

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ: СОСТОЯНИЕ, ЗАДАЧИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

МИНИСТР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАБАРОВСКОГО КРАЯ
К. М. Н.
Александр
Валентинович
Витько



Хабаровский край – административный, промышленный, научный, образовательный и культурный центр Дальнего Востока, входит в состав Дальневосточного федерального округа.

Хабаровский край является одним из крупнейших субъектов Российской Федерации. Площадь его территории составляет 787,6 тыс. кв. км, или 4,6% территории России (4-е место в Российской Федерации) и 12,7% всей территории Дальневосточного федерального округа.

Численность постоянного населения Хабаровского края на начало 2010 года составляет 1400,6 тыс. человек (2002 год – 1436,6 тыс. человек). По этому показателю край занимает 2-е место в Дальневосточном федеральном округе и 34-е в России.

Специфические особенности расселения обусловлены значительной протяженностью территории, отдаленностью населенных пунктов от краевого и районных центров, их труднодоступностью. Плотность населения в среднем по краю составляет 18 человек на 10 кв. км, что почти в пять раз меньше, чем по России в целом.

Хабаровский край является одним из самых многонациональных регионов России. Около 80% территорий края относится к районам Крайнего Севера, на которых проживает 43% населения. В местах компактного проживания коренных малочисленных народов Севера насчитывается 17 малых народностей общей численностью 18,2 тыс. человек.

Административно-территориальная система края включает 235 муниципальных образований, в том числе 2 городских округа, 17 муниципальных районов, 29 городских поселений, 187 сельских поселений.

Крупнейшие города – административная столица края г. Хабаровск (580,8 тыс. жителей), г. Комсомольск-на-Амуре (270,0 тыс. жителей).

В крае наблюдается снижение темпов сокращения численности населения, что обеспечено главным образом увеличением рождаемости и снижением смертности. Показатель рождаемости за последние четыре года вырос с 11,0 на 1 тыс. населения в 2006 году до 12,6 в 2009 году.

С 2003 года в крае наметилась устойчивая тенденция снижения показателей общей и младенческой смертности. Коэффициент общей смертности составил 13,6 на 1 тыс. населения, что ниже общероссийского показателя (14,2). Смертность превысила рождаемость в 1,1 раза. Но тем не менее коэффициент смертности в некоторых районах края превышает краевой показатель в 1,3–1,5 раза.

Показатель естественного прироста населения в 2009 году составил –1,0 на 1 тыс. населения, в то время как в 2008 году он находился на уровне –1,8.

Особенностью в изменении возрастного состава населения по-прежнему являются сокращение численности детей и подростков и увеличение доли трудоспособного населения и лиц старших возрастов. В 2009 году впервые за последние пять лет отмечается увеличение численности детей в возрасте до 14 лет за счет увеличения рождаемости.

Средний возраст жителей края на начало 2009 года составил 37,12 года, в том числе среди мужчин – 34,54, среди женщин – 39,47 года (в ДФО – 36,49; 34,27 и 38,54 соответственно). По сравнению с 2000 годом наблюдается достоверное старение населения.

Сохраняется характерное для России превышение численности женщин над мужчинами (на 1000 мужчин в крае приходится 1093 женщины).

Изменение половозрастной структуры населения в крае сказалось на численности женщин фертильного возраста. По сравнению с 2004 годом число женщин в возрасте 15–49 лет сократилось на 4,9%. Особые изменения произошли в численности девочек в возрасте 10–14 лет и девушек в возрасте 15–17 лет.

Структура причин смерти в крае незначительно отличается от структуры смертности в целом по стране. Смертность от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований в крае ниже общероссийских показателей, но традиционно выше смертность от неестественных причин.

Первое место занимают болезни системы кровообращения (56,4%), на втором – несчастные случаи, отравления и травмы (15,1%) и на третьем – новообразования (13,7%).

За 2005–2009 годы:

- смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 12,7% и составила в 2009 году 700 случаев на 10 тыс. населения. При этом доля смертности от ишемической болезни сердца в крае составляет более половины (50,9%) в смертности от болезней системы кровообращения;

- смертность от новообразований снизилась на 7,1%. В структуре смертности от онкологических заболеваний преобладает смертность от рака легких (23,2%), рака желудка (21,2%), рака молочной железы (13,2%). Каждый четвертый из вновь зарегистрированных больных умирает в течение первого года. Показатель одногодичной летальности от злокачественных новообразований в 2009 году составил 4,6%. Несмотря на положительную тенденцию снижения этого показателя в целом по краю, значительно превышен средний краевой уровень при раке пищевода (62,3%), раке легких (49,4%), раке желудка – 41%), раке полости рта (38,1%), яичника (35,4%). Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологических заболеваний почти в 1,5 раза чаще, чем женщины, однако заболеваемость злокачественными новообразованиями среди женщин выше;

