**КОНЦЕПЦИЯ**

**развития здравоохранения Республики Алтай**

**на 2018 – 2021 годы**

**Общие положения**

 Приоритетным направлением развития здравоохранения Республики Алтай остается сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышение доступности и качества медицинской помощи.

 Концепция разработана в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными и республиканскими законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Республики Алтай, Концепцией развития здравоохранения в Российской Федерации.

**Современное состояние здравоохранения в Республике Алтай.
Основные проблемы**

В подведомственных органах здравоохранения Республики Алтай функционируют 29 организаций, из них 26 медицинских организаций.

По состоянию на 1 января 2017 года в организациях здравоохранения работают 840 врачей, из которых 386 работают в лечебных организациях, расположенных в сельской местности. Обеспеченность врачами на 10,0 т.н. составила – 39,0 (РФ2016 – 37,2; СФО2016 – 37,7). Обеспеченность врачами в сельской местности – 25,3, что почти вдвое выше, чем в среднем по РФ2016 (14,7).

Средний медицинский персонал составляет 2586, из которых 1403 работают в сельской местности. Обеспеченность средними медработниками на 10,0 т.н. составила – 120,2 (РФ2016 – 88,2; СФО2016 – 93,9). По селу - 92,1 это также существенно выше, чем в среднем по РФ2016 (54,5).

В Республике Алтай развернуто 1612 круглосуточных коек. Показатель на 10 т.н. составил 74,9 (РФ2016 — 73,3; СФО2016 — 80,1). Количество коек дневного пребывания и составило 467, показатель на 10 т.н. – 21,8 (РФ2016 — 17,2; СФО2016 — 18,2;). Сегодня соотношение коек круглосуточного и дневного пребывания в РА можно считать оптимальным.

Задачами по реструктуризации коечного фонда до 2020 года являются: сокращение доли расходов на содержание круглосуточных коек с 57% до 50% и увеличение доли расходов на содержание коек дневного пребывания с 6% до 9%**.**

 **Демографическая ситуация**: Основные направления по улучшению демографической ситуации определены и осуществляются в соответствии с Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 09[.](http://docs.cntd.ru/document/902064587)

Численность населения Республики Алтай на 01 января 2017 года составила 217 007 человек. В структуре численности населения Республики Алтай удельный вес детского населения в возрасте до 17 лет составляет 30%, лиц трудоспособного возраста — 54%, лиц в возрасте старше трудоспособного – 18%.

Рождаемость 2014 г. – 20,7; 2015 г. – 18,8; 2016 г. – 18,1; за 10 мес. 2017г. -16,0; СФО2016 г. – 12,9; РФ2016 г. - 13,8. Таким образом, за 4 года рождаемость в регионе снизилась на 23%

Общая смертность: 2014 г. – 11,1; 2015 г. – 10,9; 2016 г. – 10,0; за 10 мес. 2017г. – 9,7; СФО2016 г. – 12,9; РФ2016 г. - 13,0. Показатель общей смертности в республике ниже, чем по РФ на 25%. Начиная с 2014 г. показатели общей смертности снизились на 13%.

Преждевременная смертность: 2014 г. – 6,8; 2015 г. – 6,3; 2016 г. – 5,0; за 10 мес. 2017г. – 5,1; РФ 2016 г. - 5,6; СФО2016 г. – 6,7. Показатель преждевременной смертности в республике ниже, чем по РФ на 9%. Начиная с 2014 г. показатель преждевременной смертности снизился на 25%.

Республика Алтай является одним из немногих субъектов, сохранивших положительный прирост населения. В течение последних пяти лет демографическая ситуация Республики Алтай сохраняет положительные тенденции.

Естественный прирост по РА: 2014 г. + 9,6; 2015 г. + 7,9; 2016 г. +8,1; за 10 мес. 2017 г. +6,3; СФО2015 г. = 0; РФ(2015 г. - +0,8.

Отмечается положительная динамика в увеличении ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2016 году составил 70,13 лет, ниже российского показателя на 1,74 года; (РФ2016 – 71,87; СФО2016 – 69,81).

В структуре основных причин смерти населения лидируют заболевания системы кровообращения – 41,4%, новообразования – 14,3%, травмы и отравления – 13,4%.

В структуре преждевременной смертности:

* на 1 месте смертность от травм, отравлений и несчастных случаев – 36,9%;
* на 2 месте от болезней системы кровообращения - 27,1%;
* на 3-м от новообразований - 11,8%;
* на 4-м месте от болезней органов дыхания – 4,6%
* на 5-м от болезней органов пищеварения – 4,4%.

Смертность от болезней системы кровообращения: (на 100 т.н.): 2014 г. – 453,7; 2015 г. – 422,5; 2016 г. – 426,8; за 10 мес. 2017 г. – 401,3. РФ (2016 г.) – 614,1; СФО (2016 г.) -562,3. За 4 года показатель снижен на 22%, и он значительно ниже, чем в РФ и СФО.

Смертность от новообразований: (на 100 т.н.): 2014 г. – 153,8; 2015 г. – 152,5; 2016 г. – 146,7; за 10 мес. 2017 г. – 143,0. РФ (2016 г.) – 201,6; СФО (2016 г.) -207,1. За 4 года показатель снижен на 7%, и он значительно ниже, чем в РФ и СФО.

