



АДМИНИСТРАЦИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

04.08.2015

№ 322

г. Барнаул

О внесении изменений в постановление Администрации края от 26.06.2013 № 331

Постановляю:

Внести в постановление Администрации края от 26.06.2013 № 331 «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года» (в редакции от 10.09.2013 № 484, от 31.12.2013 № 721, от 14.08.2014 № 387, от 29.12.2014 № 588, от 29.04.2015 № 162) изменение, изложив государственную программу, утвержденную указанным постановлением, в редакции согласно приложению к настоящему постановлению.

Губернатор Алтайского края

А.Б. Карлин

ПРИЛОЖЕНИЕ

к постановлению Администрации
Алтайского края
от 04.08.2015 № 322

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА
«Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года»

ПАСПОРТ

государственной программы «Развитие здравоохранения
в Алтайском крае до 2020 года»

Ответственный исполнитель программы	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности
Соисполнители программы	отсутствуют
Участники программы	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края (по согласованию); Главное управление строительства, транспорта, жилищно-коммунального и дорожного хозяйства Алтайского края; медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи
Подпрограммы программы	подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»; подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»; подпрограмма 3 «Охрана здоровья матери и ребенка»; подпрограмма 4 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»;

подпрограмма 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»;

подпрограмма 6 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Алтайского края»;

подпрограмма 7 «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»;

подпрограмма 8 «Развитие информатизации в здравоохранении»;

подпрограмма 9 «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности»;

подпрограмма 10 «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»;

подпрограмма 11 «Управление развитием здравоохранения в Алтайском крае»

Цель программы

обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки

Задачи программы

обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;

повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;

развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины;

обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;

повышение эффективности службы родовспоможения и детства;

развитие медицинской реабилитации

населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;

обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;

удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, продуктах специализированного лечебного питания;

повышение качества оказания медицинской помощи за счет более широкого использования информационных технологий в деятельности медицинских и фармацевтических организаций, образовательных организаций среднего профессионального медицинского образования;

создание системы ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

развитие взаимовыгодного международного сотрудничества в сфере охраны здоровья граждан и использование передового опыта при оказании медицинской помощи населению Алтайского края;

внедрение инновационных технологий управления здравоохранением;

осуществление структурных преобразований системы здравоохранения Алтайского края

Индикаторы и показатели программы

показатель 1 «Смертность от всех причин (на 1000 населения)»;

показатель 2 «Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)»;

показатель 3 «Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)»;

показатель 4 «Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)»;

показатель 5 «Смертность от новообра-

зований (в том числе, от злокачественных) (на 100 тыс. населения)»;
показатель 6 «Смертность от туберкулёза (на 100 тыс. населения)»;
показатель 7 «Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)»;
показатель 8 «Распространённость потребления табака среди взрослого населения»;
показатель 9 «Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулёз (на 100 тыс. населения)»;
показатель 10 «Обеспеченность врачами» (на 10 тыс. населения);
показатель 11 «Количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача»;
показатель 12 «Отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по Алтайскому краю»;
показатель 13 «Отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Алтайскому краю»;
показатель 14 «Отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Алтайскому краю»;
показатель 15 «Отношение средней заработной платы среднего медицинского персонала (фармацевтического) и млад-

шего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Алтайскому краю»;

показатель 16 «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении»

Сроки и этапы реализации программы
 первый этап: 2014 - 2015 годы;
 второй этап: 2016 - 2020 годы

Объемы и источники финансирования программы
 общий объем финансирования программы составляет 256828674,6 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 26230612,7 тыс. рублей;

2015 год – 27417806,6 тыс. рублей;

2016 год – 35586768,1 тыс. рублей;

2017 год – 37851652,1 тыс. рублей;

2018 год – 41306804,9 тыс. рублей;

2019 год – 42690921,9 тыс. рублей;

2020 год – 45744108,3 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 48496393,1 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 2306404,4 тыс. рублей;

2015 год – 1547908,0 тыс. рублей;

2016 год – 7796730,4 тыс. рублей;

2017 год – 7665661,4 тыс. рублей;

2018 год – 9363709,1 тыс. рублей;

2019 год – 9188204,3 тыс. рублей;

2020 год – 10627775,5 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 23217314,8 тыс. рублей:

2014 год – 107310,0 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 4975239,5 тыс. рублей;

2017 год – 4675706,8 тыс. рублей;

2018 год – 4634754,9 тыс. рублей;

2019 год – 3967373,0 тыс. рублей;

2020 год – 4856930,6 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета –

32914439,2 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 4985536,3 тыс. рублей;

2015 год – 3713998,6 тыс. рублей;

2016 год – 3907990,7 тыс. рублей;
2017 год – 3907990,7 тыс. рублей;
2018 год – 5248550,7 тыс. рублей;
2019 год – 5470602,7 тыс. рублей;
2020 год – 5679769,5 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения –
6843777,7 тыс. рублей:

2014 год – 1186475,9 тыс. рублей;
2015 год – 679525,0 тыс. рублей;
2016 год – 827425,0 тыс. рублей;
2017 год – 827425,0 тыс. рублей;
2018 год – 1078068,8 тыс. рублей;
2019 год – 1111031,8 тыс. рублей;
2020 год – 1133826,2 тыс. рублей.

Средства Федерального фонда обяза-
тельного медицинского страхования –
292000,0 тыс. рублей, в том числе по го-
дам:

2014 год – 73000,0 тыс. рублей;
2015 год – 0 тыс. рублей;
2016 год – 0 тыс. рублей;
2017 год – 0 тыс. рублей;
2018 год – 73000,0 тыс. рублей;
2019 год – 73000,0 тыс. рублей;
2020 год – 73000,0 тыс. рублей.

Средства Территориального фонда обя-
зательного медицинского страхования
Алтайского края – 174498195,3 тыс. руб-
лей, в том числе по годам:

2014 год – 18865672,0 тыс. рублей;
2015 год – 22155900,0 тыс. рублей;
2016 год – 23404400,0 тыс. рублей;
2017 год – 26128000,0 тыс. рублей;
2018 год – 26621545,1 тыс. рублей;
2019 год – 27959114,9 тыс. рублей;
2020 год – 29363563,3 тыс. рублей.

Средства из внебюджетных источни-
ков – 627647,0 тыс. рублей, в том числе
по годам:

2014 год – 0 тыс. рублей;
2015 год – 0 тыс. рублей;
2016 год – 477647,0 тыс. рублей;
2017 год – 150000,0 тыс. рублей;
2018 год – 0 тыс. рублей;
2019 год – 0 тыс. рублей;

2020 год – 0 тыс. рублей;
 в том числе капитальные вложения –
 627647,0 тыс. рублей;
 2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 477647,0 тыс. рублей;
 2017 год – 150000,0 тыс. рублей;
 2018 год – 0 тыс. рублей;
 2019 год – 0 тыс. рублей;
 2020 год – 0 тыс. рублей.

Объем финансирования программы под-
 лежит ежегодному уточнению в соответ-
 ствии с законами о федеральном и крае-
 вом бюджетах на очередной финансовый
 год и на плановый период

Ожидаемые результаты реализа-
 ции программы

снижение смертности от всех причин до
 13,1 случая на 1000 населения;
 снижение младенческой смертности до
 7,2 случая на 1000 родившихся живыми;
 снижение смертности от болезней си-
 стемы кровообращения до 610,9 случая
 на 100 тыс. населения;
 снижение смертности от дорожно-
 транспортных происшествий до 8,4 слу-
 чая на 100 тыс. населения;
 снижение смертности от новообразова-
 ний (в том числе от злокачественных) до
 213,3 случая на 100 тыс. населения;
 снижение смертности от туберкулёза до
 26,7 случая на 100 тыс. населения;
 снижение потребления алкогольной
 продукции (в пересчете на абсолютный
 алкоголь) до 14,2 литров на душу насе-
 ления в год;
 снижение распространённости потреб-
 ления табака среди взрослого населения
 до 41,2 %;
 снижение числа зарегистрированных
 больных с диагнозом, установленным
 впервые в жизни, активный туберкулез
 (на 100 тыс. населения) до 49,5 случаев
 на 100 тыс. населения;
 обеспеченность врачами в целом по Ал-
 тайскому краю составит 41,0 на

10 тыс. населения;

количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача, составит 3 человека;

повышение отношения средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по Алтайскому краю до 200 %;

повышение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Алтайскому краю до 100 %;

повышение отношения средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Алтайскому краю до 100 %;

повышение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Алтайскому краю до 100 %;

увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 75,5 лет.

1. Общая характеристика сферы реализации государственной программы

Охрана здоровья граждан является неотъемлемым условием жизни общества и представляет собой совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Оказание гражданам Российской Федерации на территории Алтайского края первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных Главному управлению Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, осуществляется в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также законами и иными нормативными правовыми актами Алтайского края, регулирующими отношения в сфере охраны здоровья граждан.

Существующая система охраны здоровья на территории Алтайского края сформировалась под влиянием множества факторов, обусловленных внутренними и внешними связями в жизни общества. Медико-демографическим процессам, отражающим расселение людей по территории, воспроизводство, возрастно-половой состав, заболеваемость и смертность населения, отводится в этом особая роль.

Чрезвычайно разветвленное административно-территориальное деление территории края, высокая доля сельских жителей в общей численности населения, значительное количество сел с небольшой численностью населения и низкой плотностью расселения в сельской местности диктуют необходимость содержания широкой сети медицинских организаций, оказывающих преимущественно первичную медико-санитарную помощь, и обуславливают существенные сложности в обеспечении равнодоступности специализированной медицинской помощи сельским жителям, а также организации скорой медицинской помощи на селе.

На здоровье населения края негативное влияние оказывают специфические для региона природные и антропогенные (техногенные) факторы.

К числу техногенных факторов относится радиоактивное загрязнение территории, обусловленное серией мощных ядерных взрывов на Семипалатинском полигоне. В настоящее время концентрация долгоживущих изотопов в компонентах природной среды не превышает допустимого уровня, но влияние этого фактора по-прежнему высоко не столько из-за развития соматических нарушений, сколько из-за «генетического эффекта», проявляющегося в последующих поколениях. Также специфическим для края является комплекс факторов, вызывающих неблагоприятное воздействие на здоровье населения края и окружающую среду, обусловленных падением фрагментов вторых ступеней ракет-носителей, запускаемых с космодрома «Байконур». В зоне этого воздействия находится частично 5 муниципальных районов, занимающих до 4 % территории края.

Определенный вклад в формирование уровня здоровья населения края вносят природные факторы.

Изменчивость климата, жесткость температурных характеристик в холодный период года, повторяемость сильных ветров, высокая относительная

влажность воздуха отрицательно сказываются на здоровье населения, провоцируя развитие заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой и иммунной системы.

В числе факторов, оказывающих влияние на распространенность мочекаменной болезни на территории края, рассматривается высокая жесткость подземных вод. Установлена зависимость между уровнем заболеваемости желчнокаменной болезнью и химическим составом поверхностных и подземных вод. Такая ситуация характерна для районов центральной и западной части Алтайского края, где практически не имеется подземных вод с оптимальным солевым составом, отмечается повышенное содержание по сухому остатку (1100 - 1800 мг/л), хлоридам (300 - 400 мг/л), сульфатам (400 - 700 мг/л), общей жесткости (9 - 15 мг-экв/л).

Особенности гидрологического режима в Алтайском крае обеспечивают стойкое функционирование очагов описторхоза в Алейском, Бийском, Благовещенском, Ельцовском, Завьяловском, Заринском, Каменском, Курьинском, Первомайском, Топчихинском, Троицком, Шипуновском районах, городе Барнауле.

Особенности природно-климатических условий Алтайского края способствуют распространению на его территории природно-очаговых инфекционных заболеваний: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза, туляремии, лептоспироза, что определяет проведение в крае комплекса профилактических прививок, санитарно-ветеринарных, акарицидных, административно-хозяйственных мероприятий.

Перечисленные выше факторы в значительной мере обуславливают высокий уровень заболеваемости населения Алтайского края, показатели которой превышают в целом данные по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу (далее – СФО) в 1,5 раза, а по отдельным видам хронических заболеваний в 2 и более раза, и определяют более высокую потребность населения в медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара.

Охрана здоровья граждан в крае осуществляется на фоне сложной демографической ситуации.

Среднегодовая численность населения Алтайского края в 2014 году снизилась по сравнению с 2013 годом на 7021 человек и составила 2387673 человек, сельское население уменьшилось на 9504 человека, городское население увеличилось на 2483 человека.

Снижение численности населения произошло как за счет превышения числа умерших над родившимися – на 2504 человек (в 2013 году – на 1519), так и за счет отрицательной миграции – на 4517 человек (в 2013 году – на 6640).

Существенное негативное влияние на формирование демографических показателей в крае оказывает рост доли старших возрастов в общей численности населения. На 01.01.2014 доля лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения составила 24,7 % (590703 человека) и возросла по данным на 01.01.2013 на 2,5 % (13512 человек).

По среднему варианту прогноза Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Алтайскому краю, к 2025 году доля лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения края составит почти треть (30,4 %). Среди данной категории граждан регистрируется наиболее высокий уровень заболеваемости и смертности.

Увеличение доли граждан старших возрастов отражается и на гендерной составляющей – в структуре женского населения края происходит снижение числа женщин фертильного возраста (с 649807 человек в 2010 году до 566989 человек на начало 2014 года).

Доля лиц моложе трудоспособного возраста в 2014 году возросла на 2,3 % в сравнении с 2013 годом и составила 17,9 %, а ее численность выросла на 9491 человек.

Наиболее существенным фактом, имеющим негативное значение в формировании трудовых ресурсов края, является снижение доли лиц трудоспособного возраста на 2,2 % до 57,4 % в общей численности населения, а ее численности – на 31116 человек.

Показатель общей демографической нагрузки на 1000 человек населения трудоспособного возраста на 01.01.2014 года составил 741,6 человека, в том числе за счет численности детей в возрасте 0 - 15 лет – 311,3 человека, за счет населения старше трудоспособного возраста – 430,3 человека. На 01.01.2013 года показатель общей демографической нагрузки на трудоспособное население составлял 708,7 %, в том числе детьми – 297,6, лицами старше трудоспособного возраста – 411,2 %. Рост показателя демографической нагрузки составил 4,6 %.

В крае сохраняется естественная убыль населения, показатель которой в 2014 году составил (-1,0), в 2013 году – (-0,8), число умерших превысило число родившихся на 2527 человек (в 2013 году – на 1694 человека). В целом по Российской Федерации показатель составил 0,2, по СФО – 1,4.

Для края характерны более высокий уровень смертности, чем в целом по Российской Федерации и СФО. Показатель общей смертности в крае в 2014 году составил 14,2 ‰ как и в 2013 году. Число умерших – 33971 человек. Уровень смертности в крае превысил показатель по Российской Федерации (13,1 ‰) на 8,4 %, и на 6,8 % показатель СФО (13,3 ‰). Среди субъектов Российской Федерации по уровню общей смертности край занимает 54 ранговое место (от наиболее низкого показателя).

При анализе смертности выявляются территориальные и гендерные различия, которые не имеют существенных тенденций к уменьшению.

Уровень общей смертности на селе (15,9 ‰) превышает аналогичный показатель по городским территориям (12,9 ‰). Показатель общей и преждевременной смертности у мужчин выше, чем у женщин. Данные особенности сохраняются на протяжении ряда лет.

В целом структура общей смертности населения края соответствует таковой в Российской Федерации. Потери населения от смертности, как общей, так и преждевременной, в основном обусловлены тремя классами причин: болезнями системы кровообращения, онкологическими заболеваниями

и несчастными случаями, травмами и отравлениями (насильственные или внешние причины).

Показатель младенческой смертности по краю в 2014 году снизился на 3,3 % и составил 8,7 на 1000 родившихся живыми (9,0 ‰ в 2013 году), что превышает показатель по Российской Федерации (7,4 ‰) на 17,6 % и СФО (7,8 ‰) на 10,3 %. По уровню младенческой смертности край занимает 63 ранговое место среди 85 субъектов Российской Федерации и 7 ранговое место – среди 12 субъектов СФО.

Уровень рождаемости в крае на 01.01.2015 составил 13,2 ‰ (в 2013 году – 13,5 ‰), что ниже среднероссийского показателя на 0,8 % и на 10,2 % чем в СФО. Среди 85 субъектов Российской Федерации по уровню рождаемости Алтайский край занимает 42 ранговое место (от наивысшего показателя). В сравнении с 2013 годом снижение показателя рождаемости в городе составило 2,7 %, на селе – 4,4 %.

В 2014 году показатель смертности детей от 0 до 17 лет в сравнении с 2013 годом снизился на 4,4 % и составил 94,3 на 100 тыс. населения соответствующего возраста (в 2013 году – 98,6).

В структуре смертности детей от 0 до 17 лет ведущей причиной являлись отдельные состояния, возникшие в перинатальном периоде, на долю которых приходится 35,0 %, на втором месте – внешние причины смерти, доля которых составляет 19,8 %, на третьем месте – смертность от врожденных аномалий, их доля – 12,0 %.

В 2014 году, как и в 2013 году, зарегистрировано 4 случая материнской смертности, повышение показателя произошло на 2,4 % за счет снижения количества родов.

Всего на долю женщин, не состоявших под наблюдением, приходится 75% материнских смертей. В настоящее время прямые акушерские осложнения в структуре материнской смертности составляют единичные случаи.

Территориальные особенности расселения и формирования здоровья населения легли в основу создания трехуровневой системы оказания медицинской помощи в Алтайском крае и обусловили необходимость содержания и развития широкой сети сельских медицинских организаций, оказывающих в основном первичную медико-санитарную помощь (I уровень).

По данным на 31.12.2014 в крае функционировали: 59 центральных районных больниц с функциональными подразделениями: 896 фельдшерско-акушерских пунктов, 192 сельские врачебные амбулатории, 39 участковых больниц, 5 районных больниц.

Разработаны алгоритмы оказания медицинской помощи, маршруты движения пациентов, регламенты действий медицинских специалистов, начиная с фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАПы) и заканчивая медицинскими центрами регионального уровня, обеспечивающими оказание высокотехнологичной медицинской помощи, центрами медицинской реабилитации. Сформирован набор индикативных и целевых показателей, позволяющих оценить эффективность работы на каждом этапе.

Доступность специализированной медицинской помощи обеспечива-

ется развитием межрайонных центров, отделений, кабинетов и лабораторий, которые организованы на базах крупных многопрофильных больниц. Созданные межрайонные медицинские организации оснащены современным медицинским оборудованием и укомплектованы врачами-специалистами. Сформированы профильные потоки (маршруты) сельских пациентов для получения специализированной медицинской помощи в межрайонных центрах городов Алейска, Барнаула, Бийска, Заринска, Камня-на-Оби, Рубцовска, Славгорода.

С учетом транспортной доступности и наличия медицинских организаций II - III уровня территория края условно разделена на 7 медицинских округов, в которых населению прилегающих сельских районов оказываются основные виды специализированной медицинской помощи в межрайонных отделениях.

Формирование и функционирование трехуровневой системы основано на следующих принципах:

опережающее развитие амбулаторно-поликлинической помощи, дневных стационаров и общих врачебных практик преимущественно при врачебных амбулаториях;

развитие скорой медицинской помощи;

приближение специализированной медицинской помощи за счет расширения сети и увеличения мощности межрайонных и межмуниципальных специализированных отделений;

повышение доступности жителям села получения уникальных специализированных и высокотехнологичных видов медицинской помощи на базе использования современных информационных и телекоммуникационных технологий.

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатное оказание медицинской помощи в крае реализуется Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которая сформирована с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Алтайского края, основанных на данных медицинской статистики. Медицинскую помощь в рамках данной программы оказывают 219 медицинских организаций (включая 182 медицинские организации, подведомственные Главному управлению Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности), из них 176 осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

В 2014 году в крае было развернуто 21617 коек круглосуточного стационара, 3927 мест дневного стационара.

Разветвленность сети медицинских организаций I уровня, оказывающих преимущественно первичную медико-санитарную помощь, определяет высокую потребность в медицинских кадрах в сельской местности.

Обеспеченность врачами по краю в 2014 году составила 37,1 на

10 тыс. населения. Обеспеченность средним медицинским персоналом в крае – 95,6 на 10 тыс. населения.

С целью решения задачи по обеспечению здравоохранения кадрами в крае реализуется комплекс мер, направленных на совершенствование подготовки, повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников, разработана и действует система социальной поддержки работников здравоохранения, в первую очередь молодых и востребованных специалистов в сельской местности.

Реализуются меры по преобразованию сети медицинских организаций, оптимизации численности работников, в том числе административно-управленческого персонала, повышению доступности и качества медицинских услуг, эффективному использованию ресурсов здравоохранения, привлечению средств, получаемых за счет реорганизации неэффективных медицинских организаций для повышения заработной платы врачей, младшего и среднего медицинского и фармацевтического персонала. В практику управления здравоохранением внедряются современные методы и механизмы стратегического планирования и управления по результатам, идет их увязка с механизмами принятия бюджетных решений в рамках программно-целевого подхода.

2. Приоритеты

региональной политики в сфере реализации государственной программы, цели и задачи, описание основных ожидаемых конечных результатов государственной программы, сроков и этапов её реализации

2.1. Приоритеты

региональной политики в сфере реализации государственной программы

В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р, основные приоритеты социальной и экономической политики в сфере здравоохранения включают формирование культуры здорового образа жизни, внедрение инновационных технологий в диагностике и лечении заболеваний, решение проблемы кадрового обеспечения, широкое использование в здравоохранении современных информационных систем.

Стратегией социально-экономического развития Алтайского края до 2025 года, утвержденной законом Алтайского края от 21.11.2012 № 86-ЗС, определена роль человеческого капитала как наиболее ценного актива, обеспечивающего конкурентоспособность Алтайского края.

Согласно указанной стратегии основные приоритеты в области совершенствования и модернизации здравоохранения направлены на повышение эффективности функционирования системы здравоохранения, улучшение состояния здоровья матери и ребенка, снижение смертности от управляемых причин и предупреждение распространения социально значимых заболеваний, формирование условий для развития здорового образа жизни.

Приоритеты региональной политики в сфере здравоохранения на пе-

риод до 2020 года сформированы с учетом целей и задач, обозначенных в следующих нормативно-правовых актах:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

указы Президента Российской Федерации:

от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»;

от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

от 07.05.2012 № 601 «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления»;

от 07.05.2012 № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»;

от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы»;

государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294;

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р;

Стратегия инновационного развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 08.12.2011 № 2227-р;

закон Алтайского края от 08.04.2013 № 10-ЗС «О регулировании отдельных отношений в сфере охраны здоровья граждан на территории Алтайского края».

2.2. Цели и задачи государственной программы

Целью государственной программы является: обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Достижение цели государственной программы в 2020 году будет характеризоваться достижением целевых индикаторов согласно приложению 1 к государственной программе «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года» (таблица 1).

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

обеспечить приоритет профилактики в сфере охраны здоровья и развитие первичной медико-санитарной помощи;

повысить эффективность оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой спе-

специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;

обеспечить развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины; создать условия для развития конкурентной среды в сфере здравоохранения;

повысить эффективность работы службы родовспоможения и детства; разработать и реализовать комплекс мероприятий по развитию медицинской реабилитации населения и совершенствованию системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;

обеспечить медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;

обеспечить систему здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;

удовлетворить потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, продуктах специализированного лечебного питания;

повысить качество оказания медицинской помощи за счет более широкого использования информационных технологий в деятельности медицинских и фармацевтических организаций, медицинских образовательных организаций;

создать систему ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

развивать взаимовыгодное международное сотрудничество в сфере охраны здоровья граждан и использовать передовой опыт при оказании медицинской помощи населению Алтайского края;

внедрить инновационные технологии управления здравоохранением; осуществить структурные преобразования системы здравоохранения Алтайского края.

2.3. Ожидаемые конечные результаты реализации государственной программы

В результате реализации программы к 2020 году будет сформирована система здравоохранения, обеспечивающая доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых будут соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Произойдет:

снижение смертности от всех причин до 13,1 случая на 1000 населения; снижение младенческой смертности до 7,2 случая на 1000 родившихся живыми;

снижение смертности от болезней системы кровообращения до 610,9 случая на 100 тыс. населения;

снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 8,4 случая на 100 тыс. населения;

снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 213,3 случая на 100 тыс. населения;

снижение смертности от туберкулеза до 26,7 случая на 100 тыс. насе-

ления;

снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 14,2 литров на душу населения в год;

снижение распространённости потребления табака среди взрослого населения до 41,2 %;

снижение числа зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения) до 49,5 случая на 100 тыс. населения;

достижение уровня обеспеченности врачами в целом по Алтайскому краю – 41,0 на 10 тыс. населения;

достижение соотношения количества среднего медицинского персонала, приходящегося на одного врача – 3:1;

повышение отношения средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по Алтайскому краю до 200 %;

повышение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Алтайскому краю до 100 %;

повышение отношения средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Алтайскому краю до 100 %;

повышение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Алтайскому краю до 100 %;

увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 75,5 лет.

Перечень показателей (индикаторов) и их прогнозные значения на период до 2020 года представлены в приложении 1 к государственной программе «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года» (таблица 1).

2.4. Сроки и этапы реализации государственной программы

Этапы реализации государственной программы:

первый этап: 2014 – 2015 годы;

второй этап: 2016 – 2020 годы.

3. Обобщенная характеристика мероприятий государственной программы

Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи

В рамках программы планируется реализовать мероприятия, направленные на повышение эффективности первичной медико-санитарной помо-

щи, оптимизацию коечного фонда, повышение эффективности стационарной помощи, развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Алтайского края, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска.

Предусмотрено обеспечение населения, прежде всего здоровых людей и лиц с хроническими заболеваниями вне обострения, профилактической помощью шаговой доступности. Планируется разработка и внедрение механизмов стимулирования медицинских работников поликлинического звена на более раннее выявление заболеваний и недопущение развития болезней до стадии, приводящей к госпитализации.

Мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний предполагают широкое использование иммунопрофилактики: охват прививками не менее 95,0 % контингентов, подлежащих вакцинации; включение в Региональный календарь профилактических прививок вакцинации против: туляремии, клещевого энцефалита, вирусного гепатита А, пневмококковой инфекции (в 2014 году), ветряной оспы (в 2015 году), папилломавирусной инфекции (в 2016 году); серопрфилактики клещевого энцефалита у непривитых детей, экстренной профилактики бешенства.

В результате выполнения данных мероприятий будет достигнуто снижение заболеваемости дифтерией, корью, краснухой, эпидемическим паротитом, вирусным гепатитом В, а также подтверждение статуса Российской Федерации как страны, свободной от полиомиелита.

Продолжится реализация мероприятий по профилактике и снижению темпов распространения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С:

информирование и обучение различных групп населения средствам и методам профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, повышению ответственности за свое здоровье;

пропаганда среди ВИЧ-инфицированных жизненных навыков, препятствующих распространению ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, повышающих качество жизни ВИЧ-инфицированных и препятствующих переходу ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа;

проведение профилактической работы, направленной на изменение модели поведения как населения в целом, так и ВИЧ-инфицированных, с рискованной на менее рискованную, препятствующую распространению инфекции.

Планируется достижение не менее 90,0 % информированности населения о путях передачи ВИЧ-инфекции и способах защиты от заражения, а также повысить долю ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных до уровня в 78,5 %, что соответствует рекомендациям Всемирной организации здравоохранения и Объединенной Программе ООН по ВИЧ/СПИДУ.

Профилактика неинфекционных заболеваний предполагает формирование у населения ответственного отношения к своему здоровью, изменение модели поведения с рискованной на менее рискованную.

Особое внимание будет уделено мероприятиям, направленным на профилактику табакокурения, злоупотребления алкоголем и наркотиками, пропаганду здорового образа жизни, обучение граждан навыкам соблюдения правил гигиены, режима труда и учебы, своевременное выявление факторов риска неинфекционных заболеваний и их коррекцию.

Планируется реализовать меры по профилактике депрессивных состояний и суицидального поведения.

При реформировании системы первичной медико-санитарной помощи населению будут реализованы мероприятия по изменению системы оказания помощи сельскому населению; модернизации существующих медицинских организаций и их подразделений; выстраиванию потоков пациентов с формированием единых принципов маршрутизации; развитию новых форм оказания медицинской помощи – стационарзамещающих и выездных методов работы; развитию неотложной помощи на базе поликлинических подразделений; совершенствованию принципов взаимодействия со стационарными медицинскими организациями и подразделениями скорой медицинской помощи.

Выстраивание современной системы оказания первичной медико-санитарной помощи населению будет включать как самые малочисленные населенные пункты, так и крупные города.

В рамках реализации Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрены мероприятия по разработке и утверждению нормативных правовых актов, регулирующих проведение мероприятий по раннему выявлению заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, в том числе медицинских осмотров всех видов, диспансеризации и диспансерного наблюдения, лечения пациентов в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также по разработке стандартов оказания услуг в системе первичной медико-санитарной помощи с целью их финансового обеспечения в рамках обязательного медицинского страхования.

С целью удовлетворения потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания предусмотрена реализация комплекса мер по совершенствованию правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечения населения необходимыми качественными, эффективными, безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации

Для повышения доступности и качества медицинской помощи будет осуществляться реализация мероприятий, направленных на совершенствование организационной системы оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, совершенствование оказания

медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, в том числе больным с болезнями системы кровообращения, туберкулёзом, онкологическими, эндокринными и некоторыми другими заболеваниями, внедрение в практику инновационных методов лечения, развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение краевых медицинских организаций на основе инновационных подходов и принципа стандартизации.

Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины

Планируется дальнейшее развитие информационных технологий (в том числе вычисления и обработки информации), позволяющих применять в области охраны здоровья прогностические подходы, основанные на моделировании. В первую очередь это предполагает создание эпидемиологических моделей, которые позволят анализировать и прогнозировать распространённость различных заболеваний в популяции, тем самым увеличивая эффективность мероприятий профилактического характера.

В рамках программы предполагается разработка и внедрение новых эффективных технологий ранней диагностики в практику системы здравоохранения.

Будет увеличено количество автоматизированных рабочих мест в медицинских организациях, расширена региональная корпоративная сеть передачи данных на основе беспроводных технологий.

Планируется развитие функциональных возможностей медицинской информационной системы в части обеспечения работы со структурированными электронными медицинскими документами и документами, содержащими медиаданные, внедрения комплексных систем автоматизации управления в сфере здравоохранения, интеграции региональных информационных систем с федеральными сервисами.

Предусмотрено выполнение мероприятий по защите конфиденциальной информации, в том числе персональных данных, соблюдению требований безопасности информации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и руководящими документами Федеральной службы по техническому и экспортному контролю, установке, настройке и сопровождению средств защиты информации, в том числе средств криптографической защиты информации.

Повышение эффективности службы родовспоможения и детства

Планируется дальнейшее укрепление материально-технической базы учреждений родовспоможения и детства, развитие перинатальных центров, располагающих современным высокотехнологичным оборудованием, обеспечение реанимационными койками и койками интенсивной терапии для новорожденных.

Особое внимание будет уделено совершенствованию функционирую-

щей трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов и новорожденным, обеспечению соответствия объемов медицинской помощи федеральным стандартам и порядкам.

Продолжится внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения осложнений беременности, родов, послеродового периода и заболеваний новорожденных.

Для преодоления бесплодия будут широко использоваться современные вспомогательные репродуктивные технологии.

Предполагается реализация комплекса мер по совершенствованию медико-психологической помощи женщинам во время беременности, профилактике аборт.

Планируется создание стройной системы обучения кадров с использованием симуляционных центров.

Для снижения смертности детей всех возрастных групп будет отлажена система раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка.

Предполагается повысить эффективность пренатальной диагностики в результате массового обследования беременных женщин в установленные сроки. Обеспечению эффективной коррекции выявленных при пренатальной диагностике нарушений будет способствовать развитие неонатальной (в том числе фетальной) хирургии и реализация мер по устранению (минимизации) выявленных при неонатальном скрининге изменений метаболизма, что позволит в будущем создать больному ребенку условия для нормального развития.

Будут реализованы меры, направленные на развитие специализированной медицинской помощи для детей (психоневрологической, фтизиатрической, травматолого-ортопедической, онкологической, медицинской помощи детям с аутоиммунными заболеваниями и заболеваниями иммунного генеза и др.).

Залогом повышения качества медицинской помощи детям станет развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи.

Наряду с повышением доступности современных стационарных технологий оказания специализированной медицинской помощи детям планируется выведение части объемов данного вида помощи из стационарного звена в амбулаторное.

Продолжится реализация мероприятий по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей

Мероприятия программы предполагают устранение дефицита реабилитационных коек, внедрение современных, сертифицированных в России комплексных технологий реабилитации, проведение профессиональной подготовки медицинских кадров, укрепление материально-технической базы ре-

абилитационных учреждений.

Обеспечение доступности и качества медицинской реабилитации для детей будет достигнуто путем дальнейшего развития сети детских профильных организаций, осуществляющих медицинскую реабилитацию (региональных, межрайонных), а также комплексов для осуществления высокотехнологичных методов лечения с койками (филиалами стационаров) для долечивания и реабилитации. Это позволит снизить нагрузку на дорогостоящие койки в стационарах, повысить их пропускную способность.

Планируется реализовать мероприятия по восстановлению системы санаторно-курортного лечения и оздоровления, повышению доступности данного вида помощи для основной массы населения края.

Обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей

В программу включены мероприятия по развитию в крае амбулаторной и стационарной паллиативной помощи.

Планируется открытие стационарных отделений по оказанию паллиативной помощи в городах Бийске и Рубцовске.

Дальнейшее развитие получают дневные стационары, организованные на базе онкологических диспансеров края. Оказание паллиативной помощи онкологическим больным будет осуществляться и на базе онкологических кабинетов, в том числе открытых дополнительно к имеющимся.

Запланировано открытие краевого хосписа в г. Барнауле для оказания паллиативной помощи инкурабельным больным с различными нозологическими формами заболеваний.

С целью создания оптимальных условий детям, страдающим неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, а также помощи членам семьи в условиях неизлечимой болезни ребенка планируется открытие коек паллиативной помощи детям в многопрофильных больницах и хосписе, исходя из примерного расчета 2 - 3 койки на 100 тыс. детского населения.

Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами

Предполагается проведение мероприятий по совершенствованию системы практической подготовки медицинских и фармацевтических работников в целях обеспечения повышения качества профессиональной подготовки, расширения перечня навыков и умений, приобретаемых специалистом в период обучения.

Будут обновлены и внедрены программы подготовки медицинских и фармацевтических специалистов на этапах послевузовского и дополнительного профессионального образования, а также программы повышения квалификации педагогических работников образовательных и научных организаций, реализующих программы медицинского и фармацевтического образования, разработанные с учетом изменений в подготовке медицинских и фармацевтических специалистов в связи с внедрением федеральных государ-

ственных образовательных стандартов среднего и высшего профессионального образования третьего поколения.

До 2020 года запланирована разработка профессиональных стандартов медицинских и фармацевтических работников, которые позволят сформировать единые подходы к определению уровня квалификации и набора компетенций медицинских и фармацевтических работников, необходимых для занятия профессиональной деятельностью.

Будет создана и внедрена система аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов, позволяющая осуществлять персональный допуск специалистов к конкретному виду профессиональной деятельности с учетом приобретенных в ходе обучения компетенций.

Намечено проведение мероприятий по развитию мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников в целях снижения оттока кадров из отрасли.

В совокупности решение указанных задач позволит повысить качество подготовки медицинских и фармацевтических специалистов, снизить уровень дефицита медицинских кадров и, как следствие, повысить качество оказываемой гражданам медицинской помощи и предоставляемых фармацевтических услуг.