- смертность от внешних причин снизилась на 32% (с 302,3 на 100 тыс. человек до 172,2). При этом в 2009 году смертность населения в трудоспособном возрасте составляла 243,2 (у мужчин – 386,1, у женщин – 83,1) на 100 тыс. человек трудоспособного возраста. В структуре смертности от внешних причин существенную долю занимает смерть в результате ДТП, причиной чего зачастую являются нетрезвые водители. За 2009 год в Хабаровском крае произошло 2 тыс. ДТП, погибли 230 человек, 2437 получили травмы, тяжесть травм составила 8,6 балла;

- показатель младенческой смертности снизился на 21,5% (с 13 до 10 на 1 тыс. родившихся живыми). Хабаровский край относится к регионам со средним уровнем младенческой смертности. В структуре причин младенческой смертности 56,4% составляют перинатальные, 13,8% – врожденные

аномалии, 7,7% – инфекционные и паразитарные болезни, 6,6% – внешние причины смерти. Зарегистрировано снижение показателя младенческой смертности от врожденных аномалий и пороков развития в 3,0 раза, от болезней органов дыхания – в 2,5 раза, от травм и несчастных случаев – в 2,8 раза. Частота мертворождений составляет до 70% в структуре перинатальной смертности, особенно антенатальные потери – 80% в структуре всех мертворождений;

- показатели инвалидности в регионе снизились с 119,1 случая на 10 тыс. населения в возрасте 18 лет и старше в 2005 году до 73,8 в 2009 году. Основными причинами выхода на инвалидность среди взрослого населения являются болезни системы кровообращения (41,3%), злокачественные новообразования (18,3%) и патология костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,2%). Численность инвалидов, состоящих на учете в системе Пенсионного фонда Хабаровского края, в 2009 году составила 91 165 человек, что на 8,1% больше, чем в 2004 году.

С 2005 года показатель продолжительности жизни населения края вырос на 4,3 года – с 61,9 до 66,2 года, однако он по-прежнему ниже, чем в целом по Российской Федерации. Разница в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин остается очень высокой и составляет 12,5 года. Ключевую роль в низкой ожидаемой продолжительности жизни населения края играет высокая смертность людей трудоспособного возраста, главным образом мужчин. Удельный вес умерших в возрасте 15–59 лет в 2009 году – 38,7%.

В течение последних пяти лет заболеваемость населения края постоянно растет, что связано, с одной стороны, с ростом доли пожилого населения и более эффективным выявлением заболеваний с помощью новых методов диагностики, с другой стороны, с неэффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний.

Рост заболеваемости по отношению к 2005 году составил 7,7% на 100 тыс. населения. При этом устойчива роль факторов риска, характеризующих образ жизни населения, таких как табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя, которые дают в сумме 87,5% общей смертности в стране и 58,5% – в количестве лет жизни с утратой трудоспособности.

С 2005 по 2009 год число случаев заболеваний системы кровообращения возросло на 13,8%, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, приводящих к инвалидности, – на 9,7%, осложнений беременности, родов и послеродового периода – на 21,9%.

В структуре общей заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (27,9%) и болезни системы кровообращения (11,4%), болезни костно-мышечной системы (7,3%), болезни системы кровообращения (41,3%), злокачественные новообразования (18,3%) и патология костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,2%).

Профилактика и лечение болезней системы кровообращения в настоящее время являются одной из приоритетных задач здравоохранения.



Учитывая актуальность и важность реализации мер по профилактике и лечению артериальной гипертензии и сосудистых заболеваний в целом, правительство Хабаровского края постановлением от 1 ноября 2008 года утвердило подпрограмму «Артериальная гипертензия», вошедшую в состав краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями».

В 2009 году министерством здравоохранения края сформирован паспорт Хабаровского края «Первоочередные мероприятия по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний на 2009–2010 годы».

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20 марта 2006 года №139 «О строительстве федеральных центров высоких медицинских технологий» в г. Хабаровске 1 октября 2010 года сдан в эксплуатацию федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии. Наличие такого учреждения позволит сделать максимально доступной высокотехнологичную медицинскую помощь по сердечно-сосудистому профилю жителям всего Дальневосточного региона, в том числе жителям Хабаровского края. Министерство здравоохранения края проводит планомерную работу по подбору и подготовке кадров для данного федерального государственного учреждения.