Смертность от туберкулеза: (на 100 т.н.): 2014 г. – 11,8; 2015 г. – 9,8; 2016 г. – 6,0; за 10 мес. 2017 г. – 7,7. РФ (2016 г.) – 7,5; СФО (2016 г.) -15,2. За 4 года показатель снижен на 35%, и он сегодня на уровне показателя по РФ и значительно ниже показателя по СФО.

Смертность от травм, отравлений и несчастных случаев (на 100 т.н.): 2014 г. – 223,3; 2015 г. – 205,2; 2016 г. – 144,0; за 10 мес. 2017 г. – 129,7. РФ (2016 г.) – 104,8; СФО (2016 г.) -119,6. За 4 года показатель снижен на 42%, и тем не менее, он остается несколько выше, чем по РФ и СФО.

Смертность от дорожно-транспортного происшествий (на 100 т.н.): 2014 г. – 24,9; 2015 г. – 26,6; 2016 г. – 13,9; за 10 мес. 2017 г. – 15,5. РФ (2016 г.) – 10,8; СФО (2016 г.) -9,7. За 4 года показатель снижен на 44%, и тем не менее, он остается несколько выше, чем по РФ и СФО.

Смертность от суицидов (на 100 т.н.): 2014 г. – 59,7; 2015 г. – 54,5; 2016 г. – 38,0; за 10 мес. 2017 г. – 34,8. РФ (2016 г.) – 15,6; СФО (2016 г.) -24,3. За 4 года показатель снижен на 42%, и тем не менее, он также остается несколько выше, чем по РФ и СФО.

Смертность от алкогольных отравлений (на 100 т.н.): 2014 г. – 21,6; 2015 г. – 21,4; 2016 г. – 9,7; за 10 мес. 2017 г. – 12,1. РФ (2016 г.) – 5,7; СФО (2016 г.) -6,8. За 4 года показатель снижен на 44%, но также остается несколько выше, чем по РФ и СФО.

Младенческая смертность до 2010 года в республике имела четкую тенденцию к уменьшению и впервые за все время снизилась ниже 10,0.

Младенческая смертность (на 100 т.н.): 2014 г. – 9,5; 2015 г. – 10,0; 2016 г. – 10,0; за 10 мес. 2017 г. – 9,15. РФ (2016 г.) – 6,0; СФО (2016 г.) -6,6. К сожалению, последние годы показатель держится на этих цифрах и большего достичь пока не удается. Это существенно хуже показателей как по РФ, так и по СФО.

Детская смертность (на 100 т.н.): 2014 г. – 13,9; 2015 г. – 12,3; 2016 г. – 11,5; за 10 мес. 2017 г. – 8,7. РФ (2016 г.) – 7,5. За 4 года показатель снижен на 37%, и он вплотную приблизился к показателю по РФ.

**Динамика заболеваемости населения за 2014-2017 годы**

(показатель на 1000 нас.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2014 г.** | **2015 г.** | **2016 г.** | **10 мес. 2017 г.** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Общая заболеваемость | 1632,1 | 1653,9 | 1667,5 | 1401,0 |
| Первичная заболеваемость | 877,9 | 897,3 | 894,3 | 711,8 |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| в т.ч. социально-значимые заболевания на 100. т.н.: |
| Сифилис (перв.) | 44,9 | 15,0 | 22,8 | 14,7 |
| Туберкулез (перв.) | 69,9 | 72,5 | 64,1 | 50,7 |
| Алкоголизм (перв./общ.) | 73,8/1212,4 | 68,3/1145,0 | 67,4/987,2 |  |
| Наркомания | 5,6 | 10,3/128,7 | 7,0/129,7 |  |
| Психические заболевания | 87,0/2657,9 | 97,3/2479,1 | 52,5/2334,1 |  |

В структуре общей заболеваемости за 2016 год в порядке убывания наиболее распространены следующие классы болезней:

* Болезни системы кровообращения – 22 %;
* Болезни органов дыхания - 12,2%;
* Болезни глаза и его придаточного аппарата – 11,2%;
* Болезни мочеполовой системы – 8,3%;
* Болезни костно-мышечной и соединительной ткани – 7,7%.

Динамика оказания ВМП за 4 года:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2014 г.** | **2015 г.** | **2016 г.** | **2017 г.****(9 мес.)** | **Всего** |
| Направлено | 1281 | 1406 | 1504 | 1320 | 5511 |
| Получили ВМП | 771 | 1020 | 1207 | 1120 | 4118 |

В 2016 году на высокотехнологичную помощь было направлено 1504 чел. (2015 – 1406 чел). Получили помощь - 1207 чел. (2015 – 1020) жителей республики, в т.ч. 163 детей (2015 – 140).

За 9 мес. 2017 года в федеральные клиники было направлено 1320 чел., получили ВМП – 1120 чел.

Таким образом, за неполных 4 года получили ВМП 4188 больных из Республики Алтай, это 2% населения нашего региона.

По профилям, за пределами Республики Алтай получили ВМП: сердечно-сосудистая хирургия - 35%; травматология и ортопедия – 26%; нейрохирургия – 16%; педиатрия –7%; офтальмология – 6%; онкология – 4%.

