

ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА:

ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗА 2012 ГОД

МИНИСТР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
Шахид Саидович
Ахмадов



Повышение качества оказания медицинской помощи в Чеченской Республике связано со структурными и функциональными преобразованиями системы здравоохранения. При расчете показателей этих преобразований использовался предоставленный Министерством здравоохранения Российской Федерации прогноз численности населения в регионе до 2018 года (предусматривает прирост к этому периоду на 14%, или на 185,4 тыс. человек, по сравнению с 2012 годом), а также уровня заболеваемости и смертности.

В структуре общей заболеваемости населения Чеченской Республики на протяжении последних восьми лет преобладают болезни органов дыхания (22,4%), системы кровообращения (14,2%), крови и кроветворных органов (7,3%), глаза и его придаточного аппарата (6,9%). В структуре детской заболеваемости ведущие места занимают болезни органов дыхания (43%), крови и кроветворных органов (11,5%), инфекционные и паразитарные болезни (8%). Среди подростков (15–17 лет) более всего распространены болезни органов дыхания (36%), крови и кроветворных органов (11%) и мочеполовой системы (5%). У взрослых чаще всего отмечают болезни системы кровообращения (20,5%), мочеполовой системы (14%), органов дыхания (13,2%).

Особенностью здравоохранения Чеченской Республики является неудовлетворительная работа первичного звена. Это связано со значительными разрушениями

во время военных действий, когда населению приходилось обращаться напрямую в стационары, удовлетворительно укомплектованные медицинскими работниками. Еще одна причина – высокая доля лиц молодого возраста.

Эта ситуация отражается на уровне заболеваемости населения по данным обращаемости (недоучет заболеваемости). Например, в среднем по России из общего числа больных пневмонией, зарегистрированных в первичном звене здравоохранения, госпитализировано 94%. В Чечне всё наоборот: госпитализируются на 98% больше больных, чем зарегистрировано. Это происходит из-за того, что пациенты сразу поступают в стационар, без дальнейшего учета и диспансерного наблюдения в поликлинике. В результате заболеваемость (в данном случае пневмонией) занижена. Особенно ярко это отражается в структуре госпитализированной заболеваемости детей.

Отличительной особенностью заболеваемости населения Чеченской Республики по сравнению с Российской Федерацией и Северо-Кавказским федеральным округом (СКФО) является высокая частота:

- болезней крови и кроветворных органов (в Чеченской Республике – 3-е место, в Российской Федерации – 13-е, уровень заболеваемости в 7 раз выше, чем в России, и в 2 раза выше, чем в СКФО);
- болезней нервной системы (в Чеченской Республике – 5-е ранговое место, в России – 9-е, уровень заболеваемости выше, чем в РФ, на 28% и выше, чем в СКФО, на 17%);
- болезней мочеполовой системы у взрослых (в Чеченской Республике – 2-е место, в Российской Федерации – 4-е, уровень заболеваемости на 20% выше, чем в России, и на 28% выше, чем в СКФО).

Среди отдельных нозологических форм следует указать на высокие показатели заболеваемости (на 100 тыс. населения):

- пневмониями (в 2011 году в Чеченской Республике было зарегистрировано 741,7 случая, в России – 435,4, в СКФО – 379,6);

- аллергическим ринитом (461,1 случая в Чеченской Республике, 212,8 – в РФ, 401,7 – в СКФО);
- невритом зрительного нерва (73,1 случая в Чеченской Республике, 16,4 – в РФ, 47,3 – в СКФО);
- нарушениями мозгового кровообращения с кровоизлиянием (87,6 случая в Чеченской Республике, 36,7 – в РФ, 36,6 – в СКФО);
- воспалительными болезнями ЦНС (184,4 случая в Чеченской Республике, 54,6 – в РФ, 114,0 – в СКФО);
- эпилепсией (470,3 случая в Чеченской Республике, 240,6 – в РФ, 248,8 – в СКФО).

Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями в Чеченской Республике остается ниже среднероссийских показателей – 244,1 на 100 тыс. населения (в Российской Федерации – 365,7) и соответствует показателям СКФО (241,4). Эти данные являются следствием низкой выявляемости патологии на амбулаторном уровне, отсутствия морфологических исследований (в регионе нет полноценной патолого-анатомической службы), особенностей возрастного состава населения (в Чеченской Республике 8,4% населения старше трудоспособного возраста, в Российской Федерации – 21,6%).

Уровень смертности от новообразований в 2011 году составил 79 случаев на 100 тыс. населения, а в 2012 году – 77,3 (в Российской Федерации в 2012 году – 201,2, в СКФО – 118,5).

По итогам 2012 года уровень заболеваемости туберкулезом в регионе составил 36,8 на 100 тыс. населения (в 2011 году – 55,1, в 2010 году – 73,1), что ниже среднероссийского значения на 32% (в РФ – 73,0). На фоне снижения заболеваемости отмечается и снижение смертности от туберкулеза с 13,9 в 2012 году до 12,2 в 2013 году. Уменьшается количество больных, выявленных при профилактических осмотрах. Внедряется культуральный метод исследования мокроты или другого материала. Широко применяется бронхоскопия. Это способствует снижению числа ошибочных диагнозов. В целом эпидемиологическая ситуация в регионе улучшается.

Общая заболеваемость детей до 14 лет в 2012 году увеличилась в 1,4 раза по сравнению с 2011 годом (табл. 1): показатель болезней кроветворных органов вырос в 1,6 раза, заболеваний эндокринной системы – в 2,1, болезней системы кровообращения – в 1,8, болезней костно-мышечной системы – в 2,1. Но при этом уменьшились случаи родовых травм у детей. Также снизилось количество родов среди девочек до 14 лет в 15,8 раза.

Общая заболеваемость подростков (15–17 лет) в 2012 году также выросла по сравнению с 2011 годом (табл. 2). В 2,3 раза увеличилось количество впервые зарегистрированных заболеваний кроветворных органов; в 2,4 раза – болезней эндокринной системы; в 2,1 раза – болезней нервной системы; в 1,8 раза – заболеваний органов дыхания и мочеполовой системы; в 1,2 раза – заболеваний органов пищеварения.

Увеличилось количество детей, взятых на диспансерный учет по поводу заболеваний: в 2011 году их было 64 226, в 2012 году – 67 558. Из них 55 233 пациента – де-

ти до 14 лет (в 2011 году – 54 075) и 12 325 – подростки (в 2011 году – 10 151).

Большой вклад в развитие здравоохранения республики внесла Программа модернизации здравоохранения Чеченской Республики на 2011–2012 годы, утвержденная постановлением Правительства Чеченской Республики от 29 марта 2011 года №30 (в редакции постановлений от 5 августа 2011 года №111, от 23 августа 2011 года №122, от 2 мая 2012 года №102, от 30 августа 2012 года №153, от 7 декабря 2012 года №220).

Между Правительством Чеченской Республики, Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 25 апреля 2011 года было заключено соглашение о финансовом обеспечении региональной Программы модернизации здравоохранения Чеченской Республики на 2011–2012 годы и дополнительные соглашения к нему (от 26 августа, 16 сентября 2011 года, 19 мая, 5 сентября 2012 года). Также принято постановление Правительства Чеченской Республики от 26 апреля 2011 года №57 «О мерах по реализации мероприятий программы модернизации здравоохранения Чеченской Республики на 2011–2012 годы» (в редакции от 2 мая 2012 года №74).

На территории республики медицинскую помощь населению оказывают 66 больничных учреждений, 7 диспансеров и 74 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждения, из них 59 расположены в сельской местности (амбулатории). Кроме того, амбулаторную помощь населению оказывает 51 амбулаторно-поликлиническое подразделение в составе больниц. Стоматологическую помощь население получает в 6 самостоятельных стоматологических учреждениях и 29 стоматологических отделениях, входящих в состав лечебно-профилактических учреждений.