Обеспечение граждан качественными и безопасными лекарственными препаратами

В ходе реализации государственной программы предполагается обеспечить рациональное назначение и использование лекарственных препаратов путем формирования эффективной формулярной системы на основе перечня жизненно важных лекарственных препаратов, а также стандартов лечения; ведения регистров пациентов на федеральном и региональном уровнях; внедрения современных протоколов ведения больных; введения системы электронных назначений лекарственных препаратов с возможностью их интеграции с системами поддержки принятия решений в области рациональной фармакотерапии, введения повсеместно на территории края электронного рецепта; внедрение системы ведомственного и вневедомственного контроля обоснованности назначений и качества лекарственной помощи населению со стороны медицинских и общественных организаций, сообществ пациентов.

Будет усилен контроль за безопасностью и качеством лекарственных препаратов, поступающих по государственным программам.

Предусмотрены мероприятия по повышению информированности населения, медицинских и фармацевтических работников в вопросах лекарственного обеспечения.

Повышение качества и безопасности медицинской деятельности

В рамках государственной программы намечено создание системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, включающей: ведомственный контроль и внутренний контроль, а также взаимодействие, преемственность и сотрудничество с организациями, осуществляющими государственный контроль, и независимыми экспертными организациями.

Развитие международного сотрудничества в сфере охраны здоровья

Планируется осуществлять обмен опытом, информацией в области здравоохранения и медицинской науки.

Предполагается реализация совместных международных проектов в сфере здравоохранения, организация и проведение научно-практических конференций, семинаров и специализированных выставок.

Повышение эффективности управления развитием здравоохранения

В государственной программе предусмотрены мероприятия по внедрению инновационных технологий управления здравоохранением, развитию логистики, осуществлению структурных преобразований и рациональному использованию ресурсов отрасли, повышению эффективности работы медицинских организаций и их работников.

Мероприятия государственной программы соответствуют основным направлениям государственной политики в сфере здравоохранения, предусматривают достижение цели и выполнение поставленных в программе задач, реализуются в рамках 11 подпрограмм. Перечень основных мероприятий государственной программы в разрезе подпрограмм представлен в приложении 1 к государственной программе «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года» (таблицы 2 - 9).

4. Общий объем финансовых ресурсов, необходимых для реализации государственной программы

Финансирование государственной программы осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края и внебюджетных источников.

Общий объем финансирования программы составляет 256828674,6 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 26230612,7 тыс. рублей;

2015 год – 27417806,6 тыс. рублей;

2016 год – 35586768,1 тыс. рублей;

2017 год – 37851652,1 тыс. рублей;

2018 год – 41306804,9 тыс. рублей;

2019 год – 42690921,9 тыс. рублей;

2020 год – 45744108,3 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 48496393,1 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 2306404,4 тыс. рублей;

2015 год – 1547908,0 тыс. рублей

2016 год – 7796730,4 тыс. рублей;
 2017 год – 7665661,4 тыс. рублей;
 2018 год – 9363709,1 тыс. рублей;
 2019 год – 9188204,3 тыс. рублей;
 2020 год – 10627775,5 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 23217314,8 тыс. рублей:

2014 год – 107310,0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 4975239,5 тыс. рублей;
 2017 год – 4675706,8 тыс. рублей;
 2018 год – 4634754,9 тыс. рублей;
 2019 год – 3967373,0 тыс. рублей;
 2020 год – 4856930,6 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 32914439,2 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 4985536,3 тыс. рублей;
 2015 год – 3713998,6 тыс. рублей;
 2016 год – 3907990,7 тыс. рублей;
 2017 год – 3907990,7 тыс. рублей;
 2018 год – 5248550,7 тыс. рублей;
 2019 год – 5470602,7 тыс. рублей;
 2020 год – 5679769,5 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 6843777,7 тыс. рублей:

2014 год – 1186475,9 тыс. рублей;
 2015 год – 679525,0 тыс. рублей;
 2016 год – 827425,0 тыс. рублей;
 2017 год – 827425,0 тыс. рублей;
 2018 год – 1078068,8 тыс. рублей;
 2019 год – 1111031,8 тыс. рублей;
 2020 год – 1133826,2 тыс. рублей.

Средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – 292000,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 73000,0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 0 тыс. рублей;
 2017 год – 0 тыс. рублей;
 2018 год – 73000,0 тыс. рублей;
 2019 год – 73000,0 тыс. рублей;
 2020 год – 73000,0 тыс. рублей.

Средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края – 174498195,3 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 18865672,0 тыс. рублей;
 2015 год – 22155900,0 тыс. рублей;
 2016 год – 23404400,0 тыс. рублей;
 2017 год – 26128000,0 тыс. рублей;

2018 год – 26621545,1 тыс. рублей;

2019 год – 27959114,9 тыс. рублей;

2020 год – 29363563,3 тыс. рублей.

Средства из внебюджетных источников – 627647,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 0 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 477647,0 тыс. рублей;

2017 год – 150000,0 тыс. рублей;

2018 год – 0 тыс. рублей;

2019 год – 0 тыс. рублей;

2020 год – 0 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 627647,0 тыс. рублей:

2014 год – 0 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 477647,0 тыс. рублей;

2017 год – 150000,0 тыс. рублей;

2018 год – 0 тыс. рублей;

2019 год – 0 тыс. рублей;

2020 год – 0 тыс. рублей.

Объемы финансирования подлежат ежегодному уточнению в соответствии с законами о федеральном и краевом бюджетах на очередной финансовый год и на плановый период.

В случае экономии средств краевого бюджета при реализации одного из мероприятий программы допускается перераспределение данных средств на осуществление иных программных мероприятий в рамках объемов финансирования, утвержденных в краевом бюджете на соответствующий год и на плановый период.

Сведения о ресурсном обеспечении, прогнозная оценка расходов федерального бюджета, бюджетов государственных внебюджетных фондов, краевого бюджета и юридических лиц на реализацию целей государственной программы, а также объемы финансовых затрат, необходимых для реализации государственной программы, представлены в приложении 1 к государственной программе «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года» (таблицы 10 - 11).

5. Анализ рисков реализации государственной программы и описание мер управления рисками реализации государственной программы

При реализации поставленных в государственной программе задач осуществляются меры, направленные на снижение последствий возможных рисков и повышение уровня гарантированности достижения предусмотренных государственной программой конечных результатов.

К рискам относятся:

1. Макроэкономические риски.

Снижение темпов роста экономики, высокая инфляция могут негативно повлиять на функционирование системы здравоохранения, а также затор-

мозить структурные преобразования в ней.

2. Финансовые риски.

Отсутствие или недостаточное финансирование мероприятий в рамках государственной программы может привести к снижению обеспеченности и качества оказываемой медицинской помощи населению Алтайского края и, как следствие, целевые показатели проекта не будут достигнуты, а при неблагоприятном прогнозе – демографические показатели могут измениться в отрицательную сторону.

Преодоление рисков может быть осуществлено путем сохранения устойчивого финансирования отрасли, дополнительных организационных мер, направленных на преодоление данных рисков.

3. Организационные риски.

Уровень решения поставленных задач и достижение целевых показателей зависит не только от Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, но и от органов местного самоуправления, которые в рамках своей компетенции обязаны создавать на территории муниципального образования условия для оказания медицинской помощи, для привлечения медицинских работников для работы в медицинских организациях, проводить мероприятия по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

Также преодоление таких рисков может быть осуществлено путем усиления методической работы с органами местного самоуправления, жесткой привязки оценки деятельности их руководителей к демографическим показателям и состоянию здоровья проживающего населения, усиление организационно-методической и кадровой работы Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности с медицинскими организациями, участвующими в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

6. Методика оценки эффективности государственной программы

Оценка эффективности государственной программы осуществляется в целях достижения оптимального соотношения связанных с ее реализацией затрат и достигаемых в ходе реализации результатов, целесообразности и адресности использования средств краевого бюджета их целевому назначению.

Комплексная оценка эффективности реализации государственной программы осуществляется согласно приложению 2 к порядку разработки, реализации и оценки эффективности государственных программ Алтайского края, утвержденному постановлением Администрации Алтайского края от 23.09.2013 № 502.

7. Механизм реализации государственной программы

Ответственным исполнителем государственной программы является Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

Участники государственной программы: Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края (по согласованию);

Главное управление строительства, транспорта, жилищно-коммунального и дорожного хозяйства Алтайского края; медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности вправе перечислять средства, предусмотренные на реализацию мероприятий государственной программы, краевым бюджетным организациям здравоохранения.

Организацию выполнения мероприятий государственной программы и контроль за их реализацией осуществляет Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности в соответствии с действующими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Алтайского края.

Финансирование государственной программы производится в порядке, установленном для исполнения краевого бюджета.

Ответственный исполнитель:

координирует деятельность исполнителей;

запрашивает у исполнителей информацию, необходимую для проведения оценки эффективности государственной программы и подготовки отчета о ходе реализации и оценке эффективности государственной программы;

рекомендует исполнителям осуществить разработку отдельных мероприятий и планов их реализации;

подготавливает ежеквартальный и годовой отчет о ходе выполнения государственной программы и предоставляет до 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом, в Главное управление экономики и инвестиций Алтайского края в установленном порядке.

Участники обеспечивают:

выполнение мероприятий государственной программы и целевое расходование средств, выделенных на их реализацию;

контроль за соблюдением плановых сроков, полноты и эффективности реализации мероприятий;

подготовку обоснований для отбора первоочередных работ, финансируемых в рамках реализации государственной программы, за отчетный год;

методическое сопровождение программных мероприятий, непрерывный мониторинг и оценку эффективности реализации государственной программы;

разработку нормативных правовых документов, касающихся реализации мероприятий государственной программы;

подготовку предложений по корректировке государственной программы на соответствующий год;

предоставление ответственному исполнителю предложений при разработке государственной программы в части мероприятий государственной программы, в реализации которых предполагается их участие;

предоставление ответственному исполнителю информации, необходимой для проведения оценки эффективности программы и подготовки еже-

квартальных и годового отчетов.

Участники государственной программы в пределах своей компетенции ежеквартально, до 10-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, предоставляют необходимую информацию ответственному исполнителю государственной программы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к государственной программе «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года»

Таблица 1

СВЕДЕНИЯ

об индикаторах (показателях) государственной программы Алтайского края «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года», подпрограмм государственной программы и их значениях

№ п/п	Наименование индикатора (показателя)	Единица измерения	Значения индикаторов по годам						
			2014 (факт)	2015 (оценка)	годы реализации государственной программы				
					2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Государственная программа Алтайского края «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года»									
1	Смертность от всех причин (на 1000 населения)	человек	14,2	13,8	13,7	13,7	13,6	13,5	13,1
2	Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	человек	8,7	8,8	8,7	8,0	7,5	7,3	7,2
3	Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	человек	635,5	697,3	676,4	656,1	636,4	625,5	610,9
4	Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	человек	12,5	9,4	9,2	9,0	8,8	8,6	8,4
5	Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	человек	219,8	221	219	218	216	214,6	213,3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Смертность от туберкулёза (на 100 тыс. населения)	человек	23,0	28,2	27,9	27,6	27,3	27	26,7
7	Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	литров	15	14,9	14,8	14,6	14,5	14,4	14,2
8	Распространённость потребления табака среди взрослого населения	%	47	46,00	45,00	44,00	43,00	42,1	41,2
9	Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулёз (на 100 тыс. населения)	человек	106,5	93	82	71	60	54,3	49,5
10	Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения)	человек	37,2	40,8	40,0	40,0	40,5	40,5	41,0
11	Количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача	человек	1/2,6	1/2,63	1/2,65	1/2,7	1/2,8	1/2,9	1/3,0
12	Отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по Алтайскому краю	%	178,7	143,2	159,6	200	200	200	200
13	Отношение средней заработной платы среднего медицинского персонала (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Алтайскому краю	%	94,2	79,3	86,3	100	100	100	100
14	Отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заре-	%	51,3	52,4	70,5	100	100	100	100

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.10	Заболеваемость краснухой (на 100 тыс. населения)	человек	0	менее 1 случая					
1.11	Заболеваемость эпидемическим паротитом (на 100 тыс. населения)	человек	0,125	менее 1 случая					
1.12	Заболеваемость острым вирусным гепатитом В (на 100 тыс. населения)	человек	2,25	2,2	2,17	2,15	2,1	2,0	2,0
1.13	Охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки	%	98,9	не менее 95					
1.14	Охват иммунизации населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки	%	99,56	не менее 95					
1.15	Охват иммунизации населения против кори в декретированные сроки	%	101	не менее 95					
1.16	Охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки	%	97,7	не менее 95					
1.17	Охват иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки	%	98,4	не менее 95					
1.18	Доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, состоящих на диспансерном учёте, от числа выявленных	%	77,9	84,2	84,5	85,0	85,5	86,0	87,0
1.19	Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года	%	24,0	23,9	23,8	23,7	23,6	23,5	23,4
1.20	Доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года	%	12,8	12,7	12,6	12,5	12,4	12,3	12,2
1.21	Смертность от самоубийств (на 100 тыс. населения)	%	33,7	29,8	29,7	29,5	29,3	29,0	28,8
Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»									
2.1	Доля абациллированных больных	%	29,1	33,1	34,0	35,0	36,1	37,1	38,2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	туберкулёзом от числа больных туберкулёзом с бактериовыделением								
2.2	Доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от числа лиц, состоящих на диспансерном учёте	%	19	21	21,5	22	22,5	23	23,5
2.3	Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (на 100 больных наркоманией среднегодового контингента)	человек	11,1	11,2	11,3	11,4	11,5	11,6	11,7
2.4	Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии более 2 лет (на 100 больных наркоманией среднегодового контингента)	человек	9,3	9,5	9,7	9,9	10,1	10,3	10,5
2.5	Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента)	человек	11,6	11,9	12,1	12,3	12,5	12,7	12,9
2.6	Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет (на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента)	человек	9,7	9,8	10	10,1	10,2	10,3	10,4
2.7	Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года	%	7,7	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
2.8	Смертность от ишемической болезни сердца (на 100 тыс. населения)	человек	200,4	437,1	436,8	436,5	436,2	435,9	435,5
2.9	Смертность от цереброваскулярных заболеваний (на 100 тыс. населения)	человек	162,8	179,8	179,5	179,2	178,9	178,6	178,3
2.10	Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более	%	53,5	53,6	53,7	53,9	54,1	54,3	54,8
2.11	Одногодичная летальность больных	%	27,1	28,3	28,1	28,0	27,8	27,6	27,1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	со злокачественными новообразованиями								
2.12	Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут	%	91,17	90,0	90,0	92,0	94,2	94,2	94,2
2.13	Больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий	%	3,4	3,90	3,86	3,81	3,78	3,77	3,75
2.14	Доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2.15	Количество больных, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь	человек	8947	12850	14750	15000	15000	15000	15000
2.16	Доля лиц с диагнозом активного туберкулеза, установленным впервые в жизни, находящихся в учреждениях, исполняющих наказания, от общего числа больных с диагнозом активного туберкулеза, установленным впервые в жизни	%	12,2	12,2	12,2	11,8	11,5	11,2	10,9
2.17	Доля лиц с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни, находящихся в учреждениях, исполняющих наказания, от общего числа больных с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни	%	10,1	12,5	12,3	12	11,8	11,5	11,3
2.18	Удельный расход тепловой энергии (ТЭ) в объектах здравоохранения	Гкал/кв.м	0,2540	0,2410	0,2362	0,2338	0,2315	0,2292	0,2268
2.19	Удельный расход электрической энергии (ЭЭ) в объектах здравоохранения	кВт-ч/кв.м	52,80	50,04	49,05	48,54	48,06	47,58	47,11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.20	Удельный расход топлива на бытовые нужды (главным образом отопление) в объектах здравоохранения	кг.у.т./кв.м	74,90	72,88	71,78	71,14	70,43	69,87	69,17
2.21	Доля медицинских организаций, в которых проведены энергетические обследования, в общей структуре медицинских организаций	%	100	100	100	100	100	100	100
Подпрограмма 3 «Охрана здоровья матери и ребенка»									
3.1	Доля обследованных беременных женщин в первом триместре беременности по алгоритму комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности	%	70,1	70,0	75,0	75,9	80,0	85,0	85,0
3.2	Охват неонатальным скринингом (доля новорожденных, обследованных на врожденные и наследственные заболевания, от общего числа родившихся живыми)	%	98,6	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
3.3	Охват аудиологическим скринингом (доля детей первого года жизни, обследованных на аудиологический скрининг, от общего числа детей первого года жизни)	%	98,4	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
3.4	Показатель ранней неонатальной смертности (на 1 тыс. родившихся живыми)	человек	3,8	3,8	3,8	3,6	3,5	3,4	3,3
3.5	Смертность детей в возрасте 0 - 17 лет (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)	человек	94,3	86,4	85,6	83,5	81,4	80,3	79,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.6	Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах (от общего числа женщин с преждевременными родами)	%	63,3	55	60	65	70	80	85
3.7	Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре (доля выживших от числа новорожденных, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела в акушерском стационаре)	%	65,8	65,9	66,8	70,1	74,8	77,4	80,1
3.8	Больничная летальность детей (доля умерших детей от числа поступивших)	%	0,23	0,19	0,19	0,18	0,18	0,17	0,17
3.9	Охват пар «мать – дитя» химио-профилактикой ВИЧ-инфекции в соответствии с действующими стандартами	%	98,2	98,2	98,2	98,2	98,2	98,5	99
3.10	Число абортс (на 1 тыс. женщин в возрасте 15 - 49 лет)	единиц	23,3	23,2	23,1	23,0	22,9	22,8	22,7
Подпрограмма 4 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»									
4.1	Охват санаторно-курортным лечением пациентов	%	14,2	17,00	21,00	26,00	31,00	36,00	не менее 45%
4.2	Охват медицинской реабилитацией пациентов от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи	%	6,69	9,00	12,00	15,00	17,00	21,00	не менее 25%
4.3	Охват медицинской реабилитацией детей-инвалидов от числа нуждающихся	%	61	81	84	87	90	93	96
Подпрограмма 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»									
5.1	Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым (на 100 тыс. взрослого населения)	коек	1,04	2,1	2,12	2,14	8,12	8,2	8,28

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ния)								
5.2	Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям (на 100 тыс. детского населения)	коек	0	0,85	0,85	0,84	2,94	2,94	2,95
Подпрограмма 6 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»									
6.1	Количество подготовленных кадров высшей квалификации в интернатуре, ординатуре, аспирантуре в государственных организациях дополнительного профессионального образования	человек	218	180	180	25	150	150	150
6.2	Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных организациях высшего образования	человек	2894	3460	3470	3480	3490	3500	3510
6.3	Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных профессиональных образовательных организациях, осуществляющих подготовку специалистов среднего звена	человек	5740	4970	4990	5010	5010	5020	5020
6.4	Количество обучающихся, прошедших подготовку в обучающих симуляционных центрах	человек	0	0	385	385	385	385	385
6.5	Доля медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Алтайского края, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения Алтайского края	%	91,9	93,0	94,0	95,0	96,0	97,0	98,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей)								
7.3	Доля рецептов, не обеспеченных в установленные сроки	%	0	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
7.4	Доля рецептов, поставленных на отсроченное обслуживание	%	0,001	0,010	0,008	0,006	0,004	0,002	0,001
7.5	Количество жалоб пациентов на льготное лекарственное обеспечение	единиц	266	260	256	250	248	246	240
Подпрограмма 8 «Развитие информатизации в здравоохранении»									
8.1	Доля отчетной медицинской документации, формируемой из первичных данных в информационных системах	%, нарастающим итогом	11,9	20	40	60	75	90	95
Подпрограмма 9 «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности»									
9.1	Выполнение плана проверок качества и безопасности медицинской деятельности	%	100	100	100	100	100	100	100
9.2	Выполнение мероприятий по обеспечению контроля качества и безопасности медицинской деятельности	%	77	75	95	95	100	100	100
9.3	Доля медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи	%	40	45	55	65	75	95	100
Подпрограмма 10 «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»									
10.1	Количество реализованных совместных международных проектов в области здравоохранения	единиц	1	3	5	5	6	7	8
Подпрограмма 11 «Управление развитием здравоохранения Алтайского края»									
11.1	Доля мероприятий государственной программы «Развитие здравоохра-	%	95	95	95	95	95	95	95

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	нения в Алтайском крае до 2020 года», запланированных на отчетный год, выполненных в полном объеме								
11.2	Доля отчетной медицинской документации, представленной в электронном виде в соответствии с едиными стандартами	%	40	95	95	95	95	95	95
11.3	Доля медицинских организаций, внедривших систему управления качеством медицинских услуг	%	50	70	75	80	85	95	100

* Показатели плановые. Фактические значения показателей будут внесены в таблицу после опубликования данных Алтайкрайстатом.

Таблица 2

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

№ п/п	Цель, задача, мероприятие	Срок реализации	Ответственный исполнитель; участники	Сумма расходов, тыс. рублей								Источники финансирования
				2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»												
1	Цель 1. Увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний	2014 – 2020 гг.		8230194,5	8517703,8	10696969,5	11717812,7	11794607,0	12593887,9	13188403,7	76739579,1	всего
121513,9				121517,0	133668,7	145820,4	100000,0	100000,0	100000,0	822520,0	федеральный бюджет	
0				0	1681814,0	1678159,0	1461059,0	1694102,7	1692902,7	8208037,4	федеральный бюджет*	
365930,6				283946,5	283946,5	283946,5	364764,3	380097,2	397356,4	2359988,0	краевой бюджет	
7742750,0				8112240,3	8597540,3	9609886,8	9868783,7	10419688,0	10998144,6	65349033,7	бюджет ТФОМС	
2	Задача 1.1. Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здоро-	2014 – 2020 гг.		0	0	5081,0	5261,0	17000,9	16706,4	16809,5	60858,8	всего
0				0	5081,0	5261,0	5261,0	4966,5	3966,5	24536,0	федеральный бюджет*	
0				0	0	0	11739,9	11739,9	12843,0	36322,8	краевой бюджет	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	вого образа жизни у населения Алтайского края, в том числе снижение распространённости наиболее значимых факторов риска											
3	Мероприятие 1.1.1. Проведение и оценка результатов эпидемиологического исследования по разделу питание: исходные данные по информированности, потребности, привычкам питания населения (организация работы интервьюеров, приобретение оргтехники, компьютерных программ, издательские расходы)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	80,0	80,0	80,0	240,0	краевой бюджет
4	Мероприятие 1.1.2. Изготовление и распространение информационных	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского	0	0	0	0	2000,0	2000,0	2000,0	6000,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	материалов по вопросам здорового питания и коррекции алиментарно-зависимых факторов риска		края по здравоохранению и фармацевтической деятельности									
5	Мероприятие 1.1.3. Проведение обучающих семинаров, методических конференций, совещаний, «круглых столов», для тренеров образовательных программ по вопросам здорового питания и коррекции алиментарно-зависимых факторов риска, проведения школ здоровья для пациентов группы высокого и очень высокого коронарного риска (проведение семинаров и тренингов, из-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	140,0	140,0	140,0	420,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	дательские расходы)											
6	Мероприятие 1.1.4. Проведение массовых кампаний (акций), направленных на пропаганду здорового питания, с выдачей информационных материалов	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	300,0	300,0	300,0	900,0	краевой бюджет
7	Мероприятие 1.1.5. Составление и распространение лекционного материала по проведению «Школ здоровья» у лиц с избыточной массой тела для отделений и кабинетов профилактики поликлиник и структур медицинского обеспечения работающего контингента в	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	300,0	300,0	300,0	900,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	электронном виде											
8	Мероприятие 1.1.6. Создание кабинетов здорового питания на базе центров здоровья КГБУЗ «Краевая клиническая больница»; КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0	2500,0	федеральный бюджет*
0				0	0	0	500,0	500,0	500,0	1500,0	краевой бюджет	
9	Мероприятие 1.1.7. Подготовка информационных материалов по физической активности: для населения – буклеты, плакаты, видео и аудио-материалы и для медицинских работников – методические рекомендации в области консультирования по физической активности	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	400,0	400,0	400,0	1200,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
10	Мероприятие 1.1.8. Проведение кампаний по увеличению физической активности среди населения – «Оцени свою тренированность!»; «10000 шагов»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	400,0	400,0	400,0	1200,0	краевой бюджет
11	Мероприятие 1.1.9. Обучение медицинских работников принципам консультирования, проведение семинаров-тренингов по технологиям консультирования по вопросам физической активности пациентов поликлиник (организация семинаров и тренингов)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	400,0	400,0	400,0	1200,0	краевой бюджет
12	Мероприятие 1.1.10. Оснащение кабинетов здорового	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтай-	0	0	3000,0	3000,0	3000,0	3000,0	2000,0	14000,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ребенка и кабинетов мониторинга распространности факторов риска детских поликлиник		ского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности									
13	Мероприятие 1.1.11. Создание информационных центров здоровья школьников, организация мониторинга заболеваемости и состояния физического и психологического здоровья путем внедрения паспорта здоровья школьника	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	150,0	150,0	150,0	150,0	600,0	федеральный бюджет*
0				0	0	0	150,0	150,0	150,0	450,0	краевой бюджет	
14	Мероприятие 1.1.12. Проведение психологических обследований на предмет потребления уча-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здраво-	0	0	0	30,0	30,0	30,0	30,0	120,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	щимися общеобразовательных организаций психоактивных веществ		охранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	40,0	40,0	40,0	120,0	краевой бюджет
15	Мероприятие 1.1.13. Проведение обучающих семинаров для специалистов, работающих с молодежью, по профилактике наркологических заболеваний – организация семинаров (в рамках текущего финансирования)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	
16	Мероприятие 1.1.14. Проведение массовых акций для учащейся молодежи и педагогов: «Родительский урок», «Здоровье молодежи – богатство России», «Летний лагерь – терри-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической	0	0	0	0	125,0	125,0	125,0	375,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	тория здоро- вья», «Класс- ный час: нар- котики, закон, ответствен- ность» – изда- тельские рас- ходы, оплата электронных и печатных СМИ		дея- тельно- сти									
17	Мероприятие 1.1.15. Ежегод- ное формиро- вание инфор- мационного модуля профи- лактической направленно- сти с публика- цией его в му- ниципальных средствах мас- совой инфор- мации (изда- тельские рас- ходы, оплата электронных и печатных СМИ)	2014 – 2020 гг.	Главное управ- ление Алтай- ского края по здраво- охране- нию и фарма- цевти- ческой дея- тельно- сти	0	0	0	0	125,0	125,0	125,0	375,0	краевой бюджет
18	Мероприятие 1.1.16. Тиражи- рование печат- ной продукции по профилак- тике алкого- лизма, нарко- мании, токси- комании (изда-	2014 – 2020 гг.	Главное управ- ление Алтай- ского края по здраво- охране- нию и	0	0	0	0	125,0	125,0	125,0	375,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	тельные расходы)		фармацевтической деятельности									
19	Мероприятие 1.1.17. Проведение обучающих мероприятий для специалистов в области профилактики табакокурения	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	20,0	20,0	20,0	60,0	краевой бюджет
20	Мероприятие 1.1.18. Проведение обучающих мероприятий по формированию мотиваций к здоровому образу жизни среди отдельных групп детей и подростков	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	20,0	20,0	20,0	60,0	краевой бюджет
21	Мероприятие 1.1.19. Мониторинг	2014 – 2020 гг.	Главное управление	0	0	0	0	20,0	20,0	20,0	60,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	торинг распространения табакокурения среди отдельных групп населения (организация социологических исследований)		ление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности									
22	Мероприятие 1.1.20. Реализация мероприятий по обеспечению учащихся школ, средних профессиональных и высших учебных организаций информационными материалами по профилактике табакокурения; работа с родителями школьников по формированию отрицательного отношения к употреблению табака, предупреждению привлечения	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	30,0	30,0	30,0	90,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	хически больных, наблюдаемых психиатром		нию и фармацевтической деятельности									
28	Мероприятие 1.1.26. Оказание лицам с психическими расстройствами социально-правовой помощи	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	1125,0	1125,0	1125,0	3375,0	краевой бюджет
29	Мероприятие 1.1.27. Оказание кризисной помощи с выделением 5 видов кризисных состояний	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	344,4	344,4	344,4	1033,2	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
30	Мероприятие 1.1.28. Отработка преемственности деятельности подростков психиатров с психиатрами взрослого приема	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	
31	Мероприятие 1.1.29. Оказание кризисной помощи, в том числе: в кабинете социально-психологической помощи на амбулаторном приеме, психотерапевтическом кабинете, в отделении «Телефона Доверия», в дневных стационарах, в отделении кризисных состояний КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	4858,0	4858,0	5961,1	15677,1	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	<p>больница имени Эрдмана Юрия Карловича»; кризисных койках КГБУЗ «Психиатрическая больница г. Бийск»;</p> <p>КГБУЗ «Психиатрическая больница г. Рубцовска»;</p> <p>КГБУЗ «Алтайская краевая психиатрическая больница № 2» (г. Камень-на-Оби);</p> <p>в отделениях «Телефона Доверия» КГБУЗ «Психиатрическая больница г. Бийск»;</p> <p>КГБУЗ «Психиатрическая больница г. Рубцовска»</p>											
32	<p>Мероприятие 1.1.30. Организация для психиатрической службы края 4 кабинетов социально-психологической помощи</p>	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фарма-	0	0	294,5	294,5	294,5	0	0	883,5	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			цевти- ческой дея- тельно- сти									
33	Мероприятие 1.1.31. Совер- шенствование системы меди- каментозной помощи лицам, страдающим психическими расстройства- ми в условиях психиатриче- ских стациона- ров края	2014 – 2020 гг.	Главное управ- ление Алтай- ского края по здраво- охране- нию и фарма- цевти- ческой дея- тельно- сти	0	0	642,9	642,9	642,9	642,9	642,9	3214,5	федераль- ный бюд- жет*
34	Задача 1.2. Со- хранение на спорадическом уровне распро- странённости инфекционных заболеваний, профилактика которых осу- ществляется посредством иммунизации населения в соответствии с национальным календарём профилактиче- ских прививок	2014 – 2020 гг.		141513,9	139517,0	180963,5	193115,2	149078,4	150067,5	150924,4	1105179,9	всего
121513,9				121517,0	133668,7	145820,4	100000,0	100000,0	100000,0	822520,0	федераль- ный бюджет	
0				0	29294,8	29294,8	29294,8	29294,8	29294,8	146474,0	федераль- ный бюд- жет*	
20000,0				18000,0	18000,0	18000,0	19783,6	20772,7	21629,6	136185,9	краевой бюджет	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
35	Мероприятие 1.2.1. Издание методических материалов по организации иммунопрофилактики для медицинских работников	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	10,0	10,5	10,5	10,5	14,9	15,6	16,8	88,8	краевой бюджет
36	Мероприятие 1.2.2. Внедрение электронных картотек и единых информационных программ по организации иммунопрофилактики; приобретение вакцин для иммунизации по эпидемическим показаниям детского населения Алтайского края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	26042,8	26042,8	26042,8	26042,8	26042,8	130214,0	федеральный бюджет*
				16563,5	14299,0	14299,0	14299,0	17085,1	17939,4	18679,5	113164,5	краевой бюджет
37	Мероприятие 1.2.3. Приобретение иммуно-	2014 – 2020 гг.	Главное управление	0	0	2500,0	2500,0	2500,0	2500,0	2500,0	12500,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Алтайского края		цевтической деятельности									
40	Мероприятие 1.2.6. Обеспечение холодной цепи при хранении иммунобиологических препаратов на центральном складе, закуп термоиндикаторов для обеспечения «холодовой цепи» при транспортировке медицинских иммунобиологических препаратов в медицинских организациях края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	1100,0	1102,5	1102,5	1102,5	1275,8	1339,6	1368,7	8391,6	краевой бюджет
41	Мероприятие 1.2.7. Закуп тест-систем для изучения иммунного статуса привитых лиц в рамках национального календаря прививок и по	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фарма-	0	0	650,0	650,0	650,0	650,0	650,0	3250,0	федеральный бюджет*
				48,9	52,5	52,5	52,5	69,8	73,3	77,5	427,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	эпидемическим показаниям		цевтической деятельности									
42	Мероприятие 1.2.8. Издание информационных материалов по организации прививочного дела для населения	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	10,0	10,5	10,5	10,5	14,9	15,6	16,8	88,8	краевой бюджет
43	Мероприятие 1.2.9. Вакцинация в рамках национального календаря прививок (стоимость вакцины поступившей в Алтайский край)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	121513,9	121517,0	133668,7	145820,4	100000,0	100000,0	100000,0	822520,0	федеральный бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
44	Задача 1.3. Реализация дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях своевременного выявления заболеваний	2014 – 2020 гг.		475060,0	475060,0	477420,0	476685,0	478793,7	478653,8	478653,8	3340326,3	всего
0				0	2360,0	1625,0	1625,0	1485,0	1485,0	8580,0	федеральный бюджет*	
0				0	0	0	2108,7	2108,8	2108,8	6326,3	краевой бюджет	
475060,0				475060,0	475060,0	475060,0	475060,0	475060,0	475060,0	3325420,0	бюджет ТФОМС	
45	Мероприятие 1.3.1. Материально-техническое обеспечение структур медицинской профилактики медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Разработка методических рекомендаций и алгоритмов действия медицинских работ-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	1470,0	735,0	735,0	735,0	735,0	4410,0	федеральный бюджет*
				0	0	0	0	918,7	918,8	918,8	2756,3	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь											
46	Мероприятие 1.3.2. Объединение всех профилактических услуг в единую систему, базу данных для проведения эффективного мониторинга выявленных факторов риска (приобретение оргтехники и компьютерных программ)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	150,0	150,0	150,0	150,0	150,0	750,0	федеральный бюджет*
0				0	0	0	187,5	187,5	187,5	562,5	краевой бюджет	
47	Мероприятие 1.3.3. Создание механизма взаимодействия между кабинетами и отделениями медицинской профилактики и центрами здоровья в плане коррекции факторов риска у лиц, прошед-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	200,0	200,0	200,0	200,0	200,0	1000,0	федеральный бюджет*
0				0	0	0	250,0	250,0	250,0	750,0	краевой бюджет	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ших диспансеризацию. Внедрение в деятельность технологий выявления факторов риска и суммарного риска, профилактического индивидуального и группового консультирования («школы здоровья»), дифференцированных технологий коррекции факторов риска		сти									
48	Мероприятие 1.3.4. Повышение уровня квалификации кадров центров и кабинетов медицинской профилактики, фельдшерско-акушерских и медицинских пунктов в оказании профилактической помощи населению	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	300,0	300,0	300,0	300,0	300,0	1500,0	федеральный бюджет*
0				0	0	0	187,5	187,5	187,5	562,5	краевой бюджет	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
49	Мероприятие 1.3.5. Создание информационного пакета для проведения школ здоровья (на рабочем месте, в школах, в учебных заведениях, для волонтеров медицинского колледжа, медицинского университета), методических и наглядных материалов по профилактике и снижению риска неинфекционных заболеваний, пропаганде здорового образа жизни	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	325,0	325,0	325,0	975,0	краевой бюджет
50	Мероприятие 1.3.6. Проведение профилактического консультирования в ходе диспансеризации взрослого населения и плановых медицинских осмотров	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевти-	0	0	50,0	50,0	50,0	0	0	150,0	федеральный бюджет*
				0	0	0	0	50,0	50,0	50,0	150,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			ческой деятельности									
51	Мероприятие 1.3.7. Подготовка фельдшерско-акушерских и медицинских пунктов к оказанию профилактической помощи населению, в том числе организованным коллективам, для проведения первого этапа диспансеризации в удаленных районах и населенных пунктах – выездная работа, их оснащение	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	500,0	федеральный бюджет*
				0	0	0	0	100,0	100,0	100,0	300,0	краевой бюджет
52	Мероприятие 1.3.8. Организация разъяснительной работы в СМИ по проведению диспансеризации	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевти-	0	0	90,0	90,0	90,0	0	0	270,0	федеральный бюджет*
				0	0	0	0	90,0	90,0	90,0	270,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			ческой деятельности									
53	Мероприятия 1.3.9. Диспансеризация взрослого населения	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	475060,0	475060,0	475060,0	475060,0	475060,0	475060,0	475060,0	3325420,0	бюджет ТФОМС
54	Задача 1.4. Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, в том числе структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи, развитие подразделений медицинской профилактики	2014 – 2020 гг.		7613620,6	7903126,8	10033505,0	11042751,5	11149734,0	11948460,2	12542016,0	72233214,1	всего
0				0	1645078,2	1641978,2	1424878,2	1658356,4	1658156,4	8028447,4	федеральный бюджет*	
345930,6				265946,5	265946,5	265946,5	331132,1	345475,8	360775,0	2181153,0	краевой бюджет	
7267690,0				7637180,3	8122480,3	9134826,8	9393723,7	9944628,0	10523084,6	62023613,7	бюджет ТФОМС	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	и неотложной медицинской помощи, стационарзамещающих и выездных методов работы											
55	Мероприятие 1.4.1. Реконструкция действующих, открытие новых центров медицинской профилактики и центров здоровья (проектно-сметные и строительные работы, приобретение медицинского диагностического оборудования и оргтехники)		Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	1000,0	0	0	0	0	1000,0	федеральный бюджет*
56	Мероприятие 1.4.2. Создание системы динамической оценки качества первичной и вторичной профилактики в рамках оказания первичной	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и	0	0	100,0	100,0	100,0	0	0	300,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	медико-санитарной помощи, в том числе по данным регистров оказания помощи больным неинфекционными заболеваниями (приобретение оргтехники, компьютерных программ)		фармацевтической деятельности	0	0	0	0	100,0	100,0	100,0	300,0	краевой бюджет
57	Мероприятие 1.4.3. Капитальные вложения в рамках краевой адресной инвестиционной программы	2014 – 2020 гг.	Главное управление строительства, транспорта, жилищно-коммунального и дорожного хозяйства Алтайского края; Главное управление Алтай-	64924,0	38618,0	38618,0	38618,0	38618,0	38618,0	38618,0	296632,0	краевой бюджет
				0	0	574078,2	574078,2	364078,2	675356,4	675356,4	2862947,4	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			ского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности									
58	Мероприятие 1.4.4. Капитальный ремонт медицинских организаций, оказывающих первичную медицинскую помощь (10 % площадей от общего количества ежегодно)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	960000,0	960000,0	960000,0	960000,0	960000,0	4800000,0	Федеральный бюджет*
				24549,8	22310,4	22310,4	22310,4	11221,9	11783,0	12372,2	126858,1	краевой бюджет
59	Мероприятие 1.4.5. Повышение уровня пожарной безопасности медицинских организаций Алтайского края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевти-	6506,3	0	0	0	5864,0	6157,3	6703,4	25231,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			ческой деятельности									
60	Мероприятие 1.4.6. Оснащение медицинских организаций оборудованием и автотранспортом	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	47935,2	31489,6	31489,6	31489,6	5622,8	5903,9	6199,1	160129,8	краевой бюджет
61	Мероприятие 1.4.7. Открытие амбулаторно-поликлинического отделения в составе краевого пульмонологического центра КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	5000,0	2600,0	0	0	0	7600,0	федеральный бюджет*
62	Мероприятие 1.4.8. Приобретение и уста-	2014 – 2020 гг.	Главное управление	0	0	2000,0	0	0	0	0	2000,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	новка специализированного «пульмомобиля» в КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул»		Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности									
63	Мероприятие 1.4.9. Создание кабинетов диабетической ангиоретинопатии в КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул»; КГБУЗ «Городская больница № 4, г. Бийск»; КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	1500,0	3000,0	0	0	0	4500,0	федеральный бюджет*
64	Мероприятие 1.4.10. Открытие кабинетов экстрапирамидных расстройств в КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фарма-	0	0	500,0	500,0	0	0	0	1000,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	«Городская поликлиника № 9, г. Барнаул»		цевтической деятельности									
65	Мероприятие 1.4.11. Создание 15 кабинетов амбулаторного гастроэнтерологического приема	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	200,0	1000,0	0	1000,0	800,0	3000,0	федеральный бюджет*
66	Мероприятие 1.4.12. Открытие 10 отделений (кабинетов) неотложной помощи в Алтайском крае	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	4000,0	4000,0	4000,0	2000,0	2000,0	16000,0	федеральный бюджет*
67	Мероприятие 1.4.13. Приобретение 7 пе-	2014 – 2020 гг.	Главное управление	0	0	10000,0	10000,0	10000,0	20000,0	20000,0	70000,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	редвижных флюорографов		Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности									
68	Мероприятие 1.4.14. Оснащение транспортом отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	86700,0	86700,0	86700,0	0	0	260100,0	федеральный бюджет*
69	Мероприятие 1.4.15. Выполнение государственного задания по оказанию первичной медико-санитарной помощи	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевти-	202015,3	173528,5	173528,5	173528,5	269705,4	282913,6	296782,3	1572002,1	краевой бюджет
				7267690,0	7637180,3	8122480,3	9134826,8	9393723,7	9944628,0	10523084,6	62023613,7	бюджет ТФОМС