Новые технологии: сегодня в Республиканской больнице широко практикуются эндохирургия. За 2016 год проведено 1436 эндоскопических операций. в т.ч. (хирургия – 494, урология – 184, гинекология – 157, ЛОР – 601). Сегодня эндоскопические операции проводятся не только на базе Республиканской больницы, но и в таких районах как Шебалино и Кош-Агач, приобретены эндоскопические стойки в Турочакскую и Чемальскую райбольницы.

В 2016 году в глазном отделении на 66% увеличилось число факоэмульсификаций катаракт – 539 операций с прекрасными результатами (2015г. - 325).

В 2016 году в Сосудистом центре пролечено 291 кардиологических и 277 неврологических пациентов.

Увеличилось количество проведенных операций в рентген операционной Сосудистого центра. Проведено 892 операций (2015 – 716) – рост 25%. в том числе: коронароангиографий – 484 (рост на 9%); ангиографий церебральных сосудов – 43 (рост в 3 раза); аортоартериографий – 57 (рост почти вдвое); стентирований коронарных сосудов – 239 (рост на 43%); эмболизаций маточных артерий – 48 (2015 – 44); эмболизаций артерий простаты – 16 (рост в 5 раз); стентирований сонных артерий – 5 (2015 - 4); тромбаспирации из интракраниальных артерий при инсульте – 2.

Широко практикуется тромболитическая терапия на этапах эвакуации при остром коронарном синдроме.

С 2014 года в травматологическом отделении РБ на поток поставлена работа по эндопротезированию суставов. В 2016 году проведено 64 эндопротезирования суставов (2015 – 62 за 10 месяцев 2017 года - 66).

Совсем недавно за этими видами медицинской помощи наши больные вынуждены были ехать в федеральные клиники страны, сегодня эта помощь стала доступна в Республике Алтай На 2017 год для Республики Алтай выделено 215 квот на проведение ЭКО. По итогам 10 мес. 2017 года план по Республике Алтай выполнен на 82%, направлено на ЭКО 177 чел. В результате проведенных ЭКО в 2017 году появились уже 16 новых детей (город - 14, районы - 2).

Одним из положительных моментов в ранней диагностике острых состояний в РА, является внедрение Кардиомониторинга. Сегодня на ФАПы уже закуплены и функционируют 69 Кардиометров. Начиная с фельдшерских пунктов больным снимается ЭКГ и передается по модемной связи в Райбольницы, где эти данные принимаются специалистами на планшеты, при необходимости отправляются в Кардиопульт работающий на базе отделения функциональной диагностики при Ресбольнице. Здесь ЭКГ детально обрабатываются и проводится информирование уже о результатах в районы, уже с конкретными рекомендациями по ведению больных, вплоть до проведения тромболизиса на местах. Это существенная помощь, позволяющая сократить время для принятия решений по ведению в частности больных с острым инфарктом миокарда, а своевременность проведения лечебных мероприятий позволяет нередко сохранять жизнь больным.

Информатизация здравоохранения: с 2011 года в РФ и в РА осуществляется программа информатизации учреждений здравоохранения. Основным документом, характеризующим качество внедрения этой программы в регионах, является Дорожная карта информатизации здравоохранения.

Все медучреждения до уровня Райбольниц обеспечены защищенными каналами связи устойчивой скоростью передачи данных (город – до 100 Мб, районы – от 10 до 50 Мб).

Сегодня ведется работа по подключению к МИС структурно обособленных подразделений райбольниц - УБ и СВА.

На сегодня обеспеченность АРМами в РА составляет 85% от заявленной потребности, что позволяет обеспечить полноценную работу Медицинской информационной системы во всех Медорганизациях.

С 2018 года все медорганизации должны начать полноценную работу в МИС. Техническая возможность для этого полностью обеспечена, во всех медорганизациях проведена работа по обучению медработников в работе в МИС.

Все распорядительные документы по данному разделу разработаны и направлены в медорганизации. Контроль за этой работой будет постоянный, с централизованным мониторингом за всеми разделами работы. Ответственными за качеством ведения этой работы являются главные врачи и уполномоченные им заместители. Спрос будет также жесткий.

Все разделы нашей МИС интегрированы с федеральными компонентами. Т.е. все, что делается в нашей МИС видно и контролируется не только на уровне МЗ РА, МИАЦ, но и на федеральном уровне. Руководителям медорганизаций необходимо максимально серьезно отнестись к работе медработников в МИС.

Важнейший раздел информатизации - соблюдение ФЗ-152 «О защите информации». Сегодня это серьезный раздел для преступной деятельности. Практически все, что касается учета, отчетности, оплаты счетов и т.д. уходит в электронные формы, вслед за этим сюда же уходит и преступность. Строжайшее исполнение этого ФЗ - обязательно к исполнению всеми руководителями МО.

Важнейшим вопросом на ближайшую перспективу является вопрос по внедрению телемедицинским технологий. Это, прежде всего, система оцифровки результатов лучевой диагностики, передача, обработка и хранение в едином архиве медицинских изображений, возможность электронной передачи этих результатов в федеральные клиники, и получать телемедицинские консультации.