Первичную медико-санитарную помощь предоставляют 17 больничных и 31 амбулаторно-поликлиническое учреждение государственной формы собственности (12 центральных районных больниц со структурными подразделениями в составе 27 участковых больниц, 55 сельских врачебных амбулаторий, 186 фельдшерско-акушерских пунктов).

Специализированную медицинскую помощь как учреждения здравоохранения второго уровня оказывают 2 республиканские поликлиники, 7 городских больниц и 3 муниципальных больничных учреждения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь третьего уровня оказывается в 19 учреждениях здравоохранения, из них 16 учреждений расположены в г. Грозном.

Медицинская паллиативная и реабилитационная помощь в государственных учреждениях здравоохранения Чеченской Республики практически не оказывается, поскольку нет достаточной коечной мощности и кадров, что требует пересмотра структуры коечного фонда с целью определения неэффективных коек и их перепрофилизации.

С 2007 по 2012 год объемы стационарной медицинской помощи в регионе увеличились с 1,9 койко-дня до 2,2. Коечный фонд увеличился на 10% –



Таблица 1

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 14 ЛЕТ (НА 100 ТЫС. ДЕТЕЙ)

Перечень основных заболеваний	2009	2010	2011	2012
Общая заболеваемость	50417,2	51513,8	78897,5	113663,7
<i>в том числе</i>				
инфекционные и паразитарные болезни	3753,6	3383,6	6448,3	8951,1
Новообразования	55,4	59,5	261,6	301,4
Болезни кроветворных органов	6625,0	5624,9	8088,8	13037,1
<i>в том числе</i> анемия	6483,6	5454,1	7837,2	12637,9
Болезни эндокринной системы	1931,5	827,4	2016,9	2553,9
<i>в том числе</i>				
сахарный диабет – всего	4,5	3,8	13,9	29,2
инсулинзависимый	4,2	2,7	13,9	26,2
Психические расстройства	181,1	158,6	428,3	848,2
Болезни нервной системы	2326,7	2241,5	3593,8	5546,4
<i>в том числе</i> детский церебральный паралич	42,5	67,1	353,0	398,6
Болезни глаза и придаточного аппарата	2179,7	1967,3	3906,4	6284,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	2277,4	2231,7	3211,5	4529,7
Болезни системы кровообращения	196,6	289,4	597,8	1051,8
Болезни органов дыхания	20363,7	21019,3	31854,9	48481,7
Болезни органов пищеварения	3855,2	4188,2	4931,4	6742,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2385,5	2526,8	3391,8	3759,4
Болезни костно-мышечной системы	484,7	498,0	837,0	1764,6
Болезни мочеполовой системы	1751,0	1918,8	2843,2	3641,7
Осложнения беременности, родов	3,9	7,6	7,9	0,5
Отдельные состояния перинатального периода	918,2	1070,4	1183,4	1860,8
Врожденные аномалии	176,3	161,1	1001,7	1354,0
Травмы, отравления	530,9	2653,9	3166,8	2000,6

с 8,7 тыс. до 9,8 тыс. Средняя продолжительность пребывания пациентов на больничной койке за указанный период сократилась на 7,5% (с 12,0 до 11,1 койко-дня). Произошло увеличение объемов медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, с 0,03 пациенто-дня до 0,1 (на 30%).

В настоящее время доля расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь населению Чеченской Респуб-

лики в общем объеме расходов составляет 24,7%, в то время как объем стационарной медицинской помощи – 67,8%.

При относительно низком уровне обеспеченности Чеченской Республики врачами (25,6 на 10 тыс. населения при среднероссийском показателе – 40,3) отмечается диспропорция в распределении медицинских кадров: концентрация их в стационарных учреждениях и недостаток в учреждениях первичного звена, превышение ко-



Таблица 2

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ (НА 100 ТЫС. ДЕТЕЙ)