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			ческой дея- тельно- сти									
70	Мероприятие 1.4.16. Повы- шение энерге- тической эф- фективности в медицинских организациях, оказывающих первичную ме- дико-санитар- ную помощь	2014 – 2020 гг.	Главное управ- ление Алтай- ского края по здравно- охране- нию и фарма- цевти- ческой дея- тельно- сти	0	0	0	0	0	0	0	0	краевой бюджет **
				0	0	0	0	0	0	0	0	федераль- ный бюд- жет**

* При условии выделения средств.

** Финансирование осуществляется в рамках других программ.

Таблица 3

ПЕРЕЧЕНЬ

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

№ п/п	Цель, задача, мероприятие	Срок реализации	Ответственный исполнитель; участники	Сумма расходов, тыс. рублей								Источники финансирования
				2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»												
1	Цель 2. Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации	2014 – 2020 гг.		14257879,2	15941959,2	18935569,7	20412931,0	22128814,2	22704945,8	24851874,3	139233973,4	всего
692974,9				503924,8	465420,5	465420,5	1221915,9	1549425,1	1978625,9	6877707,6	федеральный бюджет	
0				0	1847664,7	1744199,5	2013165,3	1367516,8	2159961,4	9132507,7	федеральный бюджет*	
2910356,3				2025241,2	2067894,3	2067894,3	2833358,1	2951138,5	3061112,8	17916995,5	краевой бюджет	
0				0	150000,0	150000,0	0	0	0	300000,0	краевой бюджет*	
10654548,0				13412793,2	14141943,2	15835416,7	16060374,9	16836865,4	17652174,2	104594115,6	бюджет ТФОМС	
0	0	262647,0	150000,0	0	0	0	412647,0	внебюджетные источники				
2	Задача 2.1. Совершенствование оказания медицин-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Ал-	253294,2	161430,7	167007,1	167887,4	99128,0	104079,5	109645,4	1062472,3	всего

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	ской помощи больным туберкулёзом, направленное на снижение смертности от туберкулёза и формирование приверженности больных к контролируемому лечению, и увеличение доли абациллированных больных туберкулёзом от числа больных туберкулёзом с бактериовыделением		тайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	211544,2	110430,7	108222,1	108222,1	54500,0	57220,0	60080,0	710219,1	федеральный бюджет
				0	0	7785,0	8665,3	2431,1	2552,7	2680,3	24114,4	федеральный бюджет*
				41750,0	51000,0	51000,0	51000,0	42196,9	44306,8	46885,1	328138,8	краевой бюджет
3	Мероприятие 2.1.1. Внедрение молекулярно-генетических исследований для диагностики туберкулёза	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	2205,0	2315,3	2431,1	2552,7	2680,3	12184,4	федеральный бюджет*
				1300,0	2000,0	2000,0	2000,0	2205,0	2315,3	2431,1	14251,4	краевой бюджет
4	Мероприятие 2.1.2. Создание дистанционного консультативного центра в КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулёз-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	250,0	250,0	0	0	0	500,0	федеральный бюджет*
				2200,0	2200,0	2200,0	2200,0	2425,5	2546,8	2674,1	16446,4	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ный диспансер»		нию и фармацевтической деятельности									
5	Мероприятие 2.1.3. Организация краевого консультативного рентгенологического центра на базе КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	700,0	0	0	0	6615,0	6945,8	7263,8	21524,6	краевой бюджет
6	Мероприятие 2.1.4. Закупка продуктовых наборов для больных туберкулезом с целью формирования приверженности больных туберкулезом к амбулаторному контролируемому лечению	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	3050,0	3050,0	3050,0	3050,0	3362,6	3530,7	3707,2	22800,5	краевой бюджет
7	Мероприятие 2.1.5. Организация бригад патронажной службы с целью лечения на дому социально-дезadaptированных больных туберкулезом, проходящих	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацев-	0	0	400,0	420,0	0	0	0	820,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	контролируемое амбулаторное лечение в г. Бийске, г. Рубцовске		тической деятельности									
8	Мероприятие 2.1.6. Приобретение противотуберкулёзных препаратов основного и резервного ряда, а также обеспечение препаратами для проведения иммунодиагностики среди детей и подростков и приобретение расходных материалов для лабораторной диагностики туберкулёза	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	211544,2	110430,7	108222,1	108222,1	54500,0	57220,0	60080,0	710219,1	федеральный бюджет
34500,0				43750,0	43750,0	43750,0	27588,8	28968,2	30808,9	253115,9	краевой бюджет	
9	Мероприятие 2.1.7. Открытие отделения для обязательного (принудительного) обследования и лечения в структуре КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулёзный диспансер»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	4680,0	0	0	0	4680,0	федеральный бюджет*
10	Мероприятие 2.1.8. Открытие 20 коек длительного наблюдения больных с хроническими	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по	0	0	1670,0	0	0	0	0	1670,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	формами туберкулёза в КГКУЗ «Шелаболихинская туберкулёзная больница»		здравоохранению и фармацевтической деятельности									
11	Мероприятие 2.1.9. Открытие дневных стационаров в противотуберкулёзных медицинских организациях: КГКУЗ «Противотуберкулёзный диспансер г. Рубцовск» (15 коек); КГКУЗ «Противотуберкулёзный диспансер, г. Бийск» (20 коек)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	950,0	1000,0	0	0	0	1950,0	федеральный бюджет*
12	Мероприятие 2.1.10. Увеличение коечной мощности дневного стационара КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулёзный диспансер» до 40 коек	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	510,0	0	0	0	0	510,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
13	Мероприятие 2.1.11. Создание специализированного отделения для лиц с сочетанной патологией ВИЧ-туберкулёз на базе новых корпусов КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулёзный диспансер»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	1800,0	0	0	0	0	1800,0	федеральный бюджет*
14	Мероприятие 2.1.12. Укрепление материально-технической базы медицинских организаций туберкулёзной службы	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	Задача 2.2. Повышение продолжительности и качества жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С, путём совершенствования методов оказания специализированной медицинской помощи лицам,	2014 – 2020 гг.		269037,2	369930,9	526931,4	563002,7	1353657,7	1721140,8	2194546,4	6998247,1	всего
				261530,4	358149,1	357198,4	357198,4	1139173,2	1463962,4	1890303,2	5827515,1	федеральный бюджет
				0	0	157951,2	194022,5	206085,4	248365,5	294995,7	1101420,3	федеральный бюджет*
				7506,8	11781,8	11781,8	11781,8	8399,1	8812,9	9247,5	69311,7	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С											
16	Мероприятие 2.2.1. Укрепление материально-технической базы Центров СПИД (приобретение лабораторного оборудования)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	2450,0	0	0	0	0	0	0	2450,0	краевой бюджет
17	Мероприятие 2.2.2. Приобретение и хранение медикаментов для антиретровирусной терапии, диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных ВИЧ и гепатитами В и С	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	258966,1	355647,4	354746,8	354746,8	1139173,2	1463962,4	1890303,2	5817545,9	федеральный бюджет
				700,0	700,0	700,0	700,0	894,7	933,3	973,9	5601,9	краевой бюджет
18	Мероприятие 2.2.3. Изготовление информационных материалов по проблемам ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С. Размещение изготов-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и	2564,3	2501,7	2451,6	2451,6	0	0	0	9969,2	федеральный бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ленных информационных материалов в СМИ		фармацевтической деятельности									
19	Мероприятие 2.2.4. Приобретение медикаментов для лечения вторичных инфекций у больных ВИЧ-инфекцией	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	9583,2	10541,5	11595,7	12755,2	14030,8	58506,4	федеральный бюджет*
20	Мероприятие 2.2.5. Лекарственное обеспечение больных хроническими вирусными гепатитами В и С	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	148368,0	183481,0	194489,7	235610,3	280964,9	1042913,9	федеральный бюджет*
				294,0	0	0	0	324,1	340,3	357,3	1315,7	краевой бюджет
21	Мероприятие 2.2.6. Приобретение расходных материалов и диагностикомов для скрининговых исследований на ВИЧ подлежащих контингентов	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацев-	4062,8	11081,8	11081,8	11081,8	7180,3	7539,3	7916,3	59944,1	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			тической деятельности									
22	Задача 2.3. Модернизация наркологической службы Алтайского края	2014 – 2020 гг.		490,0	0,0	29771,7	29580,3	31369,5	41438,0	41510,0	174159,5	всего
0				0	29771,7	29580,3	30000,0	40000,0	40000,0	169352,0	федеральный бюджет*	
490,0				0	0	0	1369,5	1438,0	1510,0	4807,5	краевой бюджет	
23	Мероприятие 2.3.1. Оснащение наркологических диспансеров оборудованием и тест-полосками	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	29771,7	29580,3	30000,0	40000,0	40000,0	169352,0	федеральный бюджет*
397,4				0	0	0	540,2	567,2	595,6	2100,4	краевой бюджет	
0				0	0	0	0	0	0	0	краевой бюджет **	
24	Мероприятие 2.3.2. Внедрение новых технологий оказания помощи наркологическим больным	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	729,3	765,8	804,1	2299,2	краевой бюджет
25	Мероприятие 2.3.3. Совершенствование системы ока-	2014 – 2020 гг.		92,6	0	0	0	100,0	105,0	110,3	407,9	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	занятия медицинской помощи наркологическим больным			0	0	0	0	0	0	0	0	краевой бюджет **
26	Мероприятие 2.3.4. Проведение конкурса на лучшую программу по медицинской реабилитации среди государственных и негосударственных организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «наркология»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	краевой бюджет **
27	Задача 2.4. Совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств	2014 – 2020 гг.		0	0	1367,9	1034,1	472,0	0	0	2874,0	всего
				0	0	1367,9	1034,1	472,0	0	0	2874,0	федеральный бюджет*
28	Мероприятие 2.4.1. Обеспечение обеспечением медицинских организаций психиатрического профиля Алтайского края в соответствии с порядком оказания медицинской психиатрической помощи	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	1367,9	1034,1	472,0	0	0	2874,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
29	Задача 2.5. Совершенствование организационной системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями, направленное на увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями и снижение односторонней летальности больных со злокачественными новообразованиями	2014 – 2020 гг.		715749,4	779041,0	907714,0	942574,7	1007303,0	1013391,4	1066747,1	6432520,6	всего
84130,4				0	0	0	0	0	0	84130,4	федеральный бюджет	
0				0	90500,0	84500,0	105500,0	66500,0	72500,0	419500,0	федеральный бюджет*	
637,0				0	0	0	824,6	864,1	918,4	3244,1	краевой бюджет	
630982,0				779041,0	817214,0	858074,7	900978,4	946027,3	993328,7	5925646,1	бюджет ТФОМС	
30	Мероприятие 2.5.1. Приобретение оборудования в КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	637,0	0	0	0	824,6	864,1	918,4	3244,1	краевой бюджет
84130,4				0	0	0	0	0	0	84130,4	федеральный бюджет	
31	Мероприятие 2.5.2. Оптимизация сети первичных онкологических кабинетов в медицинских организациях	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здраво-	0	0	10000,0	20000,0	40000,0	0	0	70000,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Алтайского края (открытие 53 кабинетов)		охранению и фармацевтической деятельности									
32	Мероприятие 2.5.3. Расширение сети противоболевых кабинетов в КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск»; КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Рубцовск»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	2000,0	0	0	0	0	2000,0	федеральный бюджет*
33	Мероприятие 2.5.4. Создание системы медицинской профилактики (расширение в КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», открытие в КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск»; КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Рубцовск»)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	15000,0	0	0	0	0	15000,0	федеральный бюджет*
34	Мероприятие 2.5.5. Внедрение новых методик генетических исследований	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского	0	0	15000,0	15000,0	15000,0	15000,0	20000,0	80000,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	в КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»		края по здравоохранению и фармацевтической деятельности									
35	Мероприятие 2.5.6. Оказание медицинской помощи больным онкологического профиля и обеспечение химиотерапевтическими препаратами в КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»; КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск»; КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Рубцовск» больных, не имеющих группы инвалидности	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	48500,0	49500,0	50500,0	51500,0	52500,0	252500,0	федеральный бюджет*
				630982,0	779041,0	817214,0	858074,7	900978,4	946027,3	993328,7	5925646,1	бюджет ТФОМС
36	Задача 2.6. Развитие инфраструктуры и совершенствование оказания скорой медицинской помощи и системы управле-	2014 – 2020 гг.		950586,4	1534617,4	1637136,3	1752490,3	1945755,2	2069367,4	2145442,4	12035395,4	всего
				0	0	19118,9	19590,3	20020,8	40278,6	21165,4	120174,0	федеральный бюджет*
				98774,0	0	0	0	106496,0	119195,1	119195,2	443660,3	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ния скорой медицинской помощью			851812,4	1534617,4	1618017,4	1732900,0	1819238,4	1909893,7	2005081,8	11471561,1	бюджет ТФОМС
37	Мероприятие 2.6.1. Открытие организационно-методического отдела скорой медицинской помощи Алтайского края в КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул		Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	5047,6	5047,6	5047,6	5047,6	5047,6	5047,6	30285,6	бюджет ТФОМС
38	Мероприятие 2.6.2. Открытие единого диспетчерского центра на базе КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	1084,2	1084,2	1084,2	1084,2	1084,2	1084,2	6505,2	бюджет ТФОМС
39	Мероприятие 2.6.3. Развертывание бригад скорой медицинской помощи в районах Алтайского края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	7287,6	7287,6	7287,6	4858,4	4858,4	31579,6	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
40	Мероприятие 2.6.4. Обновление парка автомобилей скорой медицинской помощи, в том числе оснащённых медицинским оборудованием	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	78396,0	0	0	0	106496,0	119195,1	119195,2	423282,3	краевой бюджет
41	Мероприятие 2.6.5. Приобретение медицинского оборудования	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	11831,3	12302,7	12733,2	35420,2	16307,0	88594,4	федеральный бюджет*
42	Мероприятие 2.6.6. Обеспечение функционирования скорой медицинской помощи в Алтайском крае	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	844300,0	1520168,2	1601568,2	1726768,2	1813106,6	1903761,9	1998950,0	11408623,1	бюджет ТФОМС

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
43	Мероприятие 2.6.7. Совершенствование организации оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	20378,0	0	0	0	0	0	0	20378,0	краевой бюджет
				6882,4	6882,4	6882,4	0	0	0	0	20647,2	бюджет ТФОМС
44	Мероприятие 2.6.8. Укрепление материально-технической базы КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	500,0	1335,0	3335,0	0	0	0	0	5170,0	бюджет ТФОМС
45	Мероприятие 2.6.9. Переподготовка медицинского персонала, компьютеризация лечебного процесса	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	130,0	100,0	100,0	0	0	0	0	330,0	бюджет ТФОМС

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	M52 и P349		деятельности									
49	Мероприятие 2.7.3. Приобретение медицинской аппаратуры для медицинских организаций, расположенных вдоль автомобильных дорог Р380, Т1503, Р371, Т1508 и др.	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	8270,0	9334,0	9450,0	27054,0	краевой бюджет
50	Мероприятие 2.7.4. Использование авиации для оказания медицинской помощи населению	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	краевой бюджет **
51	Мероприятие 2.7.5. Обеспечение уставной деятельности КГКУЗ «Краевой центр медицины катастроф»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацев-	70729,1	65948,0	65948,0	65948,0	77809,7	81700,2	85785,2	513868,2	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			тической деятельности									
52	Мероприятие 2.7.6. Обучение водителей автомобилей скорой медицинской помощи приемам оказания первой помощи лицам, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, на базе образовательного учебно-методического центра «Школа медицины катастроф» в КГКУЗ «Краевой центр медицины катастроф»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	1000,0	1000,0	1000,0	3000,0	краевой бюджет
53	Задача 2.8. Совершенствование методов диагностики и лечения ишемической болезни сердца и cerebro-васкулярных заболеваний, совершенствование оказания кардиологической помощи, направленные на снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта	2014 – 2020 гг.		525596,9	545071,0	650525,0	784628,0	749024,0	756737,0	748664,0	4760245,9	всего
0				0	78200,0	183687,0	118036,0	94200,0	53000,0	527123,0	федеральный бюджет*	
525596,9				545071,0	572325,0	600941,0	630988,0	662537,0	695664,0	4233122,9	бюджет ТФОМС	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
54	Мероприятие 2.8.1. Оказание кардиологической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями медицинскими работниками медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	525596,9	545071,0	572325,0	600941,0	630988,0	662537,0	695664,0	4233122,9	бюджет ТФОМС
55	Мероприятие 2.8.2. Оснащение регионального сосудистого центра и первичных сосудистых отделений (КГБУЗ «Краевая клиническая больница»; КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул»; КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11, г. Барнаул»; КГБУЗ «Центральная городская больница» г. Бийск)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	4000,0	8000,0	28000,0	20000,0	0	60000,0	федеральный бюджет*
56	Мероприятие 2.8.3. Открытие и оснащение первичных сосудистых отделений (КГБУЗ «Каменская центральная районная	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению	0	0	0	101487,0	15836,0	0	0	117323,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	больница», КГБУЗ «Алейская центральная районная больница»)		нию и фармацевтической деятельности									
57	Мероприятие 2.8.4 Дооснащение медицинским оборудованием специализированных кардиологических отделений	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	74200,0	74200,0	74200,0	74200,0	53000,0	349800,0	федеральный бюджет*
58	Задача 2.9. Повышение доступности оказания высокотехнологичной медицинской помощи с внедрением новых эффективных методов лечения	2014 – 2020 гг.		655777,0	830111,1	867671,1	907121,1	828590,0	828590,0	828590,0	5746450,3	всего
				64830,0	0	0	0	0	0	64830,0	федеральный бюджет	
				280343,0	78531,1	78531,1	78531,1	0	0	515936,3	краевой бюджет	
				310604,0	751580,0	789140,0	828590,0	828590,0	828590,0	5165684,0	бюджет ТФОМС	
59	Мероприятие 2.9.1. Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	64830,0	0	0	0	0	0	0	64830,0	федеральный бюджет
				280343,0	78531,1	78531,1	78531,1	0	0	515936,3	краевой бюджет	
				310604,0	751580,0	789140,0	828590,0	828590,0	828590,0	5165684,0	бюджет ТФОМС	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
60	Задача 2.10. Обеспечение безопасности и качества донорской крови и её компонентов	2014 – 2020 гг.		228383,3	173622,0	241072,0	231072,0	309213,1	331780,1	344975,3	1860117,8	всего
				0	0	67450,0	57450,0	57450,0	67450,0	67450,0	317250,0	федеральный бюджет*
				228383,3	173622,0	173622,0	173622,0	251763,1	264330,1	277525,3	1542867,8	краевой бюджет
61	Мероприятие 2.10.1. Приобретение для центров крови, станций и отделений переливания крови, банков-хранилищ, кабинетов трансфузионной терапии медицинских организаций современного высокотехнологичного оборудования, обеспечивающего безопасность и качество компонентов крови, а также расходных материалов для лабораторных исследований, заготовки, переработки крови современными высокотехнологичными способами (аппаратный цитоферез и плазмаферез, вирусинактивация, размораживание и отмы-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	67450,0	57450,0	57450,0	67450,0	67450,0	317250,0	федеральный бюджет*
				7840,0	7000,0	7000,0	7000,0	10149,0	10635,3	11145,8	60770,1	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	вание эритроцитов и т.д.)											
62	Мероприятие 2.10.2. Обеспечение мероприятий по заготовке, переработке и хранению крови	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	220543,3	166622,0	166622,0	166622,0	241614,1	253694,8	266379,5	1482097,7	краевой бюджет
63	Задача 2.11. Развитие донорского движения в Алтайском крае	2014 – 2020 гг.		0	0	170,0	170,0	170,0	170,0	170,0	850,0	всего
				0	0	170,0	170,0	170,0	170,0	850,0	федеральный бюджет*	
64	Мероприятие 2.11.1. Проведение пропаганды донорства крови и ее компонентов. Реализация масштабных информационных кампаний, торжественных мероприятий, приуроченных к Всемирному дню донора крови, Дню донорского совершеннолетия; изготовление печатной типографской продукции, организация донорских ак-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	170,0	170,0	170,0	170,0	170,0	850,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ций с поощрением участников											
65	Задача 2.12. Повышение обеспеченности пациентов заместительной почечной терапией	2014 – 2020 гг.		140781,6	255463,2	563463,2	563463,2	263463,2	263463,2	263463,2	2313560,8	всего
				0	0	8000,0	8000,0	8000,0	8000,0	8000,0	40000,0	федеральный бюджет*
				0	0	150000,0	150000,0	0	0	0	300000,0	краевой бюджет*
				140781,6	255463,2	255463,2	255463,2	255463,2	255463,2	255463,2	1673560,8	бюджет ТФОМС
				0	0	150000,0	150000,0	0	0	0	300000,0	внебюджетные источники
66	Мероприятие 2.12.1. Оказание медицинской помощи пациентам с терминальной почечной недостаточностью (гемодиализ)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	140781,6	255463,2	255463,2	255463,2	255463,2	255463,2	255463,2	1673560,8	бюджет ТФОМС
67	Мероприятие 2.12.2. Оснащение оборудованием медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь больным с терминальной почечной недостаточностью	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	8000,0	8000,0	8000,0	8000,0	8000,0	40000,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	тайский врачебно-физкультурный диспансер»		здравоохранению и фармацевтической деятельности									
72	Мероприятие 2.13.3. Организация и оснащение выездных мобильных бригад КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер» в удаленные районы края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	
73	Мероприятие 2.13.4. Организация системы оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий для всех категорий учащихся, студентов, лиц с ограниченными возможностями	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	1215,5	1271,3	0	2486,8	краевой бюджет
74	Мероприятие 2.13.5. Улучшение кадрового потенциала, создание научно-мето-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по	0	0	0	0	0	0	1330,1	1330,1	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	дической базы в КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер» для проведения обучающих семинаров по спортивной медицине и лечебной физкультуре		здравоохранению и фармацевтической деятельности									
75	Мероприятие 2.13.6. Выделение субсидий на иные цели и субсидий на выполнение государственного задания по оказанию медицинской помощи по динамическому наблюдению за состоянием здоровья лиц, занимающихся физической культурой и спортом, в КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер» и отделениях спортивной медицины	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	31019,4	26025,8	26025,8	26025,8	32442,2	34064,3	35767,5	211370,8	краевой бюджет
76	Задача 2.14. Повышение структурной эффективности и доступности офтальмологической службы	2014 – 2020 гг.		0	0	17500,0	17500,0	17500,0	17500,0	17500,0	87500,0	всего
				0	0	17500,0	17500,0	17500,0	17500,0	17500,0	87500,0	федеральный бюджет*
77	Мероприятие 2.14.1. Оснащение медицинским оборудовани-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского	0	0	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0	17500,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ем офтальмологической службы в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи		края по здравоохранению и фармацевтической деятельности									
78	Мероприятие 2.14.2. Реструктуризация коечного фонда офтальмологических отделений. Организация сети консультативно-диагностических отделений в Каменском, Славгородском медицинских округах, г. Барнауле, г. Новоалтайске	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	7000,0	7000,0	7000,0	7000,0	7000,0	35000,0	федеральный бюджет*
79	Мероприятие 2.14.3. Организация специализированных офтальмологических кабинетов (охраны зрения детей, глаукомы, диабетической ретинопатии, ретинопатии новорожденных)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	7000,0	7000,0	7000,0	7000,0	7000,0	35000,0	федеральный бюджет*
80	Задача 2.15. Повышение уровня оснащения меди-	2014 – 2020 гг.		43125,9	27289,2	17289,2	17289,2	29090,6	30545,1	32072,4	196701,6	всего

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	цинских организаций Алтайского края изделиями медицинской техники			43125,9	27289,2	17289,2	17289,2	29090,6	30545,1	32072,4	196701,6	краевой бюджет
81	Мероприятие 2.15.1. Организация сервисного обслуживания, восстановление и приобретение изделий медицинской техники для медицинских организаций Алтайского края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	43125,9	27289,2	17289,2	17289,2	29090,6	30545,1	32072,4	196701,6	краевой бюджет
82	Задача 2.16. Обеспечение эффективного функционирования медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе обеспечение	2014 – 2020 гг.		10355179,8	11173408,9	13163323,9	14290491,1	15360673,2	15386681,2	16911523,2	96746587,5	всего
				70939,9	35345,0	0,0	0,0	28242,7	28242,7	28242,7	191013,0	федеральный бюджет
				0	0	1369850,0	1140000,0	1447500,0	782500,0	1582500,0	6322350,0	федеральный бюджет*
				2089468,8	1591043,3	1643696,4	1643696,4	2259813,6	2341584,3	2426734,0	13996036,8	краевой бюджет
	энергоэффективности объектов здравоохранения Алтайского края			8194771,1	9547020,6	10089783,6	11559447,8	11625116,9	12234354,2	12874046,5	76124540,7	бюджет ТФОМС
				0	0	112647,0	0	0	0	0	112647,0	внебюджетные источники
83	Мероприятие 2.16.1. Оказание специализированной медицинской помощи в рамках государ-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здраво-	1308292,3	1079876,3	1132529,4	1132529,4	1527470,9	1594867,1	1664685,3	9440250,7	краевой бюджет
				8194771,1	9547020,6	10089783,6	11559447,8	11625116,9	12234354,2	12874046,5	76124540,7	бюджет ТФОМС

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ственного задания		охранению и фармацевтической деятельности	8194771,1	9547020,6	10089783,6	11559447,8	11625116,9	12234354,2	12874046,5	76124540,7	бюджет ТФОМС
84	Мероприятие 2.16.2. Оснащение медицинских организаций оборудованием и автотранспортом	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	112000,3	63313,0	63313,0	63313,0	134909,8	141655,3	148738,1	727242,5	краевой бюджет
85	Мероприятие 2.16.3. Капитальный ремонт медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь (10 % от общего количества площадей ежегодно)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	440000,0	440000,0	440000,0	440000,0	440000,0	2200000,0	федеральный бюджет*
				60672,9	3000,0	3000,0	3000,0	146174,7	153483,4	161157,6	530488,6	краевой бюджет
85	Мероприятие 2.16.4. Приобретение современных приборов и оборудования для судебно-медицин-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здраво-	494,0	0	0	0	540,2	567,2	595,6	2197,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ской лаборатории		охранению и фармацевтической деятельности									
86	Мероприятие 2.16.5. Капитальные вложения в рамках краевой адресной инвестиционной программы	2014 – 2020 гг.	Главное управление строительства, транспорта, жилищно-коммунального и дорожного хозяйства Алтайского края; Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	929850,0	700000,0	1007500,0	342500,0	1142500,0	4122350,0	федеральный бюджет*
				606310,9	444854,0	444854,0	444854,0	444854,0	444854,0	444854,0	3275434,9	краевой бюджет
				0	0	112647,0	0	0	0	0	112647,0	внебюджетные источники
87	Мероприятие 2.16.6. Реализация отдельных мероприятий государственной программы Российской Федера-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению	70939,9	35345,0	0	0	28242,7	28242,7	28242,7	191013,0	федеральный бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ции «Развитие здравоохранения»		нию и фармацевтической деятельности									
88	Мероприятие 2.16.7. Повышение уровня пожарной безопасности медицинских организаций Алтайского края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	1698,4	0	0	0	5864,0	6157,3	6703,4	20423,1	краевой бюджет
89	Мероприятие 2.16.8. Повышение энергетической эффективности в медицинских организациях Алтайского края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	краевой бюджет **
											0	федеральный бюджет**

* При условии выделения средств.

