

# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ: ОТ МОДЕРНИЗАЦИИ К РАЗВИТИЮ

ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ  
ПРАВИТЕЛЬСТВА  
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ –  
МИНИСТР  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ  
Геннадий Николаевич  
Гридасов



2012 год знаменателен для всей системы здравоохранения страны прежде всего тем, что изменились подходы к системе, больше внимания уделялось технологии оказания медицинской помощи, что стало возможным благодаря реализации беспрецедентной программы модернизации здравоохранения.

Коллегией министерства здравоохранения Самарской области на 2012 год были поставлены следующие основные задачи:

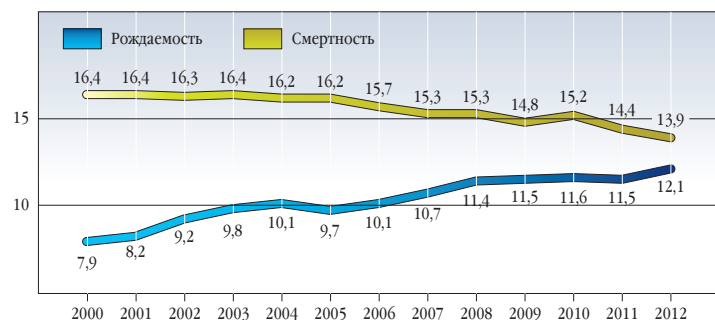
- реализация Федерального закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в части передачи учреждений муниципальной системы здравоохранения в областную собственность;
- разработка и внедрение прозрачной системы ранжирования ЛПУ в зависимости от качества предоставления медицинской помощи населению;
- улучшение доступности и качества медицинской помощи с особым вниманием на организацию онкологической и противотуберкулезной службы с учетом роста смертности от этих заболеваний;
- дальнейшее совершенствование оказания медицинской помощи беременным и детям с учетом перехода на международные критерии живорождения.

Демографические показатели можно расценивать как концентрированное выражение социальной политики, проводимой в регионе. Среди позитивных итогов 2012 года необходимо отметить то, что в Самарской области продолжается снижение смертности населения (рис. 1): в 2012 году умерло на 1744 человека меньше, чем в 2011 году, что составило 3,5% (снижение в Приволжском федеральном округе – на 2,8%, в РФ – на 1,5%). По динамике снижения общей смертности населения регион занимает 3-е место в округе. В то же время по уровню рождаемости область находится на 9-м месте в Приволжском федеральном округе (ПФО). Несмотря на то что показатель рождаемости был в регионе самым высоким за последние 25 лет, темп его роста – 5,2% – ниже, чем в ПФО (6,5%) и РФ (5,6%). Как результат, из 14 субъектов округа в половине отмечен естественный прирост населения. К сожалению, Самарская область не вошла в их число.

Смертность от болезней системы кровообращения в 2012 году снизилась на 6,9% по сравнению с предыдущим годом (рис. 2). И если в 2011 году имела место недостаточная отдача средств, вложенных в рамках программы модернизации в кардиологическую и неврологическую службы, то в прошлом году проявилась положительная тенденция: по уровню смертности от болезней системы кровообращения область занимает 5-е место в ПФО, а по темпу снижения находится на 4-м месте. И это неслучайно. В 2011–2012 годах в рамках программы модернизации здравоохранения в Самарской области была продолжена работа по совершенствованию медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом. За это время:

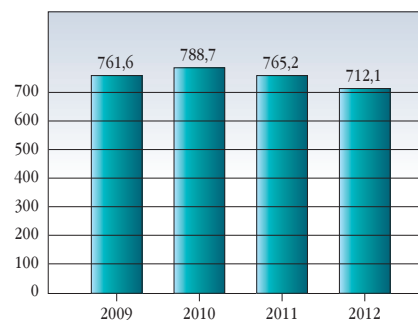
- определено 16 ЛПУ области, в которых могут проходить лечение пациенты с этой патологией;
- установлены оптимальные затраты на лечение пациентов с инфарктом миокарда;
- разработано 9 клинико-статистических групп (КСГ), основанных на технологическом принципе, вошедших в региональный прейскурант ОМС;
- для каждой КСГ были составлены технологические карты, описывающие процесс оказания по-