Злокачественные новообразования (ЗНО) являются одной из основных причин смертности и инвалидности.

Заболеваемость ЗНО в 2009 году составила 340,3 на 100 тыс. населения, что на 10,4% больше в сравнении с предыдущим годом.

В структуре заболеваемости ЗНО на первом месте – рак легкого (13,5%), второе место занимает рак ЗНО кожи (12,8%), третье – рак молочной железы (11,3%), четвертое – рак желудка (7,8%).

В 2009 году в Хабаровском крае удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, выявленными уже при наличии отдаленных метастазов, снизился по сравнению с предыдущим годом и составил 21,9%. Показатель запущенности с учетом визуальных локализаций составляет 24,8%.

При изучении динамики за последнее десятилетие отмечаются достоверный рост показателя своевременной диагностики ЗНО и снижение показателя запущенности. Этот факт может быть связан с тем, что в последние годы улучшилось материально-техническое оснащение лечебных учреждений в ходе национального проекта «Здоровье» и, соответственно, вырос процент своевременной диагностики ЗНО на ранних стадиях.

В 2009 году Хабаровский край включен в реализацию национальной онкологической программы «Комплекс мероприятий по совершенствованию организации онкологической помощи населению».

На базе ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения Хабаровского края создан региональный центр онкологии.

Приобретено высокотехнологичное медицинское оборудование, проводится подготовка медицинских кадров, разработаны и утверждены Концепция развития он-

кологической службы в Хабаровском крае до 2020 года и Концепция развития радиационной онкологии в Хабаровском крае до 2017 года.

Краевой онкологический центр участвует в выполнении государственного заказа по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи населению.

Приоритетность развития медицинской помощи онкологическим больным является руководством к модернизации отрасли.

В 2010 году Хабаровский край повторно включен в Национальную онкологическую программу с развертыванием на базе ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» окружного онкологического диспансера.

В 2011 году запланировано строительство ПЭТ-центра краевого клинического центра онкологии, хирургического корпуса онкологического диспансера в Комсомольске-на-Амуре.

СОЦИАЛЬНО

ОБУСЛОВЛЕННЫЕ БОЛЕЗНИ

В крае реализуется краевая целевая программа «Основные направления по предупреждению распространения в Хабаровском крае заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 2005–2009 годы».

Проводимые в рамках программы мероприятия и меры по эффективному управлению программой позволили при минимальных финансовых средствах, выделенных в 2009 году, эффективно реализовать намеченные планы в целом и удержать эпидемическую ситуацию по распространению ВИЧ-инфекции среди населения Хабаровского края: показатель пораженности населения ВИЧ-инфекцией в крае остается в три раза ниже среднероссийского.

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

За последние три года в Хабаровском крае на 2,5% снизилась численность женского населения репродуктивного возраста.

На состояние репродуктивной системы человека существенное влияние оказывает соматическое и психическое здоровье. Несмотря на то что уровень общей заболеваемости населения Хабаровского края в последние годы в целом не изменился, увеличилась доля заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением.

Следует отметить снижение общего числа аборт и их распространенности в Хабаровском крае. Так, данный показатель в 2009 году составил 44,8 на 1 тыс. женщин фертильного возраста, что в 1,2 раза меньше, чем в 2007 году (53,3). Снизилась распространенность абортов у девочек до 14 лет.

Совершенствуются технологии лечения бесплодия с помощью операции экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Это позволило увеличить частоту наступления беременности до 32%, что соответствует общероссийским



параметрам. В 2009 году проведено 374 процедуры ЭКО (в 2008 году – 281), число наступивших беременностей составило 120, родилось 90 детей (в 2008 году – 70).

Внедрение новых медицинских технологий, в том числе развитие хирургии новорожденных, медико-генетического консультирования семей позволило в 2009 году в 200 из 284 случаев беременности с пренатальной патологией плода, рассмотренных на комиссии, принять решение по пролонгированию беременности с последующей коррекцией порока развития. В структуре прерванных беременностей частота поздно диагностированных несовместимых с жизнью врожденных пороков развития снизилась по сравнению с 2007 годом почти в шесть раз.

С целью оказания доступной и своевременной медицинской помощи женщинам и детям специалистами ГУЗ «Перинатальный центр» ежегодно осуществляется до 200 экстренных вылетов в отдаленные северные районы края и более 1 тыс. выездов специализированных бригад, 36% случаев завершается экстренной эвакуацией матери и ребенка для оказания специализированной помощи.