** Финансирование осуществляется в рамках других программ.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	профилактических осмотров девочек 3, 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет и женщин фертильного возраста. Организация групп диспансерного наблюдения: женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией, социально неадаптированных женщин фертильного возраста, женщин после аборта, дополнительно к группам диспансерного наблюдения, определенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»		Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности									
4	Мероприятие 3.1.2. Дальнейшее развитие работы краевого центра сохранения и восстановления репродуктивной функции с увеличением количества циклов вспомогательных репродуктивных технологий	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	1044,1	0	0	0	0	0	0	1044,1	федеральный бюджет
				6895,3	2481,9	2481,9	2481,9	4375,0	4375,0	4375,0	27466,0	краевой бюджет
				38220,0	152846,5	152846,5	152846,5	152846,5	152846,5	152846,5	955299,0	бюджет ТФОМС
5	Мероприятие 3.1.3. Создание краевого центра детской репродуктологии	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению	0	0	20000,0	0	0	0	0	20000,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			и фармацевтической деятельности									
6	Мероприятие 3.1.4. Создание сети кабинетов репродуктивного здоровья подростков на базе краевых медицинских организаций	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	6000,0	6000,0	6000,0	6000,0	6000,0	30000,0	федеральный бюджет*
7	Задача 3.2. Дальнейшее развитие пренатальной и неонатальной диагностики нарушений развития ребенка	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	13379,3	750,0	750,0	750,0	10203,5	10203,5	10203,2	46239,5	всего
				12679,3	0	0	0	9553,5	9553,5	9553,2	41339,5	федеральный бюджет
				700,0	750,0	750,0	750,0	650,0	650,0	650,0	4900,0	краевой бюджет
8	Мероприятие 3.2.1. Открытие филиалов краевого центра пренатальной диагностики в межрайонных перинатальных центрах Бийского, Рубцовского, Славгородского медицинских округов, увеличение мощности самого центра до 120 человек в смену с доведением скрининговых обследований в первом триместре до 85 %. Приобретение оборудования для центра пренатальной диагностики, в том числе для неонатального и аудиологического скрининга	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	12679,3	0	0	0	9553,5	9553,5	9553,2	41339,5	федеральный бюджет
				700,0	750,0	750,0	750,0	650,0	650,0	650,0	4900,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
9	Задача 3.3. Совершенствование медико-психологической помощи женщинам во время беременности	2014 – 2020 гг.		5620,0	5374,6	5374,6	5374,6	10000,0	10000,0	10000,0	51743,8	всего
				5620,0	5374,6	5374,6	5374,6	10000,0	10000,0	10000,0	51743,8	краевой бюджет
10	Мероприятие 3.3.1. Оказание медико-психологической и социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	5620,0	5374,6	5374,6	5374,6	10000,0	10000,0	10000,0	51743,8	краевой бюджет
11	Задача 3.4. Дальнейшее развитие трехуровневой системы функционирования службы родовспоможения и детства	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	387333,9	263737,9	918762,9	556812,9	706292,8	720644,9	735714,5	4289299,8	всего
				0	0	637025,0	277025,0	277025,0	277025,0	277025,0	1745125,0	федеральный бюджет*
				382433,9	261787,9	279787,9	279787,9	429267,8	443619,9	458689,5	2535374,8	краевой бюджет
				4900,0	1950,0	1950,0	0	0	0	0	8800,0	бюджет ТФОМС
12	Мероприятие 3.4.1. Оснащение медицинских организаций родовспоможения и детства в соответствии с порядками оказания помощи (приобретение оборудования, лекарственное обеспечение)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	98000,0	98000,0	98000,0	98000,0	98000,0	490000,0	федеральный бюджет*
				59532,9	25200,0	25200,0	25200,0	16352,4	16731,2	17129,0	185345,5	краевой бюджет
13	Мероприятие 3.4.2. Внедрение аутсорсинга и развитие материально-технической базы КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» в рамках медицинского кластера	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	30000,0	0	0	0	0	0	0	30000,0	краевой бюджет
				4900,0	1950,0	1950,0	0	0	0	0	8800,0	бюджет ТФОМС

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	Мероприятие 3.4.3. Повышение уровня пожарной безопасности краевых медицинских организаций	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	744,2	0	0	0	0	0	0	744,2	краевой бюджет
15	Мероприятие 3.4.4. Выделение субсидии на выполнение государственного задания по оказанию медицинской помощи в медицинских организациях детства и родовспоможения, выполнение услуг, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	257162,8	190137,9	208137,9	208137,9	366465,4	380438,7	395110,5	2005591,1	краевой бюджет
16	Мероприятие 3.4.5. Капитальные вложения в рамках краевой адресной инвестиционной программы	2014 – 2020 гг.	Главное управление строительства, транспорта, жилищно-коммунального и дорожного хозяйства Алтайского края; Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	34994,0	46450,0	46450,0	46450,0	46450,0	46450,0	46450,0	313694,0	краевой бюджет
				0	0	539025,0	179025,0	179025,0	179025,0	179025,0	1255125,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
17	Мероприятие 3.4.6. Повышение энергетической эффективности в медицинских организациях детства и родовспоможения Алтайского края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности; Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края	0	0	0	0	0	0	0	0	краевой бюджет**
				0	0	0	0	0	0	0	0	федеральный бюджет**
18	Задача 3.5. Повышение доступности и качества оказания медицинской помощи с сохранением этапности оказания помощи в медицинских организациях родовспоможения и детства Алтайского края	2014 – 2020 гг.		10000,0	500,0	55000,0	54500,0	44500,0	44500,0	44500,0	253500,0	всего
				0	0	19500,0	19500,0	9500,0	9500,0	9500,0	67500,0	федеральный бюджет*
				0	0	35000,0	35000,0	35000,0	35000,0	35000,0	175000,0	краевой бюджет*
				10000,0	500,0	500,0	0	0	0	0	11000,0	бюджет ТФОМС
19	Мероприятие 3.5.1. Организация системы дистанционного мониторинга за проблемной беременностью с разработкой индивидуального плана ведения и маршрута оказания медицинской помощи. Развитие системы «Регистр беременных», обеспечивающей экспертный уровень оценки степени риска и электронную связь между всеми медицинскими организациями родовспоможения и детства в крае	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	9500,0	9500,0	9500,0	9500,0	9500,0	47500,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
20	Мероприятие 3.5.2. Организация системы выездных комплексных акушерско-неонатологических бригад, в том числе для оказания плановой помощи в медицинских организациях детства и родовспоможения Алтайского края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	35000,0	35000,0	35000,0	35000,0	35000,0	175000,0	краевой бюджет*
21	Мероприятие 3.5.3. Формирование парка автомобилей при краевом и межрайонных перинатальных центрах для обеспечения бесплатной доставки плановых пациенток на обследование и лечение в учреждения II и III групп (приобретение автомобилей)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	10000,0	10000,0	0	0	0	20000,0	федеральный бюджет*
22	Мероприятие 3.5.4. Разработка и внедрение в практику всех краевых медицинских организаций единых протоколов ведения больных по основным нозологическим формам	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	
23	Мероприятие 3.5.5. Развитие системы доступной качественной амбулаторной и стационарной специализированной медицинской помощи детскому населению Алтайского края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	
24	Мероприятие 3.5.6. Повышение доступности специализированной помощи для	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского	10000,0	500,0	500,0	0	0	0	0	11000,0	бюджет ТФОМС

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	сельского населения края - обеспечение работы выездных врачебных бригад		края по здравоохранению и фармацевтической деятельности									
25	Задача 3.6. Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения осложнений беременности, родов, послеродового периода и заболеваний новорожденных	2014 – 2020 гг.		0	0	38500,0	18500,0	18500,0	18500,0	18500,0	112500,0	всего
				0	0	38500,0	18500,0	18500,0	18500,0	18500,0	18500,0	112500,0
26	Мероприятие 3.6.1. Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения: внутриутробное знаменное переливание крови, внедрение во всех женских консультациях прогнозирования преждевременных родов с использованием теста «Актим Партус», применение Neopuff при проведении первичной реанимационной помощи новорожденным – шунтирующие и коагулирующие внутриутробные операции при врожденной патологии плода, лазерная коагуляция плацентарных анастомозов при фето-фетальном трансфузионном синдроме	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	38500,0	18500,0	18500,0	18500,0	18500,0	112500,0	федеральный бюджет*
27	Задача 3.7. Профилактика инфекционных заболеваний у детей и увеличение охвата трехэтапной химиофилактикой пар «мать-дитя» в	2014 – 2020 гг.		0	0	71168,7	73623,3	76225,3	78983,3	81906,9	381907,5	всего
				0	0	40910,7	43365,3	45967,3	48725,3	51648,9	230617,5	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекции			0	0	30258,0	30258,0	30258,0	30258,0	30258,0	151290,0	краевой бюджет*
28	Мероприятие 3.7.1. Проведение вакцинации девочек-подростков с 14-летнего возраста с целью профилактики рака шейки матки, детей из групп риска против ротавирусной, респираторно-синцитиальной и пневмококковой инфекций	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	30258,0	30258,0	30258,0	30258,0	30258,0	151290,0	краевой бюджет*
29	Мероприятие 3.7.2. Приобретение медикаментов для трехэтапной химиопрофилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	40401,9	42826,0	45395,6	48119,3	51006,5	227749,3	федеральный бюджет*
30	Мероприятие 3.7.3. Приобретение экспресс-тестов на ВИЧ-инфекцию	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	508,8	539,3	571,7	606,0	642,4	2868,2	федеральный бюджет*
31	Задача 3.8. Снижение уровня первичной инвалидности детей	2014 – 2020 гг.		409975,0	427370,0	403370,0	402050,0	482798,9	488912,7	494332,5	3108809,1	всего
				0	0	6000,0	6000,0	6000,0	6000,0	5000,0	29000,0	федеральный бюджет*
				73925,0	90000,0	60000,0	60000,0	140748,9	146862,7	153282,5	724819,1	краевой бюджет
				336050,0	337370,0	337370,0	336050,0	336050,0	336050,0	336050,0	2354990,0	бюджет ТФОМС
32	Мероприятие 3.8.1. Организация детских центров здо-	2014 – 2020 гг.	Главное управление	0	0	6000,0	6000,0	6000,0	6000,0	5000,0	29000,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	ровья на базе краевых медицинских организаций		Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности									
33	Мероприятие 3.8.2. Обеспечение детей в течение первого года жизни из малообеспеченных семей молочными смесями, препаратами, не содержащими фенилаланин (закупка аминокислотных смесей и специализированных продуктов питания, не содержащих фенилаланин), лечебными смесями	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	60000,0	90000,0	60000,0	60000,0	88985,7	93048,3	97314,3	549348,3	краевой бюджет
34	Мероприятие 3.8.3. Проведение реабилитационных мероприятий путём заключения соглашений об аутсорсинге (иппотерапия)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	995,0	0	0	0	1253,6	1314,4	1378,3	4941,3	краевой бюджет
35	Мероприятие 3.8.4. Организация службы восстановительного лечения и реабилитации детей Алтайского края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	1320,0	1320,0	0	0	0	0	2640,0	бюджет ТФОМС
36	Мероприятие 3.8.5. Подготовка и переподготовка специалистов по работе с детьми, страдающими ДЦП	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здра-	994,6	0	0	0	1500,0	1500,0	1500,0	5494,6	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			воохранению и фармацевтической деятельности									
37	Мероприятие 3.8.6. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений для проведения профилактики и комплексной поэтапной реабилитации детей с ДЦП	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	11935,4	0	0	0	49009,6	51000,0	53089,9	165034,9	краевой бюджет
38	Мероприятие 3.8.7. Диспансеризация, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, медицинские осмотры несовершеннолетних	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	336050,0	336050,0	336050,0	336050,0	336050,0	336050,0	336050,0	2352350,0	бюджет ТФОМС
39	Задача 3.9. Дальнейшее развитие специализированной помощи матерям и детям	2014 – 2020 гг.		16769,7	750,0	219447,0	219447,0	269970,1	271181,1	273613,7	1271178,6	всего
				10500,3	0	0	0	10500,3	10500,3	10500,3	42001,2	федеральный бюджет
				0	0	218697,0	218697,0	218697,0	218697,0	218297,0	1093085,0	федеральный бюджет*
				6269,4	750,0	750,0	750,0	40772,8	41983,8	44816,4	136092,4	краевой бюджет
40	Мероприятие 3.9.1. Приобретение оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скринингов в краевые государственные медицинские организации	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	10500,3	0	0	0	10500,3	10500,3	10500,3	42001,2	федеральный бюджет
				600,0	750,0	750,0	750,0	600,0	600,0	600,0	4650,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
41	Мероприятие 3.9.2. Дальнейшее развитие сурдологического центра на базе КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	1400,0	1400,0	1400,0	1400,0	1000,0	6600,0	федеральный бюджет*
42	Мероприятие 3.9.3. Капитальный ремонт краевых медицинских организаций детства и родовспоможения (10 % от общего количества площадей ежегодно)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	217297,0	217297,0	217297,0	217297,0	217297,0	1086485,0	федеральный бюджет*
				5669,4	0	0	0	40172,8	41383,8	44216,4	131442,4	краевой бюджет
43	Задача 3.10. Увеличение выживаемости детей, имевших при рождении низкую и экстремально низкую массу тела	2014 – 2020 гг.		0	0	20000,0	20000,0	20000,0	20000,0	20000,0	100000,0	всего
				0	0	16000,0	16000,0	16000,0	16000,0	80000,0	федеральный бюджет*	
				0	0	4000,0	4000,0	4000,0	4000,0	20000,0	краевой бюджет*	
44	Мероприятие 3.10.1. Расширение и дооснащение коечного фонда реанимации новорожденных в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0	17500,0	федеральный бюджет*
45	Мероприятие 3.10.2. Раннее введение препаратов экзогенного сурфактанта всем недоношенным детям. Раннее начало проведения биназального спонтанного дыхания под постоянным положительным давлением в	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	4000,0	4000,0	4000,0	4000,0	4000,0	20000,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	конце выдоха – СРАР через биназальные канюли или назальную маску											
46	Мероприятие 3.10.3. Повышение уровня диагностики и определения факторов риска синдрома внезапной смерти детей первого года жизни	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	2500,0	2500,0	2500,0	2500,0	2500,0	12500,0	федеральный бюджет*
47	Мероприятие 3.10.4. Повышение эффективности деятельности педиатрического реанимационно-консультативного центра на базе КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0	17500,0	федеральный бюджет*
				0	0	2000,0	2000,0	2000,0	2000,0	2000,0	10000,0	краевой бюджет*
48	Мероприятие 3.10.5. Повышение уровня квалификации неонатологов и реаниматологов; поэтапное устранение сложившегося дефицита неонатологов и детских реаниматологов	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	2500,0	2500,0	2500,0	2500,0	2500,0	12500,0	федеральный бюджет*
49	Мероприятие 3.10.6. Приобретение оборудования для краевых медицинских организаций детства в соответствии с порядками оказания медицинской помощи	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	2000,0	2000,0	2000,0	2000,0	2000,0	10000,0	краевой бюджет*

* При условии выделения средств.

** Финансирование осуществляется в рамках других программ.

Таблица 5

ПЕРЕЧЕНЬ

мероприятий подпрограммы 4 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»

№ п/п	Цель, задача, мероприятие	Срок реализации	Ответственный исполнитель; участники	Сумма расходов, тыс. рублей						всего	Источник финансирования	
				2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.			2020 г.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Подпрограмма 4 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»												
1	Цель 4. Увеличение продолжительности активного периода жизни населения	2014 – 2020 гг.		284399,5	309805,0	1464876,1	1489118,8	1468720,9	1244916,0	1418397,4	7680233,7	всего
				0	0	906940,1	1124632,8	1041909,7	796570,6	947441,7	4817494,9	федеральный бюджет*
				205195,5	171605,0	170686,0	170686,0	223321,2	234680,4	246607,7	1422781,8	краевой бюджет
				79204,0	138200,0	172250,0	193800,0	203490,0	213665,0	224348,0	1224957,0	бюджет ТФОМС
				0	0	215000,0	0	0	0	0	215000,0	внебюджетные источники
2	Задача 4.1. Разработка и внедрение новых организационных моделей, а также поддержка развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, направленные на создание единой системы маршрутизации и контроля эффективности реабилитационных мероприятий по профилю оказываемой помощи	2014 – 2020 гг.		284399,5	309805,0	1464876,1	1489118,8	1468720,9	1244916,0	1418397,4	7680233,7	всего
				0	0	906940,1	1124632,8	1041909,7	796570,6	947441,7	4817494,9	федеральный бюджет*
				205195,5	171605,0	170686,0	170686,0	223321,2	234680,4	246607,7	1422781,8	краевой бюджет
				79204,0	138200,0	172250,0	193800,0	203490,0	213665,0	224348,0	1224957,0	бюджет ТФОМС
				0	0	215000,0	0	0	0	0	215000,0	внебюджетные источники

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
3	Мероприятие 4.1.1. Открытие дополнительных реабилитационных круглосуточных коек в краевых медицинских организациях	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	117955,2	117955,2	117955,2	127907,9	225957,9	707731,4	федеральный бюджет*
4	Мероприятие 4.1.2. Укрепление материально-технической базы существующих специализированных организаций и центров	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	150559,5	150559,5	150559,7	0	0	451678,7	федеральный бюджет*
5	Мероприятие 4.1.3. Укрепление материально-технической базы специализированных стационарных краевых медицинских организаций	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	127373,3	237373,4	240553,4	117373,4	117373,4	840046,9	федеральный бюджет*
6	Мероприятие 4.1.4. Укрепление материально-технической базы существующих амбулаторных реабилитационных отделений	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	125028,7	125028,7	0	0	0	250057,4	федеральный бюджет*
7	Мероприятие 4.1.5. Создание кабинетов реабилитации в центральных районных больницах края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению	0	0	0	105896,9	105896,8	105896,8	105896,9	423587,4	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			и фармацевтической деятельности									
8	Мероприятие 4.1.6. Создание и оснащение реабилитационных амбулаторных отделений на базе амбулаторно-поликлинических краевых медицинских организаций	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	98857,4	100653,1	139778,6	133970,5	211043,5	684303,1	федеральный бюджет*
9	Мероприятие 4.1.7. Открытие дневного реабилитационного стационара (15 коек)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	24256,0	0	24256,0	федеральный бюджет*
10	Мероприятие 4.1.8. Строительство корпуса на 205 мест краевого детского санатория «Белокуриха»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	215000,0	0	0	0	0	215000,0	внебюджетные источники
11	Мероприятие 4.1.9. Выполнение государственного задания по санаторно-курортному лечению государственными санаторно-курортными организациями, подведомственными Главному управлению Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической дея-	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	203259,4	167505,0	170686,0	170686,0	217301,5	228359,7	239970,9	1397768,5	краевой бюджет
				79204,0	138200,0	172250,0	193800,0	203490,0	213665,0	224348,0	1224957,0	бюджет ТФОМС

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	тельности, а также реализация мероприятий по медицинской реабилитации											
12	Мероприятие 4.1.10. Повышение уровня пожарной безопасности краевых медицинских организаций	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	851,1	0	0	0	0	0	0	851,1	краевой бюджет
13	Мероприятие 4.1.11. Повышение энергетической эффективности в детских санаторно-курортных организациях	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	краевой бюджет **
14	Мероприятие 4.1.12. Оснащение детских санаторно-курортных организаций оборудованием и автотранспортом	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	1085,0	0	0	0	984,0	1033,2	1084,9	4187,1	краевой бюджет
15	Мероприятие 4.1.13. Капитальный ремонт организаций медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (10 % площадей от общего)	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	287166,0	287166,0	287166,0	287166,0	287170,0	1435834,0	федеральный бюджет*
				0	4100,0	0	0	5035,7	5287,5	5551,9	19975,1	краевой бюджет

* При условии выделения средств.

** Финансирование осуществляется в рамках других программ.

Таблица 6

ПЕРЕЧЕНЬ
мероприятий подпрограммы 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»

№ п/п	Цель, задача, мероприятие	Срок реализации	Ответственный исполнитель; участники	Сумма расходов, тыс. рублей								Источник финансирования
				2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Подпрограмма 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»												
1	Цель 5. Повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания	2014 – 2020 гг.		8331,1	5970,5	5970,5	5970,5	143789,1	148578,0	152588,0	471197,7	всего
			8331,1	5970,5	5970,5	5970,5	143789,1	148578,0	152588,0	471197,7	краевой бюджет	
2	Задача 5.1. Создание эффективной службы по оказанию паллиативной медицинской помощи неизлечимым больным и повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников, направленное на обеспечение адекватного контроля хронической боли и других тягостных симптомов и повышение удовлетворенности пациентов и их родственников	2014 – 2020 гг.		8331,1	5970,5	5970,5	5970,5	143789,1	148578,0	152588,0	471197,7	всего
			8331,1	5970,5	5970,5	5970,5	143789,1	148578,0	152588,0	471197,7	краевой бюджет	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	качеством медицинской помощи											
3	Мероприятие 5.1.1. Открытие кабинетов паллиативной помощи	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	39000,0	39000,0	39000,0	117000,0	краевой бюджет
4	Мероприятие 5.1.2. Открытие дневных стационаров паллиативной помощи	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	14494,4	15085,1	15705,4	45284,9	краевой бюджет
5	Мероприятие 5.1.3. Открытие круглосуточного стационара паллиативной помощи	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	79362,8	83182,4	87193,1	249738,3	краевой бюджет
6	Мероприятие 5.1.4. Обучение 36 врачей и 86 специалистов со средним медицинским образованием в образовательных организациях, имеющих лицензию на обучение специалистов по профилю «паллиативная медицина», в 2014 – 2015 годах	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	1054,8	1037,0	0	2091,8	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
7	Мероприятие 5.1.5. Выделение субсидий на иные цели и субсидий на выполнение государственного задания по оказанию паллиативной медицинской помощи	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	8331,1	5970,5	5970,5	5970,5	9877,1	10273,5	10689,5	57082,7	краевой бюджет

Таблица 7

ПЕРЕЧЕНЬ
мероприятий подпрограммы 6 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»

№ п/п	Цель, задача, мероприятие	Срок реализации	Ответственный исполнитель; участники	Сумма расходов, тыс. рублей								Источник финансирования
				2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Подпрограмма 6 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Алтайского края»												
1	Цель 6. Обеспечение системы здравоохранения Алтайского края высококвалифицированными и мотивированными специалистами	2014 – 2020 гг.		754582,6	563126,0	691436,0	691436,0	913333,9	922569,7	932408,9	5468893,1	всего
				0,0	0,0	163310,0	163310,0	163310,0	163310,0	163450,0	816690,0	федеральный бюджет*
				681582,6	563126,0	528126,0	528126,0	677023,9	686259,7	695958,9	4360203,1	краевой бюджет
				73000,0	0	0	0	73000,0	73000,0	73000,0	292000,0	бюджет ФФОМС*
2	Задача 6.1. Снижение дефицита медицинских кадров, в том числе за счет снижения оттока кадров из государственной системы здравоохранения, и устранение дисбаланса в распределении медицинских кадров по видам и условиям оказания медицинской помощи	2014 – 2020 гг.		163637,9	145449,0	261429,0	261429,0	282337,6	290980,2	300174,9	1705437,6	всего
				0	0	115980,0	115980,0	115980,0	115980,0	116100,0	580020,0	федеральный бюджет*
				163637,9	145449,0	145449,0	145449,0	166357,6	175000,2	184074,9	1125417,6	краевой бюджет
3	Мероприятие 6.1.1. Целевая подготовка специалистов по программам высшего профессионального образования	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической	0	0	88650,0	88650,0	88650,0	88650,0	88750,0	443350,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			деятельности									
4	Мероприятие 6.1.2. Целевая подготовка специалистов по программам среднего профессионального образования	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	163419,2	145449,0	145449,0	145449,0	166357,6	175000,2	184074,9	1125198,9	краевой бюджет
				0	0	0	0	0	0	0	0	краевой бюджет**
5	Мероприятие 6.1.3. Целевая подготовка специалистов по программам послевузовского (интернатура, ординатура) профессионального образования	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	27330,0	27330,0	27330,0	27330,0	27350,0	136670,0	федеральный бюджет*
				218,7	0	0	0	0	0	0	218,7	краевой бюджет
6	Задача 6.2. Совершенствование системы практической подготовки медицинских и фармацевтических работников	2014 – 2020 гг.		11067,3	7540,0	54870,0	54870,0	56286,3	56286,3	56306,3	297226,2	всего
				0	0	47330,0	47330,0	47330,0	47330,0	47350,0	236670,0	федеральный бюджет*
				11067,3	7540,0	7540,0	7540,0	8956,3	8956,3	8956,3	60556,2	краевой бюджет
7	Мероприятие 6.2.1. Обучение специалистов с высшим медицинским образованием по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	47330,0	47330,0	47330,0	47330,0	47350,0	236670,0	федеральный бюджет*
				3727,0	0	0	0	4500,0	4500,0	4500,0	17227,0	краевой бюджет
8	Мероприятие 6.2.2 Обучение специалистов со средним медицинским образованием по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	4456,3	1762,5	1762,5	1762,5	4456,3	4456,3	4456,3	23112,7	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
9	Мероприятие 6.2.3. Обучение специалистов с высшим и средним медицинским образованием по программам дополнительного и послевузовского медицинского образования для строящегося перинатального центра	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	2884,0	5777,5	5777,5	5777,5	0	0	0	20216,5	краевой бюджет
10	Задача 6.3. Повышение престижа профессии, в том числе за счет создания позитивного образа медицинского и фармацевтического работника в общественном сознании	2014 – 2020 гг.		1100,0	1100,0	1100,0	1100,0	3000,0	3000,0	3000,0	13400,0	всего
				1100,0	1100,0	1100,0	1100,0	3000,0	3000,0	3000,0	13400,0	краевой бюджет
11	Мероприятие 6.3.1. Проведение ежегодного конкурса на звание «Лучший врач года», «Лучший провизор», «Лучший по профессии»	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	1100,0	1100,0	1100,0	1100,0	3000,0	3000,0	3000,0	13400,0	краевой бюджет
12	Задача 6.4. Развитие мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников	2014 – 2020 гг.		578777,4	409037,0	374037,0	374037,0	571710,0	572303,2	572927,7	3452829,3	всего
				505777,4	409037,0	374037,0	374037,0	498710,0	499303,2	499927,7	3160829,3	краевой бюджет
				0	0	0	0	0	0	0	0	краевой бюджет**
				73000,0	0	0	0	73000,0	73000,0	73000,0	292000,0	бюджет ФФОМС*
13	Мероприятие 6.4.1. Осуществление единовременных выплат молодым специалистам	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	73000,0	0	0	0	73000,0	73000,0	73000,0	292000,0	краевой бюджет
				73000,0	0	0	0	73000,0	73000,0	73000,0	292000,0	бюджет ФФОМС*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	Мероприятие 6.4.2. Осуществление единовременных компенсационных выплат фельдшерам, прибывшим на работу в фельдшерско-акушерские пункты	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	35000,0	35000,0	0	0	0	0	0	70000,0	краевой бюджет
15	Мероприятие 6.4.3. Осуществление профессиональных доплат специалистам с высшим и средним медицинским образованием стационарных отделений краевых медицинских организаций	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	277691,8	253665,0	253665,0	253665,0	304234,0	304234,0	304234,0	1951388,8	краевой бюджет
16	Мероприятие 6.4.4. Осуществление доплат специалистам с высшим и средним медицинским образованием, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь населению края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	109612,7	109612,7	109612,7	109612,7	109612,7	109612,7	109612,7	767288,9	краевой бюджет
17	Мероприятие 6.4.5. Выделение ведомственного или арендного жилья медицинским работникам	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	краевой бюджет**
18	Мероприятие 6.4.6. Организация санаторно-курортного лечения медицинских работников медицинских организаций	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	6860,0	6860,0	6860,0	6860,0	7769,0	8157,5	8567,0	51933,5	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
19	Мероприятие 6.4.7. Предоставление мер социальной поддержки отдельным категориям граждан, работающим и проживающим в сельской местности	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	3612,9	3899,3	3899,3	3899,3	4094,3	4299,0	4514,0	28218,1	краевой бюджет

* При условии выделения средств.

** Финансирование осуществляется в рамках других программ.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	чения и использования лекарственных препаратов		здравоохранению и фармацевтической деятельности									
4	Мероприятие 7.1.2. Оптимизация системы обращения лекарственных препаратов, гарантирующей их безопасность, эффективность и качество	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	Мероприятие 7.1.3. Повышение информированности населения, медицинских и фармацевтических работников в вопросах лекарственного обеспечения	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	Задача 7.2. Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах, медицинских изделиях и специализированных продуктах лечебного питания за счет средств федерального и краевого бюджетов и, как следствие, снижение доли необеспеченных в установленные сроки и поставленных на отсроченное обслуживание рецептов и снижение количества жалоб на льготное ле-	2014 – 2020 гг.		1789988,5	1205431,2	1414065,7	1425213,7	2563382,7	2713047,5	2871539,9	13982669,2	всего
				1467691,9	922466,2	917742,7	917742,7	2039919,9	2161921,8	2291241,4	10718726,6	федеральный бюджет
				0	0	213358,0	224506,0	236323,0	248848,0	262126,0	1185161,0	федеральный бюджет*
				322296,6	282965,0	282965,0	282965,0	287139,8	302277,7	318172,5	2078781,6	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	картственное обеспечение											
7	Мероприятие 7.2.1. Реализация программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	707156,5	216083,9	211762,3	211762,3	852025,9	903992,8	959074,4	4061858,1	федеральный бюджет
8	Мероприятие 7.2.2. Реализация программы льготного лекарственного обеспечения граждан за счет средств краевого бюджета	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	321198,5	282965,0	282965,0	282965,0	286019,3	301157,2	317052,0	2074322,0	краевой бюджет
9	Мероприятие 7.2.3. Реализация программы лекарственного обеспечения больных, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	213358,0	224506,0	236323,0	248848,0	262126,0	1185161,0	федеральный бюджет*
10	Мероприятие 7.2.4. Реализация программы лекарственного обеспечения больных, страдающих злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гиповизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	760535,4	706382,3	705980,4	705980,4	1187894,0	1257929,0	1332167,0	6656868,5	федеральный бюджет
				1098,1	0	0	0	1120,5	1120,5	1120,5	4459,6	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	также после трансплантации органов и (или) тканей (в натуральном выражении)											

* При условии выделения средств.

Таблица 9

ПЕРЕЧЕНЬ
мероприятий подпрограммы 8 «Развитие информатизации в здравоохранении»

№ п/п	Цель, задача, мероприятие	Срок реализации	Ответственный исполнитель; участники	Сумма расходов, тыс. рублей								Источник финансирования
				2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Подпрограмма 8 «Развитие информатизации в здравоохранении»												
1	Цель 8. Повышение качества оказания медицинской помощи и эффективности управления системой здравоохранения Алтайского края за счёт внедрения современных информационных технологий	2014 – 2020 гг.		16000,0	20000,0	464179,0	596783,2	492445,0	536830,0	476903,8	2603141,0	всего
				0	0	464179,0	596783,2	468363,2	486008,2	410002,0	2425335,6	федеральный бюджет*
				16000,0	20000,0	0	0	24081,8	50821,8	66901,8	177805,4	краевой бюджет
2	Задача 8.1. Повышение эффективности управления в сфере здравоохранения на основе автоматизации процессов планирования расходов на оказание медицинской помощи и контроля за соблюдением государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления	2014 – 2020 гг.		16000,0	20000,0	434079,0	447383,2	442205,0	457970,0	463825,8	2281463,0	всего
				0	0	434079,0	447383,2	418363,2	435708,2	396924,0	2132457,6	федеральный бюджет*
				16000,0	20000,0	0	0	23841,8	22261,8	66901,8	149005,4	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
3	Мероприятие 8.1.1. Развитие, совершенствование деятельности и улучшение материально-технической базы Регионального Центра обработки данных	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	15000,0	5000,0	1500,0	1500,0	20000,0	43000,0	федеральный бюджет*
4	Мероприятие 8.1.2. Дооснащение краевых медицинских организаций вычислительной техникой и лицензионным программным обеспечением	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	108000,0	108000,0	72000,0	72000,0	2160,0	362160,0	федеральный бюджет*
				3736,4	0	0	0	3600,0	3600,0	43200,0	54136,4	краевой бюджет
5	Мероприятие 8.1.3. Содержание и развитие корпоративной сети передачи данных и локальных вычислительных сетей	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	150397,0	137421,2	141246,2	141246,2	141246,4	711557,0	федеральный бюджет*
6	Мероприятие 8.1.4. Развитие региональных информационных систем	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	57333,0	97333,0	109333,0	122633,0	134935,0	521567,0	федеральный бюджет*
				8168,5	20000,0	0	0	15500,0	13500,0	13500,0	70668,5	краевой бюджет
7	Мероприятие 8.1.5. Адаптация региональной информационной системы и её модулей к работе с полисами медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным приложением универсальной электронной карты	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	29500,0	18100,0	4355,0	0	0	51955,0	федеральный бюджет*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
8	Мероприятие 8.1.6. Обеспечение информационной безопасности данных системы здравоохранения Алтайского края	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	73849,0	81529,0	89929,0	98329,0	98582,6	442218,6	федеральный бюджет*
				4095,1	0	0	0	4741,8	5161,8	10201,8	24200,5	краевой бюджет
9	Задача 8.2. Повышение качества оказания медицинской помощи за счет более широкого использования информационных технологий в деятельности медицинских и фармацевтических организаций, медицинских учебных организаций и повышение информированности населения в вопросах ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях, а также осуществления деятельности в сфере здравоохранения	2014 – 2020 гг.		0	0	30100,0	149400,0	50240,0	78860,0	13078,0	321678,0	всего
				0	0	30100,0	149400,0	50000,0	50300,0	13078,0	292878,0	федеральный бюджет*
				0	0	0	0	240,0	28560,0	0	28800,0	краевой бюджет
10	Мероприятие 8.2.1. Развитие региональной системы телемедицинских консультаций	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	10100,0	117000,0	17400,0	17400,0	9900,0	171800,0	федеральный бюджет*
				0	0	0	0	240,0	360,0	0	600,0	краевой бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
11	Мероприятие 8.2.2. Внедрение систем удаленного скрининга высокорисковых групп пациентов	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	18000,0	30000,0	30000,0	30000,0	0	108000,0	федеральный бюджет*
				0	0	0	0	0	28200,0	0	28200,0	краевой бюджет
12	Мероприятие 8.2.3. Внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников	2014 – 2020 гг.	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности	0	0	2000,0	2400,0	2600,0	2900,0	3178,0	13078,0	федеральный бюджет*

* При условии выделения средств.

