 4,7% меньше показателя 2011 (в 2008 – 79,7, в 2009 - 87,6, в 2010-72,5, в 2011-67,1).

Распространенность туберкулезом в области в 2012г. составила 123,9 на 100 тыс. населения (в 2009 г. – 140,2, в 2010 - 135,9, в 2011 – 121,4).

Показатель общей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет включительно составил в 2012 году 184474,4 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, что на 11,5% меньше аналогичного показателя 2010 года (208275,3). Общая заболеваемость подростков 15-17 лет включительно за последние 3 года уменьшилась на 9,7% (с 177458,6 в 2010 году до 160259,7 в 2012 году).

В структуре заболеваемости детей 1-го года жизни на 1-ом месте стоят болезни органов дыхания, на 2-ом месте – отдельные состояния перинатального периода, на 3-ем месте – болезни глаза и его придаточного аппарата.

В структуре заболеваемости детей старших возрастных групп превалируют болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания, травмы, отравления и др. внешние причины, болезни кожи и органов пищеварения.

В 2012 году показатель заболеваемости детского населения туберкулезом вырос в сравнении с 2008 годом, но уменьшился по сравнению с 2011. В 2008 году показатель заболеваемости детей туберкулезом составлял 13,7 на 100 тыс. детского населения, в 2011 году – 17,0, в 2012 году – 15,4.

Общее количество детей-инвалидов на 01.01.2013 года составило 3377 человек, а показатель общей инвалидности – 126,3 на 10 000 детского населения (в 2011 году - 128,6, в 2010 году – 138,7, в 2009 году – 137,1, в 2008 г.- 137,7).

Количество детей, впервые признанных инвалидами в 2012 году составило 592 человека, в 2011 году – 609, в 2010 году – 640, в 2009 году – 550, в 2008 г.- 511. В течение последних 3-х лет отмечается снижение показателя первичной инвалидности у детей, который находится ниже общероссийского уровня: 2012 год – 22,3 на 10000 детского населения (РФ – н/д), 2011 год – 24,7 (РФ – 27,4), 2010 год – 25,9 (РФ – 28,3), 2009 год – 22,0 (РФ – 26,9), 2008 г. – 20,0 (РФ-25,4).

В структуре первичной инвалидности у детей первое ранговое место занимают психические расстройства – 21,62%, второе место - болезни нервной системы – 20,1%, третье место – врожденные аномалии развития – 19,8%.

За 2012 год 96,8% детей-инвалидов прошли оздоровительные мероприятия. В реабилитационных центрах по направлениям лечебно-профилактических учреждений - 959 детей (25,2%), санаторно-курортное лечение получил 404 ребенка-инвалида (9,8 %). В результате проведенных оздоровительных, реабилитационных мероприятий, в связи с улучшением и выздоровлением, инвалидность снята в 2012 году у 143 детей.

В последние годы в Ленинградской области активизирована работа по раннему выявлению у населения заболеваний сердечно-сосудистой, нервной систем, болезней органов пищеварения, онкологических заболеваний, заболеваний алкоголизмом и наркоманией. К сожалению, сохраняется высокий травматизм населения в результате дорожно-транспортных происшествий. Болезни сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной и опорно-двигательной систем организма наносят серьёзный экономический ущерб. Возникающие в результате этих заболеваний осложнения приводят к временной или стойкой утрате трудоспособности и инвалидизации работающего населения. На предотвращение осложнений или снижение их степени тяжести направлены мероприятия медицинской реабилитации. Следует учесть, что чем раньше начаты реабилитационные мероприятия у больного, тем лучше прогноз течения заболевания.

Система медицинской реабилитации — одно из приоритетных направлений деятельности службы здравоохранения, необходимых для снижения уровня смертности населения от предотвратимых причин и показателей распространенности социально-значимых заболеваний.

Медицинская реабилитация – это комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развивающегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

В настоящее время в Ленинградской области осуществляется следующая схема восстановительного лечения:

В амбулаторно-поликлинических условиях реабилитация больных осуществляется по назначению врачей общей практики и врачей, ведущих амбулаторный прием соответствующего профиля, и в дневных стационарах поликлиники.

Ранняя реабилитация в остром периоде заболеваний проводится в стационарах государственных и муниципальных медицинских организаций, включая реанимации, травматологические центры второго уровня и региональный, первичные сосудистые отделения и региональный сосудистый центр. В Ленинградской области функционируют 3 межрайонных первичных сосудистых отделения для лечения больных с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения. В 2013 году открыт региональный сосудистый центр в ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», в дальнейшем планируется организовать еще 2 межрайонных первичных сосудистых центра.

Создана трехуровневая сеть травматологических центров области, включающая региональный центр в ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», 5 межмуниципальных, 13 второго и 6 третьего уровня. Сформирована схема маршрутизации больных, госпитализируемых в сосудистые и травматологические центры.

Восстановительное лечение в стационарных условиях в муниципальных учреждениях здравоохранения Ленинградской области осуществляется на базе развернутых в 6 районах 224 коек восстановительного лечения (в МБУЗ «Волховская ЦРБ», МБУЗ «Всеволожская ЦРКБ», МБУЗ «Тосненская ЦРБ», Медицинский центр «Здоровье» в Гатчинском районе, МБУЗ «Кировская ЦРБ», «МБУЗ «Ивангородская ГБ») и 15 койках ГБУЗ «Ленинградская областная детская клиническая больница». На базе ГКУЗ «Ленинградский областной наркологический диспансер» функционирует 20 коек для реабилитации больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Однако указанные учреждения не соответствуют требованиям утвержденного приказом Минздрава РФ от 29.12.2012. № 1705н « О порядке организации медицинской реабилитации» Порядка по медицинской реабилитации.

В связи с вышеизложенным, в регионе существует потребность в создании учреждений для медицинской реабилитации больных и улучшении материально-технической базы существующих медицинских учреждений для выполнения стандартов медицинской реабилитации.

Создание регионального реабилитационного медицинского центра в г. Коммунар, реабилитационных отделений в МБУЗ «Кингисеппская ЦРБ им. П.Н. Прохорова», в МБУЗ «Тихвинская ЦРБ», открытие отделений медицинской реабилитации в ГБУЗ «Ленинградская областная детская клиническая больница» для больных с заболеваниями центральной нервной системы (далее-ЦНС), органов чувств, периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, усовершенствование реабилитационных отделений МБУЗ «Волховская ЦРБ» для больных детей с заболеваниями органов чувств и соматических заболеваний для взрослых усовершенствует второй этап медицинской реабилитации в Ленинградской области. Это позволит:

1. Сократить сроки пребывания больных с острой неврологической патологией и травмой на первом этапе медицинской реабилитации в реанимациях и отделениях государственных и муниципальных центральных районных больниц (далее - ЦРБ), межрайонных первичных сосудистых центрах (далее-ПСО) и региональном сосудистом центре ГБУЗ ЛОКБ и увеличить процент госпитализируемых больных.

2. Проводить медицинскую реабилитацию больных с инсультами в нейрореабилитационных отделениях, осуществлять восстановительное лечение больных с нейродегенеративными заболеваниями (в частности, с рассеянным склерозом - в Ленинградской области их 550 человек), больных с заболеваниями периферической нервной системы с двигательными нарушениями (радикулопатии, невропатии), с последствиями черепно-мозговых травм, осуществлять медицинскую реабилитацию детей (недоношенных, с заболеваниями нервной системы и травмами, органов чувств) на втором этапе медицинской реабилитации.

Создание кабинетов медицинской реабилитации в 14 ЦРБ, дневных стационаров поликлиник в 17 ЦРБ, и стационаров дневного пребывания в 5 ЦРБ позволит усовершенствовать амбулаторный этап и завершить создание трехуровневой системы медицинской реабилитации в Ленинградской области.

Открытие реабилитационного отделения для больных с алкоголизмом и наркоманией в ГКУЗ «Ленинградский областной наркологический диспансер» позволит снизить заболеваемость населения алкоголизмом и наркоманией, что оздоровит общество и улучшит демографическую ситуацию в регионе.

В целях определения комплекса первоочередных задач, необходимых для развития системы медицинской реабилитации в Ленинградской области оценена имеющаяся в лечебно-профилактических учреждениях база реабилитации. Выяснено, что для приведения ее в соответствие с Порядком организации медицинской помощи по медицинской реабилитации, необходимо проведение целого комплекса организационных мероприятий, который возможно осуществить поэтапно.

Запланирована поэтапная реализация мероприятий Программы:

- 1 этап – 2013 год – 2015 годы – строительство и ввод в строй реабилитационного центра в г. Коммунар, открытие кабинетов, дневных стационаров и отделений

медицинской реабилитации в ЦРБ. Содержание учреждений медицинской реабилитации и детского туберкулезного санатория «Сосновый мыс», приобретение путевок для реабилитации в специализированных санаториях после стационарного лечения для больных с определенными нозологическими формами заболеваний из числа работающего населения Ленинградской области.

- 2 этап – 2016 год - 2020 год – открытие реабилитационных отделений в построенных зданиях ГБУЗ ЛОДКБ, ГКУЗ ЛОНД. Содержание учреждений медицинской реабилитации и детского туберкулезного санатория «Сосновый мыс», приобретение путевок для реабилитации в специализированных санаториях после стационарного лечения для больных с определенными нозологическими формами заболеваний из числа работающего населения Ленинградской области.

Характеристика основных мероприятий Подпрограммы

Мероприятие 5.1. Развитие медицинской реабилитации, в том числе детям – 2013-2020 годы:

Ежегодное содержание учреждений медицинской реабилитации за счет средств территориальной программы государственных гарантий Ленинградской области – **2013-2020 годы**.

Обучение кадров по специальностям медицинской реабилитации по профилю лечения больных для учреждений Ленинградской области за счет подпрограммы "Кадровое обеспечение системы здравоохранения" - **2013-2020 годы**

Ежегодное приобретение 1500 путевок для долечивания в специализированных санаториях после стационарного лечения для больных с определенными нозологическими формами заболеваний из числа работающего населения Ленинградской области на сумму порядка 50 млн. руб. ежегодно – **2013-2020 годы**.