Необходимо отметить, что значимость комплексного подхода и скоординированных действий при оказании медицинской помощи беременным женщинам наглядно продемонстрирована в период эпидемии гриппа А (H1N1) в конце 2009 года. Заболело 88 беременных женщин, из них гриппом, осложненным тяжелой пневмонией, – 6 женщин, их лечение проводилось в реанимационном отделении краевой клинической больницы №1.

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Амбулаторно-поликлиническую помощь населению края оказывают 219 учреждений. Плановая мощность (без учета ведомств) в 2009 году составила 258,5 посещения в смену на 10 тыс. жителей.

Показателем доступности и интенсивности работы амбулаторно-поликлинического звена является количество посещений врача на одного жителя в год. В целом по итогам реализации территориальной программы объемы амбулаторной медицинской помощи выросли по сравнению с 2008 годом на 5,1% и составили 9,4 посещения на одного человека, что выше федерального норматива на 2,3%.

Вместе с тем в части муниципальных районов края наблюдается низкое исполнение плана, что связано в первую очередь с неукомплектованностью амбулаторного звена врачами. Муниципальные образования зачастую не создают условий для привлечения молодых специалистов, начиная с целевых наборов в медицинские учреждения образования и заканчивая контролем распределения выпускников, обучавшихся по целевому набору.

Одним из основных направлений работы амбулаторно-поликлинических учреждений края являются профилактические мероприятия, реализуемые в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье»: дис-

пансеризация взрослого и детского населения, углубленные медицинские осмотры, вакцинопрофилактика.

За счет средств федерального бюджета дополнительную диспансеризацию за три последних года прошли 141,5 тыс. человек. На эти цели в учреждения здравоохранения края перечислено 171,3 млн. рублей. При проведении диспансеризации выявлено 63,6 тыс. случаев вновь выявленных заболеваний.

Углубленные медицинские осмотры прошли более 100 тыс. работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

При проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, осмотрено 4,9 тыс. детей, выявлено 15,9 тыс. случаев заболеваний, что составляет в расчете на одного ребенка 3,2 заболевания.

В результате иммунизации населения заболеваемость в крае гепатитом В снизилась в 1,9 раза (среди детей до 17 лет – в 9 раз), краснухой – в 15 раз, не зарегистрировано случаев заболевания полиомиелитом. Ежегодный охват населения профилактическими прививками против гриппа составляет не менее 28% от общей численности населения края и превышает среднероссийский показатель.

Реализуя государственную политику, направленную на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, с 1 декабря 2009 года на территории Хабаровского края начали свою работу шесть центров здоровья, созданных в учреждениях здравоохранения края, в том числе в Хабаровске: ГУЗ «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», ГУЗ «Детская краевая клиническая больница», ГУЗ «Консультативно-диагностический центр «Вивея», МУЗ «Клинико-диагностический центр»; в Комсомольске-на-Амуре: ГУЗ «Территориальный консультативно-диагностический центр» и МУЗ «Городская больница №2». За каждым центром здоровья закреплены территориально приближенные муниципальные районы с учетом транспортной доступности.

СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

В 2009 году стационарную медицинскую помощь населению оказывали 103 лечебно-профилактических учреждения, из них подведомственные министерству здравоохранения – 92. Общее количество стационарных коек в учреждениях здравоохранения края составило 12 940, или 92,4 на 10 тыс. населения.

За три последних года объем медицинской помощи в дневных стационарах увеличился на 3%, хотя остается на 4,1% ниже утвержденного в территориальной программе норматива.

Основная причина превышения показателя относительно установленного – необходимость обеспечения доступности объемов помощи в отдаленных и северных районах края, где показатель числа койко-дней в расчете на одного жителя в два раза превышает нормативный. Принимаемые меры по оптимизации коечной сети,



новые подходы к планированию государственного (муниципального) заказа, внедрение новых медицинских технологий и т.д. позволили снизить среднюю длительность лечения пациентов в круглосуточном стационаре с 13,1 в 2008 году до 12,8 в 2009 году. Однако это не привело к снижению общего показателя числа койко-дней. В условиях финансового кризиса объем финансирования одного пролеченного больного в стационаре вырос только на 14,7%, из которых 10% было направлено на заработную плату медработникам в связи с переходом на новую систему оплаты труда. Поэтому за счет роста оборота койки (на 4,9% выросло число пролеченных больных) возмещались фактические затраты учреждений здравоохранения за оказанную медицинскую помощь.