Таблица 10

РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗНАЯ ОЦЕНКА РАСХОДОВ
федерального бюджета, бюджетов государственных внебюджетных фондов, средств из внебюджетных источников на реализацию целей государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года»

№ п/п	Подпрограмма	Срок реализации	Ответственный исполнитель; участники	Оценка финансирования по годам, тыс. рублей								Источник финансирования
				2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Итого по государственной программе «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года»	2014 – 2020 годы	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности; Главное управление строительства, транспорта, жилищно-коммунального и дорожного хозяйства Алтайского края; Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края (по согласованию)	26230612,7	27417806,6	35586768,1	37851652,1	41306804,9	42690921,9	45744108,3	256828674,6	всего
2306404,4				1547908,0	1516831,9	1528983,6	3381889,6	3831400,7	4389920,8	18503339,0	федеральный бюджет	
0				0	6279898,5	6136677,8	5981819,5	5356803,6	6237854,7	29993054,1	федеральный бюджет*	
4985536,3				3713998,6	3688732,7	3688732,7	5179292,7	5401344,7	5610511,5	32268149,2	краевой бюджет	
0				0	219258,0	219258,0	69258,0	69258,0	69258,0	646290,0	краевой бюджет*	
73000,0				0	0	0	73000,0	73000,0	73000,0	292000,0	бюджет ФФОМС*	
18865672,0				22155900,0	23404400,0	26128000,0	26621545,1	27959114,9	29363563,3	174498195,3	бюджет ТФОМС	
0				0	477647,0	150000,0	0	0	0	627647,0	внебюджетные источники	
2	Подпрограмма 1	2014 – 2020 годы	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической	8230194,5	8517703,8	10696969,5	11717812,7	11794607,0	12593887,9	13188403,7	76739579,1	всего
				121513,9	121517,0	133668,7	145820,4	100000,0	100000,0	100000,0	822520,0	федеральный бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			деятельности; Главное управление строительства, транспорта, жи- лищно-коммуналь- ного и дорожного хозяйства Алтай- ского края; Терри- ториальный фонд обязательного ме- дицинского страхо- вания Алтайского края (по согласо- ванию)	0	0	1681814,0	1678159,0	1461059,0	1694102,7	1692902,7	8208037,4	федеральный бюджет*
				365930,6	283946,5	283946,5	283946,5	364764,3	380097,2	397356,4	2359988,0	краевой бюд- жет
				7742750,0	8112240,3	8597540,3	9609886,8	9868783,7	10419688,0	10998144,6	65349033,7	бюджет ТФОМС
3	Подпрограмма 2	2014 – 2020 годы	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельно- сти; Главное управ- ление строитель- ства, транспорта, жилищно- коммунального и дорожного хозяй- ства Алтайского края; Территори- альный фонд обяза- тельного медицин- ского страхования Алтайского края (по согласованию)	14257879,2	15941959,2	18935569,7	20412931,0	22128814,2	22704945,8	24851874,3	139233973,4	всего
				692974,9	503924,8	465420,5	465420,5	1221915,9	1549425,1	1978625,9	6877707,6	федеральный бюджет
				0	0	1847664,7	1744199,5	2013165,3	1367516,8	2159961,4	9132507,7	федеральный бюджет*
				2910356,3	2025241,2	2067894,3	2067894,3	2833358,1	2951138,5	3061112,8	17916995,5	краевой бюд- жет
				0	0	150000,0	150000,0	0	0	0	300000,0	краевой бюд- жет*
				10654548,0	13412793,2	14141943,2	15835416,7	16060374,9	16836865,4	17652174,2	104594115,6	бюджет ТФОМС
				0	0	262647,0	150000,0	0	0	0	412647,0	внебюджет- ные источни- ки
4	Подпрограмма 3	2014 – 2020 годы	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической	889237,3	853810,9	1913701,6	1512386,2	1801712,1	1826147,0	1851992,3	10648987,4	всего
				24223,7	0	0	0	20053,8	20053,8	20053,5	84384,8	федеральный бюджет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			деятельности; Главное управление строительства, транспорта, жилищно-коммунального и дорожного хозяйства Алтайского края; Территориальный фонд обяза- тельного медицин- ского страхования Алтайского края (по согласованию)	0	0	1002632,7	605087,3	597689,3	600447,3	601970,9	3407827,5	федеральный бюджет*
				475843,6	361144,4	349144,4	349144,4	625814,5	647491,4	671813,4	3480396,1	краевой бюд- жет
				0	0	69258,0	69258,0	69258,0	69258,0	69258,0	346290,0	краевой бюд- жет *
				389170,0	492666,5	492666,5	488896,5	488896,5	488896,5	488896,5	3330089,0	бюджет ТФОМС
5	Подпрограмма 4	2014 – 2020 годы	Главное управле- ние Алтайского края по здраво- охранению и фар- мацевтической дея- тельности; Терри- ториальный фонд обязательного ме- дицинского страхо- вания Алтайского края (по согласо- ванию)	284399,5	309805,0	1464876,1	1489118,8	1468720,9	1244916,0	1418397,4	7680233,7	всего
				0	0	906940,1	1124632,8	1041909,7	796570,6	947441,7	4817494,9	федеральный бюджет*
				205195,5	171605,0	170686,0	170686,0	223321,2	234680,4	246607,7	1422781,8	краевой бюд- жет
				79204,0	138200,0	172250,0	193800,0	203490,0	213665,0	224348,0	1224957,0	бюджет ТФОМС
				0	0	215000,0	0	0	0	0	215000,0	внебюджет- ные источни- ки
6	Подпрограмма 5	2014 – 2020 годы	Главное управле- ние Алтайского края по здраво- охранению и фар- мацевтической дея- тельности	8331,1	5970,5	5970,5	5970,5	143789,1	148578,0	152588,0	471197,7	всего
				8331,1	5970,5	5970,5	5970,5	143789,1	148578,0	152588,0	471197,7	краевой бюд- жет
7	Подпрограмма 6	2014 – 2020 годы	Главное управле- ние Алтайского края по здраво- охранению и фар- мацевтической	754582,6	563126,0	691436,0	691436,0	913333,9	922569,7	932408,9	5468893,1	всего
				0	0	163310,0	163310,0	163310,0	163310,0	163450,0	816690,0	федеральный бюджет*
				681582,6	563126,0	528126,0	528126,0	677023,9	686259,7	695958,9	4360203,1	краевой бюд- жет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			деятельности	73000,0	0	0	0	73000,0	73000,0	73000,0	292000,0	бюджет ФФОМС*
8	Подпрограмма 7	2014 – 2020 годы	Главное управле- ние Алтайского края по здраво- охранению и фар- мацевтической дея- тельности	1789988,5	1205431,2	1414065,7	1425213,7	2563382,7	2713047,5	2871539,9	13982669,2	всего
				1467691,9	922466,2	917742,7	917742,7	2039919,9	2161921,8	2291241,4	10718726,6	федеральный бюджет
				0	0	213358,0	224506,0	236323,0	248848,0	262126,0	1185161,0	федеральный бюджет*
				322296,6	282965,0	282965,0	282965,0	287139,8	302277,7	318172,5	2078781,6	краевой бюд- жет
9	Подпрограмма 8	2014 – 2020 годы	Главное управле- ние Алтайского края по здраво- охранению и фар- мацевтической дея- тельности	16000,0	20000,0	464179,0	596783,2	492445,0	536830,0	476903,8	2603141,0	всего
				0	0	464179,0	596783,2	468363,2	486008,2	410002,0	2425335,6	федеральный бюджет*
				16000,0	20000,0	0	0	24081,8	50821,8	66901,8	177805,4	краевой бюд- жет

* При условии выделения средств.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.3	из федерального бюджета (на условиях софинансирования)	2199094,4	1547908	1516831,9	1528983,6	3361835,8	3811346,9	4369867,3	18335867,9
3.4	из федерального бюджета *	0	0	1304659	1460971	1367118,4	1409484,4	1400977,6	6943210,4
3.5	из внебюджетных источников	18938672	22155900	23404400	26128000	26694545,1	28032114,9	29436563,3	174790195,3

* При условии выделения средств.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к государственной программе Алтайского края «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года»

ПОДПРОГРАММЫ

государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года»

Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»
(далее – «подпрограмма 1»)

1. Паспорт подпрограммы 1

Ответственный исполнитель подпрограммы 1 – Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

Участники подпрограммы 1 – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края (по согласованию);
Главное управление строительства, транспорта, жилищно-коммунального и дорожного хозяйства Алтайского края;
медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи

Цель подпрограммы 1 – увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний

Задачи подпрограммы 1 – развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Алтайского края, в том числе снижение распространённости наиболее значимых факторов риска;
сохранение на спорадическом уровне распространённости инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется посредством иммунизации населения в соответствии с национальным календарём профилактических прививок;
реализация дифференцированного подхода к ор-

ганизации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях своевременного выявления заболеваний;

повышение доступности, качества первичной медико-санитарной помощи и структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи, развитие подразделений медицинской профилактики и неотложной медицинской помощи, стационарзамещающих и выездных методов работы

Перечень мероприятий реализации мер по развитию системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Алтайского края, в том числе снижение распространённости наиболее значимых факторов риска;

подпрограммы 1 реализация мер по сохранению на спорадическом уровне распространённости инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется посредством иммунизации населения в соответствии с национальным календарём профилактических прививок;

реализация мер по осуществлению дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях своевременного выявления заболеваний;

реализация мер по повышению доступности, качества первичной медико-санитарной помощи и структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи, развитие подразделений медицинской профилактики и неотложной медицинской помощи, стационарзамещающих и выездных методов работы

Показатели подпро- показатель 1.1 «Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей»;

граммы 1 показатель 1.2 «Охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учрежде-

- ниях системы здравоохранения, образования и социальной защиты»;
- показатель 1.3 «Охват диспансеризацией взрослого населения»;
- показатель 1.4 «Потребление овощей и бахчевых культур в среднем на потребителя в год (за исключением картофеля)»;
- показатель 1.5 «Потребление фруктов и ягод в среднем на потребителя в год»;
- показатель 1.6 «Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I - II стадиях»;
- показатель 1.7 «Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез»;
- показатель 1.8 «Заболеваемость дифтерией (на 100 тыс. населения)»;
- показатель 1.9 «Заболеваемость корью (на 1 млн. населения)»;
- показатель 1.10 «Заболеваемость краснухой (на 100 тыс. населения)»;
- показатель 1.11 «Заболеваемость эпидемическим паротитом (на 100 тыс. населения)»;
- показатель 1.12 «Заболеваемость острым вирусным гепатитом В (на 100 тыс. населения)»;
- показатель 1.13 «Охват иммунизацией населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки»;
- показатель 1.14 «Охват иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки»;
- показатель 1.15 «Охват иммунизацией населения против кори в декретированные сроки»;
- показатель 1.16 «Охват иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки»;
- показатель 1.17 «Охват иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки»;
- показатель 1.18 «Доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных»;
- показатель 1.19 «Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года»;
- показатель 1.20 «Доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года»;

показатель 1.21 «Смертность от самоубийств (на 100 тыс. населения)»

Сроки и этапы реализации подпрограммы 1 первый этап: 2014 - 2015 годы;
второй этап: 2016 - 2020 годы

Объемы финансирования подпрограммы 1 финансирование подпрограммы 1 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края.

Общий объем финансирования подпрограммы 1 составляет 76739579,1 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 8230194,5 тыс. рублей;
2015 год – 8517703,8 тыс. рублей;
2016 год – 10696969,5 тыс. рублей;
2017 год – 11717812,7 тыс. рублей;
2018 год – 11794607,0 тыс. рублей;
2019 год – 12593887,9 тыс. рублей;
2020 год – 13188403,7 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 9030557,4 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 121513,9 тыс. рублей;
2015 год – 121517,0 тыс. рублей;
2016 год – 1815482,7 тыс. рублей;
2017 год – 1823979,4 тыс. рублей;
2018 год – 1561059,0 тыс. рублей;
2019 год – 1794102,7 тыс. рублей;
2020 год – 1792902,7 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 8010047,4 тыс. рублей:

2014 год – 0 тыс. рублей;
2015 год – 0 тыс. рублей;
2016 год – 1636778,2 тыс. рублей;
2017 год – 1633778,2 тыс. рублей;
2018 год – 1423778,2 тыс. рублей;
2019 год – 1658356,4 тыс. рублей;
2020 год – 1657356,4 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 2359988,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 365930,6 тыс. рублей;
2015 год – 283946,5 тыс. рублей;
2016 год – 283946,5 тыс. рублей;

2017 год – 283946,5 тыс. рублей;

2018 год – 364764,3 тыс. рублей;

2019 год – 380097,2 тыс. рублей;

2020 год – 397356,4 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 584359,9 тыс. рублей;

2014 год – 137579,0 тыс. рублей;

2015 год – 92608,0 тыс. рублей;

2016 год – 92608,0 тыс. рублей;

2017 год – 92608,0 тыс. рублей;

2018 год – 55462,7 тыс. рублей;

2019 год – 56304,9 тыс. рублей;

2020 год – 57189,3 тыс. рублей.

Средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края – 65349033,7 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 7742750,0 тыс. рублей;

2015 год – 8112240,3 тыс. рублей;

2016 год – 8597540,3 тыс. рублей;

2017 год – 9609886,8 тыс. рублей;

2018 год – 9868783,7 тыс. рублей;

2019 год – 10419688,0 тыс. рублей;

2020 год – 10998144,6 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 1

увеличение охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей до 99,8 %;

сохранение охвата диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты, на уровне не менее 100 %;

увеличение охвата диспансеризацией взрослого населения до 23 %;

повышение потребления овощей и бахчевых культур в среднем на потребителя в год (за исключением картофеля) до 103,8 кг;

повышение потребления фруктов и ягод в среднем на потребителя в год до 73,5 кг;

увеличение доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I - II стадиях

до 58,0 %;

увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулёз до 81,1 %;

сохранение заболеваемости дифтерией на уровне 0,01 случая на 100 тыс. населения;

снижение заболеваемости корью до уровня 0,20 случая в год на 1 млн. населения;

сохранение заболеваемости краснухой на уровне менее 1 случая в год на 100 тыс. населения;

сохранение заболеваемости эпидемическим паротитом на уровне менее 1 случая в год на 100 тыс. населения;

снижение заболеваемости острым вирусным гепатитом В до 2,0 случая на 100 тыс. населения;

сохранение охвата иммунизацией населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки на уровне не менее 95 %;

сохранение охвата иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки на уровне не менее 95 %;

сохранение охвата иммунизацией населения против кори в декретированные сроки на уровне не менее 95 %;

сохранение охвата иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки на уровне не менее 95 %;

сохранение охвата иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки на уровне не менее 95 %;

увеличение доли ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учёте, от числа выявленных до 87,0 % в 2020 году;

уменьшение доли больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года, до 23,4 %;

уменьшение доли больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года, до 12,2 %;

снижение уровня смертности от самоубийств до 28,8 %.

2. Характеристика сферы реализации подпрограммы 1

Подпрограмма 1 состоит из следующих разделов:

раздел 1.1 «Формирование здорового образа жизни и комплексная профилактика неинфекционных заболеваний среди населения Алтайского

края»;

раздел 1.2 «Вакцинопрофилактика»;

раздел 1.3 «Развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе сельским жителям. Развитие системы раннего выявления заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и проведение диспансеризации населения».

Раздел 1.1 Формирование здорового образа жизни и комплексная профилактика неинфекционных заболеваний среди населения Алтайского края

Демографическая ситуация в Алтайском крае характеризуется последовательным снижением преждевременной и стабилизацией общей смертности населения.

Уровень общей смертности населения края в 2014 году составил 14,2 на 100 тысяч населения. Структура общей смертности соответствует таковой в Российской Федерации. Потери населения от смертности, как общей, так и преждевременной, в основном обусловлены тремя классами причин: болезнями системы кровообращения, онкологическими заболеваниями и несчастными случаями, травмами и отравлениями (насильственные или внешние причины).

На сегодняшний день более 70 % смертельных исходов обусловлены неинфекционными заболеваниями, при этом на долю сердечно-сосудистых приходится более 50 %, онкологических – более 14 % всех смертельных исходов.

Таким образом, ведущими причинами смертности остаются неинфекционные заболевания, уровень которых коррелирует с распространенностью основных поведенческих факторов риска их возникновения. В связи с этим решение задачи снижения смертности от неинфекционных заболеваний наряду с повышением уровня рождаемости является неременным условием для преодоления неблагоприятных демографических тенденций.

По оценке Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), на показатель общей смертности населения влияют семь основных поведенческих факторов: артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, курение, малое потребление овощей и фруктов, повышенный вес и ожирение, употребление алкоголя и низкая физическая активность.

Согласно рекомендациям ВОЗ существуют три основные стратегии снижения смертности от неинфекционных заболеваний: популяционная стратегия профилактики, профилактическая стратегия выявления лиц высокого риска и коррекции у них факторов риска, а также вторичная профилактика (включает как лечебные мероприятия в период обострения заболевания, так и лечебные меры по их предупреждению). Популяционная стратегия профилактики предполагает формирование здорового образа жизни населения посредством информирования о факторах риска неинфекционных забо-

леваний, мотивирования к ведению здорового образа жизни, а также обеспечения для этого условий.

Реализация популяционной стратегии возможна только на основе межсекторного взаимодействия, предполагающего объединение усилий органов законодательной и исполнительной власти, различных ведомств, общественных структур, религиозных организаций.

В реализации мер профилактики выделяется два основных направления действий:

1. Формирование здорового образа жизни населения.
2. Ранняя диагностика заболеваний на уровне факторов риска их развития с последующей своевременной коррекцией.

Реализация первого направления возможна только на межведомственной основе путем вовлечения в процесс целого ряда управлений и департаментов, представителей бизнеса и общественных структур, главная задача которых заключается в обеспечении условий для ведения здорового образа жизни.

Второе направление реализуется в рамках системы здравоохранения, при этом особая роль возлагается на врачей первичного звена здравоохранения: врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики и семейных врачей, в деятельности которых правильно организованная профилактическая работа должна занимать не менее 30 - 40 % их рабочего времени.

Наиболее распространенными модифицируемыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний являются гиперхолестеринемия, на 2 месте у мужчин – курение, у женщин – абдоминальное ожирение, на 3 месте у мужчин и женщин – артериальная гипертензия.

В питании жителей Алтайского края выявлен избыточный уровень потребления насыщенных жиров, углеводов, соли и низкий уровень потребления овощей, фруктов, круп, морепродуктов. Нарушение питания выявлено у 68,7 % обследованных, у 34 % обследованных уровень общего холестерина и глюкозы превышает рекомендуемый.

С целью повышения доступности консультативной помощи по вопросам здорового питания планируется открытие профильных кабинетов на базах центров здоровья медицинских межрайонных округов Алтайского края. Кроме того, консультирование по рациональному питанию будет осуществляться специалистами отделений и кабинетов медицинской профилактики.

В Алтайском крае существенно увеличился объём медицинской помощи, оказываемой с профилактической целью, и создана структура, обеспечивающая деятельность по обучению здоровому образу жизни населения, профилактике неинфекционных заболеваний: центр медицинской профилактики неинфекционных заболеваний КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Центр медицинской профилактики, г. Бийск», центр медицинской

профилактики КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск», 20 отделений медицинской профилактики и 81 кабинет медицинской профилактики, 7 центров здоровья для взрослых. Во всех медицинских организациях, участвующих в проведении диспансеризации взрослого населения, есть отделения или кабинеты медицинской профилактики.

Для профилактики и оказания медицинской помощи лицам с депрессивными состояниями и суицидальным поведением в Алтайском крае имеется 3 краевых кризисных центра (1 – для женщин, 2 – для мужчин), отделение кризисных состояний, 3 кабинета «Телефон доверия» с круглосуточным режимом работы, кабинет социально-психологической помощи.

Анализ суицидальной ситуации в Алтайском крае свидетельствует о необходимости принятия дополнительных мер по развитию суицидологической помощи несовершеннолетним.

Из наиболее важных направлений в развитии профилактики смертности от суицидов остается раннее выявление психических расстройств, в первую очередь непсихотических форм психической патологии.

Необходимо создание единой базы данных (персонифицирование) лиц, склонных к суицидальным действиям, что позволит осуществлять непрерывную профилактику повторных попыток к суициду.

Эффективная работа системы оказания помощи населению при кризисных состояниях возможна только при условии подготовки достаточного числа специалистов (врачей-психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов и социальных работников) для работы в кабинетах (отделениях) «Телефон доверия», кабинетах социально-психологической помощи и отделениях кризисных состояний. Основными задачами таких специалистов будут являться своевременное распознавание и купирование кризисных состояний, проведение профилактической работы с населением, лечение и реабилитация пациентов в постсуицидальном периоде, организационно-методическая и консультативная помощь краевым медицинским организациям по профилактике, раннему распознаванию и купированию кризисных состояний.

Действия, направленные на предотвращение развития неинфекционных заболеваний, должны быть включены в повседневную жизнь каждого человека. В связи с этим в Алтайском крае планируется создать единую профилактическую среду, в том числе на основе тесного межведомственного взаимодействия.

Раздел 1.2. Вакцинопрофилактика

Проблема борьбы с инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, является одной из наиболее важных проблем как в Российской Федерации, так и в Алтайском крае.

Главным направлением в снижении общей заболеваемости населения

Алтайского края является использование средств специфической профилактики.

Повышение иммунитета населения Алтайского края позволило не только снизить, но и ликвидировать некоторые инфекционные заболевания, управляемые вакцинокомплексом.

В Алтайском крае более 35 лет не регистрируется заболеваемость полиомиелитом, в 2002 году территория Алтайского края была сертифицирована как свободная от этого заболевания. Доведена до единичных случаев заболеваемость дифтерией, столбняком, корью. Данные результаты свидетельствуют о высокой эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий на территории Алтайского края.

С 2004 года на территории Алтайского края реализуется комплексный план по ликвидации кори. Значительные успехи достигнуты в области снижения заболеваемости паротитом, коклюшем, клещевым энцефалитом.

На современном этапе социально-экономического развития необходимы: дальнейшее совершенствование иммунопрофилактики, разработка комплекса приоритетных мероприятий, направленных на повышение уровня привитости населения, и, как следствие, снижение уровня заболеваемости природно-очаговыми болезнями (клещевым энцефалитом, туляремией), а также другими инфекционными заболеваниями, управляемыми средствами иммунопрофилактики (прогнозируемый уровень заболеваемости в этой группе инфекций должен достичь спорадического уровня, кроме того, должны быть исключены случаи летального исхода заболеваний клещевым энцефалитом у привитых лиц).

Раздел 1.3. Развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе сельским жителям. Развитие системы раннего выявления заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и проведение диспансеризации населения

Первичная медико-санитарная помощь и оказывающие ее медицинские организации являются зоной первого контакта населения со службами здравоохранения, обеспечивая не только лечебную, но и профилактическую работу, а также организацию медицинской помощи прикрепленному населению. В связи с этим организация первичной медико-санитарной помощи должна основываться на научно обоснованных и практически апробированных методах и технологиях, универсально доступна, социально приемлема и бесплатна для всего населения.

Анализ состояния здоровья сельских жителей выявляет более выраженную, чем у горожан, степень неблагополучия, что подтверждается более низкими показателями распространенности хронических заболеваний у жителей села при более высоком, чем у горожан, уровне смертности. Таким образом, истинная потребность сельских жителей в медицинской помощи существенно выше, чем в городах.

Стратегия выявления лиц с высоким риском и коррекции факторов

риска неинфекционных заболеваний осуществляется главным образом на индивидуальном и групповом уровнях в рамках первичной медико-санитарной помощи, а также в рамках специализированной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения. Для реализации этой стратегии требуется наличие инфраструктуры системы медицинской профилактики. Важнейшими инструментами стратегии высокого риска являются диспансеризация и профилактические осмотры населения.

Стратегия вторичной профилактики реализуется в медицинских организациях на индивидуальном уровне и предполагает медикаментозное, интервенционное и хирургическое лечение у лиц, имеющих доказанные неинфекционные заболевания, в целях предупреждения развития у них осложнений.

В соответствии с административно-территориальными особенностями в Алтайском крае сформировалась и сохраняется разветвленная сеть медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и их отдаленных структурных подразделений: фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, участковые и центральные районные больницы, основная часть которых работает в сельской местности, а также городские поликлиники (медицинские организации первого уровня).

Первичная медико-санитарная помощь сельскому населению в Алтайском крае осуществляется в 59 центральных районных больницах с функциональными подразделениями: 39 участковых больниц, 192 сельские врачебные амбулатории, 896 фельдшерско-акушерских пунктов. Процент износа корпусов данных подразделений составляет от 35 % до 70 %. Вместе с тем, состояние зданий и сооружений, а также уровень оснащённости медицинским оборудованием значительной части медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в особенности на селе, не соответствует современным требованиям и не может обеспечить выполнение порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

Всего для улучшения материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в сельской местности, необходимо построить 379 фельдшерско-акушерских пунктов, 40 врачебных амбулаторий, 1 участковую больницу.

Планируется не только отремонтировать поликлиники, но и изменить их внешний вид, содержание входной и приёмной группы. Вместо привычных регистратур будут устанавливаться столы справок, стойки с многоканальным телефоном и сотрудниками приёмной группы. Стены уже оснащаются плазменными панелями для получения необходимой информации о работе поликлиники, в том числе трансляции ориентированных рекламных роликов профилактической направленности. Унифицируется работа администраторов, назначаются дополнительные дежурные администраторы в холлы в часы пиковой нагрузки, прием и регистрация посетителей будет переводиться в электронный вид.

С целью ликвидации очередей запланировано изменение графика ра-

боты амбулаторно-поликлинических медицинских организаций до 12 часов в сутки (с 8.00 до 20.00 часов). Основные медицинские службы поликлиник поэтапно до 2016 года будут переведены на 6 - 7-дневную рабочую неделю. Дополнительно рассматривается целесообразность перераспределения рабочего времени врача в пользу работы на приеме.

Недостаток ряда медицинских специалистов на селе, наравне со значительной протяженностью территории края и неудовлетворительно развитой дорожной инфраструктурой, создают проблемы в доступности медицинской помощи жителям удаленных сел, в связи с чем выездные формы работы приобретают все большую актуальность.

В целях формирования системы самоконтроля и самооздоровления населения в краевых медицинских организациях будут развиваться «школы здоровья» («школы пациентов»).

С учетом распространенности заболеваний ежегодно медицинскими организациями будет обеспечиваться подготовка профилактических тематических декадников и массовых акций. В их период планируется проведение дней открытых дверей, консультаций необходимых специалистов, тематических пресс-конференций, лекций, бесед, выпуск санитарных бюллетеней.

На постоянной основе будет продолжено взаимодействие детских поликлиник и центров здоровья края с образовательными организациями по вопросам формирования системы непрерывного гигиенического образования учащихся, медицинских и педагогических работников общеобразовательных организаций, ориентированной на обучение детей методам сохранения и восстановления здоровья, грамотную медицинскую активность.

До 2016 года планируется создание крупных клинко-диагностических центров в пяти медицинских округах, в том числе оказывающих первичную медико-санитарную помощь на межмуниципальном уровне (Алейском, Заринском, Каменском, Славгородском и второго центра в г. Барнауле).

Запланирован пилотный проект по реформированию инфраструктуры амбулаторно-поликлинических медицинских организаций в г. Барнауле с созданием на базе крупных поликлиник консультативно-диагностических центров первого уровня.

В медицинских округах городов Барнаула, Бийска и Рубцовска откроются кабинеты диабетической ангиоретинопатии с возможностью проведения лазеркоагуляции сетчатки для обеспечения комплексного подхода к оказанию первичной специализированной медико-санитарной помощи больным сахарным диабетом и профилактике слепоты в КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница № 4, г. Бийск», КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск».

Для первичной диагностики, персонифицированного подбора и коррекции лечения с учетом показаний и противопоказаний, диспансеризации, ведения регистров, а также подбора немедикаментозных индивидуальных реабилитационных программ для больных с экстрапирамидными расстройствами откроются 2 кабинета экстрапирамидных расстройств в КГБУЗ «Го-

родская поликлиника № 9, г. Барнаул» и в поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Планируется открытие 15 кабинетов амбулаторного приема для оказания консультативной, диагностической и лечебной помощи больным гастроэнтерологического профиля, где наряду с консультативной и диагностической помощью будет организовано диспансерное наблюдение и реабилитация больных гастроэнтерологического профиля, в том числе и послеоперационных больных.

С целью улучшения оказания неотложной помощи пациентам с хроническими заболеваниями планируется организация службы медицинского обеспечения по оказанию неотложной помощи и открытие 10 отделений при амбулаторно-поликлинических медицинских организациях службы медицинского обеспечения по оказанию неотложной помощи.

Мероприятия данного раздела подпрограммы направлены на повышение доступности первичной, в том числе первичной специализированной, медико-санитарной помощи для населения края и, в первую очередь, для жителей удаленных и труднодоступных сел по профилям заболеваний, вызывающих наибольшие потери здоровья: кардиологии, пульмонологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, неврологии. А также развитие системы раннего выявления заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития.

3. Приоритеты региональной политики в сфере профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни и развитие первичной медико-санитарной помощи, цели и показатели достижения целей и решения задач, ожидаемые конечные результаты, сроки реализации подпрограммы 1

Приоритетными направлениями в сфере профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни и развития первичной медико-санитарной помощи в Алтайском крае являются:

- повышение эффективности первичной медико-санитарной помощи населению;

- разработка и внедрение механизмов стимулирования поликлинического звена на раннее выявление заболеваний, предотвращение осложнений;

- модернизация существующих медицинских организаций и их подразделений;

- оптимизация коечного фонда;

- формирование единых принципов маршрутизации потоков пациентов, расширение стационарзамещающих и выездных методов работы;

- развитие неотложной помощи на базе поликлинических подразделений, совершенствование принципов взаимодействия поликлинических подразделений со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи;

- разработка и внедрение механизмов стимулирования поликлинического звена на более раннее выявление заболеваний и недопущение развития заболеваний до стадии, приводящей к госпитализации;

- обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и раз-

вития первичной медико-санитарной помощи;

формирование у населения ответственного отношения к своему здоровью и изменение моделей поведения, направленные на профилактику заболеваний;

обеспечение населения, прежде всего здоровых людей и лиц с хроническими заболеваниями вне обострения, профилактической помощью шаговой доступности;

обеспечение условий для ведения здорового образа жизни, коррекция и регулярный контроль поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях;

информирование и обучение различных групп населения средствам и методам профилактики инфекционных заболеваний, повышению ответственности за свое здоровье.

Целью подпрограммы 1 является увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Задачи подпрограммы 1:

развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Алтайского края, в том числе снижение распространённости наиболее значимых факторов риска;

сохранение на спорадическом уровне распространённости инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется посредством иммунизации населения в соответствии с национальным календарём профилактических прививок;

реализация дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях своевременного выявления заболеваний;

повышение доступности, качества первичной медико-санитарной помощи и структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи, развитие подразделений медицинской профилактики и неотложной медицинской помощи, стационарзамещающих и выездных методов работы.

Для решения поставленных задач планируется реализовать:

меры по развитию системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни у населения Алтайского края, в том числе снижение распространённости наиболее значимых факторов риска;

меры по сохранению на спорадическом уровне распространённости инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется посредством иммунизации населения в соответствии с национальным календарём профилактических прививок;

меры по реализации дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях своевременного

выявления заболеваний;

меры по повышению доступности, качества первичной медико-санитарной помощи и структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи, развитие подразделений медицинской профилактики и неотложной медицинской помощи, стационарзамещающих и выездных методов работы.

Реализация первого этапа подпрограммы 1 планируется в 2014 - 2015 годах, второго этапа – в 2016 - 2020 годах.

В результате реализации подпрограммы 1 к 2020 году предполагается:
увеличение охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей до 99,8 %;

сохранение охвата диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты, на уровне не менее 100 %;

увеличение охвата диспансеризацией взрослого населения до 23 %;

повышение потребления овощей и бахчевых культур в среднем на потребителя в год (за исключением картофеля) до 103,8 кг;

повышение потребления фруктов и ягод в среднем на потребителя в год до 73,5 кг;

увеличение доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I - II стадиях до 58,0 %;

увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез до 81,1 %;

сохранение заболеваемости дифтерией на уровне 0,01 случая на 100 тыс. населения;

снижение заболеваемости корью до уровня 0,20 случая в год на 1 млн. населения;

сохранение заболеваемости краснухой на уровне менее 1 случая в год на 100 тыс. населения;

сохранение заболеваемости эпидемическим паротитом на уровне менее 1 случая в год на 100 тыс. населения;

снижение заболеваемости острым вирусным гепатитом В до 2,0 случая на 100 тыс. населения;

сохранение охвата иммунизацией населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки на уровне не менее 95 %;

сохранение охвата иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки на уровне не менее 95 %;

сохранение охвата иммунизацией населения против кори в декретированные сроки на уровне не менее 95 %;

сохранение охвата иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки на уровне не менее 95 %;

сохранение охвата иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки на уровне не менее 95 %;

увеличение доли ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учёте, от числа выявленных до 87,0 % в 2020 году;

уменьшение доли больных алкоголизмом, повторно госпитализиро-

ванных в течение года, до 23,4 %;

уменьшение доли больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года, до 12,2 %;

снижение уровня смертности от самоубийств до 28,8 %.

4. Объем финансирования подпрограммы 1

Финансирование подпрограммы 1 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края.

Общий объем финансирования подпрограммы 1 составляет 76739579,1 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 8230194,5 тыс. рублей;
 2015 год – 8517703,8 тыс. рублей;
 2016 год – 10696969,5 тыс. рублей;
 2017 год – 11717812,7 тыс. рублей;
 2018 год – 11794607,0 тыс. рублей;
 2019 год – 12593887,9 тыс. рублей;
 2020 год – 13188403,7 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 9030557,4 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 121513,9 тыс. рублей;
 2015 год – 121517,0 тыс. рублей;
 2016 год – 1815482,7 тыс. рублей;
 2017 год – 1823979,4 тыс. рублей;
 2018 год – 1561059,0 тыс. рублей;
 2019 год – 1794102,7 тыс. рублей;
 2020 год – 1792902,7 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 8010047,4 тыс. рублей:

2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 1636778,2 тыс. рублей;
 2017 год – 1633778,2 тыс. рублей;
 2018 год – 1423778,2 тыс. рублей;
 2019 год – 1658356,4 тыс. рублей;
 2020 год – 1657356,4 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 2359988,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 365930,6 тыс. рублей;
 2015 год – 283946,5 тыс. рублей;
 2016 год – 283946,5 тыс. рублей;
 2017 год – 283946,5 тыс. рублей;
 2018 год – 364764,3 тыс. рублей;
 2019 год – 380097,2 тыс. рублей;
 2020 год – 397356,4 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 584359,9 тыс. рублей:

2014 год – 137579,0 тыс. рублей;

2015 год – 92608,0 тыс. рублей;

2016 год – 92608,0 тыс. рублей;

2017 год – 92608,0 тыс. рублей;

2018 год – 55462,7 тыс. рублей;

2019 год – 56304,9 тыс. рублей;

2020 год – 57189,3 тыс. рублей.

Средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края – 65349033,7 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 7742750,0 тыс. рублей;

2015 год – 8112240,3 тыс. рублей;

2016 год – 8597540,3 тыс. рублей;

2017 год – 9609886,8 тыс. рублей;

2018 год – 9868783,7 тыс. рублей;

2019 год – 10419688,0 тыс. рублей;

2020 год – 10998144,6 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы 1 подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период.

Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» (далее – «подпрограмма 2»)

1. Паспорт подпрограммы 2

Ответственный испол- Главное управление Алтайского края по здраво-
нитель подпрограммы 2 охранению и фармацевтической деятельности

Участники подпрограм- Территориальный фонд обязательного медицин-
мы 2 ского страхования Алтайского края (по согласова-
нию);
Главное управление строительства, транспорта,
жилищно-коммунального и дорожного хозяйства
Алтайского края;
медицинские организации, участвующие в реали-
зации территориальной программы государствен-
ных гарантий бесплатного оказания медицинской
помощи

Цель подпрограммы 2 повышение эффективности оказания специализи-
рованной, включая высокотехнологичную, меди-
цинской помощи, скорой, в том числе скорой спе-

специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации

- Задачи подпрограммы 2
- совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулёзом, направленной на снижение смертности от туберкулёза и формирование приверженности больных к контролируемому лечению, и увеличение доли абациллированных больных туберкулёзом от числа больных туберкулёзом с бактериовыделением;
 - повышение продолжительности и качества жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С, путем совершенствования методов оказания специализированной медицинской помощи таким лицам;
 - модернизация наркологической службы Алтайского края;
 - совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств;
 - совершенствование организационной системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями, направленное на увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями и снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями;
 - развитие инфраструктуры и совершенствование оказания скорой медицинской помощи и системы управления скорой медицинской помощью;
 - совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, направленное на снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;
 - совершенствование методов диагностики и лечения ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, совершенствование оказания кардиологической помощи, направленной на снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта;
 - повышение доступности оказания высокотехнологичной медицинской помощи с внедрением новых эффективных методов лечения;
 - обеспечение безопасности и качества донорской

крови и ее компонентов;
 развитие донорского движения в Алтайском крае;
 повышение обеспеченности пациентов заместительной почечной терапией;
 повышение доступности и качества оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом;
 повышение структурной эффективности и доступности офтальмологической службы;
 повышение уровня оснащения медицинских организаций Алтайского края изделиями медицинской техники;
 обеспечение эффективного функционирования медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе обеспечение энергоэффективности объектов здравоохранения Алтайского края

Перечень мероприятий реализации мер по совершенствованию оказания медицинской помощи больным туберкулезом, направленной на снижение смертности от туберкулеза и формирование приверженности больных к контролируемому лечению, и увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением;
 реализация мер по повышению продолжительности и качества жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С, путем совершенствования методов оказания специализированной медицинской помощи таким лицам;
 реализация мер по модернизации наркологической службы Алтайского края;
 реализация мер, направленных на совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств;
 реализация мер по совершенствованию организационной системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями, направленной на увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями и снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями;
 реализация мер по развитию инфраструктуры и со-

вершенствованию оказания скорой медицинской помощи и системы управления скорой медицинской помощью;

реализация мер по совершенствованию оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, направленной на снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;

реализация мер по совершенствованию методов диагностики и лечения ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, совершенствованию оказания кардиологической помощи, направленной на снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта;

реализация мер по повышению доступности оказания высокотехнологичной медицинской помощи с внедрением новых эффективных методов лечения;

реализация мер по обеспечению безопасности и качества донорской крови и ее компонентов;

развитие донорского движения в Алтайском крае;

реализация мер по повышению обеспеченности пациентов заместительной почечной терапией;

реализация мер по повышению доступности и качества оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом;

реализация мер по повышению структурной эффективности и доступности офтальмологической службы;

реализация мер по повышению уровня оснащения медицинских организаций Алтайского края изделиями медицинской техники;

реализация мер по обеспечению эффективного функционирования медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе обеспечение энергоэффективности объектов здравоохранения Алтайского края

Показатели
граммы 2

подпро- показатель 2.1 «Доля абациллированных больных туберкулёзом от числа больных туберкулёзом с бактериовыделением»;

показатель 2.2 «Доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, получающих анти-

ретровирусную терапию, от числа лиц, состоящих на диспансерном учете»;

показатель 2.3 «Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (на 100 больных наркоманией среднегодового контингента)»;

показатель 2.4 «Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии более 2 лет (на 100 больных наркоманией среднегодового контингента)»;

показатель 2.5 «Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента)»;

показатель 2.6 «Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет (на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента)»;

показатель 2.7 «Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года»;

показатель 2.8 «Смертность от ишемической болезни сердца (на 100 тыс. населения)»;

показатель 2.9 «Смертность от цереброваскулярных заболеваний (на 100 тыс. населения)»;

показатель 2.10 «Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более»;

показатель 2.11 «Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями»;

показатель 2.12 «Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут»;

показатель 2.13 «Больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий»;

показатель 2.14 «Доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови»;

показатель 2.15 «Количество больных, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь»;

показатель 2.16 «Доля лиц с диагнозом активного туберкулёза, установленным впервые в жизни, находящихся в учреждениях, исполняющих наказания, от общего числа больных с диагнозом ак-

тивного туберкулёза, установленным впервые в жизни»;

показатель 2.17 «Доля лиц с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни, находящихся в учреждениях, исполняющих наказания, от общего числа больных с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни»;

показатель 2.18 «Удельный расход тепловой энергии (ТЭ) в объектах здравоохранения»;

показатель 2.19 «Удельный расход электрической энергии (ЭЭ) в объектах здравоохранения»;

показатель 2.20 «Удельный расход топлива на бытовые нужды (главным образом отопление) в объектах здравоохранения»;

показатель 2.21 «Доля медицинских организаций, в которых проведены энергетические обследования, в общей структуре медицинских организаций»

Сроки и этапы реализации подпрограммы 2 первый этап: 2014 - 2015 годы;
второй этап: 2016 - 2020 годы

Объемы финансирования подпрограммы 2 финансирование подпрограммы 2 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края.