1



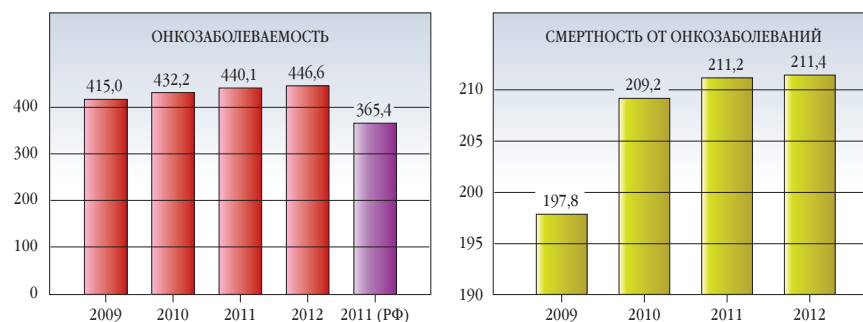
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ  
(НА 1 ТЫС. ЖИТЕЛЕЙ)

2



СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ  
КРОВООБРАЩЕНИЯ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ  
(НА 100 ТЫС. ЖИТЕЛЕЙ)

3



ОНКОЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ  
(НА 100 ТЫС. ГРАЖДАН)

мощи на госпитальном этапе, а также подробная тактика ведения пациента на амбулаторном этапе после выписки из стационара;

- налажен ежедневный контроль за госпитализацией в непрофильные отделения, в результате чего в 2011–2012 годах профильность госпитализации в специализированные ЛПУ составила 95%.

Есть положительный опыт и в лечении пациентов с сосудистой патологией головного мозга, что подтверждается высокой оценкой Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой во время визита в регион в январе 2012 года. Но останавливаться нельзя. Главная задача 2013 года – создание 8 первичных сосудистых центров. Материальная основа была заложена в 2012 году, в 2013 году необходимо отработать организационные механизмы, новую схему маршрутизации пациентов.

Онкологическая заболеваемость в Самарской области выросла за 5 лет на 10% и превышает российский показатель на 22,3% (рис. 3). Смертность от рака за это же время увеличилась на 7,8%, причем за 2012 год – на 0,1%. То есть рост смертности практически прекратился и отстает от роста заболеваемости.

Наметившиеся положительные тенденции в онкологической службе подтверждают и снижение удельного веса запущенных форм рака, и стабилизация показателя однодневной летальности. В рамках намеченной на 2013 год диспансеризации населения основной акцент должен быть сделан на раннем выявлении онкологичес-

ких заболеваний. В 2012 году материальное стимулирование врачей, выявивших онкозаболевания на ранних стадиях, осуществлялось недостаточно активно: за 2 тыс. рано выявленных онкобольных врачам было выплачено 3,1 млн рублей. Задача и министерства, и главного внештатного специалиста по онкологии, и территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) – активизировать эту работу.

На результаты лечения онкологических больных непосредственное влияние оказывают фактор времени, то есть насколько будет отсрочено оказание специализированной помощи от момента выявления заболевания, и фактор места, или уровень учреждения, оказывающего медицинскую помощь. В рамках реализации территориальной программы государственных гарантий за 3 года были сокращены предельные сроки обследования пациента с подозрением на наличие новообразования, что позволило уменьшить срок обследования на две недели (на 62%), а срок ожидания госпитализации – на 1,5 дня (на 18%). За этот же период на 20% увеличилось число больных, прооперированных в условиях областного онкологического диспансера (ГУЗ СОКОД).