Перечень основных заболеваний	2009	2010	2011	2012
Общая заболеваемость	41860,6	50764,7	101552,5	144637,9
<i>в том числе</i>				
инфекционные и паразитарные болезни	2145,1	3078,3	4212,1	7062,3
Новообразования	27,4	32,8	221,1	185,8
Болезни кроветворных органов	6052,0	6313,3	7705,7	16230,8
<i>в том числе</i> анемия	5566,7	5965,6	6871,6	15713,5
Болезни эндокринной системы	1011,7	1348,9	3507,0	8637,2
<i>в том числе</i>				
сахарный диабет – всего	6,1	5,9	45,2	63,1
инсулинзависимый	6,0	3,0	45,2	61,4
Психические расстройства	480,7	541,6	1277,8	1438,1
Болезни нервной системы	824,5	1138,5	3163,6	6067,9
<i>в том числе</i> детский церебральный и другие параличи	36,5	170,1	482,3	261,3
Болезни глаза и придаточного аппарата	2444,8	2973,8	6814,7	9151,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	2005,1	3117,1	7459,5	9172,1
Болезни системы кровообращения	675,5	1134,0	2361,4	2798,9
Болезни органов дыхания	12154,2	16110,8	39525,0	52443,8
<i>в том числе</i> бронхиальная астма	38,0	53,7	1574,3	327,9
Болезни органов пищеварения	4141,1	4507,8	6258,6	8303,9
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1815,0	2056,2	3924,0	4142,3
Болезни костно-мышечной системы	669,4	1211,6	2331,3	4282,6
Болезни мочеполовой системы	2586,3	2384,5	5828,2	6716,8
Осложнения беременности, родов	783,5	1458,8	1709,9	2037,8
Травмы, отравления	3178,1	3026,1	3232,3	3800,3

личества работающих в городах и недостаток в учреждениях здравоохранения сельской местности. Остается на низком уровне соотношение численности врачей и специалистов со средним медицинским образованием.

В ряде бюджетных учреждений здравоохранения республики отсутствуют необходимые условия для оказания своевременной и качественной медицинской помощи. Так, здания 9% стационаров и 12,7% поликлиник из-за высокого износа требуют капитального ремонта

или реконструкции. А недостаточная оснащенность лечебно-диагностическим оборудованием и неуккомплектованность медицинскими кадрами отдельных учреждений здравоохранения обуславливают необходимость реорганизации маломощных лечебно-профилактических учреждений в офисы врачебной общей практики с развертыванием дневных стационаров, интенсификации деятельности коечного фонда и перепрофилизации неэффективных коек.



В здравоохранении Чеченской Республики отработана система маршрутизации пациентов по ряду специализированных профилей медицинской помощи, в том числе реабилитационной и паллиативной.

В рамках реализации программы модернизации здравоохранения в 2012 году было продолжено реформирование инфраструктуры учреждений здравоохранения путем сокращения нерационально работающих круглосуточных коек и внедрения дневных стационаров. На базе участковых больниц, врачебных амбулаторий и городских поликлиник были развернуты дневные стационары на 669 коек, то есть по сравнению с прошлым годом число коек сократилось на 200. В настоящее время при амбулаторно-поликлинических учреждениях развернуто 259 мест, при круглосуточных стационарах – 410.

В неонатальной хирургии теперь работают 5 коек, еще 3 койки реанимации служат для выхаживания новорожденных, перенесших хирургическое вмешательство. Также открыты реанимационные отделения для новорожденных на 12 коек.

Планируется увеличить объемы стационарной помощи и пересмотреть показания для госпитализации больных ввиду высокой заболеваемости и тенденции к росту ряда нозологических форм. К ним относятся болезни мочеполовой системы (воспалительные заболевания женских половых органов, болезни почек), нервной системы (пароксизмальные расстройства, воспалительные болезни нервной системы), крови и кроветворной системы (анемии различного генеза), системы кровообращения (острые и хронические ревматические заболевания сердца, гипертоническая болезнь с поражением почек и сердца), органов дыхания (пневмония).

Увеличение объема стационарной помощи «недогоспитализированным» больным на 377,1 койко-дня (или на 0,29 койко-дней на 1 жителя) при эффективном использовании имеющегося коечного фонда повысит занятость койки с 290 дней в 2011 году до 320 в 2014 году.