В 2014 году планируется: Открытие кабинетов медицинской реабилитации в 14 МБУЗ ЦРБ Ленинградской области (МУЗ «Бокситогорская ЦРБ», МБУЗ «Волховская ЦРБ», МБУЗ «Всеволожская КЦРБ», МБУЗ «Выборгская ЦРБ», МБУЗ «Гатчинская ЦРКБ», МБУЗ «Кировская ЦРБ», МБУЗ «Кингисеппская ЦРБ им. П.Н. Прохорова», МБУЗ ЦБЛР им. Юдченко И.Н., МУЗ «Лужская ЦРБ», МБУЗ «Лодейнопольская ЦРБ», МБУЗ «Приозерская ЦРБ», МБУЗ «ПЦРБ», МУЗ «СЦРБ», МБУЗ «Тосненская ЦРБ») с ремонтом и оснащением компьютерным оборудованием.

В 2015 году планируется: Открытие медицинского реабилитационного центра для больных с заболеваниями ЦНС, ПНС и опорно-двигательного аппарата в г. Коммунар на 110 круглосуточных коек за счет средств подпрограммы "Развитие государственно-частного партнерства".

Модернизация реабилитационных отделений в МБУЗ «Волховская ЦРБ» на 20 коек для детей с заболеваниями органов чувств и на 20 коек для взрослых с соматическими заболеваниями, включая капитальный ремонт и оснащение оборудованием. Открытие в МБУЗ «Тихвинская ЦРБ» отделения медицинской реабилитации на 60 коек для взрослых с заболеваниями ЦНС, ПНС и опорно-двигательного аппарата, в рамках данного мероприятия планируется проведение

капитального ремонта отделения и оснащение медицинским оборудованием в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи.

Открытие стационаров дневного пребывания на базе коек восстановительного лечения в «МБУЗ «Всеволожская ЦРКБ», МБУЗ «Киришская ЦРБ», МБУЗ «Тосненская ЦРБ», МБУЗ «Кировская ЦРБ» после проведения ремонта помещений и дневных стационаров поликлиник во всех 17 районах Ленинградской области с оснащением медицинским оборудованием в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи.

В 2016 году планируется: Открытие 60 коек реабилитационного отделения в новой ГБУЗ ЛОДКБ в г. Сертолово за счет подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» Капитальный ремонт отделения медицинской реабилитации в МБУЗ «Кингисеппская ЦРБ им. П.Н. Прохорова» в Ивангородской городской больнице на 40 коек для взрослых с заболеваниями ПНС и опорно-двигательного аппарата, с оснащением отделения медицинским оборудованием в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи.

В 2017-2019 году планируется: Открытие реабилитационного отделения на 50 коек в новом здании ГКУЗ «Ленинградский областной наркологический диспансер» с 2019 года за счет средств подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»

Мероприятие 5.2. Развитие санаторно-курортного лечения, в том числе детям – 2013-2020 годы

Содержание детского туберкулезного санатория «Сосновый мыс» в период с 2013 по 2020 годы.

Подпрограмма 6. "Оказание паллиативной помощи, в том числе детям"

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы:	Комитет по здравоохранению Ленинградской области
Цели Подпрограммы:	повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.
Задачи Подпрограммы:	создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам; повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников; адекватный контроль хронической боли и других

	тягостных симптомов; повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы:	обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослых; обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям.
Этапы и сроки реализации Подпрограммы:	подпрограмма реализуется в два этапа: 1 этап - 2013-2015 гг.; 2 этап - 2016-2020 гг.
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы:	увеличение обеспеченности паллиативными койками взрослых до 10 коек на 100 тыс. взрослого населения; увеличение обеспеченности паллиативными койками детей не менее чем до 2,08 коек на 100 тыс. детского населения.

Характеристика сферы реализации Подпрограммы

В настоящее время в регионе специализированные учреждения здравоохранения, оказывающие паллиативную помощь, отсутствуют. Организация оказания паллиативной помощи осуществляется на койках стационарных отделений соответствующего профиля, а также койках сестринского ухода. На 01.01.2013 развернуто 486 коек сестринского ухода. Федеральный норматив обеспеченности коекным фондом по паллиативной медицинской помощи (в том числе койки сестринского ухода) составляет: на 2013 год – 408 коек (0,077 койко-дня на одного жителя); 2014 – 490 коек (0,092 койко-дня на одного жителя); 2015 – 604 койки (0,112 койко-дня на одного жителя). В настоящее время в связи с отсутствием специализированных медицинских учреждений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь на территории Ленинградской области доступность данного вида помощи низкая (чаще всего такая помощь оказывается на профильных койках центральных районных больниц в неприспособленных для такой деятельности условиях). Очередность госпитализаций на койки сестринского ухода составляет в среднем один месяц.

По результатам реализации 1 этапа Подпрограммы в 2015 году:

- обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым в 2015 году составит до 1,7 коек на 100 тыс. взрослого населения;
- обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям в 2015 году составит до 1,68 коек на 100 тыс. детского населения.

На первом этапе в первую очередь решается задача создания эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам.

По результатам реализации 2 этапа Подпрограммы в 2020 году:

- обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым (коек/100 тыс. взрослого населения) вырастет с 4,4 в 2016 году до 10 в 2020 году;

- обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям (коек/100 тыс. детского населения) вырастет с 1,76 в 2016 году до 2,08 в 2020

Мероприятие 6.1. Оказание паллиативной помощи взрослым

Оказание паллиативной медицинской помощи обычно осуществляется при онкологической патологии, острых нарушениях мозгового кровообращения.

Онкологические заболевания в Ленинградской области в структуре смертности населения занимают второе место после болезней системы кровообращения. В последние 3 года в Ленинградской области наблюдается определенная стабилизация онкологической заболеваемости. В 2010 году заболеваемость составила 329 на 100 тыс. населения, в 2011 году – 327 на 100 тыс. населения, в 2012 году – 324 на 100 тыс. населения. Смертность за этот же период составила: на 100 тыс. населения 2010 год – 234 на 100 тыс. населения, в 2011 году – 215, в 2012 году – 221 на 100 тыс. населения. Предполагается оказание паллиативной медицинской помощи и людям, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения. Уровень заболеваемости острым нарушением мозгового кровообращения в Ленинградской области составляет 621 на 100 тыс. взрослого населения.

Мероприятие 6.2. Оказание паллиативной помощи детям

Среди детей, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, преобладают пациенты со злокачественными новообразованиями и тяжелой патологией ЦНС (детский церебральный паралич, органическое поражение ЦНС и др.).

Согласно ф. 12 государственной статистической отчетности («Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации») на 01.01.2013г. зарегистрировано пациентов в возрасте от 0 до 17 лет включительно:

- со злокачественными новообразованиями 143 ребенка, из них лейкозы составляют 79 человек;
- с тяжелой патологией ЦНС 812 детей, из них детский церебральный паралич 685.

В настоящее время в Ленинградской области под наблюдением участковых врачей педиатров муниципальных учреждений здравоохранения находятся 62 ребенка-инвалида, имеющие родителей и нуждающихся в оказании стационарной паллиативной помощи. Из них около 40 детям оказывается выездная паллиативная помощь СПб ГКАУЗ «Детский хоспис».

Для реализации мероприятий планируется строительство государственного учреждения здравоохранения «Центр паллиативной медицинской помощи».

Центр паллиативной медицинской помощи на 40 коек, в том числе 10 детских коек. Общая площадь здания больницы – 4 970 кв.м. Строительный объем здания больницы – 20 874 куб.м.

В 2013 году планируется разработка проектно-сметной документации. После ввода объекта в 2015 году обеспеченность населения Ленинградской области данным видом медицинской помощи с учётом роста числа коек сестринского ухода

по прогнозным данным составит 596 коек, что позволит удовлетворить потребности населения региона в оказании паллиативной медицинской помощи.

Мероприятие реализуется в два этапа.

На первом этапе до 2015 года планируется:

- подготовка проектно-сметной документации для строительства хосписа (центра паллиативной медицины),
- подготовка медицинского персонала для осуществления оказания паллиативной помощи.

На втором этапе до 2020 года планируется организация работы хосписа (центра паллиативной медицины).

Подпрограмма 7 "Кадровое обеспечение системы здравоохранения"

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы:	Комитет по здравоохранению Ленинградской области
Цели Подпрограммы:	Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами.
Задачи Подпрограммы:	<ul style="list-style-type: none"> - снижение дефицита медицинских кадров, в том числе за счет снижения оттока кадров из государственной и муниципальной систем здравоохранения; - устранение дисбаланса в распределении медицинских кадров в трехуровневой системе оказания медицинской помощи; - совершенствование системы подготовки медицинских и фармацевтических работников, создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников; - внедрение аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов; - повышение престижа профессии, в том числе за счет создания позитивного образа медицинского и фармацевтического работника в общественном сознании; - развитие мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников; - оценка уровня квалификации медицинских работников и набора компетенций медицинских и фармацевтических работников, необходимых для занятия профессиональной деятельностью.
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы:	<ul style="list-style-type: none"> - обеспеченность врачами населения; - соотношение количества врачей и среднего медицинского персонала; - количество подготовленных специалистов по программам высшего медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях высшего