В этом учреждении широко используются новые современные технологии лечения онкологических больных: брахитерапия, рентгенохирургические операции, стереотаксическая лучевая терапия, радиочастотная и лазерная абляция, видеоассистированная эндоскопическая хирургия. В 2012 году 360 онкобольных получили высокотехнологичную медицинскую помощь



4



СМЕРТНОСТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ  
(НА 100 ТЫС. ЖИТЕЛЕЙ)

Таблица 1

### СООТНОШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Территория	Умерло на дому трудоспособного возраста, %	Общая смертность, на 1 тыс. жителей
Шигонский район	69,3	19,0
Шенталинский район	68,7	18,3
Богатовский район	65,1	18,4
Борский район	63,8	17,0
Алексеевский район	59,0	18,8
Всего по области	46,3	13,9
<b>Приволжский район</b>	<b>38,8</b>	<b>11,9</b>
<b>Тольятти</b>	<b>42,2</b>	<b>11,1</b>
<b>Нефтегорский район</b>	<b>42,3</b>	<b>13,1</b>
<b>Волжский район</b>	<b>44,6</b>	<b>11,3</b>

различных видов – в 1,8 раза больше, чем в 2011 году. При этом число выполненных высокотехнологичных операций за 3 года выросло на 48%. С 2010 года 5-летняя выживаемость пациентов со злокачественными новообразованиями увеличилась более чем на 6%.

В 2012 году на фоне увеличения показателя заболеваемости на 6,5% отмечено уменьшение показателя смертности от туберкулеза на 27,3% (рис. 4). Активизирована работа по охвату населения флюорографическими осмотрами среди групп риска, что привело к уменьшению доли бактериовыделителей среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания на 12,7%.

Одним из значимых факторов, обуславливающих напряженную эпидемиологическую ситуацию, является высокий уровень распространения ВИЧ-инфекции на территории. В структуре больных туберкулезом ВИЧ-инфицированные в 2011 году составили 17,6%, в 2012 году – 21,2%.

С целью оптимизации оказания фтизиатрической помощи населению в 2012 году проведена реорганизация службы, в результате чего на территории области осталось 3 диспансера. Реструктуризация учреждений фтизиатрической службы позволила оптимизировать коечный фонд, медицинскому персоналу сохранить рабочие места, снизить численность «прочего» персонала, повысить рентабельность использования медицинского оборудования, приблизить специализированную помощь к больному и добиться высокой эффективности лечения.

Главная цель программы модернизации здравоохранения – повысить доступность и качество медицинской помощи, что должно отразиться на показателях здоровья населения.

Можно придумывать разные показатели эффективности работы учреждения, но данные, приведенные в таблице 1, перечеркнут любые из них.



О какой доступности медицинской помощи может идти речь, если 60–70% лиц трудоспособного возраста в Шигонском, Шенталинском, Богатовском, Борском, Алексеевском районах умирает на дому? Отсюда и общая смертность на треть выше средней по области. Верна и обратная закономерность, что видно на примере территорий, выделенных в таблице полужирным шрифтом.

О низкой доступности помощи говорят и многочисленные обращения граждан.

Важность решаемых задач определяет и уровень финансирования отрасли. На 2012 год министерству законом Самарской области «Об областном бюджете на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов» предусмотрены бюджетные ассигнования в сумме 24,626 млрд рублей. Исполнение за 2012 год в целом по министерству составило 95,9% от плановых значений. Финансирование осуществлялось за счет средств областного (74,7%) и федерального (25,3%) бюджетов.

Всего министерством реализовывалось 13 целевых программ на сумму 5,673 млрд рублей, многие из них – с привлечением средств федерального бюджета. Исполнены программы на 86%, главным образом за счет переноса на 2013 год дополнительных 800 млн рублей, полученных регионом в декабре 2012 года.

Необходимо отметить, что с 1 октября 2012 года повышена на 6,0% заработная плата работников бюджетных учреждений.