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА

Основные направления кадровой политики по отрасли «Здравоохранение» легли в основу реализации комплекса мероприятий, утвержденного постановлением губернатора Хабаровского края от 22 сентября 2008 года №131 «О мерах по реализации кадровой политики в сфере здравоохранения на территории Хабаровского края на 2009–2013 годы».

Абсолютная численность всех работников учреждений здравоохранения, подчиненных министерству здравоохранения Хабаровского края, в 2009 году составила 32 212 человек, в том числе 6038 врачей и 12 197 средних медицинских работников.

Показатель обеспеченности врачами в учреждениях здравоохранения имеет тенденцию к увеличению и составил в 2009 году 43,1 на 10 тыс. населения, средними медицинскими работниками – 87,1.

Показатель укомплектованности врачами и средними медицинскими работниками учреждений здравоохранения края без учета совместительства в целом по краю в 2009 году по сравнению с 2007 годом имеет тенденцию к снижению и составил 56,8 и 61,3% соответственно.

Наиболее эффективной и экономичной формой оптимизации медицинской помощи в сельских и отдаленных районах является оказание первичной медико-санитарной помощи силами врачей общей практики, внедрение которой в крае идет крайне низкими темпами. При том что за период с 1994 по 2007 год подготовлено более 180 врачей общей практики, на конец отчетного года в крае профессиональную деятельность осуществляют 29 специалистов, работающих в учреждениях здравоохранения края.

С 1 апреля 2009 года введена новая система оплаты труда в краевых государственных учреждениях бюджетной сферы, что позволило министерству здравоохранения края увеличить фонды оплаты труда краевых государственных учреждений и муниципальных учреждений здравоохранения, исполняющих переданные государственные полномочия края, на 10%. В результате, с учетом низкой укомплектованности учреждений здравоохранения физическими лицами, новая система оплаты труда позволила обеспечить существенную при-

бавку в заработной плате младшего и среднего медицинского персонала, но не увеличила размер реальной заработной платы работников за счет выплат стимулирующего характера.

Реформирование заработной платы с оценкой по конечному результату работы вызвало необходимость приведения штатной численности в соответствие с выполняемыми объемами оказания медицинской помощи. В результате проведенных организационно-штатных мероприятий в 2009 году произошло сокращение штатной численности государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения края, на 375 единиц. Укомплектованность физическими лицами при этом возросла с 52 до 55%.

ФИНАНСИРОВАНИЕ ОТРАСЛИ

В структуре расходов консолидированного бюджета края за последние годы отмечается существенный рост расходов на здравоохранение. В 2009 году на здравоохранение Хабаровского края направлено более 16,6 млрд. рублей, в том числе из краевого бюджета – 7,6 млрд. рублей; муниципальных бюджетов края – 2,7 млрд. рублей; краевого фонда ОМС – 2,1 млрд. рублей; привлечено средств из федерального бюджета и внебюджетных источников – 4,3 млрд. рублей, или 34,2% от общей суммы консолидированных краевых средств.

Расходы на здравоохранение в период с 2007 по 2009 год по всем источникам увеличились в среднем в 1,6 раза.

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Хабаровском крае (далее – Территориальная программа) на 2009 год утверждена постановлением Правительства Хабаровского края от 31 марта 2009 года №80-пр.

Фактическая стоимость Территориальной программы составила 12 171,9 млн. рублей. Структура источников финансирования Территориальной программы такова: средства ОМС – 48,6%, краевой бюджет – 32,9%, муниципальные бюджеты – 18,5%.

Подушевой норматив финансирования Территориальной программы составил 8492,5 рубля, в том числе базовой программы ОМС – 4155,1 рубля.

Приведение территориальных нормативов в соответствие с федеральными позволило уменьшить дефицит территориальной программы ОМС и одновременно увеличить норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

В целях обеспечения доступности специализированной амбулаторной, стационарной помощи, наиболее востребованных диагностических исследований (КТ, МРТ), а также оптимизации распределения ресурсов, министерством здравоохранения определены государственные задания на оказание специализированной медицинской помощи в краевых государственных учреждениях здравоохранения для населения муниципальных образований края.



Особенностью 2009 года явилось увеличение объема всех видов амбулаторно-поликлинической помощи. В предыдущие годы в рамках общих посещений не учитывались объемы медицинской помощи, оказываемой средними медицинскими работниками по дошкольно-школьным отделениям. В 2009 году впервые был определен тариф на посещения и производился учет данных объемов.

Изменен порядок финансового взаимодействия не только в рамках ОМС, но и в части бюджета, согласно которому должна прослеживаться четкая корреляция финансовых средств, выделенных учреждению здравоохранения, и выполненных учреждением объемов медицинской помощи.