«Система ГЛОНАСС» – практически на весь санитарный транспорт установлена навигационная система «Глонасс». Однако в значительной части медорганизаций этот раздел руководством должным образом не контролируется и соответственно система полноценно не функционирует. Необходимо в ближайшее время привести всю систему в надлежащее состояние и в дальнейшем не допускать нарушений в её работе.

Обеспечение лекарственными препаратами в рамках программ льготного лекарственного обеспечения:

- По реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами на 01.10.2017 г. в Республике Алтай граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг в виде лекарственного обеспечения – 6537 человек, по сравнению с 01.10.2016 г. имеет место уменьшение количества льготников на 106 человек (- 1,99 %). Поступило лекарственных препаратов по заявке 2017 года в количестве 182 МНН, 292 торговых наименований на сумму 67,79 млн. рублей, что на 16,76 % меньше, чем в 2016 г.

На 01.10.2017 г. обслужено 69077 рецептов, что на 19,73 % меньше прошлогоднего, отпущено на сумму 51,15 млн. рублей, что на 21,28 % меньше чем в 2016 году. Средняя стоимость рецепта на 01.10.2017 г. составила 740,44 рублей, что ниже, чем в 2016 году на 1,94 %.

По реализации программы высокозатратных нозологий на 01.10.2017 г. обеспечено лекарственными препаратами 112 человек, что на 12,5 % больше прошлогоднего. Обслужено рецептов 808 рецептов, увеличение на 11,01 % по сравнению с 2016 годом, обслужено рецептов на сумму 23,74 млн. рублей (на 5,9 % больше 2016 г.). Средняя стоимость рецепта на 01.10.2017 г. составила 29375,84 рублей (меньше на 5,45 %).

По высокозатратным нозологиям на 2017 г. поставлено на сумму 22,98 млн. руб. (98,7 % от годовой заявки) (на 37,76 % меньше 2016 г.), в количестве 14 МНН, 26 торговых наименований.

В рамках программы обеспечения граждан льготных категорий за счет средств бюджета Республики Алтай на 01.10.2017 г. обслужено 30147 рецептов (на 5,0% меньше, чем в 2016 г.), для 7651 чел. на сумму 35,90 млн. рублей. Поставлено лекарственных препаратов на 47,78 млн. рублей.

В том числе на 01.10.2017 г. обеспечено лекарственными препаратами 10 пациентов (6 детей), страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, им выписано и отпущено 57 рецептов на сумму 6,95 млн. рублей.

**Финансирование здравоохранения** региона за последние 4 года:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2013 г.** | **2014 г.** | **2015 г.** | **2016 г.** | **2017 г.** |
| Всего тыс. руб. | 2 925,1 | 3 334,0 | 3 661,0 | 3 771,8 | 4 709,1 |

Расходы на содержание медицинских организаций Республики Алтай в 2017 году составляют 4 709 тыс. рублей (2013 – 2 925 тыс. рублей) – рост на 61%).

Ежегодно увеличивается объем средств по платежам на неработающее население, рост к 2014 году составил + 28% (тыс. руб.).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2014 г.** | **2015 г.** | **2016 г.** | **2017 г.** |
| Всего тыс. руб. | 1 072 511,5 | 1 509 780,5 | 1 410 675,6 | 1 370 237,4 |

**Динамика заработной платы (руб.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2014 г.** | **2015 г.** | **2016 г.** | **2017 г.** |
| ВрачиСредние медработники | 45 598,8021 853,00 | 45 212,8021 824,90 | 45 209,9521 855,96 | 46 865,6023 104,60 |

Зарплата врачей с 2014 года возросла на 2,8%.

Зарплата средних медработников с 2014 года выросла на 5,7%.

На сегодня Республика Алтай сделано очень немало для улучшения материально-технической базы, особенно сельского здравоохранения и есть все возможности для получения положительного результата нашей деятельности.

На 80% в районах построены новые, оснащенные новым медицинским и прочим оборудованием больницы. В 2016 году введена в эксплуатацию новая Чемальская больницы (2016), новый корпус Детского подразделения Ресбольницы (2016), новая поликлиника в Усть-Кане (2015), поликлинический корпус Турочакской больницы (2014), новый терапевтический корпус Майминской больницы (2014).

Построена новая УБ в с. Балыкча, капитально отремонтированы УБ Джазатор, УБ Барагаш, УБ Иня. Ведется плановая работа по приведению в соответствие с санитарно-гигиеническими требованиями ФАПов.

**Цели, задачи и основные направления концепции развития**

**здравоохранения до 2022 года**

**Целью** Концепции является сохранение и укрепление здоровья населения, повышение доступности и качества медицинской помощи, сохранения положительной демографической ситуации на территории республики, повышение эффективности функционирования системы здравоохранения

 **Основными задачами Концепции являются:**

- совершенствование технологий оказания медицинской помощи;

- ликвидация диспропорций в структуре и численности медицинских кадров, совершенствование работы по подготовке и повышению квалификации медицинских кадров;

- формирование эффективной политики сохранения здоровья населения;

 - развитие профилактического и реабилитационного направлений, создание условий и возможностей для формирования мотивации населения на ведение здорового образа жизни;

- создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами, внедрение в работу системы эффективных контрактов, для привязки оплаты труда к качеству оказания медицинской помощи и внедрения системы контроля качества лечения;

- развитие и укрепление материально-технической базы медицинских учреждений;

- поэтапное создание единого информационного пространства в системе здравоохранения Республики Алтай.