Среднемесячная заработная плата работников учреждений здравоохранения, подведомственных министерству здравоохранения Самарской области, по итогам 2012 года составила 16 484,8 рубля. По категориям персонала картина такова:

- врачи, провизоры (включая заведующих структурными подразделениями – врачей-специалистов, провизоров) и специалисты с высшим профессиональным образованием, обеспечивающие предоставление медицинских услуг, – 25 625,4 рубля;
- средний медицинский персонал и специалисты со средним профессиональным образованием, обеспечивающие предоставление медицинских услуг, – 15 106,1 рубля;
- младший медицинский персонал – 9286,11 рубля;
- административно-управленческий персонал (руководитель учреждения, заместители руководителя учреждения, главный бухгалтер, начальник отдела, завхоз, заведующий складом, инспектор (или специалист) по кадрам, экономист, бухгалтер, юрист-консульт, инженер и пр.) – 24 843,0 рубля;
- прочий персонал, не отнесенный к другим категориям, – 11 836,2 рубля.

Величина прожиточного минимума в Самарской области за IV квартал 2012 года составляла в расчете на

душу населения 6903 рубля, для трудоспособного населения – 7550 рублей.

Согласно дорожной карте<sup>1</sup> в 2013 году необходимо повысить заработную плату врачам на 19%, средним медработникам – на 18%, младшим – на 27%.

С 2009 года произошел рост общей стоимости Программы государственных гарантий области на 51,3%, причем с 2010 года – на 48,2%. Стоимость программы на 2013 год составляет 29,2 млрд рублей. Однако даже при таком значительном росте пока не выполнены объемные нормативы, рекомендуемые федеральными органами, в частности по скорой медицинской и стационарной помощи, причем в части средств из областного бюджета.

В то же время более заметный рост отмечается при анализе ресурсообеспечения обязательного медицинского страхования. ТП ОМС выросла с 2009 года на 121% (с 10,4 до 23 млрд рублей). Если в структуре программы государственных гарантий территориальная программа ОМС составляла в 2009–2010 годах 53%, то в 2013 году удельный вес средств ОМС вырос до 79%, что соответствует постепенному переходу здравоохранения области к одноканальному финансированию.

Следует отметить и такой важный факт, как значительный, опережающий рост в системе ОМС поступлений из бюджета в виде платежей за неработающее население. С 2009 года эти поступления с 5,1 млрд рублей увеличились до 7,4 млрд рублей, или на 45%, а если учесть все поступления из бюджета области в ОМС, то рост составит более 100%.

Одновременно отмечается рост по ОМС и подушевого норматива на 120%, который вплотную приблизился к федеральному рекомендуемому показателю и в 2013 году составил 7171,3 рубля.

В рамках намеченного плана по реализации Федерального закона<sup>2</sup> от 29 ноября 2010 года №313 проведена большая организационная работа по поэтапному переводу муниципальных учреждений в государственные. На первом этапе, с 1 октября 2012 года, в государственную собственность были переведены станции скорой медицинской помощи (и переведены в систему ОМС) и стоматологические поликлиники, с 1 января 2013 года – все остальные муниципальные учреждения.

Начать работу со скорой медицинской помощи было решено в связи с длительным отсутствием внимания со стороны муниципалитетов к проблемам этой сферы. Не ремонтировались подстанции, более 5 лет не обновлялся автомобильный парк, не закупались необходимые препараты, одежда и обувь для сотрудников. Началось массовое увольнение сотрудников. В итоге вместо необходимых 95–100 бригад скорой помощи на линии в Самаре работает не более 40–45 бригад ежедневно. В 2012 году значительно выросло время ожидания бригады скорой медицинской помощи.

<sup>1</sup> План мероприятий (дорожная карта) «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохра-

нения». Утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года №2599-р.

<sup>2</sup> «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об

обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».



Таблица 2

## КОЕЧНЫЙ ФОНД В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Показатель	2010	2011	2012	2011 (РФ)
Круглосуточных коек	25696	26557	25497	...
Обеспеченность населения койками (на 10 тыс. человек)	81,1	82,6	81,6	85,8
Средняя занятость койки в году, дней	319	306	316	324
Средняя длительность пребывания больного на койке, дней	11,4	11,3	11,5	12,4
Число пролеченных больных с использованием стационарозамещающих технологий	183663	174920	179243	...