Анализ деятельности исполнения Территориальной программы за 2009 год выявил серьезные недочеты в части планирования отделами здравоохранения государственных заданий. Поэтому в числе основных задач на 2010 год – обеспечение планирования в соответствии с нормативами, жесткий мониторинг исполнения объемов с внесением необходимых корректировок в установленном порядке.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКАЯ БАЗА

В 2009 году принимались меры по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения края.

На строительство объектов здравоохранения и техническое оснащение отрасли из федерального бюджета в край поступило 690,17 млн. рублей.

В течение последних четырех лет произошло значительное обновление парка медицинского оборудования лечебных учреждений края.

Учреждениями разработаны программы переоснащения на среднесрочную перспективу. За период 2006–2009 годов в лечебные учреждения края поступило 8848 единиц медицинского оборудования, включая оборудование, поступившее на оснащение объектов капитального строительства, по национальному проекту, пилотному проекту, федеральным целевым программам, текущему финансированию (что составляет 58% от общего количества).

РАЗВИТИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Современные информационные технологии являются сегодня важнейшим инструментом управления здравоохранением.

В настоящее время сложилась информационная инфраструктура, базирующаяся на современных технологиях и включающая в себя локальные вычислительные сети крупных лечебно-профилактических учреждений, развитое программное обеспечение и вычислительную

технику. Многие ЛПУ имеют и активно используют доступ в сеть Интернет. Последовательно реализуются мероприятия, направленные на создание единого информационного пространства, формируется единая краевая многоуровневая система сбора, обработки и хранения медико-статистической и экономической информации.

В целях дальнейшего развития единого информационного пространства здравоохранения Хабаровского края необходимо внедрение в работу отрасли региональной территориально распределенной информационно-аналитической медицинской системы, которая обеспечит проведение паспортизации лечебно-профилактических учреждений, информационную поддержку управления ресурсами, лицензированием медицинской помощи, лекарственным обеспечением населения, мониторинг хода реализации национального проекта по здравоохранению и других организационных и финансовых процессов в краевой системе здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

Для решения этих задач постановлением правительства Хабаровского края от 10 августа 2010 года утверждена краевая целевая программа «Информатизация отрасли здравоохранения Хабаровского края на 2011–2017 годы».

РАЗВИТИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Здравоохранение Хабаровского края развивается на основе модернизации ресурсной, технической базы, внедрения инновационных медицинских технологий. В 2009 году в практическое здравоохранение внедрено 97 инновационных технологий, позволяющих повысить качество лечения, сократить сроки лечения, а также повысить качество жизни больных после лечения. Сотрудниками учреждений здравоохранения, образовательных учреждений края в 2009 году получено 11 патентов на изобретения в области медицины.

В целом научные исследования носят прикладной характер, соответствуют профилю обучения специалистов и возможности внедрения научных результатов как в учебный процесс, так и в практику работы лечебно-профилактических учреждений края и Дальневосточного региона. Фундаментальные научные исследования, как правило, являются фрагментами научно-исследовательских работ.

В рамках программы реформирования системы здравоохранения, заявленной 20 апреля 2010 года Председателем Правительства России В.В. Путиным, в настоящее время министерством здравоохранения края, с учетом обобщенных данных, заканчивается формирование региональной программы модернизации здравоохранения Хабаровского края на 2011–2012 годы, целью которой является улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению Хабаровского края.

Деятельность отрасли «Здравоохранение» направлена на сохранение и укрепление здоровья населения, повышение доступности и качества медицинской помощи.



ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В учреждениях здравоохранения широко используются телемедицинские технологии, проводятся телеконференции и телемосты с ведущими учеными-медиками Москвы, других городов страны по вопросам диагностики и лечения дальневосточников.

За последние три года учеными-медиками края внедрено в практическое здравоохранение 432 инновационных технологии, позволяющих повысить качество лечения, сократить его сроки, а также повысить качество жизни пациентов после лечения. Сотрудниками учреждений здравоохранения, образовательных учреждений получено более 70 патентов на изобретения в области медицины.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) населению Хабаровского края оказывается в строгом соответствии с нормативными правовыми документами, регламентирующими порядок отбора и направления больных на консультацию и лечение.