Реализация комплекса задач в рамках программы будет способствовать улучшению демографической ситуации, сохранению здоровья населения региона, что окажет позитивное влияние на социально-экономическое развитие республики. Ожидается рост удовлетворенности населения качеством медицинской помощи (до 75 процентов), рост показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,38 лет. Кроме того, меры, направленные на совершенствование организации медицинской помощи, укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, будут способствовать формированию современной модели здравоохранения, отвечающей потребностям общества и граждан.

**1. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи**

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи с учетом приоритета широкомасштабной профилактики на основе как популяционных, так и персонифицированных методов, с развитием телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг.

Профилактика неинфекционных заболеваний, в том числе формирование здорового образа жизни – важнейший компонент деятельности структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, направленного на изменение отношения человека к собственному здоровью и значительному повышению меры собственной ответственности за его сохранение и поддержание активного долголетия.

Реализация эффективной государственной политики по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации предполагает широкое межведомственное взаимодействие под координацией Минздрава России и включает:

просвещение и информирование населения, в том числе детей и молодежи, о правилах здорового образа жизни, о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, включая разработку, осуществление и развитие информационных коммуникативных компаний и медиапроектов;

Разработку мер по повышению двигательной активности, которая представляет собой важнейшее условие поддержания здоровья граждан, включая:

пропаганду и стимулирование активного образа жизни, образование населения в вопросах физической культуры, развитие лечебной физкультуры и физической культуры, направленной на поддержание здоровья;

обеспечение здорового безопасного питания населения всех возрастных групп, предусматривающего оптимизацию режима и характера питания, а также образование и обучение различных групп населения по вопросам здорового питания.

Основными направлениями индивидуализированных профилактических программ в сфере здравоохранения останутся:

наблюдение во время беременности, включая пренатальный скрининг,

неонатальный и аудиологический (после рождения ребенка) скрининги,

диспансеризация населения с выделением групп риска по развитию социально-значимых неинфекционных заболеваний и разработка индивидуальных программ медицинской профилактики;

диспансерное наблюдение за лицами, относящимися к группам риска, и больными хроническими заболеваниями;

иммунизация населения и профилактика инфекционных заболеваний;

продолжение широкомасштабной диспансеризации различных групп населения, предусматривающей проведение ежегодных профилактических осмотров детей всех возрастных категорий и ежегодную диспансеризацию взрослого населения.

Полученное в результате диспансеризации разделение пациентов по группам здоровья позволяет дифференцированно подходить к назначению дальнейших лечебно-оздоровительных мероприятий.

Совершенствованию оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях будет способствовать внедрение протоколов амбулаторного наблюдения, организация выездных патронажных служб, оснащенных портативным диагностическим и терапевтическим оборудованием.

Дневные стационары должны принять большую нагрузку по дообследованию, лечению, реабилитации. Необходимо перераспределить избыточные объемы стационарной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного пребывания, в дневные стационары.

Следует расширить отделения неотложной помощи, оснащенные необходимым диагностическим и лечебным оборудованием. Их задача – снять избыточную нагрузку при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

Развитие служб неотложной и скорой медицинской помощи направлено на обеспечение быстрой сортировки и правильной маршрутизации больных, соблюдение «временных окон» доставки больных в стационары необходимого уровня и оказание своевременной медицинской помощи. Модернизация информационных систем для скорой медицинской помощи, применение навигационных технологий ГЛОНАСС и других современных информационных технологий позволит оптимизировать маршрутизацию больных и сократить время их транспортировки.

Целесообразно оптимизировать организацию экстренного приема больных в стационар путем создания на госпитальном этапе отделения скорой медицинской помощи, структура и организация которого позволяют проводить быструю сортировку больных по тяжести состояния и оказывать экстренную медицинскую помощь, при необходимости – одновременно большому числу пациентов, в том числе при массовом поступлении в рамках чрезвычайных ситуаций.

**2.** **Специализированная медицинская помощь**

Основными направлениями совершенствования специализированной медицинской помощи являются:

- интенсификация работы коечного фонда путем его дифференциации по видам и степени интенсивности лечебно-диагностического процесса;

- дифференциация медицинских организаций и их подразделений по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса (формирование отделений восстановительного лечения и медицинской реабилитации, создание межмуниципальных отделений на базе одного муниципального учреждения здравоохранения). Развитие консультативно-диагностических отделений в лечебных учреждениях;

- внедрение информационных технологий, обеспечивающих единый системный подход в организации лечебно-диагностического процесса, персонифицированного учета медицинской помощи, доступа медицинского персонала к нормативно-справочной информации, необходимой для профессиональной деятельности, обеспечение автоматизированной системы ведения медицинской карты пациента в электронном виде;

- внедрение в деятельность клинических подразделений протоколов ведения больных, стандартов оказания медицинской помощи, системы управления качеством;

- оснащение стационаров в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, укомплектование квалифицированными кадрами.

- развитие высокотехнологических видов медицинской помощи в республике.

**3. Охрана материнства и детства**

Охрана материнства и детства является особо приоритетным направлением развития здравоохранения.