Одновременно, ввиду неудовлетворительной работы онкологической койки (180 дней в году), планируется сократить их численность и сосредоточить в головном учреждении – республиканском онкологическом диспансере. Высвободившийся ресурс позволит укрепить патолого-анатомическую службу и усилить специализированную помощь первичного звена здравоохранения.

Рост объемов амбулаторной помощи, включая развитие стационарозамещающих технологий, позволит сократить число необоснованных госпитализаций и к 2018 году – при условии эффективной работы первичного звена здравоохранения – уменьшить расходы на стационарную помощь на 10 процентных пунктов и увеличить расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях на 6,4 процентных пункта. Избыточное число стационарных коек по отдельным профилям будет сокращаться с учетом уровня заболеваемости и смертности населения, доступности специализированной медицинской помощи в отдаленных населенных пунктах и интенсификации работы коек.

В целях совершенствования организации медицинской помощи, первичной и вторичной профилак-

тики больных с сосудистыми поражениями головного мозга и сердца постановлением Правительства Чеченской Республики от 2 мая 2012 года №78 (в редакции от 6 ноября 2012 года №191) утверждена республиканская целевая программа «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в Чеченской Республике на 2012 год».

В рамках этой программы созданы региональный сосудистый центр на базе ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» и два первичных сосудистых отделения (ПСО) на базах МБУ «Урус-Мартановская центральная районная больница» и МБУ «Шалинская центральная районная больница». Для данных учреждений определены зоны обслуживания и маршрутизация больных с сосудистыми заболеваниями с учетом времени доставки по отработанным схемам.

Благодаря работе этих лечебных учреждений планируется снизить летальность от острых коронарных событий до среднероссийского уровня.

Однако расстояние до этих первичных сосудистых отделений не во всех случаях позволяет доставить пациента в больницу в пределах «золотого часа», в связи с чем необходимо создать дополнительные ПСО в Гудермесском районе.

В рамках реализации республиканской целевой программы «Совершенствование организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на территории Чеченской Республики в 2010 году», утвержденной постановлением Правительства Чеченской Республики от 6 июня 2010 года №92.1, и в соответствии с постановлением Правительства Чеченской Республики от 23 июля 2010 года №123 «О некоторых мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 года №1153 «О финансовом обеспечении в 2010 году за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях» утверждены зоны ответственности учреждений здравоохранения Чеченской Республики за организацию медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) на федеральной автомобильной дороге М-29 «Кавказ».

Для совершенствования организации оказания этой помощи созданы травмоцентры на базе учреждений здравоохранения Чеченской Республики, расположенных вдоль федеральной трассы и оказывающих медицинскую помощь лицам, пострадавшим при ДТП. Они разделены по уровню оказания медицинской помощи и оснащены современным медицинским оборудованием:

- травмоцентр I уровня находится на базе государственного учреждения «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» (г. Грозный);
- травмоцентры II уровня действуют на базах ГУ «Гудермесская центральная районная больница» (г. Гудермес), ГУ «Урус-Мартановская центральная районная больница» (г. Урус-Мартан);



- травмоцентры III уровня расположены на базах ГУ «Ачхой-Мартановская центральная районная больница» (с. Ачхой-Мартан), ГУ «Аргунская горбольница №1» (г. Аргун).

Также разработаны и внедрены схемы доставки пострадавших при ДТП в учреждения здравоохранения с целью сокращения времени прибытия экстренных медицинских служб на место ДТП.

Важным направлением оптимизации коечного фонда является развитие реабилитационной медицинской помощи. В ноябре 2012 года на согласование в Министерство здравоохранения Российской Федерации был представлен проект долгосрочной целевой программы Чеченской Республики «Развитие медицинской реабилитации в Чеченской Республике на 2013–2018 годы». Одним из ключевых мероприятий этой программы будет строительство нового крупного центра медицинской реабилитации мощностью до 120 коек. Он станет методическим центром для всей системы оказания медицинской реабилитационной помощи населению Чеченской Республики.