Общий объем финансирования подпрограммы 2 составляет 139233973,4 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 14257879,2 тыс. рублей;

2015 год – 15941959,2 тыс. рублей;

2016 год – 18935569,7 тыс. рублей;

2017 год – 20412931,0 тыс. рублей;

2018 год – 22128814,2 тыс. рублей;

2019 год – 22704945,8 тыс. рублей;

2020 год – 24851874,3 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 16010215,3 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 692974,9 тыс. рублей;

2015 год – 503924,8 тыс. рублей;

2016 год – 2313085,2 тыс. рублей;

2017 год – 2209620,0 тыс. рублей;

2018 год – 3235081,2 тыс. рублей;

2019 год – 2916941,9 тыс. рублей;

2020 год – 4138587,3 тыс. рублей;
 в том числе капитальные вложения –
 7434821,8 тыс. рублей:
 2014 год – 84130,4 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 1547199,2 тыс. рублей;
 2017 год – 1412973,8 тыс. рублей;
 2018 год – 1654691,2 тыс. рублей;
 2019 год – 998070,2 тыс. рублей;
 2020 год – 1737757,0 тыс. рублей.
 Средства краевого бюджета – 18216995,5 тыс. руб-
 лей, в том числе по годам:
 2014 год – 2910356,3 тыс. рублей;
 2015 год – 2025241,2 тыс. рублей;
 2016 год – 2217894,3 тыс. рублей;
 2017 год – 2217894,3 тыс. рублей;
 2018 год – 2833358,1 тыс. рублей;
 2019 год – 2951138,5 тыс. рублей;
 2020 год – 3061112,8 тыс. рублей;
 в том числе капитальные вложения –
 5391066,7 тыс. рублей:
 2014 год – 900758,1 тыс. рублей;
 2015 год – 511167,0 тыс. рублей;
 2016 год – 661167,0 тыс. рублей;
 2017 год – 661167,0 тыс. рублей;
 2018 год – 861351,6 тыс. рублей;
 2019 год – 889591,2 тыс. рублей;
 2020 год – 905864,8 тыс. рублей.
 Средства Территориального фонда обязательного
 медицинского страхования Алтайского края –
 104594115,6 тыс. рублей, в том числе по годам:
 2014 год – 10654548,0 тыс. рублей;
 2015 год – 13412793,2 тыс. рублей;
 2016 год – 14141943,2 тыс. рублей;
 2017 год – 15835416,7 тыс. рублей;
 2018 год – 16060374,9 тыс. рублей;
 2019 год – 16836865,4 тыс. рублей;
 2020 год – 17652174,2 тыс. рублей.
 Средства из внебюджетных источников –
 412647,0 тыс. рублей, в том числе по годам:
 2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 262647,0 тыс. рублей;
 2017 год – 150000,0 тыс. рублей;

2018 год – 0 тыс. рублей;

2019 год – 0 тыс. рублей;

2020 год – 0 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы 2 подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период

Ожидаемые результаты реализации программы 2

подпрограммы 2

повышение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением до 38,2 %;

повышение ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа лиц, состоящих на диспансерном учёте, до 23,5 %;

увеличение числа больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, до 11,7 на 100 больных наркоманией среднегодового контингента;

увеличение числа больных наркоманией, находящихся в ремиссии более 2 лет, до 10,5 на 100 больных наркоманией среднегодового контингента;

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

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

уменьшение доли больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, до 9,0 %;

снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца до 435,5 на 100 тыс. населения;

снижение уровня смертности от цереброваскулярных заболеваний до 178,30 на 100 тыс. населения;

увеличение доли больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, до 54,8 %;

снижение уровня одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями до 27,1 %;

увеличение доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут до 94,2 % к 2020 году;

снижение уровня больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий до 3,75 %;

стабилизация показателя «доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови», на уровне 100 %;

увеличение количества больных, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, до 15000 человек;

снижение доли лиц с диагнозом активного туберкулёза, установленным впервые в жизни, находящихся в учреждениях, исполняющих наказания, от общего числа больных с диагнозом активного туберкулёза, установленным впервые в жизни, с 13,4 % в 2013 году до 10,9 % в 2020 году;

снижение доли лиц с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни, находящихся в учреждениях, исполняющих наказания, от общего числа больных с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни, до 11,3 %;

снижение удельного расхода тепловой энергии в объектах здравоохранения до 0,2268 Гкал/кв.м;

снижение удельного расхода электрической энергии в объектах здравоохранения до 47,11 кВт-ч/кв.м;

снижение удельного расхода топлива на бытовые нужды (главным образом отопление) в объектах здравоохранения до 69,17 кг.у.т./кв.м;

поддержание уровня энергетического обследования всех медицинских организаций.

2. Характеристика сферы реализации подпрограммы 2

Подпрограмма 2 состоит из следующих разделов:

раздел 2.1 «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулёзом»;

раздел 2.2 «Совершенствование системы оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С»;

раздел 2.3 «Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным»;

раздел 2.4 «Совершенствование системы оказания медицинской помо-

- щи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения»;
- раздел 2.5 «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями»;
- раздел 2.6 «Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»;
- раздел 2.7 «Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях»;
- раздел 2.8 «Совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;
- раздел 2.9 «Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения»;
- раздел 2.10 «Совершенствование службы крови»;
- раздел 2.11 «Совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с терминальной почечной недостаточностью»;
- раздел 2.12 «Развитие спортивной медицины»;
- раздел 2.13 «Совершенствование офтальмологической службы»;
- раздел 2.14 «Организация сервисного обслуживания, восстановление и приобретение изделий медицинской техники для медицинских организаций Алтайского края»;
- раздел 2.15 «Повышение энергетической эффективности медицинских организаций Алтайского края».

Раздел 2.1. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулёзом

В течение последних 3 лет на территории Алтайского края отмечается стабилизация основных эпидемических показателей по туберкулёзу. Показатель заболеваемости туберкулёзом снизился на 6,5 % и составил в 2014 году 106,6 случая на 100 тыс. населения. Доля больных туберкулёзом, выявленных в системе управления Федеральной службы исполнения наказаний Российской Федерации по Алтайскому краю, в 2014 году уменьшилась до 12,2 %.

Показатель смертности в 2014 году снизился на 3,8 % и составил 22,8 случая на 100 тыс. населения, абациллирование контингентов в 2014 году составило 29,1 %.

В крае существует двухуровневая система оказания медицинской помощи больным туберкулёзом. Первичную врачебную медико-санитарную помощь оказывают врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-педиатры участковые и врачи-фтизиатры участковые в туберкулёзных (фтизиатрических) кабинетах, специализированную помощь оказывают врачи-специалисты в городских диспансерах и туберкулёзных больницах.

Второй уровень – межмуниципальный. Специализированная помощь второго уровня осуществляется больным туберкулёзом в КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулёзный диспансер» и КГКУЗ «Детская туберкулёзная больница».

Порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи больным туберкулёзом реализуются в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулёзом» и от 29.12.2014 № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания».

Неудовлетворительное материально-техническое и санитарно-гигиеническое состояние противотуберкулёзных медицинских организаций, дефицит площадей ограничивают возможности стационарного лечения. Значительная часть (более 50,0 %) находящегося в эксплуатации медицинского оборудования выработала свой ресурс и не может гарантировать качественное обследование и лечение больных. Отсутствие современного рентгеномографического и бактериологического оборудования в большей части противотуберкулёзных медицинских организаций удлинняет сроки диагностики. Отсутствует возможность использования телемедицинских технологий для своевременного установления диагноза у больных из отдаленных территорий.

По состоянию на 01.11.2014 отсутствуют лицензии на медицинскую деятельность в 3 организациях: КГКУЗ «Противотуберкулёзный диспансер, г. Рубцовск», КГКУЗ «Лебяженская туберкулёзная больница Поспелихинского района», КГКУЗ «Николаевская туберкулёзная больница». Проводится подготовка к проведению лицензирования в КГКУЗ «Противотуберкулёзный диспансер, г. Рубцовск» и КГКУЗ «Лебяженская туберкулёзная больница».

В рамках мероприятий раздела планируется к 2016 году завершение реконструкции стационарных отделений КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулёзный диспансер» и к 2020 году – диспансерного и стационарного отделений КГКУЗ «Противотуберкулёзный диспансер, г. Бийск». К 2016 году планируется реструктуризация КГКУЗ «Лебяженская туберкулёзная больница», закрытие КГКУЗ «Николаевская туберкулёзная больница Поспелихинского района», туберкулёзных отделений КГБУЗ «Романовская центральная районная больница» (25 коек), КГБУЗ «Залесовская центральная районная больница».

К 2020 году завершится реконструкция поликлинического отделения с дневным стационаром КГКУЗ «Противотуберкулёзный диспансер, г. Рубцовск», реконструкция КГКУЗ «Противотуберкулёзный диспансер, г. Бийск».

В рамках реконструкции все медицинские организации будут оснаще-

ны оборудованием в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 932н, а также будут проведены мероприятия по обеспечению пожаробезопасности.

Совместно с ФГУЗ «Новосибирский НИИ туберкулёза» планируется создание медико-социального сопровождения больных туберкулёзом. С целью формирования приверженности больных к амбулаторному контролируемому лечению будет продолжена работа по обеспечению больных продуктами наборами.

Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности осуществляется подготовка врачей и среднего медицинского персонала с учётом открытия новых подразделений противотуберкулёзной службы.

На базе новых корпусов КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулёзный диспансер» предполагается создание специализированного отделения для лиц с сочетанной патологией ВИЧ-туберкулёз.

Раздел 2.2. Совершенствование системы оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С

В крае ежегодно увеличивается число пациентов, у которых регистрируются вторичные заболевания, что объясняется естественным течением ВИЧ-инфекции у лиц, инфицированных 9 - 10 лет назад. Наиболее часто у ВИЧ-инфицированных развиваются туберкулёз (42,0 %) и грибковые инфекции (39,3 %). Больше половины ВИЧ-инфицированных, находящихся на диспансерном наблюдении (58,4 %), имеют парентеральные вирусные гепатиты. У 49,6 % пациентов, состоящих на диспансерном учете, выявлен вирус гепатита С. Рост числа ВИЧ-инфицированных требует значительного увеличения финансовых затрат на профилактику вторичных заболеваний и их лечение. На сегодняшний день медикаменты на эти цели централизованно практически не закупаются. Расчет доли ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учете до 2020 года проводился с учетом ежегодного увеличения на 4 % охвата антиретровирусной терапией до 29,8 % в 2020 году.

Остается низкой приверженность к терапии у больных ВИЧ-инфекцией из уязвимых групп населения. Так, в период с 2005 по 2013 годы выбыли из терапии в связи с возобновлением приема психоактивных веществ 5,1 % больных ВИЧ-инфекцией, 13,4 % – из-за отказов от терапии без объективных причин. Это требует продолжения работы по формированию приверженности к терапии на мультипрофессиональной основе.

В Алтайском крае диспансерным наблюдением охвачено 94 % больных ВИЧ-инфекцией, из которых обследованы на иммунный статус и на вирусную нагрузку 100 %.

На фоне роста числа ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансер-

ном учете и принимающих антиретровирусную терапию, ежегодно возрастают потребности краевых медицинских организаций в лабораторных исследованиях на ВИЧ-инфекцию, в первую очередь по мониторингу клинико-лабораторных показателей здоровья ВИЧ-инфицированных и контролю эффективности лечения.

При имеющейся оснащенности лабораторным оборудованием иммунологические и ПЦР-лаборатории не могут обеспечить выполнение необходимых объемов исследований.

Расчетная мощность лабораторий Алтайского края с учетом максимального использования имеющегося лабораторного оборудования составляет:

по иммунному статусу – 17120 исследований в год (43 % от потребности на 2013 год, в соответствии со стандартами);

по вирусной нагрузке, ПЦР-диагностике вирусных гепатитов В и С, оппортунистических инфекций – 19200 исследований в год (50,0 % от потребности в этих исследованиях на 2013 год).

В целях обеспечения проведения необходимого спектра и объема лабораторных исследований в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.11.2012 № 689н, необходимо приобрести дополнительное лабораторное оборудование.

Приобретение препаратов для профилактики и лечения вторичных заболеваний позволит повысить качество и продолжительность жизни больных ВИЧ-инфекцией.

Работа на мультипрофессиональной основе позволит повысить приверженность к терапии, снизить число отказов и перерывов в лечении и, как следствие, повысить продолжительность жизни у больных ВИЧ-инфекцией.

Вирусные гепатиты В и С занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека и особое место среди многих проблем современного здравоохранения.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» вирусные гепатиты В и С внесены в перечни социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, что свидетельствует об актуальности рассматриваемого вопроса.

В Алтайском крае в 2013 году заболеваемость хроническим гепатитом В составила 5,64 случая на 100 тыс. населения, заболеваемость хроническим гепатитом С – 38,9 случая на 100 тыс. населения. Заболеваемость острым вирусным гепатитом В снижается, так как управляется методами специфической профилактики (в 2013 году – 1,8 случая на 100 тыс. населения). Заболеваемость острым вирусным гепатитом С не имеет тенденции к снижению (в 2012 году – 1,8 случая на 100 тыс. населения). В структуре заболевших ос-

новную долю составляют лица в возрасте 20 - 40 лет, удельный вес которых среди больных вирусными гепатитами В и С составляет от 65 % до 70 %, то есть поражается основной трудовой и репродуктивный потенциал страны.

Проблема гепатита С осложняется отсутствием способов специфической профилактики и высокой стоимостью противовирусного лечения. В соответствии с приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.11.2004 № 260 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гепатитом В, хроническим гепатитом С», от 21.07.2006 № 571 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим вирусным гепатитом» и современными клиническими рекомендациями стандартом лечения гепатита С считается противовирусная терапия в виде комбинации лекарственных препаратов – препарата интерферона-альфа (в том числе пегилированного интерферона-альфа) и рибавирина. Главной задачей противовирусной терапии является излечение инфекции и достижение устойчивого вирусологического ответа. Лечение гепатита В проводится препаратом интерферона-альфа и аналогами нуклеозидов.

Программные мероприятия подпрограммы «Совершенствование системы оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С» позволят увеличить охват диспансерным наблюдением больных ВИЧ-инфекцией, качество и продолжительность их жизни.

2.3. Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным

Одной из негативных тенденций в состоянии здоровья населения Алтайского края остается высокая распространенность наркологических заболеваний.

В 2014 году специализированными наркологическими медицинскими организациями Алтайского края зарегистрировано 50697 больных наркологическими расстройствами, то есть 2120,6 больных в расчете на 100 тыс. населения или 2,1 % от общей численности населения. По сравнению с 2013 годом показатель снизился на 4,8 %.

Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных – это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями – 80,1 % от общего числа зарегистрированных больных. На больных наркоманией и лиц с пагубным употреблением наркотиков пришлось 19,1 %, токсикоманией и лиц с пагубным употреблением ненаркотических психоактивных веществ – 0,8 %.

Уровень общей заболеваемости алкогольными расстройствами (включая алкогольные психозы) по-прежнему остается высоким. Число больных алкоголизмом, зарегистрированных наркологической службой в 2014 году, составило 34560 человек или 1445,6 в расчете на 100 тыс. населения, что составляет 1,4 % от общей численности населения.

В 2014 году специализированными наркологическими медицинскими организациями края зарегистрировано 7018 больных наркоманией, или 293,6 в расчете на 100 тыс. населения. По сравнению с 2013 годом этот показатель снизился на 9,2 %. Кроме того, 2647 человек в 2014 году были зарегистрированы с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) употребление наркотиков». Общее число зарегистрированных потребителей наркотиков составило 9665 человек или 404,3 на 100 тыс. населения.

Подавляющее большинство составили больные с опийной зависимостью (77,3 %), второе ранговое место заняли больные с зависимостью от каннабиса (12,4 %), третье – больные, употребляющие другие наркотики и сочетания различных наркотиков (5,3 %). Удельный вес больных с синдромом зависимости от психостимуляторов составляет 5 %.

Алкоголизм и наркомания являются самыми распространенными социально значимыми заболеваниями. Ущерб от алкоголя и наркотиков связан с медицинскими расходами, снижением производительности труда, духовной деградацией населения, преждевременным уходом из жизни.

В последние годы в Алтайском крае принимается комплекс мер по улучшению наркологической ситуации, проводится укрепление материально-технической базы наркологических медицинских организаций, в том числе их капитальный ремонт, повышение энергоэффективности, оснащение медицинским оборудованием.

В Алтайском крае сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи наркологическим больным.

На первом уровне медицинскую помощь оказывают в наркологических кабинетах поликлиник центральных районных больниц. На данном этапе осуществляется амбулаторная наркологическая помощь, первичная мотивация на медико-социальную реабилитацию, диспансерное и профилактическое наблюдение наркологических больных, экспертиза на состояние алкогольного и наркотического опьянения, а также профилактическая работа среди населения районов.

Второй уровень оказания медицинской помощи наркологическим больным представлен краевыми государственными наркологическими диспансерами в городах Барнауле, Бийске, Заринске, Рубцовске. В данных медицинских организациях наркологическим больным оказывается медицинская помощь амбулаторно и в условиях стационара, создаётся мотивация больных алкоголизмом и наркоманией к участию в реабилитационных программах в стационарных и амбулаторных условиях, проводится медицинское освидетельствование на состояние алкогольного и наркотического опьянения, а также профилактическая работа среди населения.

Третий уровень реализуется в КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер». Больным с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, оказывают наркологическую помощь, проводят медико-социальную реабилитацию в условиях стационара (краткосрочная, среднесрочная и долгосрочная), реабилитационные программы в кабинете диспансерного отделения, осуществляется организационно-методическая помощь наркологическим кабинетам и медицинским организациям 1 и 2 уровня, осуществляется экспертиза на со-

стояние алкогольного и наркотического опьянения, химико-токсикологические исследования биосред на состояние опьянения, а также ведется профилактическая работа среди населения.

В Алтайском крае функционируют 4 краевых государственных наркологических диспансера в городах Барнауле, Бийске, Заринске, Рубцовске с общим коечным фондом 220 коек, из них 15 коек в КГБУЗ «Психиатрическая больница, г. Бийск».

На базе КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» функционирует химико-токсикологическая лаборатория, оснащенная современным оборудованием, которое позволяет определять наркотические и психоактивные вещества в биосредах человека.

Одним из необходимых условий эффективного лечения и медико-социальной реабилитации является наличие квалифицированных кадров. В настоящее время этот процесс обеспечивают 128 специалистов: врачи психиатры-наркологи, врачи психотерапевты, медицинские психологи и социальные работники. Создана постоянно действующая система повышения их квалификации на базе медицинских вузов городов Барнаула, Москвы и Санкт-Петербурга. Ежегодно проходят обучение 35 - 40 врачей и других специалистов.

В рамках мероприятий по укреплению материально-технической базы планируется строительство лечебного корпуса (4000,0 кв. м) для оказания неотложной наркологической помощи в КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», что даст возможность развернуть дополнительно 50 коек, сократив их дефицит, и увеличить обеспеченность профильными койками с 0,92 до 1,13 на 10 тыс. населения. В наркологические диспансеры и другие медицинские организации, осуществляющие помощь наркологическим больным, будет поставлена медицинская техника, диагностические тест-системы, что позволит выполнять порядок и стандарты оказания наркологической помощи и проводить добровольное тестирование среди учащейся молодежи. Химико-токсикологическая лаборатория будет оснащена хроматографами последнего поколения, на которых возможно определять весь спектр психоактивных, в том числе синтетических, веществ. В рамках данного направления будут проведены мероприятия для обеспечения пожаробезопасности. Также планируется расширить использование инновационных эффективных препаратов (вивитрол и др.) в лечении больных с наркологическими заболеваниями.

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

За последние три года в Алтайском крае наблюдается незначительный рост заболеваемости населения психическими расстройствами и расстройствами поведения.

В 2014 году количество пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением в психоневрологических медицинских организациях края, на конец года составило 21431 человек. Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под диспансерное наблюдение в психо-

неврологических медицинских организациях края, в 2014 году составило 1192 человека. Спектр патологии психической деятельности разнообразен.

Большинство психических заболеваний имеют значительные негативные социальные последствия в виде выраженной социальной дезадаптации, ранней инвалидизации пациентов, распространенности у больных агрессивного и суицидального поведения.

Так, первичная инвалидность лиц с психическими расстройствами за последние 10 лет имеет тенденцию к значительному снижению: в 2004 году этот показатель составил 55,4 случая на 100 тыс. населения, а в 2014 году – 34,8 случая на 100 тыс. населения, то есть за 10 лет первичная инвалидность снизилась на 37,2 %.

Число пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, за 2014 год увеличилось за счет открытия медико-реабилитационного отделения в рамках дневного стационара на 85 мест, что позволяет расширить использование в психиатрической практике методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

В ближайшие 15 лет в состоянии психического здоровья населения будет сохраняться тенденция предыдущих лет – медленный рост первичной и общей заболеваемости как в целом по психическим расстройствам, так и по отдельным группам психических расстройств, особенно непсихотического характера. Рост будет обусловлен главным образом увеличением числа врачей-психиатров и психотерапевтов, расширением сети организаций, оказывающих психиатрическую помощь, и интеграцией психиатрической службы со службой общесоматической сети, то есть за счет повышения доступности психиатрической помощи и, соответственно, уровня выявляемости среди лиц с психическими расстройствами.

Мероприятия данного раздела будут являться продолжением работы по обеспечению доступности, повышению качества и эффективности специализированной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.

Раздел 2.5. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями

Актуальность современных проблем онкологии для Алтайского края определяется их социальной значимостью, высоким уровнем онкологической заболеваемости, сложностью диагностики и лечения больных. По своей частоте и распространенности злокачественные новообразования в Алтайском крае занимают одно из первых мест в общей структуре инвалидности и смертности. На сегодняшний день на диспансерном учете в КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» состоят более 61,5 тыс. пациентов. Ежегодно выявляется более 11000 новых случаев злокачественных новообразований.

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями (оба пола) в 2014 году в Алтайском крае составил 480,7 случая на 100 тыс.

населения, что на 28,7 % выше, чем в Российской Федерации (в 2013 году – 373,42 случая на 100 тыс. населения). Заболеваемость среди мужчин составила 507,6 случая на 100 тыс. мужского населения, в Российской Федерации в 2013 году – 369,0 случаев. Заболеваемость среди женщин составила 457,6 случая на 100 тыс. женского населения, в Российской Федерации в 2013 году – 377,3 случая.

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями на протяжении ряда лет не претерпела изменений: стабильно первые места занимают рак легкого, кожи, предстательной железы, рак молочной железы, рак тела матки, колоректальный рак, рак желудка.

Онкологические заболевания характеризуются высокой долей смертности в течение первого года после установления диагноза, в 2014 году показатель одногодичной летальности составил – 27,1 %.

Ежегодно от онкологической патологии погибает более 5 тысяч человек. В 2014 году от злокачественных новообразований в Алтайском крае умерло 5192 человека (в 2013 году – 5365), показатель смертности от злокачественных новообразований составил 217,3 на 100 тыс. населения (в 2013 году – 224,0). В Российской Федерации в 2014 году – 198,7 на 100 тыс. населения.

Поэтапно продолжается укрепление материально-технической базы КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

Ведется строительство лечебно-диагностического корпуса на 325 коек и укомплектование его современным оборудованием. Это позволит довести коечную мощность организации до 635 коек, повысить доступность и качество специализированной онкологической помощи для населения Алтайского края, создать условия для повышения эффективности диагностики и лечения злокачественных новообразований, внедрения новых технологий лечения. Приобретенное современное оборудование позволит оказывать специализированную медицинскую помощь в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

В 2016 - 2018 годах будет реконструирован главный корпус с отделениями хирургического профиля на 180 коек и построена пристройка к нему на 120 коек, отделением реанимации на 24 койки и операционным блоком на 16 операционных, его оснащение современным операционным и реанимационным оборудованием, что позволит внедрить высокие технологии хирургической помощи, увеличить доступность высокотехнологичных операций, уменьшить послеоперационную летальность.

В 2018 - 2020 годах планируется строительство центра позитронно-эмиссионной томографии с радиотерапевтическим отделением, открытие и оснащение в соответствии с порядками дневного стационара на 50 коек и пансионата на 30 мест для сельских больных, получающих специализированное лечение в амбулаторных условиях.

К 2020 году предполагается завершение реконструкции зданий КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер» под

КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

В 2013 - 2016 годах запланированы: реконструкция больничного комплекса (поликлиники и патологоанатомического корпуса) КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск», открытие нового корпуса поликлиники на 150 посещений в смену и увеличение мощности дневного стационара до 35 коек. Это повысит доступность и качество диагностики злокачественных новообразований, уровень лечения и реабилитации онкологических больных.

В 2016 году планируется расширить мощность дневного стационара на базе КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Рубцовск» до 20 мест.

В 2015 - 2016 годах к существующему 51 первичному онкологическому кабинету будет дополнительно открыто 20 первичных онкологических кабинетов. Это повысит частоту выявления злокачественных новообразований на ранних стадиях, улучшит диспансеризацию онкологических больных.

В 2016 году будут открыты противоболевые кабинеты на базах КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск» и КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Рубцовск».

К 2017 году предполагается расширение деятельности отделения медицинской профилактики на базе КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» для выявления граждан с высоким риском развития рака, ведение и пополнение регистра предрака высокого риска, открытие отделений профилактики на базах КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск» и КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Рубцовск».

Выявление генных мутаций позволит внедрить алгоритмы ведения пациентов-носителей данных мутаций, способствующие предотвращению или выявлению рака на ранних стадиях. Иммуногистохимические исследования позволяют обеспечить подбор химиопрепаратов, что обеспечит повышение эффективности лечения.

Оказание медицинской помощи онкологическим больным и обеспечение в полном объеме химиотерапевтическими препаратами, в том числе для таргетной терапии больных, не имеющих группу инвалидности, даст возможность оказывать лекарственную помощь в полном объеме в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи и повысить качество лечения.

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

Служба скорой медицинской помощи Алтайского края представлена 3 станциями скорой медицинской помощи, находящимися в городах Барнауле, Бийске, Рубцовске и 65 отделениями, сформированными в городах Белокурихе, Заринске, Новоалтайске, в ЗАТО Сибирский, трёх городских округах (Алейском, Славгородском и Каменском), 57 районах и на базе КГБУЗ «МСЧ р.п. Малиновое Озеро Алтайского края»).

Для обеспечения своевременного оказания круглосуточной скорой ме-

дицинской помощи взрослому и детскому населению вне медицинских организаций развернуто 244 бригады скорой медицинской помощи, в том числе 79 врачебных бригад, из них 27 – специализированных и 165 фельдшерских бригад.

По состоянию на 01.01.2015 скорую медицинскую помощь жителям края оказывают 257 врачей скорой медицинской помощи и 1306 фельдшеров. Парк автомобилей службы скорой медицинской помощи составляет: 349 автомобилей, в том числе класса А и В – 337 и 12 автомобилей класса С. Все автомобили оснащены навигационным оборудованием ГЛОНАСС.

Число врачей КГКУЗ «Краевой центр медицины катастроф» составляет 102 человека, в их числе врачи-специалисты различных профилей.

На балансе КГКУЗ «Краевой центр медицины катастроф» находится 14 автомобилей скорой медицинской помощи класса С (реанимобили), 4 санитарных автомобиля для доставки врачей в районы для оказания скорой специализированной медицинской помощи. В 2013 году приобретено 52 автомобиля скорой медицинской помощи, оснащенных медицинским оборудованием, из которых 49 автомобилей класса В, 3 – класса С.

В настоящее время вся служба скорой медицинской помощи Алтайского края получила доступ к использованию значительных возможностей спутниковой навигации ГЛОНАСС.

Использование системы спутниковой навигации ГЛОНАСС в работе выездных бригад, эксплуатация установленного оборудования предоставляет возможность достоверно отслеживать километраж, пройденный автомобилями скорой медицинской помощи, в режиме реального времени, выбирать оптимальную бригаду на вызов, значительно экономить горюче-смазочные материалы на станции.

Для объединения службы в одно информационное поле и повышения эффективности процесса управления всей службой скорой медицинской помощи планируется внедрение на территории Алтайского края автоматизированной медицинской информационной специализированной системы («МИСС-03»), интегрированной с навигационной системой ГЛОНАСС.

Одним из важнейших аспектов совершенствования системы управления службой скорой медицинской помощи является развертывание 7 станций скорой медицинской помощи. Три межрайонные станции скорой медицинской помощи предполагается организовать на базе существующих станций городов Барнаул, Бийск и Рубцовск, четыре – путём реорганизации отделений скорой медицинской помощи в городах: Алейск, Заринск, Каменьна-Оби, Славгород. Реализация этих мероприятий запланирована на 2014 и 2016 годы, соответственно.

Следующим этапом развития межрайонных станций скорой медицинской помощи является введение дополнительных бригад скорой медицинской помощи с учетом плотности населения и дальности разъездов, что позволит снизить время ожидания скорой медицинской помощи, приблизив его к нормативному. А также планируется создание единого диспетчерского центра, работа которого значительно повысит своевременность оказания

экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим на территории всего региона.

Укрепление материально-технической базы службы скорой медицинской помощи Алтайского края будет осуществляться путем строительства в период 2015 - 2016 годов здания под размещение единого диспетчерского центра и организационно-методического отдела, до 2020 года – зданий для межрайонных станций скорой медицинской помощи, приобретением в 2014 - 2020 годах сертифицированных автомобилей скорой медицинской помощи в количестве, соответствующем потребности и утвержденным срокам эксплуатации, и медицинского оборудования в соответствии со Стандартом оснащения станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи), утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Основные проблемы в работе службы скорой медицинской помощи Алтайского края:

- ежегодный рост обращений граждан за оказанием скорой медицинской помощи;

- отсутствие централизованного методического и оперативного управления службой;

- отсутствие автоматизации и информатизации управления, единого информационного поля;

- отсутствие единого подхода в принципах и стандартах оказания скорой медицинской помощи в подразделениях службы Алтайского края;

- недостаточное ресурсное обеспечение службы;

- недостаточное кадровое обеспечение службы;

- низкий охват обеспечением скорой медицинской помощи сельских населенных пунктов региона.

Реализация мероприятий данного раздела позволит решить основные проблемы в работе службы скорой медицинской помощи Алтайского края, увеличить охват населения Алтайского края скорой медицинской помощью, повысить ее качество, сократить количество жалоб на работу скорой помощи от жителей региона, а также будет способствовать эффективному использованию имеющихся в наличии материальных ресурсов службы и ее кадрового потенциала.

Раздел 2.7. Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

Одной из приоритетных задач в области улучшения демографической ситуации в Алтайском крае является совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

Уровень смертности от дорожно-транспортных происшествий в крае за 2014 год сохранился на уровне 2013 года – 12,5 на 100 тыс. населения, при

этом всего погибло 298 человек.

Число выездов на место дорожно-транспортных происшествий, выполненных бригадами скорой медицинской помощи, составило 3508, из них доставлено в медицинские организации 3452 человека. С сочетанной травмой в травмоцентры доставлено 840 человек (в 2013 году – 488 человек). Число операций, проведенных в травмоцентрах 1-ого уровня, снизилось с 307 в 2013 году до 27 в 2014 году. Количество проведенных оперативных вмешательств в травмоцентрах 2-ого уровня увеличилось с 422 в 2013 году до 1293 в 2014 году. Доля выездов бригад скорой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях с временем доезда до 20 минут в 2014 году составила 96,1 %.

Повреждения, полученные в дорожно-транспортных происшествиях, имеют свою специфику. Среди них преобладают сочетанные, множественные и несовместимые с жизнью травмы: черепно-мозговые травмы, травмы опорно-двигательного аппарата, повреждения органов брюшной и грудной полости. Повреждения, не диагностированные на догоспитальном этапе, в последующем могут стать причиной угрожающих жизни состояний, вплоть до летального исхода. Наибольшее внимание уделяется черепно-мозговым травмам, поскольку именно данный вид травмы обуславливает высокие показатели летальности в результате дорожно-транспортных происшествий.

Особую озабоченность вызывают дорожно-транспортные происшествия, отнесенные к чрезвычайным ситуациям (с 10 и более пострадавшими либо 2 и более погибшими). За последние 5 лет в крае произошло 179 дорожно-транспортных происшествий, отнесенных к чрезвычайным ситуациям, в которых пострадал 791 человек, из них 89 детей, погибли 409 человек, из них 37 детей.

Основными причинами являются неудовлетворительные дорожные условия, несоблюдение правил дорожного движения, тяжесть полученных при дорожно-транспортных происшествиях травм, уменьшение численности населения края.

По сравнению с 2013 годом отмечается рост числа пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий на федеральной автомобильной дороге (2013 год – 558, 2014 год – 650).

Среди автотрасс края первое место по числу дорожно-транспортных происшествий занимает федеральная автомобильная дорога М-52 (Р-256).

Оказание скорой специализированной медицинской помощи пострадавшим в крупных дорожно-транспортных происшествиях, происходящих на федеральных и региональных трассах, является одной из задач повседневной деятельности КГКУЗ «Краевой центр медицины катастроф». КГКУЗ «Краевой центр медицины катастроф» располагается в городе Барнауле, имеет филиалы в городах Бийске, Рубцовске, Славгороде, которые нуждаются в доукомплектовании современным автотранспортом и медицинским оборудованием.

В городе Барнауле помощь больным при дорожно-транспортных про-

исшествиях оказывается бригадами анестезиологии-реанимации или общепрофильными бригадами КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул». Во всех случаях выезд бригад осуществляется в течение 1 - 1,5 минут. Контроль времени прибытия бригад на место дорожно-транспортного происшествия осуществляется с помощью системы спутниковой навигации «Глонасс» совместно с системой автоматизированного управления выездными бригадами. Время прибытия бригад на вызов в среднем составляет 8 - 9 минут.

В рамках мероприятий раздела планируется приобретение для КГКУЗ «Краевой центр медицины катастроф» и его филиалов в городах Бийске, Рубцовске, Славгороде санитарного автотранспорта, что позволит сократить сроки оказания скорой специализированной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях путем проведения всего комплекса анестезиолого-реанимационных мероприятий во время транспортировки; медицинской аппаратуры и расходных материалов, что даст возможность проведения всего комплекса анестезиолого-реанимационных мероприятий; офисно-вычислительной техники и средств связи – позволит повысить оперативность принимаемых решений.

Запланировано приобретение медицинской аппаратуры для медицинских организаций, расположенных вдоль федеральных автомобильных дорог М-52 (Р-256) и А-349 (А-322). Это сократит время оперативного вмешательства, уменьшит инвалидизацию пострадавших.

Будет приобретена медицинская аппаратура для медицинских организаций, расположенных вдоль автомобильных дорог регионального и местного значения: Р 380, Т 1503, Р 371, Т 1508.

Раздел 2.8. Совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями

По данным Росстата, показатель смертности от болезней системы кровообращения в Алтайском крае в 2014 году составил 635,5 на 100 тыс. населения, что на 11,6 % ниже (лучше) индикатора, предусмотренного в «дорожной карте» (718,8). По сравнению с 2013 годом показатель смертности от БСК также снизился на 3,7 % (в 2013 году – 660,0).