Отбор и направление жителей Хабаровского края в федеральные специализированные медицинские учреждения и краевые государственные учреждения здравоохранения осуществляет комиссия министерства здравоохранения Хабаровского края по отбору и направлению больных на консультацию и/или лечение в федеральных учреждениях здравоохранения. В соответствии с административным регламентом налажено четкое взаимодействие с медицинскими учреждениями первичного звена (муниципальное здравоохранение), краевыми государственными учреждениями здравоохранения и министерством здравоохранения Хабаровского края. Пациент, проживающий в любом отдаленном населенном пункте края, имеет возможность получить высокотехнологичную медицинскую помощь как в краевых государственных учреждениях здравоохранения, так и в ведущих федеральных центрах в течение двух-трех месяцев с момента обращения в поликлинику по месту проживания, а в экстренных случаях – в считанные дни.

Оказание ВМП жителям Хабаровского края реализуется по трем направлениям:

1. За счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях. В 2009 году ВМП в этих учреждениях получили 815 жителей края. Традиционно наиболее востребованными профилями высокотехнологичной медицинской помощи за пределами Хабаровского края являются сердечно-сосудистая хирургия – 39%, травматология и ортопедия – 15,3%, онкология – 7,3%.

Следует отметить, что на лечение в профильные федеральные центры, как правило, направляются больные с тяжелой осложненной патологией, в основном инвалиды, имеющие противопоказания для транспортировки железнодорожным транспортом. Таковую категорию больных и пациентов, не имеющих льгот по проезду, комиссия министерства здравоохранения направляет к месту лечения

за счет средств краевого бюджета. Расходы бюджета на эти цели ежегодно составляют от 8,5 до 9 млн. рублей.

2. За счет софинансирования федерального бюджета в соответствии с государственным заданием в краевых государственных учреждениях здравоохранения. Объем государственного заказа вырос с 250 квот в 2007 году до 1 тыс. в 2010 году.

3. За счет средств консолидированного бюджета края в краевых учреждениях здравоохранения ежегодно получают ВМП свыше 3 тыс. жителей.

С 2007 года государственный заказ по ВМП в крае выполняли четыре государственных учреждения здравоохранения: краевая клиническая больница №1 имени профессора С.И. Сергеева (сердечно-сосудистая хирургия, травматология-ортопедия), краевая клиническая больница №2 (нейрохирургия и травматология-ортопедия), краевой клинический центр онкологии (онкология), перинатальный центр (педиатрия, ЭКО). В 2010 году в этот перечень вошло пятое государственное учреждение здравоохранения – детская краевая больница (педиатрия, абдоминальная хирургия, травматология и ортопедия).

В ГУЗ «Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.И. Сергеева» организован краевой клинический кардиологический центр. Программно-целевой подход к решению задачи снижения смертности от сердечно-сосудистой патологии позволил оснастить центр современным диагностическим и лечебным оборудованием. В результате с 2007 года число сложных оперативных вмешательств на сердце и магистральных сосудах увеличилось на 37–40%, в том числе операций по аортокоронарному шунтированию, открытых операций на сердце в условиях искусственного кровообращения – более чем в 3 раза, операций на проводящих путях сердца – в 10 раз.

Учреждение имеет возможность (и лицензию) оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь дополнительно еще по девяти профилям (в том числе гематология, урология, абдоминальная хирургия и др.).

В краевой клинической больнице №2 применение современных высокотехнологичных видов медицинской помощи в травматологии, ортопедии, нейрохирургии позволило снизить послеоперационную летальность с 11,4 до 8,6%, повысить качество жизни пролеченных больных.

В 2008 году введен в эксплуатацию новый акушерский корпус перинатального центра. На его строительство и оснащение затрачено более 1,5 млрд. рублей. Учреждение оснащено современным оборудованием, укомплектовано высококвалифицированными специалистами.

В краевом перинатальном центре эффективно внедряются инновационные технологии в хирургии новорожденных и выхаживании маловесных детей.

С 2008 года центр оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь по профилям «педиатрия», «акушерство и гинекология» (выхаживание глубоко недоношенных детей, экстракорпоральное оплодотворение). Применение технологии «экстракорпоральное оплодотворение» за три года позволило более чем 250 супружеским парам обрести родительское счастье.



Сформированная в крае многоуровневая система оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов обеспечила возможность более чем в два раза снизить показатель материнской смертности – с 58,5 в 2008 году до 22,7 на 100 тыс. живорожденных в 2009-м.

В краевом клиническом центре онкологии с 2005 года оказываются высокотехнологичные виды медицинской помощи при злокачественных опухолях кишечника, легких и плевры: абляция одиночных метастазов опухолей в печени, в предстательной железе, реконструктивно-пластические операции.