Амбулаторно-поликлиническая помощь детям должна строиться как многоуровневая помощь в условиях детской поликлиники или отделений общей врачебной практики (семейной медицины).

Направлением амбулаторно-поликлинической помощи детям является формирование здорового образа жизни и медицинской активности в семье, отбор детей по этиологическим медико-социальным факторам в целях выявления у них пограничных и патологических состояний, определения и выполнения индивидуального плана развития ребенка, формирования мотивации и приверженности детей и родителей к ведению здорового образа жизни.

Основными направлениями в работе являются:

- улучшение наблюдения за здоровыми детьми, проведение первичной профилактики заболеваний и диспансеризации детей, работа с родителями и домашним окружением ребенка;

- проведение комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, включая профилактику заболеваний органов пищеварения, глаз, опорно-двигательного аппарата, эндокринной системы;

- совершенствование мероприятий по укреплению репродуктивного здоровья населения;

- реализация мероприятий по профилактике кризисных состояний у детей, включая профилактику нарушений адаптации у детей дошкольного и младшего школьного возраста;

- развитие новых организационных форм работы в поликлиниках с приоритетом оказания профилактической и лечебно-диагностической помощи детям раннего возраста, совершенствование комплекса мер по организации непрерывного процесса реабилитации, включая все звенья этого процесса, внедрение новых технологий, системный подход по иерархическому принципу, создание унифицированных программ реабилитации и системы оценки адекватности реабилитационных мероприятий.

Система профилактики должна строиться по нескольким уровням, начиная с периода до рождения ребенка (планирование семьи, генетическое консультирование, контроль факторов риска беременности и родов, скрининг врожденной патологии) и включая дошкольный и школьный периоды (выявление факторов риска среды развития, организация питания, иммунопрофилактика, комплексная диагностика нарушений здоровья и симптомов заболеваний, стимуляция развития детей). В случае развития хронических заболеваний необходима диагностика и ранняя профилактика факторов риска их обострения.

К числу приоритетных направлений развития стационарной медицинской помощи детям относится создание оптимальных условий для оказания неотложной помощи новорожденным на различных ее этапах, в том числе детям, родившимся с малым весом.

Развитие дневных стационаров при больницах круглосуточного пребывания - одно из направлений дифференциации стационарной помощи и рациональной организации лечебно-диагностического процесса.

Лечебно-профилактическая помощь женщинам нацелена на снижение заболеваемости новорожденных и женщин репродуктивного возраста, перинатальной и материнской смертности; совершенствование системы детских центров здоровья, повышение качества специализированной медицинской помощи несовершеннолетним беременным и роженицам; преодоление кризисных тенденций в воспроизводстве населения, повышение репродуктивного потенциала.

К числу основных направлений совершенствования акушерско-гинекологической службы относятся:

- укрепление материально-технической базы родильных отделений районных больниц, БУЗ РА «Перинатальный Центр», увеличение коечной мощности БУЗ РА «Перинатальный Центр»;

- строгое соблюдение маршрутизации пациентов для оказания медицинской помощи на всех этапах, начиная с ФАПов;

- совершенствование системы мониторинга беременных, в том числе беременных с различной патологией и группами риска; заболеваниях).

**4. Медицинская помощь при социально значимых болезнях**

Одной из ведущих задач является взаимодействие со специализированными учреждениями по стабилизации эпидемиологической обстановки по туберкулезу и совершенствованию противотуберкулезной помощи населению, ранней диагностики и профилактики.

Более активно должны проводиться мероприятия в очагах туберкулезной инфекции, в том числе по текущей дезинфекции в бытовых очагах.
 В целях совершенствования лабораторной диагностики инфекций, необходимо:

- создание бактериологических лабораторий на уровне районов, централизация лабораторных исследований на уровне ведущих республиканских учреждений;

- консолидация усилий врачей смежных специальностей по раннему и активному выявлению больных с инфекционной патологией;

Реализация мероприятий в рамках Национального календаря профилактических прививок позволит снизить уровень заболеваемости гепатитом В до 0,83 случаев на 100 тыс. населения в 2020 году, менее 1 случая на 100 тысяч населения краснухой, корью менее 1 случая на 1 млн. населения в 2020 году.

Для активизации мероприятий по выявлению онкологических заболеваний необходимо на первичном уровне медицинской помощи обеспечить раннее выявление новообразований молочной железы (включая маммографический скрининг), шейки матки, предстательной железы (включая лабораторный скрининг), легких (флюорография), желудка, толстой и прямой кишки (эндоскопический скрининг), опухолей кожи и злокачественных заболеваний кроветворной системы.

Необходимо обеспечение онкологических больных специализированными лекарственными препаратами и предметами медицинского назначения в соответствии со стандартами, что позволит проводить полноценное комплексное лечение и повысить показатели выживаемости. Особое внимание необходимо уделить внедрению имеющихся программ по применению современных симптоматических средств для лечения болевого синдрома.

**5. Диагностические службы**

Необходимо развитие диагностических служб в ЛПУ республики, обеспечить участие всех лабораторий в федеральной системе оценке качества.

Оптимизация лабораторной службы в виде поэтапного создания сети лабораторий различного уровня: экспресс-лаборатории, базовые лаборатории и централизованные лаборатории.