Первичная специализированная медицинская помощь кардиологического профиля осуществляется в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», КГБУЗ «Краевая клиническая больница», поликлиниках города Барнаула, КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края». Кроме того, межрайонные кардиологические кабинеты открыты во всех краевых медицинских организациях, имеющих кардиологические отделения. В городах Бийске и Рубцовске кардиологические приемы работают при городских диагностических центрах и трёх городских поликлиниках.

Для оказания специализированной медицинской помощи кардиологического профиля населению края развернуто 770 кардиологических (из них 755 для взрослых и 15 для детей) и 90 кардиохирургических коек в

следующих краевых медицинских организациях:

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» – 280 кардиологических и 70 кардиохирургических коек;

КГБУЗ «Краевая клиническая больница» – 60 кардиологических и 20 кардиохирургических коек;

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» – 70 кардиологических коек;

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» – 15 детских кардиологических коек.

В межрайонных кардиологических отделениях городов края (г. Алейске, г. Белокурихе, г. Бийске, г. Камне-на-Оби, г. Рубцовске, г. Славгороде) всего развернуто 240 коек. В кардиологических отделениях центральных районных больниц (Благовещенская, Завьяловская, Змеиногорская, Павловская, Смоленская) – всего 95 коек.

Доступность специализированной, в том числе высокотехнологичной, кардиологической помощи жителям края обеспечивает разработанная и внедренная система врачебно-диспетчерской службы. Данная структура в режиме региональной компьютерной сети с центральным врачебно-диспетчерским пунктом связывает 90 краевых медицинских организаций с 6 краевыми специализированными медицинскими организациями. Жители любого района имеют возможность получить талон на консультацию к специалисту краевой медицинской организации непосредственно по месту жительства и явиться на консультацию в назначенное время.

Доступность высокотехнологичной кардиологической помощи жителям края обеспечивает система дистанционной записи ЭКГ и консультирования больных в кардиологических консультативно-диагностических пунктах КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» и КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

По технологии, принятой в крае, все пациенты с острым инфарктом миокарда, оставшиеся по тем или иным причинам в районах края, в течение недели с момента развития инфаркта регистрируются в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» или КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с целью контроля лечения и определения показаний к следующему этапу реабилитации. Для своевременного определения тактики дальнейшего ведения регистрируются и пациенты с впервые возникшей стенокардией.

Стационарная специализированная медицинская помощь пациентам с цереброваскулярными заболеваниями в Алтайском крае оказывается в следующих медицинских организациях: региональном сосудистом центре в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и первичных отделениях на базе КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11, г. Барнаул», КГБУЗ «Центральная городская больница,

г. Бийск», КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск», КГБУЗ «Славгородская центральная районная больница».

В крае осуществляется поэтапное внедрение во все медицинские организации Алтайского края системы «Теле-Альтон». На сегодняшний день в 58 краевых медицинских организациях установлены датчики-регистраторы, предназначенные для записи и дистанционной передачи ЭКГ. Принимающий центр – приемный покой КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» и кардиологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница». За период функционирования данной системы записано более 15000 ЭКГ, проведено 10000 консультаций. В КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» и КГБУЗ «Краевая клиническая больница» доставлено более 2000 пациентов с острым коронарным синдромом, из них 3000 проведены агрессивные высокотехнологичные методы лечения.

С учетом расположения городов с наибольшей концентрацией населения, а также нахождения около них районов края предполагается открытие дополнительных первичных отделений в КГБУЗ «Каменская центральная районная больница» и КГБУЗ «Алейская центральная районная больница» с оснащением кадрами и оборудованием в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 928н.

Основные проблемы системы оказания помощи больным сосудистыми заболеваниями кардиологического и неврологического профилей:

дефицит специалистов, в том числе анестезиологов-реаниматологов, кардиологов, неврологов, специалистов функциональной диагностики и рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения;

недостаточная частота проведения реваскуляризирующей и тромболитической терапии, в том числе на догоспитальном этапе, больным с острым инфарктом миокарда;

недостаточная санитарно-просветительная работа с населением, приводящая к поздней обращаемости больных с острым расстройством кровообращения;

низкая приверженность больных к предписываемой обязательной лекарственной терапии;

недостаточный охват реабилитационными мероприятиями больных, перенесших острые расстройства кровообращения и оперативные вмешательства на сердце и сосудах.

В рамках мероприятий раздела планируется дальнейшее совершенствование оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с целью улучшения доступности специализированной кардиологической помощи жителям края предполагается дальнейшее расширение кардиологической сети посредством открытия межрайонных кардиоло-

гических кабинетов и отделений.

Раздел 2.9. Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых, сложных и (или) уникальных, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, включая клеточные технологии, роботизированную технику, информационные технологии и методы генной инженерии, разработанные на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в краевых медицинских организациях в значительной мере обеспечивает осуществление государственной политики в сфере здравоохранения на территории Алтайского края. Финансовые ресурсы, направляемые на оказание современных высокотехнологичных методов лечения, обеспечивают наиболее эффективное влияние на состояние здоровья населения края, позволяют сосредоточить усилия на приоритетных направлениях развития здравоохранения, улучшить качество специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи, внедрять новые виды высокотехнологичных видов медицинской помощи, снизить смертность, инвалидизацию населения и увеличить среднюю продолжительность жизни граждан.

Сегодня в Алтайском крае высокотехнологичную медицинскую помощь по 16 профилям оказывают 9 краевых медицинских организаций: КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», КГБУЗ «Городская больница № 4, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11, г. Барнаул», КГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 7, г. Барнаула» и 1 негосударственная медицинская организация, участвующая в выполнении государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках государственно-частного партнерства – НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Барнаул открытого акционерного общества «Российские железные дороги».

С декабря 2012 года открыт ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул, который оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь по профилям «травматология и ортопедия» и «нейрохирургия». За последние три года отмечается рост оказанной высокотехнологичной медицинской помощи жителям края.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказана в 2014 году 8947 пациентам (в аналогичный период 2013 года – 9834), из них 1426 – дети

(в аналогичном периоде 2013 года – 1175 детей). С 2014 года за счет обязательного страхования оплачивается 459 наиболее растиражированных, ставших массовыми, методов высокотехнологичной медицинской помощи. При этом более 1007 методов высокотехнологичной медицинской помощи финансируются из федерального бюджета. За счет средств обязательного медицинского страхования оказано 3929. За счет ассигнований федерального бюджета в клиниках федерального значения помощь оказана 5564 пациентам, из них 1098 детей (в аналогичном периоде 2013 года 5469 пациентам). В краевых медицинских организациях высокотехнологичную медицинскую помощь получили 3383 пациента, из них 328 детей. Кроме того, за счет экономии, сложившейся при проведении конкурсных процедур, в медицинских организациях края проведено сверхпланово 190 операций, что повысило доступность оказания такой помощи для жителей края до 3573 (за аналогичный период 2013 года пролечено 4365, из них 370 детей).

За счет всех источников финансирования высокотехнологичную медицинскую помощь в 2014 году получили 13066 пациентов.

В Федеральном законе от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусмотрено включение с 2015 года высокотехнологичной медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования. Финансирование высокотехнологичной медицинской помощи полностью осуществляется из Фонда обязательного медицинского страхования по двум направлениям: высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень обязательного медицинского страхования за счет субвенций территориальным фондам обязательного медицинского страхования; высокотехнологичная медицинская помощь, не включенное в перечень обязательного медицинского страхования за счет субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральному бюджету для федеральных медицинских организаций; за счет субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования и обязательств субъекта Российской Федерации для медицинских организаций субъекта Российской Федерации.

Одним из условий такого включения является дальнейшее развитие высокотехнологичной медицинской помощи при оказании в медицинских организациях субъектов Российской Федерации.

В рамках раздела планируется проведение мероприятий, направленных на развитие высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных Главному управлению Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, совершенствование системы оказания высокотехнологичной медицинской помощи, внедрение новых технологий оказания высокотехнологичной медицинской помощи, удовлетворение потребностей в данном виде помощи по травматологии, ортопедии и эндопротезированию для жителей Алтайского края за счет взаимодействия с ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопроте-

зирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБУ «НИИТО им. Я.Л. Цивьяна», г. Новосибирск.

Для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи будет осуществляться реализация мероприятий, направленных на совершенствование организационной системы оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, совершенствование оказания медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, в том числе пациентам с болезнями системы кровообращения, туберкулёзом, онкологическими, эндокринными и некоторыми другими заболеваниями, внедрение в практику инновационных методов лечения, развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение медицинских организаций на основе инновационных подходов и принципа стандартизации.

Раздел 2.10. Совершенствование службы крови

Служба крови признана исключительной областью медицины, так как является не только частью системы здравоохранения, но и важнейшей частью системы обороны страны. Компоненты крови включены в медицинские технологии различной степени сложности.

Основой службы является донорское движение. Обязательные принципами организации донорства в современных условиях: безвредность для донора и реципиента, добровольность и плановость. Обеспечение компонентами крови медицинских организаций имеет территориальные особенности и зависит от многих причин: организационного, технологического, технического, кадрового характера.

Служба крови Алтайского края представлена центрами крови, расположенными в городах Барнауле, Бийске, станцией переливания крови в г. Рубцовске, пятью отделениями переливания крови, расположенными на базе медицинских организаций: КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», КГБУЗ «Алейская центральная районная больница», КГБУЗ «Славгородская центральная районная больница», КГБУЗ «Заринская центральная городская больница», КГБУЗ «Каменская центральная районная больница».

С 01.01.2015 в соответствии с приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 22.09.2014 № 712 «О реорганизации структуры службы крови» утверждена структура службы крови:

- центры крови, расположенные в городах Барнауле, Бийске;
- станция переливания крови в г. Рубцовске;

- три отделения переливания крови, расположенные на базе краевых и центральных районных больниц (КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», КГБУЗ «Славгородская центральная район-

ная больница», КГБУЗ «Каменская центральная районная больница»).

Служба крови обеспечивает бесперебойное и полноценное обслуживание компонентами крови 92 медицинские организации Алтайского края.

По результатам работы учреждений службы крови за 2014 год процент обеспечения вирусбезопасной плазмой после применения технологии карантинизации или вирусинактивации; компонентов крови, не допускающих длительного хранения после исследования методом полимеразно-цепной реакции на гепатиты В, С, ВИЧ, составил 100 %.

Основной проблемой службы и конечной целью реализации раздела является обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов, профилактика посттрансфузионных осложнений инфекционного и иммунологического генеза, повышение качества трансфузиологической помощи населению Алтайского края.

Раздел 2.11. Совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с терминальной почечной недостаточностью

Алтайский край занимает предпоследнее место в СФО по обеспеченности заместительной почечной терапией – 96,8 на 1 млн. населения (в Омской области – 209,7, в Москве – 352,8, в среднем по России – 170,5).

В Алтайском крае проводится заместительная почечная терапия, которая осуществляется в четырех отделениях медицинских организаций городов Барнаула, Бийска, Новоалтайска, Рубцовска. Все отделения функционируют в круглосуточном режиме работы. Ведется трансплантация почек у больных, находящихся в листе ожидания.

Для введения пациентов с хронической почечной недостаточностью в программный диализ организована маршрутизация в диализные центры городов Новосибирска, Горно-Алтайска.

По договору безвозмездной аренды с ООО «Б. Браун Авитум Руссланд Клиникс» дополнительно запущено в работу 10 диализных машин в КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Основными проблемами оказания медицинской помощи с хронической почечной недостаточностью в Алтайском крае являются:

- недостаточная обеспеченность пациентов заместительной почечной терапией;

- недостаточное количество выполняемых трансплантаций почки;
 - высокий износ аппаратов гемодиализа.

С целью совершенствования оказания медицинской помощи данной категории больных планируются мероприятия по трем основным направлениям:

- совершенствование заместительной почечной терапии методом гемодиализа;

- развитие трансплантологической помощи;

- развитие заместительной почечной терапии методом перитонеального

диализа.

На базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» планируется открытие Алтайского краевого нефрологического центра, который возьмет на себя организацию и координацию как нефрологической помощи, так и заместительной почечной терапии в крае.

В имеющихся диализных отделениях КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Бийск», КГБУЗ «Новоалтайская городская больница имени Л.Я. Литвиненко», КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск» предполагается увеличение и обновление парка аппаратов гемодиализа.

В созданном на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Алтайском краевом центре трансплантации органов планируется увеличение количества выполняемых трансплантаций почки до 30 - 50 в год, что позволит довести количество пациентов с функционирующими трансплантатами до среднероссийских показателей.

Раздел 2.12. Развитие спортивной медицины

Спортивная жизнь Алтайского края характеризуется ежегодным 8 - 12 % приростом числа занимающихся спортом. В крае функционируют 88 детско-юношеских спортивных школ (далее – ДЮСШ) и 16 специализированных детско-юношеских спортивных школ олимпийского резерва с общим числом занимающихся в них спортсменов более 53000 человек.

В функции спортивной медицины наряду с детальной оценкой состояния физического здоровья спортсмена при проведении диспансеризации входит контроль адекватности физических нагрузок возможностям его организма в процессе достижения высоких спортивных результатов, а также восстановление физической формы спортсмена различными методами, включая фармакологическую поддержку в постсоревновательном периоде, после заболеваний и полученных спортивных травм, согласно ст. 39 Федерального закона от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации». Полноценная реализация этих нормативных положений в настоящее время невозможна из-за недостаточно развитой лечебно-диагностической базы врачебно-физкультурной службы.

Деятельность спортивного врача заключается не только в помощи спортсменам в достижении высоких спортивных результатов, но и в минимизации рисков утраты здоровья от занятий физической культурой и спортом.

В 2014 году специалистами КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер» выполнено 168838 посещений (121 % от заявленного плана). Организовано и проведено медицинское сопровождение 610 (прирост на 8 %) спортивно-массовых мероприятий с количеством участников 89642 человека увеличение на 15 % по сравнению с 2013 годом.

Однако сегодня спортивный травматизм в Алтайском крае может быть

отнесен к серьезной социальной проблеме, поскольку число травмированных спортсменов в 2013 году составило 3029. Следует отметить, что показатель спортивного травматизма на соревнованиях в 2014 году, снизился с 39,16 случая на 1000 участников соревнований в 2013 году до 29,00. Названные показатели выше средних по России в полтора раза. Снижение спортивного травматизма более чем на 10 промилле обусловлено прежде всего более углубленным исследованием спортсменов за счет приобретенной аппаратуры согласно реализации программных мероприятий, что позволяет спортивным врачам осуществлять профилактику роста спортивного травматизма.

Таким образом, проблемами, требующими неотложного решения на краевом уровне, являются необходимость увеличения в 2 - 3 раза количества организаций спортивной медицины и числа спортивных врачей и обеспечение соответствующей современным требованиям необходимой диагностической аппаратурой.

В целях улучшения медицинского обеспечения спорта первоочередной задачей является восстановление в крае сети врачебно-физкультурных диспансеров (филиалов), отделений и кабинетов спортивной медицины при городских и центральных районных больницах с числом занимающихся физической культурой и спортом более 800 человек.

Необходимо создать условия для обеспечения медицинской помощью в процессе занятий физической культурой и спортом лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, увеличить долю учащихся и студентов, отнесенных к специальным медицинским группам и посещающих специальные занятия физической культурой под медицинским контролем.

Обеспечить специализированной медицинской помощью население сельской местности и труднодоступных районов с помощью формирования мобильных медицинских бригад, оснащенных необходимым лабораторным и инструментальным оборудованием.

В рамках раздела запланировано укрепление материально-технической базы службы: дооснащение с табелем положенности отделения функциональной диагностики, оснащение физиотерапевтического отделения.

Оснащение выездных мобильных бригад позволит обеспечивать медицинскую помощь при проведении физкультурных и спортивных мероприятий в районах края для всех категорий учащихся, студентов, лиц с ограниченными возможностями.

2.13. Совершенствование офтальмологической службы

Анализ уровней первичной и общей заболеваемости по офтальмологической патологии в Алтайском крае показывает устойчивую тенденцию к увеличению этих показателей на 8 - 10,0 % ежегодно. В структуре общей заболеваемости болезнями глаза среди всего населения преобладает большая объединенная группа «Болезни мышц глаза, нарушения рефракции и акко-

модации» – 34,8 %, катаракты – 15,0 %, конъюнктивиты – 9,2 %, заболевания сетчатки – 10,3 %, глаукомы – 5,0 %.

В структуре первичной заболеваемости логично преобладают болезни конъюнктивы – 28,4 %, группа «Болезни мышц глаза, нарушения рефракции и аккомодации» – 21,2 %, сетчатки – 8,8 %, катаракты – 8,5 %, глаукомы – 1,6 %.

Среди детского населения на долю аномалий рефракции приходится 58,8 % общей заболеваемости. За период обучения в школе количество детей с пониженным зрением увеличивается в 3 - 5 раз.

Медицинская помощь больным при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты оказывается в виде:

первичной медико-санитарной помощи;
 скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

В медицинских организациях помощь в амбулаторных условиях оказывается врачами-офтальмологами в офтальмологических кабинетах, а в стационарных условиях - врачами-офтальмологами в офтальмологических отделениях.

В Алтайском крае функционирует 548 офтальмологических коек, развернутых на базе 8 офтальмологических отделений. Занятость койки составляет 352,1 дней в году, что говорит о крайне высокой востребованности офтальмологических коек. Хирургическая активность в крупных офтальмологических стационарах достигает 80,0 %, в малокоечных межрайонных отделениях городов Камня-на-Оби, Славгорода хирургическая активность минимальная, полостные операции не выполняются. В то же время, очередность на плановое хирургическое лечение составляет до 4 - 6 месяцев.

Обеспечение доступности и качества офтальмологической помощи населению невозможно без решения кадровой проблемы.

В Алтайском крае острой остается проблема обеспеченности врачами-офтальмологами, с целью приведения штатной численности врачей-офтальмологов к нормативной в течение 2015 - 2020 годов необходимо дополнительно подготовить 60 специалистов (20 для городских и 40 для сельских медицинских организаций).

В рамках мероприятий раздела планируется привести в соответствие с требованиями Порядка оказания медицинской помощи при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 902н, офтальмологические кабинеты и отделения.

В Каменском, Славгородском межрайонных медицинских округах, в городах Барнауле, Новоалтайске планируется организация сети консультативно-диагностических отделений, специализированных офтальмологических кабинетов (диагностики и лечения глаукомы, охраны зрения детей, ретинопатии новорожденных).

С целью снижения инвалидизирующих осложнений сахарного диабета

и профилактики слепоты предусмотрено создание в городах Барнауле, Бийске, Рубцовске специализированных кабинетов диабетической ретинопатии. В условиях ограниченных финансовых возможностей краевого бюджета, с учётом имеющегося позитивного опыта планируется привлечение частных инвестиций для создания этих кабинетов в рамках государственно-частного партнерства.

Увеличение объемов высококвалифицированной офтальмологической консультативно-диагностической помощи в краевых медицинских организациях ограничено имеющимися площадями и штатными нормативами. Значительно повысить доступность специализированной офтальмологической помощи поможет строительство поликлиники на 150 посещений в смену на базе КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница».

Увеличение пропускной способности офтальмологических отделений возможно при улучшении материально-технической базы отделений в соответствии с принятыми порядками, а также направлении значительного потока больных на амбулаторный этап за счет организации на базе недостаточно эффективно функционирующих отделений городов Камня-на-Оби, Новоалтайска, Славгорода, амбулаторных консультативно-диагностических отделений с амбулаторными операционными и дневными стационарами.

Раздел 2.14. Организация сервисного обслуживания, восстановление и приобретение изделий медицинской техники для медицинских организаций Алтайского края

В настоящее время в медицинских организациях Алтайского края функционирует около 35000 единиц медицинской техники, причем ряд оборудования функционирует с 80-х годов прошлого века. Мероприятия по укреплению материально-технической базы медицинских организаций, реализуемые за последние годы, позволили существенно обновить парк имеющегося оборудования, главным образом, крупные позиции.

Также естественный процесс старения и износа требует постоянного и планомерного списания выработавшего свой ресурс медицинского оборудования и приобретения нового.

Для поддержания имеющегося медицинского оборудования в работоспособном состоянии необходимо своевременно проводить работы по его техническому обслуживанию и ремонту. Без проведения регулярного технического обслуживания резко повышается вероятность выхода из строя оборудования, сокращается его ресурс, медицинская техника эксплуатируется с нарушением инструкций и правил техники безопасности.

При несвоевременном проведении вышеуказанных мероприятий следствием являются:

- рост доли устаревшего медицинского оборудования;

- неудовлетворительное проведение или отказ от проведения технического обслуживания изделий медицинской техники, метрологической поверки средств измерения;

- отсутствие самых необходимых запасных частей для ремонта изделий медицинской техники;

простой или неэффективное использование оборудования;
несоответствие оборудования требованиям техники безопасности и охраны труда.

Такое положение дел противоречит нормативным требованиям к содержанию медицинского оборудования, является грубым нарушением норм и правил, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Более того, мероприятия по техническому обслуживанию оборудования являются обязательным лицензионным условием деятельности медицинских организаций.

В связи с переходом ряда медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, на финансирование из бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края, расходы по содержанию и эксплуатации медицинского оборудования (техническое обслуживание, поверка, ремонт) несут организации-балансодержатели и оплачивают за счет средств тарифа. В бюджетах специализированных медицинских организаций, оставшихся на финансировании краевого бюджета, средства на выполнение мероприятий по поддержанию медицинского оборудования в работоспособном состоянии не предусмотрены.

Более того, в краевых медицинских организациях функционирует ряд современного дорогостоящего высокотехнологичного оборудования, поставленного в том числе и за счет федеральных программ, обеспечение бесперебойной работы которого является приоритетом.

Поддержание качества, эффективности, безопасности изделий медицинской техники, эксплуатируемых в краевых медицинских организациях, является основной задачей государственной контрольно-разрешительной системы, охватывающей все этапы эксплуатации медицинских изделий.

Действующим законодательством контроль качества и безопасности изделий медицинской техники на различных этапах ее эксплуатации отнесен к ведению субъектов Российской Федерации.

Настоящим разделом регулируется состояние парка изделий медицинской техники в краевых медицинских организациях, его соответствие требованиям, предъявляемым к объему и качеству оказания медицинской помощи населению края. Регулирование осуществляется посредством проведения мероприятий по техническому обслуживанию, восстановлению и ремонту существующего медицинского оборудования.

Раздел 2.15. Повышение энергетической эффективности медицинских организаций Алтайского края

Оснащение медицинских организаций энергоемким медицинским оборудованием, рост тарифов на энергоресурсы, улучшение качества оказания медицинской помощи требует от медицинских организаций не только улучшения материально-технической базы, но и снижения потребления энергоресурсов.

В период с 2011 - 2014 годы снижение потребления энергоресурсов

бактериовыделением;

повышение продолжительности и качества жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С, путем совершенствования методов оказания специализированной медицинской помощи лицам таким лицам;

модернизация наркологической службы Алтайского края;

совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств;

совершенствование организационной системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями, направленное на увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями и снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями;

развитие инфраструктуры и совершенствование оказания скорой медицинской помощи и системы управления скорой медицинской помощью;

совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, направленное на снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;

совершенствование методов диагностики и лечения ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, совершенствование оказания кардиологической помощи, направленные на снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта;

повышение доступности оказания высокотехнологичной медицинской помощи с внедрением новых эффективных методов лечения;

обеспечение безопасности и качества донорской крови и ее компонентов;

развитие донорского движения в Алтайском крае;

повышение обеспеченности пациентов заместительной почечной терапией;

повышение доступности и качества оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом;

повышение структурной эффективности и доступности офтальмологической службы;

повышение уровня оснащения медицинских организаций Алтайского края изделиями медицинской техники;

обеспечение эффективного функционирования медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе, обеспечение энергоэффективности объектов здравоохранения Алтайского края.

С целью решения вышеперечисленных задач планируется реализовать:

меры по совершенствованию оказания медицинской помощи больным туберкулёзом, направленные на снижение смертности от туберкулёза и формированию приверженности больных к контролируемому лечению и увеличе-

нию доли абациллированных больных туберкулёзом от числа больных туберкулёзом с бактериовыделением;

меры по повышению продолжительности и качества жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С, путём совершенствования методов оказания специализированной медицинской помощи таким лицам;

меры по модернизации наркологической службы Алтайского края;

меры, направленные на совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств;

меры по совершенствованию организационной системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями, направленные на увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями и снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями;

меры по развитию инфраструктуры и совершенствованию оказания скорой медицинской помощи и системы управления скорой медицинской помощью;

меры по совершенствованию оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, направленные на снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;

меры по совершенствованию методов диагностики и лечения ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, совершенствованию оказания кардиологической помощи, направленные на снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта;

меры по повышению доступности оказания высокотехнологичной медицинской помощи с внедрением новых эффективных методов лечения;

меры по обеспечению безопасности и качества донорской крови и ее компонентов;

меры по развитию донорского движения в Алтайском крае;

меры по повышению обеспеченности пациентов заместительной почечной терапией;

меры по повышению доступности и качества оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом;

меры по повышению структурной эффективности и доступности офтальмологической службы;

меры по повышению уровня оснащения краевых медицинских организаций изделиями медицинской техники;

меры по обеспечению эффективного функционирования краевых медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе обеспечение энергоэффективности объектов здравоохранения Алтайского края.

Реализация первого этапа подпрограммы 2 планируется в 2014 - 2015 годах, второго этапа – в 2016 - 2020 годах.

В результате реализации подпрограммы 2 к 2020 году предполагается:
повышение доли абациллированных больных туберкулёзом от числа больных туберкулёзом с бактериовыделением до 38,2 %;

повышение ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа лиц, состоящих на диспансерном учёте, до 23,5 %;

увеличение числа больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, до 11,7 на 100 больных наркоманией среднегодового контингента;

увеличение числа больных наркоманией, находящихся в ремиссии более 2 лет, до 10,5 на 100 больных наркоманией среднегодового контингента;

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

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

уменьшение доли больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, до 9 %;

снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца до 435,5 на 100 тыс. населения;

снижение уровня смертности от цереброваскулярных заболеваний до 178,30 на 100 тыс. населения;

увеличение доли больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, до 54,8 %;

снижение уровня одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями до 27,1 %;

увеличение доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут до 94,2 %;

снижение уровня больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий до 3,75 %;

стабилизация показателя «доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови», на уровне 100 %;

увеличение количества больных, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, до 15000 человек;

снижение доли лиц с диагнозом активного туберкулёза, установленным впервые в жизни, находящихся в учреждениях, исполняющих наказания, от общего числа больных с диагнозом активного туберкулёза, установленным впервые в жизни, с 13,4 % в 2013 году до 10,9 % в 2020;

снижение доли лиц с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни, находящихся в учреждениях, исполняющих наказания, от общего числа больных с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни, до 11,3 %.

снижение удельного расхода тепловой энергии в объектах здравоохранения до 0,2268 Гкал/кв.м;

снижение удельного расхода электрической энергии в объектах здравоохранения до 47,11 кВт-ч/кв.м;

снижение удельного расхода топлива на бытовые нужды (главным образом отопление) в объектах здравоохранения до 69,17 кг.у.т./кв.м;

поддержание уровня энергетического обследования всех медицинских организаций.

4. Объем финансирования подпрограммы 2

Финансирование подпрограммы 2 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края.

Общий объем финансирования подпрограммы 2 составляет 139233973,4 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 14257879,2 тыс. рублей;

2015 год – 15941959,2 тыс. рублей;

2016 год – 18935569,7 тыс. рублей;

2017 год – 20412931,0 тыс. рублей;

2018 год – 22128814,2 тыс. рублей;

2019 год – 22704945,8 тыс. рублей;

2020 год – 24851874,3 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 16010215,3 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 692974,9 тыс. рублей;

2015 год – 503924,8 тыс. рублей;

2016 год – 2313085,2 тыс. рублей;

2017 год – 2209620,0 тыс. рублей;

2018 год – 3235081,2 тыс. рублей;

2019 год – 2916941,9 тыс. рублей;

2020 год – 4138587,3 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 7434821,8 тыс. рублей:

2014 год – 84130,4 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 1547199,2 тыс. рублей;

2017 год – 1412973,8 тыс. рублей;

2018 год – 1654691,2 тыс. рублей;

2019 год – 998070,2 тыс. рублей;

2020 год – 1737757,0 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 18216995,5 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 2910356,3 тыс. рублей;

2015 год – 2025241,2 тыс. рублей;

2016 год – 2217894,3 тыс. рублей;

2017 год – 2217894,3 тыс. рублей;

2018 год – 2833358,1 тыс. рублей;

2019 год – 2951138,5 тыс. рублей;

2020 год – 3061112,8 тыс. рублей;
 в том числе капитальные вложения – 5391066,7 тыс. рублей:
 2014 год – 900758,1 тыс. рублей;
 2015 год – 511167,0 тыс. рублей;
 2016 год – 661167,0 тыс. рублей;
 2017 год – 661167,0 тыс. рублей;
 2018 год – 861351,6 тыс. рублей;
 2019 год – 889591,2 тыс. рублей;
 2020 год – 905864,8 тыс. рублей.

Средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края – 104594115,6 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 10654548,0 тыс. рублей;
 2015 год – 13412793,2 тыс. рублей;
 2016 год – 14141943,2 тыс. рублей;
 2017 год – 15835416,7 тыс. рублей;
 2018 год – 16060374,9 тыс. рублей;
 2019 год – 16836865,4 тыс. рублей;
 2020 год – 17652174,2 тыс. рублей.

Средства из иных источников – 412647,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 262647,0 тыс. рублей;
 2017 год – 150000,0 тыс. рублей;
 2018 год – 0 тыс. рублей;
 2019 год – 0 тыс. рублей;
 2020 год – 0 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период.

В случае экономии средств краевого бюджета при реализации одного из мероприятий подпрограммы 2 допускается перераспределение данных средств на осуществление иных программных мероприятий в рамках объемов финансирования, утвержденных в краевом бюджете на соответствующий год и на плановый период.

Подпрограмма 3 «Охрана здоровья матери и ребенка» (далее – «подпрограмма 3»)

1. Паспорт подпрограммы 3

Ответственный исполнитель подпрограммы 3 – Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

Участники подпрограммы 3 – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края (по согласова-

нию);

Главное управление строительства, транспорта, жилищно-коммунального и дорожного хозяйства Алтайского края;

медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи

Цель подпрограммы 3

повышение эффективности работы службы родовспоможения и детства, направленное на создание условий для оказания доступной качественной медицинской помощи матери и ребенку и улучшение состояния здоровья матери и ребенка, снижение материнской, младенческой и детской смертности

Задачи подпрограммы 3

создание системы профилактики тяжелых осложнений у матери и ребенка и системы охраны репродуктивного здоровья населения;

дальнейшее развитие пренатальной и неонатальной диагностики нарушений развития ребенка;

совершенствование медико-психологической помощи женщинам во время беременности;

дальнейшее развитие трехуровневой системы функционирования службы родовспоможения и детства;

повышение доступности и качества оказания медицинской помощи с сохранением этапности оказания помощи в медицинских организациях родовспоможения и детства;

развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения осложнений беременности, родов, послеродового периода и заболеваний новорожденных;

профилактика инфекционных заболеваний у детей и увеличение охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать-дитя» в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекции;

снижение уровня первичной инвалидности детей; дальнейшее развитие специализированной помощи матери и ребенку;

увеличение выживаемости детей, имевших при рождении низкую и экстремально низкую массу тела

Перечень мероприятий подпрограммы 3	<p>реализация мер, направленных на создание системы профилактики тяжелых осложнений у матери и ребенка и системы охраны репродуктивного здоровья населения;</p> <p>реализация мер по развитию пренатальной и неонатальной диагностики нарушений развития ребенка;</p> <p>реализация мер, направленных на совершенствование медико-психологической помощи женщинам во время беременности;</p> <p>реализация мер по развитию трехуровневой системы функционирования службы родовспоможения и детства;</p> <p>реализация мер, направленных на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи с сохранением этапности оказания помощи в медицинских организациях родовспоможения и детства;</p> <p>реализация мер по развитию и внедрению инновационных методов диагностики, профилактики и лечения осложнений беременности, родов, послеродового периода и заболеваний новорожденных;</p> <p>реализация мер по профилактике инфекционных заболеваний у детей и увеличению охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать-дитя» в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекции;</p> <p>реализация мер, направленных на снижение уровня первичной инвалидности детей;</p> <p>реализация мер по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи матерям и детям;</p> <p>реализация мер по увеличению выживаемости детей, имевших при рождении низкую и экстремально низкую массу тела</p>
-------------------------------------	--

Показатели подпрограммы 3	<p>показатель 3.1 «Доля обследованных беременных женщин в первом триместре беременности по алгоритму комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности»;</p> <p>показатель 3.2 «Охват неонатальным скринингом (доля новорожденных, обследованных на врожденные и наследственные заболевания, от общего числа</p>
---------------------------	---

родившихся живыми)»;
 показатель 3.3 «Охват аудиологическим скринингом (доля детей первого года жизни, обследованных на аудиологический скрининг, от общего числа детей первого года жизни)»;
 показатель 3.4 «Показатель ранней неонатальной смертности (на 1000 родившихся живыми)»;
 показатель 3.5 «Смертность детей в возрасте 0 - 17 лет (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)»;
 показатель 3.6 «Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах (от общего числа женщин с преждевременными родами)»;
 показатель 3.7 «Выживаемость детей, имевших при рождении низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре (доля выживших от числа новорожденных, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела в акушерском стационаре)»;
 показатель 3.8 «Больничная летальность детей (доля умерших детей от числа поступивших)»;
 показатель 3.9 «Охват пар «мать-дитя» химиопрофилактикой ВИЧ-инфекции в соответствии с действующими стандартами»;
 показатель 3.10 «Число абортов (на 1000 женщин в возрасте 15 - 49 лет)»

Сроки и этапы реализации подпрограммы 3 подпрограмма реализуется в два этапа:
 первый этап: 2014 - 2015 годы;
 второй этап: 2016 - 2020 годы

Объемы финансирования подпрограммы 3 финансирование подпрограммы 3 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края.
 Общий объем финансирования подпрограммы 3 составляет 10648987,4 тыс. рублей, в том числе по годам:
 2014 год – 889237,3 тыс. рублей;
 2015 год – 853810,9 тыс. рублей;
 2016 год – 1913701,6 тыс. рублей;
 2017 год – 1512386,2 тыс. рублей;

медицинскими организациями было достигнуто за счет установки приборов учета, утепления ограждающих конструкций, замены систем оповещения с использованием светодиодной продукции.

Для дальнейшего снижения потребления энергоресурсов в медицинских организациях требуется их модернизация с использованием энергоэффективного оборудования: узлов автоматической подачи тепла и автоматического регулирования подачи горячей воды, отопительных котлов с высоким КПД, частотных преобразователей, энергосберегающих устройств, позволяющих автоматически регулировать напряжение на нагрузке и поддерживать его в пределах не более 1,5 %, датчиков на движение и освещенность.

Применение данного оборудования в краевых медицинских организациях снизит на 20 % и более удельный вес расхода тепловой и электрической энергии в объектах здравоохранения, удельный вес расхода топлива на бытовые нужды (главным образом отопление) в объектах здравоохранения.

3. Приоритеты региональной политики в сфере совершенствования оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации, цели и показатели достижения целей и решения задач, ожидаемые конечные результаты, сроки реализации подпрограммы 2

Приоритетными направлениями в сфере совершенствования оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации в Алтайском крае являются:

удовлетворение потребностей населения в оказании высокотехнологичной медицинской помощи;

увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи, повышение доступности и приближения к месту проживания;

совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации в рамках оказания больным и пострадавшим первичной доврачебной медико-санитарной помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи;

совершенствование и повышение доступности специализированной медицинской помощи населению.

Целью подпрограммы 2 является повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации.