Еще одно направление развития реабилитационной медицинской помощи в регионе – перепрофилирование имеющихся профицитных плановых коек в реабилитационные и выделение головного учреждения с функциями организационно-методического центра. Этот вариант позволит использовать существующую материально-техническую базу учреждений здравоохранения, кадровый потенциал, но потребует приобретения специализированного оборудования и обучения медицинского персонала.

Обеспеченность населения Чеченской Республики койками для получения реабилитационной медицинской помощи увеличится за период 2013–2018 годов с 0,68 на 10 тыс. человек (135 коек) до 3,3 (660 коек).

Представленная совокупность структурных преобразований системы оказания медицинской помощи учитывает дальнейшее развитие межрайонных центров: число коек, на которых будет оказываться помощь населению зоны ответственности, планируется увеличить до 400. Это будет сделано за счет сокращения кардиологических, неврологических и травматологических круглосуточных коек в центральных районных больницах. Потребуется дополнительное приобретение медицинского оборудования, в первую очередь для организации реабилитационной медицинской помощи.

Развитие амбулаторно-поликлинической помощи будет направлено:

- на расширение лечебной сети для обеспечения доступности медицинской помощи сельскому населению (организация кабинетов врачей общей практики, расширение сети ФАПов), расширение сети врачебных амбулаторий (с 55 до 65) на основе реорганизации участковых больниц, использование мобильной медицины;
- развитие профилактического направления в рамках подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» программы «Развитие здравоохранения

Чеченской Республики до 2020 года», предусматривающей расширение сети кабинетов профилактики до 48, отделений профилактики до 12, центров здоровья с 4 до 8, проведение диспансеризации и медицинских осмотров;

- увеличение объемов неотложной медицинской помощи до федерального норматива на основе интенсификации работы медицинского персонала;
- увеличение объемов стационарозамещающей помощи до федерального норматива на основе увеличения количества стационарозамещающих коек;
- создание межмуниципальных консультативно-диагностических центров первичной специализированной медицинской помощи;
- увеличение посещений населением врачей с профилактической целью с 27 до 34%, развитие патронажной службы с увеличением активных посещений на 20%;
- оптимизацию объема первичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на основе переноса объемов медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническое звено и развития стационарозамещающих технологий.

Для выполнения поставленных задач разработан целый комплекс мероприятий:

1. Реорганизация маломощных медицинских организаций, не обеспечивающих деятельности учреждений в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.
2. Приведение номенклатуры учреждений здравоохранения республики в соответствие единой номенклатуре медицинских организаций РФ.
3. Создание на базе многопрофильных медицинских организаций в гг. Грозном, Гудермесе, Урус-Мартане, Шали, где проживает 32,7% всего населения республики, межрайонных консультативно-диагностических центров первичной специализированной медико-санитарной помощи для взрослых по наиболее востребованным профилям в соответствии с порядками оказания специализированной медицинской помощи.
4. Создание в гг. Грозном, Гудермесе, Урус-Мартане, Шали межрайонных консультативно-диагностических центров первичной специализированной медико-санитарной помощи для детей по наиболее востребованным профилям в соответствии с порядками оказания специализированной медицинской помощи.
5. Дальнейшее развитие оказания первичной специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи женскому населению Чеченской Республики в связи с высокой материнской смертностью и высокими показателями по болезням мочеполовой системы.
6. Создание на базе бюджетного учреждения здравоохранения Чеченской Республики регионального консультативно-диагностического центра первичной специализированной медико-санитарной помощи с организацией центров амбулаторной спе-