	<p>профессионального образования Минздрава России;</p> <ul style="list-style-type: none"> - количество подготовленных специалистов по программам послевузовского медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях высшего (дополнительного) профессионального образования Минздрава России; - количество мест для подготовки специалистов по программам среднего медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях Ленинградской области; - количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях высшего (дополнительного) профессионального образования Минздрава России; - количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях среднего профессионального образования Ленинградской области; - количество специалистов, подготовленных к 2020 году ежегодной подготовки в обучающих симуляционных центрах; - доля медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд соответствующего субъекта Российской Федерации, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации; - количество специалистов, получивших единовременное пособие (в размере 30 тыс.рублей – врачам, 15 тыс.рублей - средним медицинским работникам), поступившим впервые на работу в медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения; - количество специалистов, которым предоставлены меры социальной поддержки (в размере 56,5 тыс.рублей ежегодно в течение первых трех лет работы по истечении рабочего года), поступающих на работу в медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения; - количество специалистов-врачей, прибывших на работу в сельские населенные пункты, получивших единовременные компенсационные выплаты, (в размере 1000 000 рублей); - количество специалистов-средних медицинских работников, прибывших на работу в сельские населенные пункты, получивших единовременные компенсационные выплаты, (в размере 345 тыс. рублей) - количество специалистов-врачей дефицитных специальностей,
--	--

	<p>которым предоставлены меры социальной поддержки (в размере 120 тыс.рублей ежегодно по истечении рабочего года);</p> <p>-количество специалистов, имеющих квалификационные категории из числа врачей и средних медицинских работников;</p> <p>-количество проведенных конкурсов профессионального мастерства (среди врачей и средних медицинских работников);</p> <p>-количество организованных классов младших медицинских сестер;</p> <p>- доля аккредитованных медицинских и фармацевтических специалистов, занимающихся профессиональной деятельностью, к 2020 году – 80%;</p>
Этапы и сроки реализации Подпрограммы:	<p>Подпрограмма реализуется в два этапа:</p> <p>I этап - с 2013 по 2015 год</p> <p>II этап – с 2016 по 2020 год</p>
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы:	<ul style="list-style-type: none"> • обеспеченность врачами населения (на 10000 чел.) к 2020 году – 32,6; • соотношение количества врачей и среднего медицинского персонала к 2020 году – 1:2,35; • обеспечение ежегодной подготовки специалистов по программам высшего медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях высшего профессионального образования Министерства здравоохранения РФ к 2020 году – не менее 105 человек; • обеспечение ежегодной подготовки специалистов по программам послевузовского медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях высшего (дополнительного) профессионального образования Министерства здравоохранения РФ к 2020 году – не менее 115 человек; • обеспечение ежегодной подготовки специалистов по программам среднего медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях Ленинградской области - с 2013 года – утвержденные контрольные цифры приема - не менее 450 мест; • обеспечение ежегодной подготовки специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях высшего (дополнительного) профессионального образования Министерства здравоохранения РФ к 2020 году - не менее 1350 человек; • - обеспечение ежегодной подготовки специалистов по

	<p>программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях среднего профессионального образования Ленинградской области к 2020 году – не менее 3420 человек;</p> <ul style="list-style-type: none"> • обеспечение к 2020 году ежегодной подготовки в обучающих симуляционных центрах до 50 человек; • увеличение доли медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд соответствующего субъекта Российской Федерации, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации к 2020 году не менее 98%; • обеспечение выплаты единовременного пособия медицинским работникам (в размере 30 тыс.рублей – врачам, 15 тыс.рублей - средним медицинским работникам), поступающим впервые на работу в медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения в 2020 году – не менее, чем 445 специалистам; • обеспечение предоставления мер социальной поддержки молодым специалистам (в размере 56,5 тыс.рублей ежегодно в течение первых трех лет работы по истечении рабочего года), поступающим на работу в медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения, не менее чем 882 специалистам; • обеспечение единовременных компенсационных выплат врачам, прибывшим на работу в сельские населенные пункты (в размере 1000 000 рублей), в 2013 году – не менее 100 человек; • обеспечение единовременных компенсационных выплат средним медицинским работникам, прибывшим на работу в сельские населенные пункты (в размере 345 тыс. рублей) , в 2013 году - не менее 200 человек; • обеспечение предоставления мер социальной поддержки врачам дефицитных специальностей (в размере 120 тыс.рублей ежегодно по истечении рабочего года) к 2018 году - не менее 470 человек; • увеличение количества специалистов, имеющих квалификационные категории из числа врачей и средних медицинских работников к 2020 году до 3700(врачи), до 11000 (средние медработники) • проведение конкурсов профессионального мастерства (среди
--	--

	<p>врачей и средних медицинских работников) ежегодно не менее 2;</p> <ul style="list-style-type: none"> • организация к 2020 году 14 классов младших медицинских сестер; • обеспечение до 2020 года аккредитации 80% медицинских и фармацевтических специалистов, занимающихся профессиональной деятельностью;
--	--

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития.

Необходимым условием достижения главной цели модернизации здравоохранения - обеспечения равного доступа каждого гражданина к качественной медицинской помощи - является проведение эффективной кадровой политики в отрасли, в том числе обеспечение оптимального распределения трудовых ресурсов в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи населению Российской Федерации и построение современной системы непрерывного профессионального образования посредством совершенствования организации профессиональной подготовки, повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников.

Уже сегодня предприняты активные меры по формированию будущего кадрового потенциала системы здравоохранения, обладающего необходимыми способностями к освоению новых технологий с учетом постоянного развития медико-биологических и фармацевтических наук.

Так, существенное развитие получила система целевой подготовки медицинских и фармацевтических работников. Одновременно, с целью стимулирования притока молодых специалистов в государственную и муниципальную системы здравоохранения предприняты меры по повышению уровня заработной платы, внедрению системы дополнительных выплат медицинским и фармацевтическим работникам, в том числе трудоустроившимся на селе, усилены меры социальной поддержки.

Вместе с тем для обеспечения достижения максимального эффекта от уже предпринятых действий в сфере кадрового обеспечения отрасли необходима концентрация государственного участия в решении существенных проблем здравоохранения, таких как: дефицит специалистов со средним и высшим медицинским образованием, кадровый дисбаланс, недостаточный уровень соотношения врачей и средних медицинских работников, низкий уровень эффективности закрепления медицинских работников, прежде всего молодых специалистов, в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Обеспеченность населения Российской Федерации врачами составила почти 44,0 (43,99), средним медицинским персоналом – 92,4 на 10 тыс. населения. При достаточно высоком показателе обеспечения населения профильными, преимущественно врачебными кадрами, отмечается неравномерность их

распределения, проявляющаяся на уровне крупных регионов и отдельных административных территорий Российской Федерации.

В Северо-Западном Федеральном округе обеспеченность врачами составляет 49,4 врача на 10 000 населения, это выше, чем в среднем по Российской Федерации. Однако, территории, где имеется больше городских районов, отмечается более высокая обеспеченность врачами, и, наоборот, на сельских территориях, этот показатель значительно ниже. Очень красноречиво иллюстрирует тезис показатели обеспеченности врачами в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области (соответственно 73,9 и 28,2 на 10 000 населения).

Ситуация, сложившаяся в регионе, диктует необходимость принятия в Ленинградской области программы, направленной на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей.

Среди приоритетных задач, стоящих перед отраслью, в т.ч. и перед здравоохранением Ленинградской области, особое значение занимает задача развития кадрового потенциала лечебно-профилактических учреждений Ленинградской области, повышение укомплектованности медицинскими кадрами и как следствие, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению Ленинградской области.

В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Ленинградской области на конец 2012 года работали 4918 врачей и 11540 средних медицинских работников, что на 81 врача и 85 работников среднего звена **больше**, чем в 2011 году. Соотношение врачей к среднему персоналу составило 1:2,35 (в 2007г. – 1:2,37; в 2008 г – 2,36; в 2009 г -1: 2,36; в 2010 году – 1:2,43; в 2012 году – 1:2,37).

Укомплектованность врачами в муниципальном звене на конец 2012 года составила 64,2%, что на 1,9 % ниже прошлогоднего показателя. Снижение этого показателя при увеличении количества врачей связано с увеличением штатных должностей (переход на расчет штатов по Порядкам оказания медицинской помощи).

По среднему медицинскому персоналу укомплектованность практически осталась на прежнем уровне и составила - 76,9 % , что на 0,1% ниже прошлогоднего показателя.

Традиционно низкой остается укомплектованность врачами в Бокситогорском (57,5%), Волховском (62,1%), Лодейнопольском (64%), Тосненском (58,4) районах. Самый высокий показатель в Киришском районе (72,2%). Показатели выше среднего в Приозерском (69,2%), Ломоносовском (71,5%), Подпорожском (68,3%) районах.

По укомплектованности средними медработниками лидируют – Тихвинский (93,7%), Подпорожский (93,2%), Приозерский (85,5%), Киришский (85,2%), отстают – Всеволожский (64,9%), Волховский (67,1%), Ломоносовский (69,7%), Тосненский (70,8%) районы. Это говорит о продолжающемся оттоке среднего медицинского персонала из близлежащих районов к г.Санкт-Петербургу.

Это говорит о продолжающемся оттоке среднего медицинского персонала из близлежащих к Санкт-Петербургу районов.

Укомплектованность выше среднего по области по врачам имеют 9 районов (2011 год - 8 районов), по среднему медицинскому персоналу – 11 районов (в 2011 году-10).

Текущесть медицинских кадров составила по врачам- **11,6%** (в 2011 г. – 9,8 %, в 2010 г. - 12,3 %, в 2009 г. - 9,3 % , в 2008 г. – 9,4%, в 2007 г. – 10,1%), по среднему медперсоналу-**10,1%** (в 2011 г. – 11,4%, в 2010 г. – 10,6%, в 2009 г. – 10,3%, в 2008 г. – 10% ,в 2007 г. – 11,6%).

Высокая текучесть отмечается в районах **по врачам:** Ломоносовский, Всеволожский, Приозерский, Киришский, Подпорожский и др. **Среди среднего персонала** - Всеволожский, Гатчинский, Ломоносовский.