За несколько месяцев удалось закупить новые санитарные автомобили, одежду и обувь для персонала. Была проведена работа по поэтапному повышению заработной платы, а встречи сотрудников министерства и территориального фонда ОМС с коллективом стали регулярными.

Отчасти поможет решить проблему скорой помощи создание службы неотложной помощи городским жителям. В 2012 году на территории Самарской области неотложная медицинская помощь оказывалась в 14 учреждениях здравоохранения г.о. Самара. Развитие этой службы направлено на оптимизацию организации оказания первичной медико-санитарной помощи и должно освободить часть линейных бригад станций скорой медицинской помощи и сократить время прибытия бригад к пациентам. В 2013 году работа по созданию отделений неотложной помощи в поликлинических учреждениях городов продолжена.

Все жители страны имеют равное право на доступную, качественную медицинскую помощь. Наиболее проблемна реализация этого права у сельских жителей. Для решения этой задачи было выбрано два направления. С одной стороны, для повышения качества помощи совершенствуется работа межмуниципальных центров (ММЦ). За 2012 год на базе ММЦ оказано более 1 млн консультативно-диагностических услуг, стационарную помощь получили более 200 тыс. пациентов. С другой стороны, необходимо максимальное приближение медицинской помощи к сельским жителям. Эта задача решается организацией работы фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов. В 2012 году в рамках реализации мероприятий областной целевой программы «Модернизация здравоохранения в Самарской области» на 2011–2015 годы» приобретено 54 модульных фельдшерско-акушерских пункта, и в настоящее время готовится их монтаж, а также оснащение их медицинским оборудованием, инструментарием и мебелью. При отборе населенных пунктов, где будут строиться модульные фельдшерско-акушерские пункты, учитывались следующие критерии: отсутствие в данном населенном пункте другой медицинской организации, численность прикрепленно-

го населения не менее 400 человек, расположение ФАП в приспособленном (совмещенном) помещении или его отсутствие, удаленность на расстояние более 8 км от центральной районной больницы.

Особое внимание министерство здравоохранения области уделяло рациональному использованию коечного фонда. В 2012 году, несмотря на массовый ремонт учреждений, число круглосуточных коек уменьшилось на 1060 (табл. 2), или на 4%; работа койки выросла на 3,3%, хотя и далека пока от оптимальной; число пролеченных на стационарозамещающих койках по сравнению с прошлым годом выросло на 2,5%. Работа в этом направлении должна быть продолжена.

На 1 января 2013 года в практическом здравоохранении Самарской области трудится 12 761 врач, 24 941 средний медицинский работник, всего в отрасли работают более 60 тыс. человек.

Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения – 39,7 (на 1 января 2012 года – 42,4), средним медицинским персоналом – 77,6 (82,2).

Следует отметить, что обеспеченность населения Самарской области врачами и средним медицинским персоналом ниже показателей по Российской Федерации, составляющих соответственно 44,0 и 92,4. По врачам показатель выше, чем в ПФО, по среднему медицинскому персоналу значительно ниже (41,5 и 98,1 соответственно). Снижение числа врачей и средних медицинских работников объясняется исключением из статистического отчета крупного учреждения г.о. Тольятти – ФМБА, а также интернов.

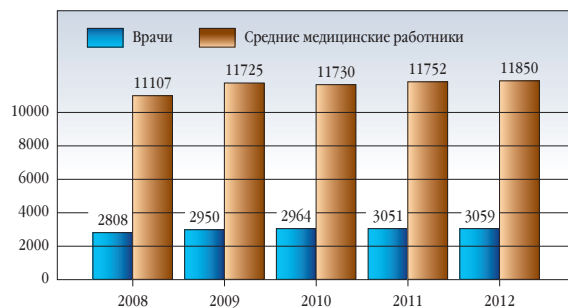
В 2012 году сохраняется высокий коэффициент совместительства у врачей в стационарах – 1,59 и в службе скорой медицинской помощи – 1,70.