Обеспечить централизацию диагностических лабораторных исследований (бактериологических, иммуноферментных, ПЦР-исследований) на базе республиканских учреждений. Создать централизованную межрайонную лабораторию на базе Онгудайской районной больницы.

Создание единой информационной сети между ЛПУ по передаче результатов исследований лечащему врачу и пациенту.

Расширять спектр лабораторных исследований, в том числе на платной основе.

Необходимо отдельно выделить параклинику из общего тарифа на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования до уровня, позволяющего возместить стоимость диагностических исследований.

**6. Лекарственное обеспечение**

Для совершенствования лекарственного обеспечения населения следует усилить контроль за отпуском льготных медикаментов.

 Использование информационных систем персонифицированного учета, объединенных для медицинских и аптечных учреждений, позволит лучше планировать потребности льготных категорий жителей в лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, детально учитывать их отпуск каждому пациенту, обеспечить оперативное управление аптечными запасами.

 С целью рационального использования лекарственных средств в стационарах развивать службу клинических фармакологов.

**7. Кадровое обеспечение и социальная защита медицинских работников**

Принятие комплекса мер правового, организационного и экономического характера по повышению мотивации к работе, внедрение в работу эффективных контрактов.

Приоритетным направлением является укомплектование штатов ЛПУ города. Целесообразно предусмотреть различные варианты дополнительных социальных пакетов для медицинских работников.

Особое внимание следует уделять системе подготовки медицинских кадров, в том числе управленческих кадров, резерва руководителей медицинских учреждений. Необходимо разработать систему социальной поддержки медицинских кадров, предоставлять жилье работникам здравоохранения, в том числе служебное.

В целях повышения эффективности работы учреждений системы здравоохранения планируется:

- совершенствовать работу по охране труда, социальной защите и страхованию профессиональных рисков работников здравоохранения;

- использовать характеристику количественного и качественного состава средних медицинских работников, имеющих многообразные социально значимые контакты с населением, как один из основных критериев для оценки качества работы медицинских учреждений.

**8. Информатизация здравоохранения**

Основными направлениями информатизации здравоохранения для создания единого информационного пространства являются:

 - формирование информационной инфраструктуры системы здравоохранения республики;

 - централизация системы информатизации здравоохранения;

 - развитие и внедрение медицинских информационных систем (электронная поликлиника, электронная история болезни, электронная регистратура, электронная больница, электронная диагностика, единые регистры врачей, формирование единой базы данных пациентов, организация учета медицинских услуг, нормативно-справочная медицинская документация);

 - создание автоматизированных рабочих мест врачей, медицинских регистраторов, клинико-диагностических подразделений;

 - интеграция информационных ресурсов в здравоохранении, подключение муниципальных ресурсов к системе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС);

 - развитие медицинской телекоммуникационной сети и телемедицины, обеспечивающей оперативную консультативную связь с ведущими федеральными медицинскими центрами и клиниками;

 - совершенствование организационно-методического и правового обеспечения информатизации здравоохранения;

 - выполнение мероприятий по защите конфиденциальной информации и персональных данных;

 - внедрение современных технологий сбора и обработки данных;

 - создание системы персонифицированного учета обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения для медицинских и аптечных учреждений, позволяющей оперативно планировать потребность населения в лекарственных препаратах и изделиях медицинского назначения, детально учитывать их отпуск и оперативно управлять аптечными запасами;

- развитие информационных систем для населения.

**9. Развитие материально-технической базы**

Для дальнейшего материально-технического обеспечения работы учреждений здравоохранения содержания их основных фондов необходимо:

- произвести выборочный или полный капитальный ремонт помещений, внутренних и наружных инженерных сетей медицинских организаций;

- особое внимание уделить установке и модернизации охранно-пожарной сигнализации;

- установить бесперебойные источники электроснабжения во всех стационарах (где они отсутствуют);

- продолжить паспортизацию материально-технической базы учреждений здравоохранения и на ее основе усовершенствовать программу по переоснащению учреждений современным оборудованием.

**10. Управление здравоохранением**

Управление системой здравоохранения должно обеспечивать:

- информирование о способах сохранения и укрепления здоровья, правах на бесплатную и доступную медицинскую помощь, порядке реализации прав и законных интересов граждан в области здравоохранения;

- получение медицинской помощи надлежащего качества;

- равную для всех доступность бесплатной медицинской помощи;

- осуществление необходимого комплекса профилактических мероприятий;

- санитарно-эпидемиологическое благополучие.

Совершенствование системы управления здравоохранением осуществляется на основе ее целостности, комплексности (системности) и единства систем планирования, нормирования, лицензирования, сертификации, единой технологической, технической, кадровой и инвестиционной политики.

Повышение самостоятельности руководителей учреждений здравоохранения в экономической сфере должно сопровождаться усилением контроля за соблюдением исполнительской дисциплины. Личная ответственность руководителей органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения за реализацию планов и целевых ведомственных программ здравоохранения, выполнение плановых заданий, включая не только использование ресурсов, но и их соответствие достигаемому результату, будет способствовать повышению эффективности управления. При этом следует совершенствовать материальный инструмент управления качеством организации деятельности учреждений со стороны их руководителей.