В муниципальных учреждениях здравоохранения среди уволившихся врачей самую большую часть **40,9%** составили специалисты со стажем работы в отрасли - более 10 лет (в 2007 году 26,4% , а в 2008 году -29,7%, в 2009 г. – 28,8%, в 2010 г. – 36,4%, в 2011 г. – 41,4%), **33,8%** уволившихся средних медработников также имели стаж работы более 10 лет (в 2007 году –27%, , а в 2008 году – 30,2%, в 2009 году – 29,9%, в 2010 году – 35,5%, в 2011 году – 26,3%).

В государственных учреждениях самая большая текучесть врачей наблюдалась среди специалистов со стажем работы от 3 до 10 лет-26,7%, из числа уволенного среднего медперсонала большую часть, а именно 32,5% составили специалисты со стажем 1-3 года, что свидетельствует об оттоке молодых, но уже достаточно опытных специалистов.

В результате оттока молодых медицинских кадров уменьшается число специалистов наиболее работоспособного возраста. Это говорит о том, что есть проблемы с закреплением в учреждениях кадров, завершивших подготовку в интернатуре, в том числе и за счет целевых мест в интернатуре и ординатуре. А также востребованы специалисты в учреждениях г.Санкт-Петербурга, получившие достаточный профессиональный опыт, находящиеся в самом работоспособном возрасте.

Количество молодых специалистов- врачей в 2012 году составило 701 (14,3 %), в 2011 году- 598 (12,4%), в 2010 году- 605(12,5%), в 2009 г. - 600 (12,1%), в 2008 году - 526 (10,8%), в 2007 году - 491 (10,2%), в 2006 – 489 (10,2%), молодых специалистов– средних медработников – 1627(14,1%), в 2011 году-1896 (16,6%) , в 2010 году - 1946 (16,5%), в 2009 г. - 1858 (15,9%) , в 2008 году - 1806 (15,7%), в 2007 году - 1860 (16,3%) , а в 2006 году - 1883 (16,3%).

На конец 2012 года количество пенсионеров среди врачей выросло и составило 1488 (в 2011 году – 1337, в 2010 г. – 1417), что составило 30% от всех работающих врачей, среди среднего персонала - 3118 пенсионера (27%) (в 2011 г. – 2937, в 2010 г. – 2988). Почти каждый третий врач и четвертый средний медработник в области пенсионного возраста.

Особенно критическая ситуация с врачами пенсионного возраста сложилась в Подпорожском (49,3%), Выборгском (41,3%), Волховском (42,5%), Кингисеппском (36,9%), Лужском (38,6%), Тихвинском (35,4%) районах.

Такая же ситуация сложилась со средним медицинским персоналом в Бокситогорском (45,6%), Подпорожском (37,3%), Кингисеппском районе (37%), Тосненском (34,6%).

При сохранении существующего положения возможно значительное ухудшение кадровой ситуации в Бокситогорском, Волховском, Тихвинском, Подпорожском районах, так как именно в этих районах крайне низок процент молодежи.

Вузы, реализующие программы подготовки кадров для здравоохранения, активно взаимодействуют с субъектами Российской Федерации, в т.ч. с Ленинградской областью, по вопросу организации целевого приема. В связи с выраженной потребностью регионов в медицинских кадрах Министерство здравоохранения РФ ежегодно увеличивает количество мест на 1 курс подведомственных образовательных учреждений для целевого приема абитуриентов.

Для решения задачи обеспечения учреждения здравоохранения медицинскими кадрами организован прием выпускников областных школ в медицинские ВУЗы города Санкт-Петербурга по договорам о целевой подготовке. В 2012 году на целевой прием для Ленинградской области выделено в СПб государственной педиатрической медицинской академии 25 мест по специальности «педиатрия», в СПб ГМУ им. акад.И.П.Павлова – 30 мест по специальности «Лечебное дело», 10 мест по специальности «Стоматология», СЗГМУ им. И.И.Мечникова – 25 мест по специальности «Лечебное дело», СПБХФА – 10 мест по специальности «Фармация». Для выпускников ВУЗов, изъявивших желание работать в учреждениях здравоохранения, организовано обучение в интернатуре и клинической ординатуре на бюджетной основе, в 2012 году - 123 места в интернатуре и 14 мест в ординатуре. Несмотря на это, необходимо увеличить количество мест в медицинских ВУЗах, предназначенных целевым образом для Ленинградской области.

Однако имеет место невозврат подготовленных специалистов в регионы, сохраняется отток специалистов в другие сферы экономической деятельности, внутренняя и внешняя миграция врачей и сестринского персонала. Эти вопросы еще предстоит решить.

На территории области осуществляют деятельность 3 образовательных учреждения среднего профессионального медицинского образования, филиальная сеть которых готовит группы специалистов по основным специальностям почти в каждом районе области с использованием специалистов и материально-технических баз центральных районных больниц, что способствует закреплению молодежи в учреждениях области.

Для наиболее эффективного использования имеющихся кадровых ресурсов, а также определения основных направлений подготовки специалистов для отрасли считаем необходимым планировать объем целевой контрактной подготовки по программам высшего и послевузовского образования, а также профессиональной переподготовки специалистов после проведения:

- расчета потребного количества должностей специалистов в учреждениях здравоохранения, в т.ч. с использованием методики, предложенной Министерством

здравоохранения Российской Федерации с учетом региональных особенностей и планов развития отрасли;

- определения размера существующего дефицита (профицита) кадров;
- сопоставления полученных данных с фактическими данными.

- принятие мер к устранению несбалансированности медицинского персонала по структуре между: врачами общего профиля и узкими специалистами; врачами и сестринским персоналом; различными территориальными образованиями, городской и сельской местностью; медицинскими организациями первичного звена и специализированных видов помощи;

Указанный подход был использован в 2012 году при организации целевого приема в интернатуру и ординатуру.

В 2012 году повышение квалификации прошли 1137 врачей и 2015 средних медработников, профессиональную переподготовку 94 врача и 119 средних медицинских работника. Однако 53 врача (1,1%) и 101 средний медицинский работник (0,8%) не проходили повышение квалификации более 5 лет.

В целях совершенствования системы планирования и контроля за реализацией планов дополнительного профессионального образования целесообразно определить перспективную потребность в организации циклов повышения квалификации по специальностям и поквартально на 2013-2015 гг. Данные сведения должны быть учтены медицинскими ВУЗами при формировании учебных планов-графиков повышения квалификации, что даст возможность наиболее эффективно провести повышение квалификации специалистов, в т.ч. используя возможности выездных циклов, внедрения в практику современных образовательных технологий, в т.ч. дистанционных.

Одним из эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить учреждения здравоохранения области персоналом, способным на высоком профессиональном уровне оказывать медицинскую помощь населению, является создание системы оценки квалификационного уровня медицинских кадров, путем проведения квалификационных процедур и присвоения, подтверждения или снятия квалификационных категорий.

В Ленинградской области в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 июля 2011 года № 808н «О порядке получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками» Создано 3 профильные экспертные группы для оценки квалификационного уровня врачей и 24 экспертных группы для оценки квалификационного уровня средних медицинских работников. В настоящее время 2150 врачам (43,7%) и 6904 средним медицинским работникам (59,8%) присвоены квалификационные категории. Доплаты за наличие квалификационной являются значимым материальным стимулом для медицинских и фармацевтических работников. В целях реального повышения заработной платы необходимо мотивировать медицинский персонал к прохождению процедур по присвоению и подтверждению квалификационных категорий.

Оценка уровня квалификации медицинских и фармацевтических работников предполагает проведение проверки соответствия уровня высшего (среднего), послевузовского и дополнительного профессионального образования

Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н, а также требованиям к квалификации квалификационных характеристик должностей работников в сфере здравоохранения Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 июля 2010 года № 541н.

Специалисты, у которых будет выявлено несоответствие квалификационным характеристикам и квалификационным требованиям, должны пройти в течение 2013-15 гг. в соответствие с пунктом 8 Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях, утвержденных приказом Минздрава России от 3.08.2012г № 66н.

С 2005 года в целях социальной поддержки молодых специалистов - работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Ленинградской области, закрепления их в бюджетной сфере предусмотрен целый ряд мер социально-экономического характера:

Так, постановлением Правительства Ленинградской области от 27.12.2005 N 338 "О порядке установления и выплаты единовременного пособия выпускникам медицинских высших и средних учебных заведений, поступающим на работу в учреждения здравоохранения Ленинградской области" определен порядок установления и выплаты **единовременного пособия** выпускникам медицинских высших и средних учебных заведений, поступающим на работу в учреждения здравоохранения Ленинградской области. Размер единовременного пособия для врача составляет 15 000 рублей, для среднего медицинского работника 7 500 рублей.

Сведения о заключенных договорах о предоставлении единовременного пособия представлена в таблице 1:

Таблица 1

категории	2009 год		2010 год		2011 год		2012 год	
	Всего заключено договоров	Сумма всего (тыс.руб.)						
Врачи	92	1380,0	12	180,0	54	810	85	1275
Средние	169	1267,5	212	1590,0	191	1432,5	133	997,5
Всего	261	2647,5	224	1770,0	245	2242,5	218	2272,5

Также постановлением Правительства Ленинградской области от 28.12.2007 N 339 "О социальной поддержке молодых специалистов в Ленинградской области" установлена в качестве меры социальной поддержки ежегодная **единовременная выплата в размере 56500 рублей** (в том числе налог на доходы физических лиц) молодым специалистам, с которыми заключены договоры о предоставлении социальной поддержки. Выплата молодому специалисту осуществляется ежегодно в течение трех лет при условии продолжения молодым специалистом работы в государственном (муниципальном) учреждении, на работу в которое он поступил после окончания образовательного учреждения среднего профессионального

образования или образовательного учреждения высшего профессионального образования, имеющего государственную аккредитацию.