Дефицит врачей с учетом 22%-ной доли пенсионеров составляет более 2 тыс. человек, потребность в среднем медицинском персонале – по методике расчета Минздрава России исходя из норматива соотношения врачей в целом по учреждению и средних медицинских работников 1 : 2,79 – составляет более 5 тыс. человек.

Особенно остро ощущается недостаток педиатров, хирургов, нейрохирургов, детских хирургов, детских он-



5



ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

кологов, фтизиатров, анестезиологов-реаниматологов, врачей клинической лабораторной диагностики, психиатров, трансфузиологов, медицинских сестер палатных, процедурных, медицинских сестер анестезистов, медицинских лабораторных техников.

В практическом здравоохранении Самарской области работают 42 доктора медицинских наук, 487 кандидатов медицинских наук.

Областное министерство здравоохранения проводило большую работу по реализации программы непрерывного профессионального развития медицинских работников (рис. 5). В прошедшем году в рамках выполнения программы непрерывного профессионального развития проведено четыре образовательных недели с привлечением специалистов Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ), во время которых повысили качество своих знаний более 9 тыс. медицинских специалистов учреждений здравоохранения без отрыва от производства.

В рамках региональной программы модернизации здравоохранения за счет средств областного бюджета в 2012 году повысили квалификацию 1 тыс. врачей государственных учреждений здравоохранения области и 48 врачей прошли стажировку в ведущих медицинских центрах Российской Федерации.

В прошедшем году продолжалась работа по привлечению молодых специалистов в практическое здравоохранение. В 2012 году система здравоохранения области пополнилась молодыми специалистами: 222 врачами (237 в 2011 году) и 401 средним медицинским работником (450 в 2011 году).

Сегодня в Самарской области последовательно реализуется ряд мер, направленных на закрепление медицинских кадров в здравоохранении.

В целях повышения социальной защищенности молодых специалистов и закрепления их в учреждениях здравоохранения в рамках постановления правительства Самарской области от 23 марта 2011 года №100 выплачивается единовременное пособие на обустройство молодым врачам и средним медицинским работникам, приступившим к работе в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения по наиболее востребованным специальностям практического здравоохранения. Всего в 2012 году такое пособие получи-

ли 195 молодых специалистов (113 врачей и 82 средних медицинских работника). Это составляет 51% от общего числа молодых врачей, пришедших на работу по окончании вуза, и 19% от общего числа средних медицинских работников, окончивших в 2012 году учреждения среднего профессионального образования.

С 2012 года медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011–2012 годах после окончания вуза на работу в сельский населенный пункт Самарской области или переехавшим на работу в сельский населенный пункт Самарской области из другого населенного пункта, предоставлялась мера социальной поддержки в виде единовременной компенсационной выплаты в размере 1 млн рублей. В 2012 году такую выплату получили 114 молодых специалистов.

Данная мера социальной поддержки предусмотрена также для молодых специалистов, прибывших или переехавших на работу в сельские населенные пункты Самарской области в 2013 году.

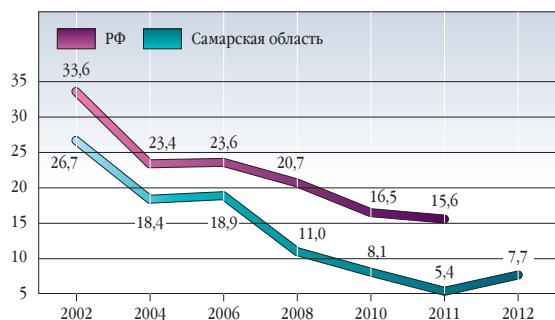
Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» разработан и в настоящее время проходит согласование проект областной целевой программы «Медицинские кадры Самарской области на 2013–2017 годы», предусматривающий мероприятия по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров, восполнению естественной убыли и обеспечению системы здравоохранения квалифицированными специалистами, меры по решению социальных вопросов медицинских работников, социальной поддержке молодых специалистов, повышению престижа профессии медицинского работника. Принятие и реализация этой программы помогут решить проблему кадрового обеспечения отрасли здравоохранения, повысить эффективность и улучшить качество подготовки медицинских кадров Самарской области.