- циализированной медицинской помощи с учетом низкой обеспеченности населения эндокринологами (в 2 раза ниже, чем по РФ), гастроэнтерологами (в более чем 3 раза ниже, чем по РФ), проктологами, ревматологами.
7. Организация 3 выездных бригад на базе многопрофильных медицинских организаций (с установлением графика выездов с учетом географических особенностей и особенностей расселения населения республики) в целях улучшения доступности медицинской помощи для взрослого и детского населения, усиления активного выявления скрытой патологии.
 8. Строительство новых поликлиник и модульных ФАПов, что позволит частично решить проблему с обеспеченностью населения первичной медико-санитарной помощью и сократить дефицит мощности амбулаторно-поликлинических учреждений, которая на 13% ниже среднероссийской.
 9. Развитие сети офисов врача общей практики в тех населенных пунктах, где медицинский работник зачастую изолирован от других медицинских учреждений (в системе здравоохранения Чеченской Республики будет уделяться внимание оснащению медицинской аппаратурой выездных медицинских бригад для проведения основных видов диагностики в малочисленных населенных пунктах Чеченской Республики).
 10. Формирование потоков пациентов по единым принципам маршрутизации, а именно разработка поэтапных алгоритмов диагностики и лечения в зависимости от профиля патологии и соблюдение четкой преемственности этапов оказания медицинской помощи. Это позволит исключить дублирование диагностических исследований, обеспечив непрерывный процесс лечения пациентов.
 11. Реализация в полной мере преемственности информации между учреждениями, так как оперативный контроль за доступностью и качеством оказания медицинской помощи возможен только при наличии единой персонифицированной базы данных пациентов.
 12. Проведение массовых акций здоровья во время культурно-массовых мероприятий, системное использование средств массовой информации для информирования населения о факторах риска, клинических проявлениях заболеваний, возможностях оказания медицинской помощи.
 13. Создание на базе всех амбулаторно-поликлинических учреждений кабинетов (отделений) неотложной медицинской помощи, работающих во взаимодействии с единой диспетчерской службой скорой медицинской помощи, что позволит снизить нагрузку на скорую медицинскую помощь, увеличив ее доступность для оказания населению медицинской помощи в экстренной форме. Востребованность этих кабинетов в системе обязательного медицинского страхования вырастет за период 2013–2015 годов с 0,3 на одно застрахованное лицо в год до 0,6. К 2020 году этот норматив должен увеличиться до 0,96. Доля указанных посещений в общем числе посещений по программе государственных гарантий составит в 2013 году 8,37%, а к 2015 году – до 12,24%.
 14. Создание в 2013 году единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи, оснащенной автоматизированной системой управления приема и обработки вызовов с использованием ГЛОНАСС. Приведение в соответствие нормативам (1 бригада на 10 тыс. населения) количества, состава и оснащения бригад скорой медицинской помощи позволит ускорить оказание квалифицированной экстренной медицинской помощи. Объемы скорой медицинской помощи, оказываемой в настоящее время населению, в целом приближены к установленному нормативу. При росте эффективности деятельности первичного звена здравоохранения усиление профилактической работы, организация и активизация выездных форм работы, включая мобильные центры здоровья, расширение стационарозамещающих технологий, внедрение неотложной, паллиативной помощи позволят существенно уменьшить объемы предоставления скорой медицинской помощи, норматив объемов скорой медицинской помощи будет достигнут к 2015 году. Кроме того, предлагаемая организация первичной медико-санитарной помощи с активизацией профилактического направления работы повлечет за собой реструктуризацию и оптимизацию коечного фонда учреждений здравоохранения.
 15. Дальнейшее развитие системы диспансеризации всего населения, а также активизация диспансерного наблюдения пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, с превентивной целью, регулярный анализ диспансерных мероприятий каждого территориального амбулаторно-поликлинического учреждения, передача части вопросов диспансеризации от участковой службы врачам узкоспециализированных профилей. Эта работа будет выполняться в целях ранней диагностики заболеваний и профилактики возможных их осложнений у населения различных групп и возрастов, в частности анемии, заболеваемость которой среди взрослого населения выше, чем по РФ, более чем в 8 раз, в основном за счет женского населения, а также наблюдения лиц с хроническими заболеваниями и лиц из группы риска развития заболеваний. Диспансеризация для городского населения будет главным образом организовываться по участковому принципу, в поликлиниках, и проводиться по месту прикрепления граждан. Диспансеризация для сельского населения будет проходить в поликлиниках центральных районных больниц, во врачебных амбулаториях и фельдшерско-акушерских пунктах с широким использованием выездных форм работы врачебных бригад.