Порядок осуществления указанных мер разработан и утвержден постановлением Правительства Ленинградской области от 07.04.2008 N 71 "Об утверждении Положения о порядке осуществления мер социальной поддержки молодых специалистов в Ленинградской области". Информация о заключении договоров о социальной поддержке представлена в **таблице2:**

Таблица 2

категории	2009 год		2010 год		2011 год		2012 год	
	количество медицинских работников	Сумма всего (тыс.руб.)						
Врачи	77	4350,5	140	7910,0	160	9040	172	9718
Средние	162	9153,0	268	15142,0	431	24351,5	492	27798
Прочие	11	621,0	17	960,5	20	1130	24	1356
Всего	250	14125,0	425	24012,5	611	34521,5	688	38872

Из средств муниципальных образований молодым специалистам выплачиваются «подъемные» при поступлении на работу: врачам и среднему медицинскому персоналу 10000 и 5000 рублей соответственно.

В соответствии с частями 12.1-12.5 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» и постановлением правительства Ленинградской области от 14 февраля 2012 года № 46 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам» единовременные компенсационные выплаты в размере 1 миллиона рублей получил 71 сельский врач.

В 2013 году также будут осуществляться единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013 году после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный в размере **одного миллиона рублей** на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 году осуществляется в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Соответствующие нормативные документы уже приняты.

На территории Ленинградской области реализуется ряд долгосрочных целевых программ по обеспечению работников здравоохранения благоустроенным жильем, такие как "Жилье для молодежи", Комплексный план мероприятий по реализации Стратегии развития ипотечного жилищного кредитования в Российской Федерации до 2030 года на территории Ленинградской области на 2011-2015 годы. Областным законом Ленинградской области "О бесплатном предоставлении

отдельным категориям граждан земельных участков для индивидуального жилищного строительства на территории Ленинградской области" установлена возможность бесплатного предоставления в собственность молодым специалистам, работающим или изъявившим желание работать в организациях бюджетной сферы области, земельных участков, расположенных на территории Ленинградской области.

Основными проблемами при решении вопроса обеспечения жильем молодых специалистов заключается в том, что для участия гражданина в жилищной долгосрочной целевой программе обязательно выполнение ряда условий, например:

- принятие участника программы на учет в качестве нуждающегося в улучшении жилищных условий по основаниям, которые установлены [статьей 51](#) Жилищного кодекса Российской Федерации для признания граждан нуждающимися в жилых помещениях. Для молодого специалиста переехавшего впервые в населенные пункты Ленинградской области это проблематично.

- необходимость документального подтверждения наличия собственных (в том числе заемных) средств в размере части стоимости строительства (приобретения) жилья, не обеспеченной за счет социальной выплаты. Для молодого специалиста, вновь поступившего на работу, это требование также может быть невыполнимым. Необходимо предусмотреть гарантии со стороны государства перед банком-кредитором по обеспечению выплат по кредитам и др.

Поэтому считаем целесообразным продолжение практики обеспечения медицинских работников, в том числе молодых специалистов, жильем по договорам служебного найма жилого помещения.

В 2012 году обеспечены служебными квартирами 56 врачей (из них 24-молодые специалисты) и 11 средних медицинских работника (из них 4 молодых специалиста), комнатами обеспечены 8 врачей (из них 4 – молодые специалисты) и 10 средний медработников (2-молодые специалисты).

В 2011 году обеспечены служебными квартирами 56 врачей (из них 24-молодые специалисты) и 15 средних медицинских работника, комнатами обеспечены 8 врачей (из них 5 – молодые специалисты) и 21 средний медработник (11-молодые специалисты).

В 2010 году обеспечены служебными квартирами 55 врачей (из них 11-молодые специалисты) и 10 средних медицинских работника, комнатами обеспечены 32 врача (из них 13 – молодые специалисты) и 26 средних медработников (6-молодые специалисты).

При отсутствии или недостаточности в муниципальных образованиях помещений, относящихся к служебному жилому фонду, необходимо предусмотреть возможность коммерческого найма помещений с компенсацией части затрат, предоставления общежитий и т.д.

Одним из важных аспектов престижа профессии является адекватная оценка обществом, государством роли и труда медицинских работников, отражающаяся, в частности, в уровне их заработной платы.

В настоящее время одним из главных направлений работы является поэтапное повышение к 2018 году заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих медицинское (фармацевтическое) или иное высшее

образование, до 200% средней заработной платы в соответствующем регионе, среднего медицинского (фармацевтического) персонала и младшего медицинского (фармацевтического) персонала - до 100% средней заработной платы в соответствующем регионе.

Одновременно с мероприятиями по повышению уровня материальной обеспеченности работников отрасли необходимо продолжать просветительскую работу в сфере позиционирования высокого социального статуса работников здравоохранения, формирующих основу российского общества, ориентированного на непосредственное участие в обеспечении функционирования и развитии государства за счет достижения и сохранения постоянного высокого качества своей профессиональной деятельности.

Для этого необходимо в течение ближайших лет активизировать развитие существующих общественных институтов, формирующих и обобщающих основные потребности и проблемы медицинского сообщества.

Необходимо проведение ежегодных конкурсов профессионального мастерства среди работников здравоохранения, позволяющих оценить наиболее значимые достижения и выявить перспективные проекты.

Целесообразно продолжить практику организации выступлений руководителей учреждений, ведущих специалистов отрасли в средствах массовой информации, на телевидении. Участие во встречах с выпускниками школ и их родителями способствуют популяризации профессий врача и среднего медицинского работника, повышению престижа медицинского работника. В рамках профориентационной работы необходима организация классов младших медицинских сестер при муниципальных учреждениях здравоохранения. В 2012 году в учреждениях здравоохранения организована работа 2 классов младших медицинских сестер при муниципальных учреждениях здравоохранения.

Характеристика основных мероприятий Подпрограммы

Мероприятие 7.1. Подготовка, профессиональная переподготовка и повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения.

В рамках выполнения мероприятия необходимо предусмотреть планирование кадрового процесса, а именно:

1. Определение потребного количества должностей специалистов в медицинских организациях, в т.ч. с использованием методик, предложенных Министерством здравоохранения Российской Федерации с учетом региональных особенностей и планов развития отрасли с учетом потребности населения в медицинской помощи в динамике по годам реализации программы.

2. Определение перспективной потребности медицинских организаций в подготовке специалистов по программам дополнительного образования (повышение квалификации, тематическое усовершенствование).

3. Проведение совместных совещаний с руководством ВУЗов и СУЗов, реализующих программы подготовки кадров для здравоохранения Ленинградской

области для формирования учебных планов-графиков повышения квалификации с учетом потребности медицинских организаций.

4. Подготовка и согласование Планов-графиков по подготовке и повышению квалификации медицинских и фармацевтических работников.

5. Организация приема абитуриентов в рамках целевой подготовки специалистов в медицинских ВУЗах по программе высшего профессионального образования.

6. Организация целевой подготовки врачей по программам послевузовской подготовки.

7. Организация подготовки среднего медицинского персонала в образовательных учреждениях среднего профессионального образования.

8. Организация подготовки врачей и средних медицинских работников по программам дополнительного образования.

9. Подготовка специалистов в симуляционных центрах.

Финансовое обеспечение государственного задания на подготовку специалистов в федеральных бюджетных образовательных учреждениях высшего профессионального медицинского образования по программам высшего профессионального образования, послевузовской подготовки (интернатура и ординатура) и дополнительного образования (повышение квалификации и профессиональная переподготовка) для целевой подготовки специалистов для Ленинградской области осуществляется за счет средств федерального бюджета.

Финансовое обеспечение государственного задания по проведении циклов повышения квалификации и профессиональной подготовки средних медицинских работников государственным бюджетным образовательным учреждениям среднего профессионального образования Ленинградской области осуществляется за счет средств областного бюджета в рамках текущего финансирования.

Мероприятие 7.2. Социальная поддержка медицинских и фармацевтических работников.

Для привлечения и закрепления медицинских работников в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения Ленинградской области планируется предоставление следующих мер социальной поддержки:

1. Выплата единовременного пособия медицинским работникам (врачи – 30000 рублей, средние медицинские работники – 15000 рублей).

2. Предоставление мер социальной поддержки специалистам, поступившим на работу в муниципальные и государственные учреждения здравоохранения (56500 руб. ежегодно в течение 3 лет).

3. Осуществление единовременных компенсационных выплат врачам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013 году в сельский населенный пункт или рабочий поселок (в размере 1 000 000 рублей). Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 году осуществляется в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на

очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

4. В целях привлечения молодых специалистов из числа среднего медицинского персонала для работы в медицинских организациях (их структурных подразделениях), расположенных в сельской местности, в 2013 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты средним медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013 году после окончания образовательного учреждения среднего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере 345 тыс. рублей на одного указанного медицинского работника за счет средств областного бюджета.

5. Предоставление мер социальной поддержки врачам дефицитных специальностей (врачам-психиатрам, врачам-фтизиатрам, врачам-анестезиологам-реаниматологам стационаров) в размере 120 тыс. рублей по истечении рабочего года.

Мероприятие 7.3. Оценка квалификационного уровня медицинских и фармацевтических работников.

Для выполнения мероприятия необходимо создать условия для проведения квалификационных процедур в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 июля 2011 года № 808н «О порядке получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками», обеспечить работу 3-х профильных экспертных групп для оценки квалификационного уровня врачей и 24 экспертных группы для оценки квалификационного уровня средних медицинских работников. Доплаты за наличие квалификационной являются значимым материальным стимулом для медицинских и фармацевтических работников. В целях реального повышения заработной платы необходимо мотивировать медицинский персонал к прохождению процедур по присвоению и подтверждению квалификационных категорий.

Мероприятие 7.4. Повышение престижа медицинских профессий

Наряду с указанными мероприятиями по насыщению системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами, обеспечению привлечения молодых специалистов в отрасль и сохранению имеющихся кадров, остройшей проблемой остается снижение престижа медицинской профессии.

Проведение областных конкурсов профессионального мастерства, выступление руководителей учреждений, ведущих специалистов отрасли в средствах массовой информации, на телевидении, участие во встречах с выпускниками школ и их родителями способствуют популяризации профессий врача и среднего медицинского работника, повышению престижа медицинского работника.