Внедрение новых медицинских технологий позволило снизить показатели годичной летальности и первичного выхода на инвалидность. Благодаря включению Хабаровского края в «Мероприятия, направленные на совершенствование онкологической помощи населению в 2009 году» ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» подготовлен к следующему этапу развития – освоению современных методик высокотехнологичного облучения.

За счет средств федерального бюджета (448,5 млн. рублей) в центре установлены высокоэнергетический ускоритель 20 МэВ, гамма-камера, видеоэндоскопический комплекс с установками для ультразвуковой и флуоресцентной эндоскопии. Средства краевого бюджета в сумме 134,6 млн. рублей израсходованы на приобретение оборудования для проведения брахитерапии, изготовления теневых блоков, диагностического ультразвукового и рентгенооборудования. Кроме того, средства краевого бюджета были израсходованы на приобретение оборудования для первичного звена онкологической службы, подготовку кадров и помещений для размещения оборудования.

В крае разработана и одобрена главным онкологом России, директором Московского научно-исследовательского института онкологии имени Герцена В.И. Чисовым Концепция развития радиационной онкологии в Хабаровском крае.

Возможность участия края в общенациональной программе по совершенствованию организации онкологической помощи населению в 2010 году позволит обеспечить создание окружного центра высокотехнологичной лучевой терапии в Дальневосточном федеральном округе.

В 2010 году увеличены объемы ВМП, оказываемой в государственных учреждениях здравоохранения края на условиях софинансирования федерального бюджета, до 1119 квот, с финансовым обеспечением за счет средств федерального бюджета 99,8 млн. рублей. Расходы краевого бюджета на выполнение госзаказа составляют 78,1 млн. рублей.

Введение в 2009 году программно-аппаратного комплекса «Подсистема мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета» увеличило доступность ВМП жителям края, расширило возможности консультирования диагностически сложных пациентов, позволило отрегулировать вопросы взаимодействия с федеральными специализированными медицинскими учреждениями, этапности лечения пациентов.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» с сентября 2010 года в г. Хабаровске начало работу федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» (далее – Центр). Центр предназначен для оказания высокотехнологичной кардиохирургической помощи жителям Хабаровского края и других субъектов Федерации Дальневосточного федерального округа.

Решение о строительстве Центра в г. Хабаровске принято постановлением Правительства Российской Федерации от 20 марта 2006 года №139 «О строительстве федеральных центров высоких медицинских технологий».

Центр рассчитан на выполнение 5 тыс. операций в год, в том числе: 1,3–1,5 тыс. операций на сухом сердце в условиях АИК; 1,7 тыс. эндоваскулярных операций на коронарных артериях, магистральных и брахиоцефальных сосудах; 1,2–1,4 тыс. операций при нарушении ритма; 300–500 операций на периферийных артериях.

Стационар Центра рассчитан на одновременное пребывание 167 пациентов, в том числе 150 взрослых (три отделения по 50 коек) и 17 детей (одно отделение, в том числе одна палата для детей раннего возраста). Операционный блок имеет в составе пять операционных залов, в том числе два – для ангиографических операций.

В составе Центра: диагностическая поликлиника на 100 посещений в смену с приемом взрослых и детей; отделение анестезиологии и реаниматологии (на 12 коек); отделение интенсивной терапии (на 28 коек); клиничко-диагностическая и экспресс-лаборатории; отделение лучевой диагностики с кабинетами рентгеновской и магнитно-резонансной томографии. Специализированные кабинеты: ультразвуковой и функциональной диагностики, электрофизиологических исследований, врачей-консультантов узких специальностей. С 27 апреля 2010 года руководителем учреждения назначен Владимир Юрьевич Бондарь.

В 2011 году планируем увеличить объемы и расширить перечень видов оказываемой ВМП в государственных учреждениях здравоохранения края на условиях софинансирования федерального бюджета до 3786 квот, при условии финансового обеспечения за счет средств федерального бюджета в объеме 325 млн. рублей. Расходы краевого бюджета на выполнение госзаказа составят 175 млн. рублей.

Строительство новых объектов здравоохранения в крае, оснащение их современным медицинским оборудованием, внедрение новых высокотехнологичных методов лечения, приближение высокотехнологичной медицинской помощи к населению – все это позволит значительно уменьшить первичный выход на инвалидность и снизить риск смертности населения в трудоспособном возрасте, улучшить качество жизни больных и стабилизировать демографическую ситуацию на территории Хабаровского края и Дальневосточного федерального округа, эффективно использовать средства бюджетов всех уровней, направленных на охрану здоровья граждан.