За годы совместной работы министерства здравоохранения Самарской области и СамГМУ выстроена четкая система подготовки медицинских кадров. Она начинается с организации целевого набора абитуриентов из сельских районов и экологически неблагополучных городов области.

Среди всех факторов, определяющих уровень оказания медицинской помощи, одним из важнейших является

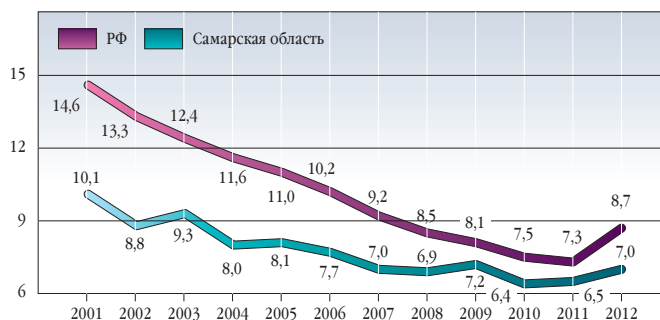


6



МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

7



МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

профессионализм медицинских работников. Так, 17 специалистов СамГМУ являются главными внештатными специалистами министерства здравоохранения и социального развития Самарской области. Кафедры университета курируют наиболее проблемные сельские районы области.

Приоритетным направлением работы министерства, как и раньше, является охрана материнства и детства. В 2012 году в Самарской области сохранился низкий показатель материнской смертности – 7,7 на 100 тыс. родившихся живыми детей (рис. 6), что вдвое ниже показателя по Российской Федерации в 2011 году (15,6). Отрадно, что этот показатель стабильно низок и за 5 лет не повышался выше 11.

В 2012 году страна перешла на расширенные критерии живорождения. Подготовка к этому была начата еще в 2008 году, в 2011 году было завершено создание сети межмуниципальных перинатальных центров, отработаны вопросы маршрутизации. По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, в регионе, где внедрены современные перинатальные технологии, переход на новые критерии живорождения не должен был привести к росту показателя младенческой смертности более чем на 15%. В Самарской области показатель вырос на 7,7% и составил 7,0 на 1 тыс. родившихся живыми детей (рис. 7), в ПФО он вырос на 22%, в РФ – на 19%. По уровню младенческой смертности регион занимает 4-е место в округе, а по темпу роста – 2-е. Отрадно отметить, что снизилась младенческая смертность от управляемых причин смерти – инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания, внешних причин. В дальнейшем необходимо отработать систему ранней эвакуации маловесных детей из сельских территорий, есть необходимость в увеличении коек реанимации новорожденных на втором этапе и коек для выхаживания недоношенных детей.

Самарская область входит в число неблагополучных по ВИЧ-инфекции субъектов Российской Федерации. Лица, живущие с ВИЧ, зарегистрированы во всех районах и городах губернии, причем жители городов составляют 86% от всех выявленных серопозитивных к ВИЧ.

75% всех инфицированных проживают в Тольятти и Самаре. Следует отметить, что 1,5% всего населения региона инфицированы ВИЧ. Это, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, свиде-

тельствует о генерализованной стадии эпидемии ВИЧ-инфекции. Изменение технологии работы с акцентом на группах риска позволило в прошлом году увеличить охват диспансерным наблюдением. В центрах по профилактике и борьбе со СПИДом Самарской области на «Д»-учете состоят более 22 тыс. больных.