В период с 2013 года планируется ежегодно увеличивать количество классов младших медицинских сестер на базе школ при взаимодействии с медицинскими организациями Ленинградской области.

Мероприятие 7.5. Переход на процедуры аккредитации медицинских и фармацевтических работников.

Планируется реализация механизма аккредитации специалистов с 2016 года. Полный охват аккредитацией специалистов, работающих в отрасли, планируется завершить к 2022 году.

Реализация новых образовательных технологий потребует разработки качественно новой процедуры определения готовности лиц, получивших медицинское или фармацевтическое образование, к практической работе в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи - аккредитации специалиста, которая будет осуществляться на основе приобретаемых в ходе обучения компетенций.

Перечень допусков к медицинской и фармацевтической деятельности будет расширяться поэтапно по мере совершенствования профессиональных знаний, умений и навыков специалиста, в том числе посредством обучения по программам послевузовского и дополнительного профессионального образования.

При этом уже после первой процедуры аккредитации по специальности, проведение которой будет возможно по завершении подготовки по программам среднего и высшего профессионального образования, медицинский или фармацевтический работник сможет самостоятельно приступить к практической деятельности.

Подпрограмма 8 «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы:	Комитет по здравоохранению Ленинградской области
Цели Подпрограммы:	Повышение доступности для пациентов необходимых лекарственных препаратов в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи
Задачи Подпрограммы:	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и не отказавшихся от получения государственной услуги); • Обеспечение потребности в лекарственных препаратах, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или)

	<p>тканей;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности; • Обеспечение лекарственными препаратами граждан в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинский изделия отпускаются по рецептам врача бесплатно.
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы:	<ul style="list-style-type: none"> • Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и не отказавшихся от получения государственной услуги); • Удовлетворение потребности в лекарственных препаратах, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей; • Удовлетворение потребности граждан в лекарственных препаратах для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности; • Удовлетворение потребности граждан в необходимых лекарственных препаратах в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинский изделия отпускаются по рецептам врача бесплатно.
Этапы и сроки реализации Подпрограммы:	Подпрограмма реализуется в два этапа: первый этап: 2013 – 2015 год; второй этап: 2016 – 2020 год.

Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы:	Результаты реализации подпрограммы: улучшение качества жизни больных, предотвращение или значительная отсрочка стойкой утраты трудоспособности, уменьшает потребности и сроков лечения в стационаре, увеличение продолжительности жизни.
---	--

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Мероприятия Подпрограммы направлены на повышение доступности лекарственной помощи населению, что соответствует целям и задачам Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года.

Численность граждан, проживающих на территории Ленинградской области и имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, составляет 117 193 человек, в том числе лекарственное обеспечение за счет средств федерального бюджета – 43061 человек, регионального бюджета – 74132 человека.

Своевременное медикаментозное лечение позволяет улучшить качество жизни больных, предотвратить или значительно отсрочить стойкую утрату трудоспособности, уменьшает потребность и сроки лечения в стационаре, способствует увеличению продолжительности жизни граждан.

За счет средств федерального бюджета производится лекарственное обеспечение граждан имеющих право на получение государственной социальной помощи в соответствии с Федеральным законом от 7 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» и граждане, страдающие отдельными затратными заболеваниями - злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей.

За счет средств регионального бюджета производится лекарственное обеспечение при заболеваниях, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности; и лекарственное обеспечение граждан в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинский изделия отпускаются по рецептам врача бесплатно.

Удовлетворение потребности в обеспечении лекарственными средствами данных категорий граждан по результатам реализации мероприятий подпрограммы составит:

-Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и не отказавшихся от получения государственной услуги): по результатам реализации 1 этапа подпрограммы с 83 % в

2012 году до 95 % в 2015 году, по результатам реализации 2 этапа подпрограммы — 95,5 % в 2016 году до 98 % в 2020 году;

-Удовлетворение потребности в лекарственных препаратах, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей: по результатам реализации 1 этапа подпрограммы с 96 % в 2012 году до 98 % в 2015 году, по результатам реализации 2 этапа подпрограммы — до 98 % в 2020 году;

-Удовлетворение потребности в лекарственных препаратах для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности: по результатам реализации 1 этапа подпрограммы с 72 % в 2012 году до 95 % в 2015 году, по результатам реализации 2 этапа подпрограммы — 95,5 % в 2016 году до 98 % в 2020 году;

- Удовлетворение потребности в необходимых лекарственных препаратах в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинский изделия отпускаются по рецептам врача бесплатно: по результатам реализации 1 этапа подпрограммы с 38 % в 2012 году до 45 % в 2015 году, по результатам реализации 2 этапа подпрограммы — 47,5 % в 2016 году до 55 % в 2020 году.

Характеристика основных мероприятий Подпрограммы

Мероприятие 8.1.Обеспечение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и не отказавшихся от получения государственной услуги).

Мероприятие осуществляется в рамках переданных федеральных полномочий в соответствии со ст.4.1 Федерального закона от 7 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»

В Ленинградской области количество граждан, имеющих право на государственную социальную помощь, и сохранивших право на получение государственной услуги, составляет 41 315 человек (по состоянию на 01.03.2013 года).

В рамках переданных полномочий, осуществляются следующие мероприятия:

-организация размещения заказов на поставки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов;

-заключение по итогам размещения государственных заказов на поставки лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, а также

специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов соответствующих государственных контрактов;

- организация обеспечения населения лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, закупленными по государственным контрактам.

Финансовое обеспечение мероприятий осуществляется за счет средств федерального бюджета, выделяемых региональным бюджетам в виде субвенций и межбюджетных трансфертов.

Мероприятие 8.2 Обеспечение потребности в лекарственных препаратах, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей.

Обеспечение лекарственными препаратами граждан, страдающих злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17 октября 2007 года № 682. Перечень лекарственных препаратов определен Распоряжением Правительства РФ от 31.12.2008 N 2053-р «О перечне централизованно закупаемых за счет средств федерального бюджета лекарственных средств».

Закупка лекарственных препаратов производится централизовано по заявке Ленинградской области.

Заявка формируется комитетом по здравоохранению Ленинградской области в соответствии с потребностью граждан, включенных в Федеральный регистр лиц (Далее- Федеральный регистр), больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей. Ведение регистра осуществляется Комитетом по здравоохранению Ленинградской области в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 04.04.2008 года № 162-н.

Численность граждан, включенных в Федеральный регистр в Ленинградской области, с 2010 года увеличилось на 35,6 % и составляет 1746 граждан (по состоянию на 01.04.2013 года).

Исполнение мероприятия включает:

-определение потребности в необходимых лекарственных препаратах в соответствии с данными Федерального регистра лиц, больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, и формирование заявки.

-определение организации, осуществляющей организационные мероприятия по обеспечению граждан лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей. Организация определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ и оказание услуг для государственных и муниципальных нужд.

Финансовое обеспечение мероприятий осуществляется за счет средств федерального бюджета, в том числе средств федерального бюджета, выделяемых региональным бюджетам в виде субсидий на осуществление организационных мероприятий по обеспечению граждан лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей

В соответствии со ст. 15 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», полномочия по организации обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации, с 1 января 2014 года переданы субъектам РФ.

Финансовое обеспечение мероприятий, включающих закупку необходимых лекарственных препаратов, предусматривается за счет субвенций федерального бюджета, предоставляемых бюджетам субъектов РФ.

Мероприятие 8.3. Удовлетворение спроса граждан в лекарственных препаратах для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности.

В соответствии со ст.83 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», обеспечение пациентов, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями осуществляется за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

В соответствии с требованиями Постановления Правительства РФ от 26.04.2012 года № 403, в региональном сегменте Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, в Ленинградской области числится 145 граждан по 14 орфанным заболеваниям, из них 19 пациентов нуждаются в применении дорогостоящей лекарственной терапии.

В Ленинградской области принята ведомственная целевая программа «Обеспечение лекарственными препаратами жителей Ленинградской области, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, на 2013 – 2015 годы».

В ходе реализации подпрограммы предусматривается реализация следующих мероприятий:

-Закупка лекарственных препаратов. Мероприятие включает определение перечня лекарственных препаратов, подготовка технического задания на закупку лекарственных препаратов, размещение заказа в соответствии с требованиями Федерального закона от 21 июля 2005 года № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд», заключение государственных контрактов с участниками размещения заказа – победителями аукционов.

-Организация хранения и отпуска закупленных лекарственных средств, Мероприятие включает подготовку технического задания на проведение конкурса (аукциона) на определение организации, осуществляющей хранение, отпуск, учет лекарственных средств (услуги регионального склада); размещение заявки на проведение конкурса (аукциона), заключение государственного контракта.

Финансирование мероприятий — областной бюджет Ленинградской области.

Мероприятие 8.4. Обеспечение лекарственными препаратами граждан в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинский изделия отпускаются по рецептам врача бесплатно.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» определены группы населения и категории заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются бесплатно.

Льготное обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями данных категорий граждан осуществляется за счет средств областного бюджета Ленинградской области. Перечень заболеваний, категории льготников определены Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

В перечне заболеваний, дающих право на лекарственное обеспечение за счет бюджета Ленинградской области, числится 31 заболевание и категории населения – дети до трех лет и дети до 6 лет из многодетных семей, граждане, проходящие процедуру перитониального диализа, граждане, имеющие категорию льготы «труженики тыла» и «реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий».

Численность граждан, имеющих право на обеспечение при амбулаторном лечении лекарственными препаратами и медицинскими изделиями ежегодно увеличивается, что связано с увеличением заболеваемости по отдельным нозологиям и повышением качества диагностики. По состоянию на 1 января 2009 года

численность граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение за счет средств областного бюджета Ленинградской области составила 70 714 человек. К 1 января 2013 года численность льготников увеличилась на 3273 человек и составила 73987 граждан.