**11. Система финансирования здравоохранения**

Основными направлениями совершенствования финансирования системы здравоохранения республики являются:

- рациональное использование выделяемых финансовых средств;

- установление объемных и финансовых показателей задания на медицинские услуги;

- обеспечение адекватности объемов финансирования здравоохранения за счет медико-экономического обоснования потребности в ресурсах;

- совершенствование порядка оплаты труда работников здравоохранения и оплаты оказанных медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, нацеленное на поддержку и экономическое стимулирование процесса;

- перераспределение финансовых потоков, направленное на усиление амбулаторно-поликлинического звена, в том числе дневных стационаров;

- привлечение в систему здравоохранения дополнительных внебюджетных средств;

- развитие платных услуг, в том числе ДМС усиления контроля за их оказанием.

В сфере бюджетного финансирования основными задачами являются:

- усиление контроля за целевым и рациональным использованием бюджетных средств;

- переход от сметного планирования и финансирования расходов к бюджетному планированию, ориентированному на достижение конечных общественно значимых и измеряемых результатов;

- что поможет упорядочить использование ресурсов здравоохранения, увеличить доходность за счет большей прозрачности финансовых потоков.

Следует шире использовать систему постоянного мониторинга формирования, состояния, использования ресурсов здравоохранения и результатов финансовой деятельности, обеспечивающую анализ эффективности расходов и финансовой деятельности медицинских учреждений. Применение такой системы позволит оптимизировать распределение бюджетных средств, усилить контроль за их расходованием и выявить неэффективно реализуемые возможности.

**Оценка эффективности реализации концепции**

Реализация мероприятий позволит:

1) обеспечить выполнение основных демографических приоритетных показателей в республике Алтай;

2) повысить эффективность использования имеющихся ресурсов в здравоохранении, оптимизировать обеспечение населения и медицинских организаций лекарственными средствами, сохранить и укрепление структуру здравоохранения республики, основанной на этапности оказания медицинской помощи, совершенствовать выездные форм медицинской помощи, особенно для труднодоступных территорий.

3) сократить сроки восстановления утраченного здоровья путем внедрения в медицинскую практику современных технологий профилактики, диагностики и лечения; снизить смертность от управляемых причин, от заболеваний, определяющих высокую смертность населения;

4) повысить доступность и качество медицинской, лекарственной помощи, усовершенствовать профессиональную подготовку медицинских работников;

5) улучшить состояние здоровья детей и матерей;

6) повысить укомплектованность учреждений здравоохранения врачебными кадрами путем привлечения молодых специалистов, повышения материальной и моральной привлекательности профессии и социальной защищенности. Сохранить тенденцию повышения заработной платы с внедрением в работу системы эффективных контрактов,для привязки оплаты труда к качеству оказания медицинской помощи и внедрения системы контроля качества лечения;

7) обеспечить повышение качества всех видов диагностических исследований, за счет централизации ряда диагностических лабораторных исследований;

8) укрепление поликлинической сети, в том числе материально -технической базы и внедрение в них полноценных стационаро-замещающих технологий с расширением возможности амбулаторного лечения и снижением потребности в круглосуточной госпитализации;

9) осуществление постоянного контроля качества оказанных медицинских услуг в соответствии с профессиональными стандартами и социальными нормативами;

10) обеспечить поэтапное внедрение в практическую работу утвержденные Министерством здравоохранения РФ стандарты и клинические рекомендации.

**ИНДИКАТОРЫ**

**необходимые к достижению в РФ к 2020 году**

**в сравнении с показателями по Республике Алтай (2017 год)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Индикатор** | **Расчет показателя** | **Приоритет для РФ к 2020 году** | **Показатель по РА** **(10 мес. 2017)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | Общая смертность | на 1000 нас. | 11,4 | 9,7 |
|  | Общая смертность сельского населения | на 1000 сельского нас. | 14,4 | 10,0 |
|  | Младенческая смертность | на 1000 род. живыми | 6,4 | 9,2 |
|  | Материнская смертность | на 100 т.н. | 15,7 | 0,4 |
|  | Смертность от БСК | на 100 т.н. | 622,4 | 401,3 |
|  | Смертность от новообразований | на 100 т.н. | 190,0 | 143,0 |
|  | Смертность от акт. формой ТВС | на 100 т.н. | 11,2 | 7,7 |
|  | Заболеваемость ТВС | на 100 т.н. | 61,6 | 50,7 |
|  | Смертность от ДТП | на 100 т.н. | 10,0 | 15,5 |
|  | Потребление табака | % от взр. нас. | 26% | 23,7% |
|  | Потребление алкоголя | Литров на душу взр. нас. | 10,0 | 3,0 |
|  | Обеспеченность врачами | на 10 т.н. | 40,2 | 39,0 |
|  | Соотношение врач/средний м/р |  | 1:3 | 1:3 |
|  | Зарплата врачей | % к средней з/п по субъекту | 200% | 227,8% |
|  | з/п средних | % к средней з/п по субъекту | 100% | 110,0% |
|  | з/п младшего м/п | % к средней з/п по субъекту | 100% | 80,0% |
|  | Ср. продолжительность предст. жизни |  | 74,3 | 67,9 |
|  | Число посещений  | на 1 сельского жителя | 6,5 | 7,9 |
|  | Число госпитализаций | на 100 сельск./жит | 24,2 | 23,8 |