Сегодня основным препятствием и сдерживающим фактором для внедрения современных методов борьбы с эпидемией является изношенная на 100% материально-техническая база Самарского СПИД-центра (ГБУЗ СОЦ СПИД и ИЗ), которая не позволяет обеспечить своевременное и в полном объеме обследование населения области как с целью первичной диагностики ВИЧ-инфекции, так и для мониторинга эффективности лечения.

В конце прошлого года благодаря активному участию губернатора области Н.И. Меркушкина был положительно решен вопрос о выделении Самарскому СПИД-центру площадей на Ново-Садовой улице, 178. После проведения необходимых ремонтных работ в новом здании будут размещены все необходимые структурные подразделения для оказания медицинской, социальной, юридической помощи, создан центр некоммерческих организаций, работающих с лицами, живущими с ВИЧ.

В 2013 году продолжится реорганизация такой социально значимой помощи, как дерматовенерологическая. Преобразование позволит обеспечить централизацию и преемственность оказания специализированной амбулаторной и стационарной помощи, проводить эффективную организационно-методическую работу, рационально использовать имеющиеся кадровые и материальные ресурсы с целью реализации на территории Самарской области комплекса мероприятий, направленных на борьбу с инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями.

Будет проведена и реорганизация наркологической службы: к Самарскому диспансеру (ГБУЗ «СОНД») будут присоединены Новокуйбышевский и Чапаевский.

Одной из основных задач министерства здравоохранения области является реализация положений Федерального закона №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», в том числе обеспечение необходимого уровня доступности лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения для жителей Самар-



кой области, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение.

В 2012 году, так же как и в предыдущие годы, увеличилось финансирование программ льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО). В 2011–2012 годах произошел значительный рост численности льготополучателей. Число граждан, имеющих право на ЛЛО за счет средств областного бюджета, на 31 декабря 2012 года составило 406,6 тыс. человек (увеличение на 64 тыс. человек по сравнению с началом 2011 года).

По состоянию на 1 октября 2011 года сохранили право на получение в 2012 году лекарственной помощи в рамках набора социальных услуг 81,4 тыс. человек (28,1%). На 31 декабря 2012 года их численность составила 93,98 тыс. человек.

Отпуск лекарственных препаратов в суммовом выражении по сравнению с 2011 годом увеличился.

В 2012 году количество заключенных государственных контрактов и договоров на поставку лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения сохранилось на уровне 2011 года (370).

Сложившаяся экономия по результатам проведенных аукционов на поставку лекарств для нужд льготополучателей в 2012 году – 153 млн рублей. Сэкономленные средства были направлены на приобретение лекарственных препаратов для льготополучателей.

В 2012 году продолжилось снижение затрат на оказание фармацевтических услуг. По сравнению с 2011 годом их стоимость снизилась на 16,3 млн рублей. Сэкономленные средства были направлены на приобретение

лекарств, что позволило повысить доступность лекарственной помощи населению Самарской области.

Несмотря на наличие проблем и трудностей в ЛЛО населения, Самарская область является единственным из регионов Приволжского федерального округа, где из года в год отмечается наибольшее число льготополучателей, сохранивших доверие к системе обеспечения необходимыми лекарственными препаратами. Лояльность к реализуемой в Самарской области программе ЛЛО сохранили на 2012 год 28,1%, на 2013 год – 26,9% федеральных льготополучателей.

Среди задач, которые работникам здравоохранения и коллективу министерства необходимо решать в дальнейшем, следует выделить:

- продолжение реорганизации учреждений, оказывающих социально значимые виды помощи;
- разработку модели реорганизации межмуниципальных медицинских центров на примере двух центров в течение года;
- дальнейшее внедрение современных технологий оказания помощи (приемно-диагностические отделения, неотложная помощь в поликлинике, этапная реабилитация после стационарного лечения);
- повышение доступности и улучшение качества медицинской помощи на всех этапах ее оказания, независимо от места проживания и возраста пациента;
- разработку и внедрение прозрачной системы ранжирования ЛПУ в зависимости от качества предоставления медицинской помощи населению.