В перечень заболеваний, дающих право на лекарственное обеспечение за счет бюджета Ленинградской области, входят наиболее затратные в финансовом плане и социально значимые заболевания, приводящие к потере трудоспособности населения и влияющие на качество жизни - диабет, бронхиальная астма, онкология. Пациенты с данными заболеваниями составляют 27,9 % от всех льготных категорий граждан, и на лекарственные препараты для лечения данных заболеваний тратится более 70 % выделенных средств.

Не меньшее значение имеет обеспечение лекарственными средствами при прочих заболеваниях – эпилепсия, туберкулез, ревматоидный артрит, глаукома, болезнь Паркинсона, – постоянный прием необходимых лекарственных препаратов для таких пациентов является жизненно необходимым условием. Обеспечение необходимыми лекарственными препаратами данных категорий пациентов в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года № 890 , является расходным обязательством областного бюджета.

Обеспечение лекарственными препаратами детей до 3-х лет и детей до 6-ти лет из многодетных семей – также является расходным обязательством областного бюджета. Данная категория льготников является самой многочисленной (54 %), но наименее затратной, так как производится обеспечение детей, не имеющих хронических заболеваний, и соответственно, не требующих дорогостоящей терапии.

В ходе реализации подпрограммы предусматривается реализация следующих мероприятий:

-Закупка лекарственных препаратов. Мероприятие включает определение перечня лекарственных препаратов, подготовка технического задания на закупку лекарственных препаратов, размещение заказа в соответствии с требованиями Федерального закона от 21 июля 2005 года № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд», заключение государственных контрактов с участниками размещения заказа – победителями аукционов.

-Организация хранения и отпуска закупленных лекарственных средств, Мероприятие включает подготовку технического задания на проведение конкурса (аукциона) на определение организации, осуществляющей хранение, отпуск, учет лекарственных средств (услуги регионального склада); размещение заявки на проведение конкурса (аукциона), заключение государственного контракта.

Финансирование мероприятий — областной бюджет Ленинградской области.

Подпрограмма 9. Развитие Информатизации в здравоохранении Ленинградской области.

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы:	Комитет по здравоохранению Ленинградской области
Цели Подпрограммы:	Оптимизация управления отраслью здравоохранения, повышение качества медицинского обслуживания населения за счет использования современных информационных технологий в лечебном процессе и в организации работы медицинских учреждений.
Задачи Подпрограммы:	<p>1. Разработка стратегии и проекта развития информатизации в здравоохранении Ленинградской области:</p> <p>1.1. Формирование постоянно действующего консультативного органа – Комиссия по созданию ЕГИСЗ в Ленинградской области (далее – Комиссия) в составе председателя – вице-губернатора, главного конструктора – Комитет по телекоммуникациям и информатизации Ленинградской области, ответственного за координацию работ по созданию ЕГИСЗ – Комитет по здравоохранению Ленинградской области.</p> <p>2. Систематизация подхода в оснащении сети лечебных учреждений аппаратным оборудованием:</p> <p>2.1. Формирование подразделения, выполняющего роль заказчика соответствующих работ и поставки техники (далее – Единая служба заказчика) – Комитет по телекоммуникациям и информатизации Ленинградской области.</p> <p>2.2. Оснащение и переоснащение компьютерной техникой сети учреждений здравоохранения области к 2020 году.</p> <p>2.3. Охват сетью телемедицинских комплексов учреждений здравоохранения области к 2020 году.</p> <p>3. Формирование региональной информационной системы здравоохранения в Ленинградской области с интеграцией системы на федеральный уровень по направлениям:</p> <p>3.1 Построение высокоскоростных оптоволоконных защищённых каналов связи для всех учреждений здравоохранения области к 2020 году, содержания инфраструктурных компонентов системы (аренда) каналов связи.</p> <p>3.2 Построение собственного или аренда единого центра обработки данных (ЦОД) и сети промежуточных ЦОД (сервера).</p> <p>3.3. Продолжение работы построение в подразделениях учреждений здравоохранения области защищённых локальных вычислительных сетей (ЛВС).</p> <p>3.4. Совершенствование системы защиты информации (аппаратные и программные составляющие).</p> <p>3.5. Совершенствование медицинской информационной</p>

	системы (МИС), удовлетворяющей всем основным совокупным требованиям Методических рекомендаций Министерства здравоохранения.
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы:	Построение отраслевой медицинской сети (каналы связи); Построение локально-вычислительных сетей в учреждениях здравоохранения Ленинградской области; Увеличение количества автоматизированных рабочих мест; Обучение персонала государственных учреждений здравоохранения работать в «медицинской информационной системе»; Охват сетью телемедицинских комплексов ГЗ региона; Построение промежуточных центров обработки данных (сервера, защитные комплексы); Формирование и модернизация Центра обработки данных.
Этапы и сроки реализации Подпрограммы:	Программа реализуется в два этапа: первый этап: 2013 – 2015 год; второй этап: 2016 – 2020 год.
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы:	<ul style="list-style-type: none"> • Оптимизация деятельности, повышение качества оказания населению стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи за счет использования современных инфокоммуникационных технологий в лечебном процессе и в организации работы медицинских учреждений. • Получение медицинской информации, образования и повышения профессионального уровня и научно-исследовательской работы с использованием современных инфокоммуникационных технологий; • Оптимизация управления отраслью здравоохранения с использованием единых стандартов, в том числе и оформление медицинских документов.

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития:

По итогам реализации долгосрочно целевой программы «Модернизации здравоохранения Ленинградской области на 2011-2012 годы» (далее – программа модернизация), в регионе сформирован сегмент единой государственной информационной системы здравоохранения.

В рамках раздела «внедрение современных информационных систем в здравоохранении» программы модернизации, в области сформированы сегменты региональной медицинской информационной системы по направлениям.

1. Отраслевая медицинская сеть ЛПУ Ленинградской области (54 учреждения).
2. Сеть телемедицинских комплексов в учреждениях региона.
3. Медицинская информационная система региона.

4. Организован региональный центр обработки данных медицинской системы, на мощностях Регионального электронного Правительства Ленинградской области.

5. Произведена модернизация парка вычислительной техники в ЛПУ (1709 шт. автоматизированных рабочих мест).

6. Построены или модернизированы локальные вычислительные сети в зданиях ЛПУ (119 учреждений) для нужд региональной медицинской системы.

Реализация данных систем и инфраструктуры даёт базовую основу для дальнейшего развития информационных технологий в здравоохранении Ленинградской области. По мере ввода в эксплуатацию Федеральных компонентов единой государственной информационной системы здравоохранения планируется производить интеграцию в системы федерального уровня. Следует отметить, что в здравоохранении региона медицинских работников (врачей и среднего медперсонала) около 16000. В настоящее время в систему имеют доступ не более 12% медицинского персонала, на перспективу развития до 2020 года планируется 100% обеспечение автоматизированными рабочими местами всех специалистов отрасли здравоохранения.

Характеристика основных мероприятий Подпрограммы

Мероприятие 1. Разработка стратегии и проекта развития информатизации в здравоохранении Ленинградской области:

1.1. Формирование постоянно действующего консультативного органа – Комиссия по созданию ЕГИСЗ в Ленинградской области (далее – Комиссия) в составе председателя – вице-губернатора, главного конструктора – Комитет по телекоммуникациям и информатизации Ленинградской области, ответственного за координацию работ по созданию ЕГИСЗ – Комитет по здравоохранению Ленинградской области.

Мероприятие 2. Систематизация подхода в оснащении сети лечебных учреждений аппаратным оборудованием:

2.1. Формирование подразделения, выполняющего роль заказчика соответствующих работ и поставки техники (далее – Единая служба заказчика) – Комитет по телекоммуникациям и информатизации Ленинградской области.

2.2. Оснащение и переоснащение компьютерной техникой сети учреждений здравоохранения области к 2020 году.

2.3. Охват сетью телемедицинских комплексов учреждений здравоохранения области к 2020 году.

Мероприятие 3. Формирование региональной информационной системы здравоохранения в Ленинградской области с интеграцией системы на федеральный уровень по направлениям:

3.1 Построение высокоскоростных оптоволоконных защищённых каналов связи для всех учреждений здравоохранения области к 2020 году, содержания инфраструктурных компонентов системы (аренда) каналов связи.

3.2 Построение собственного или аренда единого центра обработки данных (ЦОД) и сети промежуточных ЦОД (сервера).

3.3. Продолжение работы построение в подразделениях учреждений здравоохранения области защищённых локальных вычислительных сетей (ЛВС).

3.4. Совершенствование системы защиты информации (аппаратные и программные составляющие).

3.5. Совершенствование медицинской информационной системы (МИС), удовлетворяющей всем основным совокупным требованиям Методических рекомендаций Министерства здравоохранения РФ.

Для эксплуатации, развития и модернизации всех компонентов ЕГИСЗ Ленинградской области, необходимо предусмотреть эксплуатационные бюджеты (Таблица 3). Так же необходимо заложить финансирование содержания инфраструктурных компонентов системы (аренда каналов кабельной сети и инфраструктуры центра обработки данных). Для осуществления промышленной эксплуатации систем ЕГИСЗ ЛО планируется сформировать структуру (службу, подразделение), отвечающую за функционирование региональной системы, и располагающую квалифицированным штатным составом позволяющим поддерживать работу системы круглосуточно в режиме 24/7/365.

В медицинских учреждениях Ленинградской области подключённых к каналам ЕГИСЗ сформировать поэтапные планы внедрения рабочих мест специалистов учреждений, положив в основу принцип медицинской необходимости.

Увязать закупку медицинских диагностических комплексов и лабораторного оборудования с техническими требованиями на подключение к сетям и интеграции с используемым программным обеспечением ЕГИСЗ ЛО. Заложить средства на подключение вновь приобретаемого медицинского оборудования на плановый период до 2020 года.

Запланировано увеличение количества защищённых обособленных каналов связи для подключения ЛПУ к системе ЕГИСЗ.

Подпрограмма 10. Совершенствование системы территориального планирования субъектов Российской Федерации»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы:	Комитет по здравоохранению Ленинградской области
Цели Подпрограммы:	Координированное выполнения программы «Развитие здравоохранения Ленинградской области до 2020 года».
Задачи Подпрограммы:	Разработка геоинформационной системы и использование «Интерактивной карты объектов здравоохранения Ленинградской области»
Целевые индикаторы и	Целевые индикаторы 1-9 подпрограмм программы «Развитие здравоохранения Ленинградской области до 2020 года».

показатели Подпрограммы:	
Этапы и сроки реализации Подпрограммы:	Программа реализуется в два этапа: первый этап: 2013 – 2015 год; второй этап: 2016 – 2020 год.
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы:	Координированное выполнения программы «Развитие здравоохранения Ленинградской области до 2020 года» при помощи разрабатываемой геоинформационной системы и использование «Интерактивной карты объектов здравоохранения Ленинградской области» позволит осуществить переход от “планирования ресурсов” к “планированию результатов” и решить поставленную цель.

Совершенствование системы территориального планирования здравоохранения Ленинградской области предусматривается проводить с учетом имеющейся базы законодательного и нормативного федерального и областного регулирования:

- Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
- Федерального закона №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
- Распоряжение правительства РФ от 24.12.12 №2511-р «Об утверждении Программы “Развитие здравоохранения”»
- Закона Ленинградской области №114-03 от 29.12.2011 «О наделении органов местного самоуправления муниципальных образований Ленинградской области отдельными государственными полномочиями Ленинградской области в сфере охраны здоровья граждан»
- Ежегодными Постановлениями Правительства РФ об утверждении нормативов функционирования системы ОМС
- Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в Ленинградской области.

Достижение намеченных результатов реализации программы развития здравоохранения, требует подготовки материально-технической, кадровой, финансовой базы отрасли

В 2013 году в Ленинградской области имеется:

- Областных больниц, диспансеров – 16
- специализированные центры – 6
- центральные районные больницы – 17
- городские районные больницы – 7
- врачебных амбулаторий - 105
- ФАПов – 207
- 13 учреждений областного подчинения особого типа.

Совершенствование системы планирования развития здравоохранения предусматривает необходимость совершенствования сети ЛПУ, структурных

преобразований отрасли, дальнейшего развития трехуровневой системы оказания медицинской помощи, совершенствованием маршрутизации пациентов по единым принципам. Основные тенденции этих структурных преобразований связаны с необходимостью развития первичной медико-санитарной помощи с максимальным приближением её к месту проживания граждан, централизацией оказания специализированной помощи, повышением уровня её технологической оснащенности, развитием паллиативной помощи стационаро-замещающих технологий созданием реабилитационных отделений.

На этапе развития отрасли в Ленинградской области необходимо также учитывать факторы, затрудняющие процесс структурных преобразований. Такими факторами являются: низкая концентрация населения в значительной части области, недостаточно развитая внутрирайонная дорожная сеть, менталитет населения, склонный к консервативным методам организации медицинской помощи, сохранением преимущественно стационарных форм лечения. Медицинская помощь, оказывающаяся в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров, жителями традиционно недооценивается и не воспринимается как компенсация объемов стационарной круглосуточной помощи.

Структурные преобразования системы первичной медико-санитарной помощи предусматривает следующие мероприятия:

Развитие сети ФАПов, врачебных амбулаторий, отделений врачей общей практики.

Информационное обеспечение амбулаторных ЛПУ, включая электронные регистратуры, развитие единой информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)

Расширение передвижной медицинской помощи (передвижных амбулаторий, маммографов, флюорографов)

Развитие телемедицины

Увеличение количества центров медицинской профилактики.

Создание областного врачебно-физкультурного диспансера.

Совершенствование специализированной помощи предусматривает:

Создание окружных больниц и межрайонных центров (пульмонология, офтальмо-хирургия, травмоцентры, сосудистые центры и т.д.)

Организация на базе Коммунаровской больницы областного реабилитационного центра.

Ввод в эксплуатацию ситуационного центра

4) Структурные преобразования системы оказания медицинской помощи женщинам и детям

В течение 2013-2015 гг. планируется строительство родильного дома в г. Выборге и перинатального центра в г. Всеволожске. В настоящее время создаются четыре крупных акушерских подразделения, включающие неонатологическую службу с соответствующим оснащением, а также специализированную службу скорой помощи для организации медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, а также новорожденным, при выездах в районы области. Эта служба в значительной мере уже оснащена специализированным санитарным

транспортом и оборудованием, в настоящее время работа по оснащению продолжается.

Поскольку здание Ленинградской областной детской больницы не отвечает требованиям, касающимся выделения необходимых помещений в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по соответствующим профилям, и нет возможности это здание перепланировать, запланировано строительство многопрофильной детской больницы на 500 коек во Всеволожском районе.

Структурные преобразования системы оказания скорой помощи запланированы как создание единой диспетчерской службы и службы медицинской эвакуации, а также переоснащение и пополнение парка санитарного автотранспорта. Эти направления представляются особо важными в связи с тем, что усложняется маршрутизация пациентов, проживающих в муниципальных районах.

Развитие частно-государственного партнерства в Ленинградской области:

В концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года сформулированы формы и механизмы стратегического партнерства государства и бизнеса. Устранение неравноправной конкуренции между государственными и частными поставщиками медицинских услуг значится в концепции как одна из приоритетных задач здравоохранения, обозначенных Президентом России.

Ограниченностей возможностей бюджета Ленинградской области требует поиска оптимальных и эффективных решений, которые позволили бы обеспечить качественной и современной медицинской помощью растущие районы, а также оптимизировали затраты на содержание медицинских учреждений в населенных пунктах с маленькой численностью населения. Кроме того, проблема существования избыточной и ветхой медицинской инфраструктуры, требует значительных средств для текущего содержания и реконструкции.

На сегодняшний момент в Ленинградской области в рамках частно-государственного партнерства найдены ряд решений:

1. Для обеспечения работы врачебных амбулаторий на территории садоводческих товариществ Ленинградской области с целью оказания первичной врачебной помощи населению, по форме оказания услуги ГЧП ВОТ (Build, Operate, Transfer — строительство, эксплуатация/управление, передача) в 2012 году уже работают 9 врачебных амбулаторий, планируется к концу 2013 года открыть еще 29 врачебных амбулаторий и за период с 2014 по 2020 годы запустить еще не менее 30 врачебных амбулаторий.

Для создания реабилитационно-восстановительной (медицинской) и инженерно-технической инфраструктуры с высоко эффективными функциональными характеристиками, соответствующей современным технологиям строительства и эксплуатации, формирующей благоприятную среду для пациентов, персонала и посетителей в долгосрочной перспективе, предусматривающей возможность осуществления модернизации, соответствующей инновационным достижениям в области здравоохранения по форме оказания услуги ГЧП ВОТ (Build, Operate, Transfer — строительство, эксплуатация/управление, передача) планируется реконструкция бывшего здания МУЗ «Коммунаровская городская

больница» под отделения ГУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» г.Коммунар, в том числе проектные работы, приобретение оборудования.

Патологическая анатомия как практическая и научная дисциплина развивается в самой тесной связи с клиникой и не может развиваться вне ее, как равным образом и лечебно-профилактические учреждения не могут развиваться без патологоанатомической службы. Соответственно в лечебных учреждениях Ленинградской области планируется по форме оказания услуги ГЧП ВОТ (Build, Operate, Transfer — строительство, эксплуатация/управление, передача) строительство моргов.

С целью создания комплексной системы учреждений здравоохранения (центров оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи для взрослых и детей, консультативно-диагностического центра для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи) для жителей пос. им. Э. Тельмана по форме оказания услуги ГЧП ВОТ (Build, Operate, Transfer — строительство, эксплуатация/управление, передача) планируется строительство консультативно-диагностического центра (на базе нефункционирующей врачебной амбулатории).

Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях:

Целью является повышение доступности для пациентов необходимых лекарственных препаратов в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Обеспечение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и не отказавшихся от получения государственной услуги);

2. Обеспечение потребности в лекарственных препаратах, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей;

3. Обеспечение лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности;

4. Обеспечение лекарственными препаратами граждан в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинский изделия отпускаются по рецептам врача бесплатно.

Ожидаемым результатом реализации поставленной цели является улучшение качества жизни больных, предотвращение или значительная отсрочка стойкой

утраты трудоспособности, уменьшает потребности и сроков лечения в стационаре, увеличение продолжительности жизни.

Развитие Информатизации в здравоохранении Ленинградской области:

В рамках раздела «внедрение современных информационных систем в здравоохранении» программы модернизации, в области сформированы сегменты региональной медицинской информационной системы по направлениям.

1. Отраслевая медицинская сеть ЛПУ Ленинградской области (53 учреждения).
2. Сеть телемедицинских комплексов в учреждениях региона.
3. Медицинская информационная система региона.
4. Организуется региональный центр обработки данных медицинской системы, на мощностях Регионального электронного Правительства Ленинградской области.
5. Произведена модернизация парка вычислительной техники в ЛПУ (1709 шт. автоматизированных рабочих мест).

6. Построены или модернизированы локальные вычислительные сети в зданиях ЛПУ (119 учреждений) для нужд региональной медицинской системы.

Реализация данных систем и инфраструктуры даёт базовую основу для дальнейшего развития информационных технологий в здравоохранении Ленинградской области. По мере ввода в эксплуатацию Федеральных компонентов единой государственной информационной системы здравоохранения планируется производить интеграцию в системы федерального уровня. Следует отметить, что в здравоохранении региона медицинских работников (врачей и среднего медперсонала) около 16000. В настоящее время в систему имеют доступ не более 12% медицинского персонала, на перспективу развития до 2020 года планируется 100% обеспечение автоматизированными рабочими местами всех специалистов отрасли здравоохранения.