Задачи подпрограммы 2:

совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом, направленное на снижение смертности от туберкулеза и формирование приверженности больных к контролируемому лечению и увеличению доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с

2018 год – 1801712,1 тыс. рублей;

2019 год – 1826147,0 тыс. рублей;

2020 год – 1851992,3 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 3492212,3 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 24223,7 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 1002632,7 тыс. рублей;

2017 год – 605087,3 тыс. рублей;

2018 год – 617743,1 тыс. рублей;

2019 год – 620501,1 тыс. рублей;

2020 год – 622024,4 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 2954950,7 тыс. рублей:

2014 год – 23179,6 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 884322,0 тыс. рублей;

2017 год – 504322,0 тыс. рублей;

2018 год – 514375,8 тыс. рублей;

2019 год – 514375,8 тыс. рублей;

2020 год – 514375,5 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 3826686,1 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 475843,6 тыс. рублей;

2015 год – 361144,4 тыс. рублей;

2016 год – 418402,4 тыс. рублей;

2017 год – 418402,4 тыс. рублей;

2018 год – 695072,5 тыс. рублей;

2019 год – 716749,4 тыс. рублей;

2020 год – 741071,4 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 843066,8 тыс. рублей:

2014 год – 145931,7 тыс. рублей;

2015 год – 71650,0 тыс. рублей;

2016 год – 73650,0 тыс. рублей;

2017 год – 73650,0 тыс. рублей;

2018 год – 155234,8 тыс. рублей;

2019 год – 158815,0 тыс. рублей;

2020 год – 164135,3 тыс. рублей.

Средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края – 3330089,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 389170,0 тыс. рублей;

2015 год – 492666,5 тыс. рублей;

2016 год – 492666,5 тыс. рублей;
 2017 год – 488896,5 тыс. рублей;
 2018 год – 488896,5 тыс. рублей;
 2019 год – 488896,5 тыс. рублей;
 2020 год – 488896,5 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 3

увеличение доли обследованных беременных женщин по алгоритму комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка до 85 %;

увеличение доли новорожденных, обследованных на врожденные и наследственные заболевания, от общего числа новорожденных до 95 %;

увеличение доли новорожденных и детей первого года жизни, обследованных на аудиологический скрининг, от общего числа детей первого года жизни до 95 %;

снижение ранней неонатальной смертности до 3,3 случая на 1000 родившихся живыми;

снижение смертности детей в возрасте 0 - 17 лет до 79 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста;

увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, до 85 %;

увеличение выживаемости детей, имевших при рождении низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре до 80,1 %;

уменьшение больничной летальности детей до 0,17 %;

увеличение доли охвата пар «мать-дитя» химио-профилактикой ВИЧ-инфекции в соответствии с действующими стандартами до 99 %;

снижение числа аборт (на 1000 женщин в возрасте 15 - 49 лет) до 22,7.

2. Характеристика сферы реализации подпрограммы 3

Служба охраны здоровья матери и ребенка является приоритетной в системе здравоохранения Алтайского края.

Подпрограмма 3 состоит из следующих разделов:
раздел 3.1 «Совершенствование акушерско-гинекологической помощи»;
раздел 3.2 «Совершенствование медицинской помощи детям».

Раздел 3.1 «Совершенствование акушерско-гинекологической помощи»

Для оказания акушерско-гинекологической помощи в крае работает 71 консультация и 107 кабинетов акушерско-гинекологического приема, 61 медицинская организация, в которых развернуто 563 койки для беременных и рожениц, 1022 койки патологии беременности, 1079 гинекологических коек.

В соответствии с особенностями региона в службе родовспоможения края большинство медицинских организаций родовспоможения (48) представлены в виде маломощных отделений в центральных районных больницах. Эти организации отнесены к I группе оказания медицинской помощи. Максимальный радиус территории обслуживания достигает более 100 километров. В медицинских организациях данной группы развернуто 89 коек для беременных и рожениц, что составляет только 16 % от общего количества коек указанного профиля, и 271 койка патологии беременности, доля которых от всех коек патологии беременности в крае составляет 26,5 %. Средняя длительность пребывания женщин на койках для беременных и рожениц в акушерских стационарах I группы не изменилась и составила 4,9. Среднегодовая занятость койки – 180,8 дня, что говорит о более эффективном использовании коек данного профиля на селе в связи с соблюдением принципов маршрутизации беременных в зависимости от степени акушерского и перинатального риска.

Медицинские организации родовспоможения II группы представлены 15 организациями, 2 из которых – крупные самостоятельные родильные дома г. Барнаула, остальные находятся в составе многопрофильных больниц. На базе этих медицинских организаций открыто 6 межрайонных перинатальных центров. Всего в медицинских организациях второй группы развернуто 409 коек для беременных и рожениц, что составляет 72,3 % от соответствующего коечного фонда края, и 681 койка патологии беременности – 66,6 % от всех коек патологии беременности. Среднегодовая занятость койки для беременных и рожениц в медицинских организациях II группы составила 302,7 дня, при этом занятость койки патологии беременности увеличилась с 299,5 до 303 дней, что свидетельствует о рациональном использовании коечного фонда и соблюдении принципов дородовой госпитализации.

Медицинская организация родовспоможения III группы представлена КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края». Данная ме-

дицинская организация открыта на базе типового городского родильного дома, однако находится обособленно от многопрофильного КГБУЗ «Краевая клиническая больница», что затрудняет оказание неотложной медицинской помощи беременным с соматической патологией. В настоящее время в центре развернуто 65 коек для беременных и рожениц (11,5 %) и 70 коек патологии беременности (6,8 %). Нерешенной остается проблема доступности специализированной акушерской помощи для пациенток высокой группы акушерского и перинатального риска, так как мощность краевого перинатального центра позволяет родоразрешать не более 3000 беременных, при потребности не менее 5000. Среднегодовая занятость койки в перинатальном центре в 2014 году составила 336,1 дня, что говорит о высокой перегрузке и необходимости расширения коечного фонда в медицинских организациях III группы.

В крае создан краевой центр пренатальной диагностики с медико-генетической консультацией. По схеме комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка ежегодно обследуется около 90 % беременных женщин.

Продолжает успешно работать краевой центр сохранения и восстановления репродуктивной функции. В 2014 году на экстракорпоральное оплодотворение выделено 300 квот в рамках обязательного медицинского страхования и 40 квот по высокотехнологичной медицинской помощи. Квоты реализованы. В 2015 году планируется увеличить количество квот до 1200, что позволит практически полностью реализовать потребность супружеских пар в данном виде помощи.

Обеспеченность населения врачами акушерами-гинекологами составляет 4,73 на 10 тыс. женского населения, 99 % из которых имеют сертификат специалиста. Высшую квалификационную категорию имеют 31 % специалистов, первую – 28 %, вторую – 8 %. Доля врачей пенсионного возраста, продолжающих работать, составляет 24 %.

В медицинских организациях родовспоможения I группы работает 20,6 % врачей, II группы – 40 % и III группы – 4,7 %. Основной дефицит врачебных кадров наблюдается в амбулаторно-поликлиническом звене и медицинских организациях II уровня (малые города). Основу деятельности службы родовспоможения составляет этапность оказания медицинской помощи.

Доля преждевременных родов от их общего количества в межрайонных перинатальных центрах составила 68 %, а в медицинских организациях III группы – 25,6 %.

Подобная система маршрутизации позволила снизить такое осложнение беременности, как гестоз и в 2014 году не иметь случаев материнской смертности от данного осложнения. Сохраняется высокая заболеваемость

беременных сахарным диабетом (1,2 %), которая возросла за 3 года в 4 раза. Болезни системы кровообращения встречаются у 27,7 % беременных. Высокая заболеваемость соматической патологией диктует необходимость создания современного перинатального центра в едином кластере с ведущей краевой клинической многопрофильной организацией.

В крае продолжается развитие системы комплексных социально-медико-психологических услуг, обеспечение их доступности для женщин «группы риска». В структуре краевого центра медико-психологической и социальной помощи беременным женщинам действуют 14 психокоррекционных кабинетов, которые расположены на базе женских консультаций городов Барнаула, Белокурихи, Бийска, Камня-на-Оби, Новоалтайска, Рубцовска, Славгорода. Ведут прием психологи, социальные работники, юристы. Вся работа специалистов направлена на сокращение количества аборт в крае, формирование ответственного отношения к репродуктивному здоровью, формирование эмоционально-позитивного отношения к материнству. В 2014 году консультативную помощь в данных кабинетах получили 24512 женщин. Из них 4467 женщин обратились по вопросам доабортного консультирования, 1017 женщин (23%) приняли решение сохранить беременность.

Приоритетными направлениями развития службы родовспоможения на ближайшие 5 лет являются:

- организация помощи беременным женщинам с экстрагенитальной патологией;

- оказание специализированной и высокотехнологичной помощи недоношенным и маловесным детям, в том числе и с экстремально низкой массой тела;

- совершенствование системы пренатальной диагностики врожденных и наследственных заболеваний плода;

- расширение охвата территорий края медико-психологической и социальной помощью беременным женщинам из социально неадаптированных слоев.

Реализация данных направлений развития акушерско-гинекологической службы края создаст устойчивую платформу для снижения уровня материнской и младенческой смертности.

Раздел 3.2. Совершенствование медицинской помощи детям

Для оказания помощи новорожденным в медицинских организациях родовспоможения развернуто 560 коек (из которых 96 реанимационных) и 324 койки патологии новорожденных.

Всего в детских больницах и в больницах для взрослых развернуто 3808 (в 2013 году – 3852) педиатрических коек, обеспеченность ими снизилась до 81,1 на 10 тыс. детского населения (в 2013 году – 83,5).

В 2014 году зарегистрировано снижение уровня показателя младенческой смертности до 8,5 на 1000 родившихся живыми (в 2013 году – 9,0) и смертности детей в возрасте 0 - 17 лет по сравнению с аналогичным периодом 2013 года (в 2014 году – 92,4, в 2013 году – 98,6 на 100 тыс. населения соответствующего возраста).

В структуре смертности детей в возрасте 0 - 17 лет первое место занимают болезни и состояния, возникающие в перинатальном периоде, на их долю приходится 35,8 % всех случаев детской смертности (143 случая смерти, все в возрасте до года). В сравнении с 2013 годом умерло меньше на 4 ребенка, показатель снизился на 4,3 %.

На втором месте – внешние причины смерти (несчастные случаи) с удельным весом 20,6 %. Всего от этих причин умерло 82 ребенка (из них в возрасте до года 19 детей), на 16 детей меньше, чем в 2013 году, показатель снизился на 17,7 % и составил 19,1 на 100 тыс. населения соответствующего возраста (в 2013 году – 23,2).

Третье место в структуре детской смертности занимают врожденные аномалии, составляющие 12,0 % случаев. От этих причин умерло 48 детей (из них в возрасте до года 39 детей), на 8 детей меньше, чем в 2013 году, показатель снизился на 15,8 % и составил 11,2 на 100 тыс. населения соответствующего возраста (в 2013 году – 13,3).

Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности разработан и осуществляется дополнительный план мероприятий, по снижению младенческой смертности. Специалистами в постоянном режиме проводится анализ младенческих потерь в режиме селекторных совещаний с медицинскими организациями края, основанный на экспертизе случаев смерти детей до года. Приняты меры по дополнительно оснащению медицинских организаций необходимым оборудованием, обеспечению медикаментами (курсорурфом) в полном объеме, а также организации обучения специалистов.

Резервом снижения младенческих потерь является профилактика несчастных случаев, которые занимают третье место в структуре младенческой смертности. С этой целью активизирована работа с семьями социального риска. Внедряется новая форма межведомственной программы реабилитации и адаптации несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении.

Оценивая состояние здоровья детей в крае, можно отметить ряд негативных тенденций: повысился удельный вес рождения недоношенных и незрелых детей, более половины родившихся детей имеют проблемы со здоровьем.

Заболеваемость среди детей 1 года жизни выросла на 2,7 % – 2038,3 на 1 тыс. детей 1 года жизни (в 2013 году – 1985,0). Структура заболеваемости не изменилась: 1 ранговое место занимают болезни органов дыхания, 2 – болезни нервной системы, 3 – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.

Уровень общей заболеваемости среди детей от 0 до 14 лет в 2014 году вырос незначительно (на 1 %) и составил 215965,8 на 100 тыс. детского населения (в 2013 году – 218328,2), что на 7,4 % ниже аналогичного показателя по Российской Федерации (в 2013 году – 233290,6). Наибольшее снижение общей заболеваемости среди детей 0 - 14 лет отмечено в классах: отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – на 14,1 %, болезни системы кровообращения – на 7,2 %, врожденные аномалии – на 7,8 %, болезни крови – на 6%. Рост распространенности среди детей отмечен в классах: болезни уха – на 15,3 %, болезни кожи – на 12,1 %, психические расстройства – на 9,9 %, болезни эндокринной системы – на 9,2 %.

Уровень общей заболеваемости среди подростков 15 - 17 лет увеличился на 3,8 % (с 270398,1 в 2013 году до 283047,5 на 100 тыс. детского населения в 2014 году). В Российской Федерации в 2013 году аналогичный показатель зафиксирован на уровне 226780,3 на 100 тыс. детского населения.

Рост показателя общей заболеваемости у подростков отмечается в следующих классах болезней: новообразования – на 47,4 %, травмы, отравления и другие воздействия внешних причин – на 20 %, болезни эндокринной системы – на 18,3 % (с 9692,9 до 11560,5), болезни нервной системы – на 11,9 %, болезни кожи – на 11,7 %. По остальным классам болезней общая заболеваемость осталась практически на уровне 2013 года.

Особое значение в последние годы приобрела проблема профилактики врожденной и наследственной патологии, в решении которой ведущая роль принадлежит медицинской генетике. В крае осуществляется неонатальный скрининг новорожденных. В 2014 году обследовано 31097 новорожденных, выявлено 12 случаев наследственных заболеваний. Охват обследования новорожденных на наследственные болезни составил 98,9 %.

В крае ежегодно рождается от 20 до 25 новорожденных с аномалиями развития, требующими срочной оперативной коррекции в первые сутки после рождения. Развитие неонатальной хирургии рассматривается как значимый фактор снижения младенческой смертности.

В детском хирургическом отделении КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» накоплен опыт лечения новорожденных с атрезией пищевода, врожденной диафрагмальной грыжей, аномалией развития толстого и тонкого кишечника, аномалией развития мочевых путей, что позволяет в дальнейшем активно развивать неонатальную хирургию. В настоящее время оперативные вмешательства новорожденным стали производиться также в КГБУЗ «Городская детская клиническая больница № 7, г. Барнаул».

В рамках совершенствования дистанционных и выездных форм оказания медицинской помощи новорожденным в краевом реанимационно-консультативном центре, расположенном в медицинской организации третьего уровня – КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», для обеспечения адекватной круглосуточной реаниматологической помощи детям увеличено количество должностей врачебного и среднего медицинского персонала с 1,5 до 6. Специалисты центра оказывают также учебно-

методическую поддержку территориям края по организации реаниматологической помощи детям на местах.

В крае разработана трехуровневая система оказания реанимационной помощи новорожденным и выхаживания недоношенных детей. Маршрутизация потоков и своевременная доставка новорожденных с низкой (экстремально низкой) массой тела в медицинские организации второго и третьего уровня контролируется краевым реанимационно-консультативным центром.

Оказание специализированной медицинской помощи детям в крае осуществляется по зональному принципу и проводится на нескольких уровнях.

Первый уровень – городские детские поликлиники, детские больницы, детские отделения центральных районных больниц, детские консультации при центральных районных больницах оказывают специализированную стационарную и амбулаторную помощь, первичную медико-санитарную помощь детям по участковому принципу. Для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи детям планируется в городах создать межполиклинические диагностические центры, где будут сосредоточены диагностические службы и узкие специалисты. При этом на базе детских городских больниц и поликлиник будут создаваться стационарные и амбулаторные отделения долечивания и реабилитации.

Второй уровень – сеть межмуниципальных центров по оказанию специализированной медицинской помощи детям: реанимация новорожденных, второй этап выхаживания недоношенных новорожденных, детская реанимация, детская хирургия, детская офтальмология (центры ретинопатии недоношенных), центры катamnестического наблюдения недоношенных новорожденных.

Третий уровень – головная медицинская организация педиатрической службы края – КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» на 450 круглосуточных коек, из них 12 реанимационных. В структуре больницы функционируют 10 соматических и 2 хирургических отделения, консультативная поликлиника на 300 посещений в смену, параклиническая служба.

В целях улучшения качества оказания медицинской помощи детям за период реализации программы предполагается укрупнение детских поликлиник (численность прикрепленного населения составит 15 - 20 тыс. человек), расширение многопрофильных больниц второго и третьего уровня оказания медицинской помощи.

Приоритетными задачами педиатрической службы края по снижению младенческой смертности являются:

дальнейшее развитие медико-генетической помощи с приоритетом профилактики врожденной и наследственной патологии. Обеспечение проведения мероприятий периконцепционной профилактики на основе интеграции медико-генетической службы и первичного звена акушерско-гинекологической помощи;

развитие службы планирования семьи на основе межведомственного взаимодействия с целью сохранения и укрепления репродуктивного здоровья населения, в том числе детей и подростков. Дальнейшее развитие новых организационных форм службы охраны материнства и детства: молодежных центров, центров репродуктивного здоровья и медико-социальной помощи подросткам;

использование межведомственного подхода по раннему выявлению неблагополучия в семьях «социального риска» и в работе с семьями «социального риска» при координирующей роли детской поликлиники;

охват мероприятиями по внедрению стандартов медицинской помощи во всех краевых медицинских организациях, оказывающих неонатологическую и педиатрическую помощь. Совершенствование оказания неонатологической помощи в рамках оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Своевременное проведение профилактических и лечебных мероприятий при респираторном дистресс-синдроме;

повышение эффективности деятельности реанимационно-консультативного центра;

повышение уровня квалификации неонатологов, педиатров, детских хирургов, реаниматологов и анестезиологов. Поэтапное устранение сложившегося дефицита врачей различных специальностей, оказывающих медицинскую помощь детям;

совершенствование системы оперативного слежения за здоровыми и заболевшими детьми первого года жизни особенно проживающих в районе обслуживания фельдшерско-акушерских пунктов на сельских врачебных участках (проведение диспетчерских часов с главными врачами и районными педиатрами);

снижение смертности от внешних причин за счет раннего выявления неблагополучия в семьях «социального риска». Организация тщательного контроля за детьми из семей асоциального риска с целью исключения смертности от несчастных случаев. Организация медико-социальной реабилитации детей из групп риска;

повышение уровня диагностики и определение факторов риска синдрома внезапной смерти у детей первого года жизни, активное наблюдение таких детей.

3. Приоритеты региональной политики в сфере охраны здоровья матери и ребенка, цели и показатели достижения целей и решения задач, ожидаемые конечные результаты, сроки реализации подпрограммы 3

Приоритетные направления в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Алтайском крае:

повышение эффективности работы службы родовспоможения и детства;

укрепление материально-технической базы медицинских организаций родовспоможения и детства;

создание полноценной и эффективно функционирующей трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов и новорожденным;

внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения осложнений беременности, родов, послеродового периода и заболеваний новорожденных и современных вспомогательных репродуктивных технологий;

совершенствование медико-психологической помощи женщинам во время беременности, профилактика аборт;

создание системы обучения кадров с использованием симуляционных центров;

совершенствование системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка;

развитие пренатальной и неонатальной диагностики нарушений развития ребенка;

развитие специализированной медицинской помощи для детей (психоневрологической, фтизиатрической, травматолого-ортопедической, онкологической, медицинской помощи детям с аутоиммунными заболеваниями и заболеваниями иммунного генеза и др.);

развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи;

повышение доступности и качества оказания медицинской помощи с сохранением этапности оказания помощи в медицинских организациях родовспоможения и детства;

реализация мероприятий по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Целью подпрограммы 3 является повышение эффективности работы службы родовспоможения и детства, направленной на создание условий для оказания доступной качественной медицинской помощи матери и ребенку и улучшение состояния здоровья матери и ребенка, снижение материнской, младенческой и детской смертности.

Задачи подпрограммы 3:

создание системы профилактики тяжелых осложнений у матери и ребенка и системы охраны репродуктивного здоровья населения;

дальнейшее развитие пренатальной и неонатальной диагностики нарушений развития ребенка;

совершенствование медико-психологической помощи женщинам во время беременности;

дальнейшее развитие трехуровневой системы функционирования службы родовспоможения и детства;

повышение доступности и качества оказания медицинской помощи с сохранением этапности оказания помощи в медицинских организациях родовспоможения и детства;

развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения осложнений беременности, родов, послеродового периода и заболеваний новорожденных;

профилактика инфекционных заболеваний у детей и увеличение охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать-дитя» в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекции;

снижение уровня первичной инвалидности детей;

дальнейшее развитие специализированной помощи матери и ребенку;

увеличение выживаемости детей, имевших при рождении низкую и экстремально низкую массу тела.

С целью решения вышеперечисленных задач планируется реализовать:

меры, направленные на создание системы профилактики тяжелых осложнений у матери и ребенка и системы охраны репродуктивного здоровья населения;

меры по развитию пренатальной и неонатальной диагностики нарушений развития ребенка;

меры, направленные на совершенствование медико-психологической помощи женщинам во время беременности;

меры по развитию трехуровневой системы функционирования службы родовспоможения и детства;

меры, направленные на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи с сохранением этапности оказания помощи в медицинских организациях родовспоможения и детства;

меры по развитию и внедрению инновационных методов диагностики, профилактики и лечения осложнений беременности, родов, послеродового периода и заболеваний новорожденных;

меры по профилактике инфекционных заболеваний у детей и увеличение охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать-дитя» в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекции;

меры, направленные на снижение уровня первичной инвалидности детей;

меры по дальнейшему развитию специализированной помощи матери и ребенку;

меры по увеличению выживаемости детей, имевших при рождении низкую и экстремально низкую массу тела.

Реализация первого этапа подпрограммы 3 планируется в 2014 - 2015 годах, второго этапа – в 2016 - 2020 годах.

В результате реализации подпрограммы 3 к 2020 году предполагается:

увеличение доли обследованных беременных женщин по алгоритму комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка до 85 %;

увеличение доли новорожденных, обследованных на врожденные и наследственные заболевания, от общего числа новорожденных до 95 %;

увеличение доли новорожденных и детей первого года жизни, обследованных

дованных на аудиологический скрининг, от общего числа детей первого года жизни до 95 %;

снижение ранней неонатальной смертности до 3,3 случая на 1000 родившихся живыми;

снижение смертности детей в возрасте 0 - 17 лет до 79 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста;

увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, до 85 %;

увеличение выживаемости детей, имевших при рождении низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре, до 80,1 %;

уменьшение больничной летальности детей до 0,17 %;

увеличение доли охвата пар «мать-дитя» химиопрофилактикой ВИЧ-инфекции в соответствии с действующими стандартами до 99 %;

снижение числа аборт (на 1000 женщин в возрасте 15 - 49 лет) до 22,7.

4. Объем финансирования подпрограммы 3

Финансирование подпрограммы 3 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края.

Общий объем финансирования подпрограммы 3 составляет 10648987,4 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 889237,3 тыс. рублей;

2015 год – 853810,9 тыс. рублей;

2016 год – 1913701,6 тыс. рублей;

2017 год – 1512386,2 тыс. рублей;

2018 год – 1801712,1 тыс. рублей;

2019 год – 1826147,0 тыс. рублей;

2020 год – 1851992,3 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 3492212,3 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 24223,7 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 1002632,7 тыс. рублей;

2017 год – 605087,3 тыс. рублей;

2018 год – 617743,1 тыс. рублей;

2019 год – 620501,1 тыс. рублей;

2020 год – 622024,4 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 2954950,7 тыс. рублей:

2014 год – 23179,6 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 884322,0 тыс. рублей;

2017 год – 504322,0 тыс. рублей;

2018 год – 514375,8 тыс. рублей;

2019 год – 514375,8 тыс. рублей;

2020 год – 514375,5 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 3826686,1 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 475843,6 тыс. рублей;

2015 год – 361144,4 тыс. рублей;

2016 год – 418402,4 тыс. рублей;

2017 год – 418402,4 тыс. рублей;

2018 год – 695072,5 тыс. рублей;

2019 год – 716749,4 тыс. рублей;

2020 год – 741071,4 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 843066,8 тыс. рублей:

2014 год – 145931,7 тыс. рублей;

2015 год – 71650,0 тыс. рублей;

2016 год – 73650,0 тыс. рублей;

2017 год – 73650,0 тыс. рублей;

2018 год – 155234,8 тыс. рублей;

2019 год – 158815,0 тыс. рублей;

2020 год – 164135,3 тыс. рублей.

Средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края – 3330089,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 389170,0 тыс. рублей;

2015 год – 492666,5 тыс. рублей;

2016 год – 492666,5 тыс. рублей;

2017 год – 488896,5 тыс. рублей;

2018 год – 488896,5 тыс. рублей;

2019 год – 488896,5 тыс. рублей;

2020 год – 488896,5 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период.

Подпрограмма 4 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»
(далее – «подпрограмма 4»)

1. Паспорт подпрограммы 4

<p>Ответственный исполнитель подпрограммы 4</p> <p>Участники подпрограммы 4</p>	<p>Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности</p> <p>Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края (по согласованию);</p> <p>медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государ-</p>
---	--

		ственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи
Цель подпрограммы 4		увеличение продолжительности активного периода жизни населения
Задача подпрограммы 4		разработка и внедрение новых организационных моделей, а также поддержка развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, направленной на создание единой системы маршрутизации и контроля эффективности реабилитационных мероприятий по профилю оказываемой помощи
Перечень мероприятий подпрограммы 4		реализация мер по разработке и внедрению новых организационных моделей, а также поддержка развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, направленной на создание единой системы маршрутизации и контроля эффективности реабилитационных мероприятий по профилю оказываемой помощи
Показатели подпрограммы 4	подпро-	показатель 4.1 «Охват санаторно-курортным лечением пациентов»; показатель 4.2 «Охват медицинской реабилитацией пациентов от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи»; показатель 4.3 «Охват медицинской реабилитацией детей-инвалидов от числа нуждающихся»
Сроки и этапы реализации подпрограммы 4		первый этап: 2014 - 2015 годы; второй этап: 2016 - 2020 годы
Объемы финансирования подпрограммы 4		финансирование подпрограммы 4 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края. Общий объем финансирования подпрограммы 4 составляет 7680233,7 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 284399,5 тыс. рублей;
 2015 год – 309805,0 тыс. рублей;
 2016 год – 1464876,1 тыс. рублей;
 2017 год – 1489118,8 тыс. рублей;
 2018 год – 1468720,9 тыс. рублей;
 2019 год – 1244916,0 тыс. рублей;
 2020 год – 1418397,4 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета –
 4817494,9 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 906940,1 тыс. рублей;
 2017 год – 1124632,8 тыс. рублей;
 2018 год – 1041909,7 тыс. рублей;
 2019 год – 796570,6 тыс. рублей;
 2020 год – 947441,7 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения –
 4817494,9 тыс. рублей:

2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 906940,1 тыс. рублей;
 2017 год – 1124632,8 тыс. рублей;
 2018 год – 1041909,7 тыс. рублей;
 2019 год – 796570,6 тыс. рублей;
 2020 год – 947441,7 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета –
 1422781,8 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 205195,5 тыс. рублей;
 2015 год – 171605,0 тыс. рублей;
 2016 год – 170686,0 тыс. рублей;
 2017 год – 170686,0 тыс. рублей;
 2018 год – 223321,2 тыс. рублей;
 2019 год – 234680,4 тыс. рублей;
 2020 год – 246607,7 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения –
 24162,2 тыс. рублей:

2014 год – 1085,0 тыс. рублей;
 2015 год – 4100,0 тыс. рублей;
 2016 год – 0 тыс. рублей;
 2017 год – 0 тыс. рублей;
 2018 год – 6019,7 тыс. рублей;
 2019 год – 6320,7 тыс. рублей;
 2020 год – 6636,8 тыс. рублей.

Средства Территориального фонда обязательно-
 го медицинского страхования Алтайского края –

1224957,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 79204,0 тыс. рублей;

2015 год – 138200,0 тыс. рублей;

2016 год – 172250,0 тыс. рублей;

2017 год – 193800,0 тыс. рублей;

2018 год – 203490,0 тыс. рублей;

2019 год – 213665,0 тыс. рублей;

2020 год – 224348,0 тыс. рублей.

Средства из внебюджетных источников – 215000,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 0 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 215000,0 тыс. рублей;

2017 год – 0 тыс. рублей;

2018 год – 0 тыс. рублей;

2019 год – 0 тыс. рублей;

2020 год – 0 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 215000,0 тыс. рублей:

2014 год – 0 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 215000,0 тыс. рублей;

2017 год – 0 тыс. рублей;

2018 год – 0 тыс. рублей;

2019 год – 0 тыс. рублей;

2020 год – 0 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 4	увеличение доступности санаторно-курортного лечения для пациентов на 45 %;
	увеличение доли пациентов, охваченных медицинской реабилитацией, от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи на 25 %;
	увеличение доли детей-инвалидов от числа нуждающихся, охваченных медицинской реабилитацией, до 96 %.

2. Характеристика сферы реализации подпрограммы 4

Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление нарушенных и компенсацию утраченных функций пораженного

органа или системы, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося (или обострения хронического) патологического процесса в организме, а также предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов и систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидизации и наиболее адекватную интеграцию инвалидов в обществе.

К одному из основных принципов медицинской реабилитации относится ее этапность, преемственность и непрерывность.

В Алтайском крае с целью реализации государственной политики в области охраны здоровья граждан, в соответствии с нормативными правовыми актами осуществляется долечивание (реабилитация) работающих граждан непосредственно после стационарного лечения в условиях санаторно-курортных учреждений.

Медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение детей, в том числе детей-инвалидов, на территории Алтайского края осуществляют 6 детских санаториев с количеством коек 565.

1. КГБУЗ «Павловский детский санаторий «Зарница», профиль санатория – пульмонологический (органы дыхания), число коек – 130.

2. КГБУЗ «Краевой психоневрологический детский санаторий», профиль санатория – болезни опорно-двигательного аппарата, нервные, психоневрологические заболевания, число коек – 85.

3. КГБУЗ «Детский санаторий «Белокуриха», профиль санатория – заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, число коек – 100.

4. КГБУЗ «Детский санаторий «Медуница» г. Рубцовска», профиль санатория – общесоматический, число коек – 50.

5. КГБУЗ «Детский туберкулёзный санаторий», профиль санатория – фтизиатрический, число коек – 200.

Кроме того, санаторно-курортное лечение детей осуществляется в КГБУЗ «Санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия «Чайка» и ФГБУЗ «Детский санаторий «Белокуриха» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Дети с заболеваниями опорно-двигательной, дыхательной, нервной системы получают санаторно-курортное лечение в КГБУЗ «Санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия «Чайка», рассчитанный на 100 коек, который находится в г. Бийске, и в КГБУЗ «Краевой лечебно-реабилитационный центр Озеро Яровое», где имеется 30 детских коек по профилям: заболевания опорно-двигательной и нервной системы, кожные заболевания.

На долечивание (реабилитацию) в санаторно-курортные организации

направляются пациенты, которым была оказана медицинская помощь, в том числе специализированная (высокотехнологичная), медицинская помощь:

после острого нарушения мозгового кровообращения;

после перенесённых полостных хирургических операций (с язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки, после удаления желчного пузыря, операций по поводу панкреатита).

Также в санаторно-курортные организации направляются беременные женщины из групп риска и дети с неврологической патологией, заболеваниями системы кровообращения, хроническими заболеваниями ЛОР-органов, органов дыхания, после перенесенного туберкулёза.

В настоящее время потребность в направлении работающих граждан непосредственно после стационарного лечения на долечивание (реабилитацию) в условиях санаторно-курортного учреждения составляет около 25000 человек в год. Кроме того, в восстановительном лечении нуждаются больные с соматическими заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет), которые на сегодняшний день не включены в перечень заболеваний, подлежащих направлению на долечивание.

В Алтайском крае для оказания ранней, интенсивной и непрерывной реабилитации организована трехэтапная система оказания медицинской помощи данного профиля взрослым и детям.

Первый этап оказания помощи взрослым осуществляется на базах 25 клиник края, оказывающих скорую медицинскую и специализированную (высокотехнологичную) помощь.

Второй этап реабилитации осуществляется на базах существующих стационарных отделений.

Третий этап реабилитации (амбулаторный) осуществляется на базе существующих реабилитационных центров и отделений, а также в физиотерапевтических отделениях и кабинетах для пациентов со всеми нозологиями.

Третий этап осуществляется в 149 организациях, имеющих кабинеты ЛФК, физиотерапии, рефлексотерапии, психотерапии, в том числе в КГБУЗ «Городская поликлиника № 3, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница имени Л.Я. Литвиненко, г. Новоалтайск», КГБУЗ «Алтайский краевой врачебно-физкультурный диспансер».

Охват амбулаторной реабилитацией составляет 6 - 7 %.

Существует проблема доступности оказания реабилитационной помощи пациентам при наиболее распространенных и одновременно инвалидизирующих заболеваниях и поражениях органов и систем – при нарушении

функции нервной системы, как центральной, так и периферической, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата. Важную категорию среди всех групп пациентов представляют дети, в том числе дети-инвалиды.

В Алтайском крае отмечается достаточно высокий уровень госпитальной летальности и инвалидизации по данным профилям заболеваний.

Для лечения и реабилитации детей задействованы все виды оказания медицинской помощи: первичная, специализированная, высокотехнологичная. В КГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 7, г. Барнаул» действует система оказания медицинской помощи детям до 3 месяцев. Успешно применяются методы лечения ретинопатии у глубоко недоношенных детей, в дневном стационаре проводятся реабилитационные мероприятия детям с патологией нервной системы. Лечение неврологической патологии, в том числе с двигательными нарушениями, у детей старше трёх месяцев проводится в КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», КГБУЗ «Детская городская больница № 5, г. Барнаул». Также функционирует сеть отделений раннего вмешательства.

Реализация подпрограммы позволит расширить сеть отделений и кабинетов реабилитации, внедрить новые стационарзамещающие формы реабилитационной работы, улучшит материально-техническую базу медицинских организаций с приобретением медицинского оборудования для обеспечения в полном объеме помощи по медицинской реабилитации согласно порядку и стандартам оказания помощи. В рамках подпрограммы пройдут подготовку и повышение квалификации врачи и средний медицинский персонал по вопросам оказания реабилитационной помощи.

По данным официальной статистики, в Алтайском крае ведущее место среди взрослого населения занимают болезни системы кровообращения. Уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения, в том числе ишемической болезнью сердца, превышает среднероссийский показатель в 1,5 раза. Болезни системы кровообращения являются главными причинами инвалидизации и смертности взрослого населения.

Действующая в крае технология поэтапной реабилитации данной категории больных включает в себя: стационарный этап реабилитации (реанимация, кардиохирургическое отделение, отделение реабилитации) и амбулаторно-поликлинический, который представлен кабинетом восстановительного лечения в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», где указанная категория пациентов наблюдается в течение года. Основная доля наблюдаемых – городские пациенты.

В настоящее время более 60,0 % неврологических, нейрохирургических больных, перенесших операции на экстра- и интракраниальных сосудах, имеют показания для реабилитационных мероприятий по окончании острого периода заболевания, после выписки из стационара. Число таких больных в год составляет 6000 человек. Им необходимо продолжение реабилитационных мероприятий на стационарном этапе однако дальнейшая реабилитация таких больных в настоящий момент в Алтайском крае ограниче-

на. После стационарного лечения пациенты получают физиотерапевтические процедуры в поликлиниках, незначительная их часть занимается с психологами и логопедами, в редких случаях больные могут реабилитироваться при помощи консультаций инструктора лечебной физкультуры. Таким образом, комплексная реабилитация данных больных после острого периода заболевания в настоящий момент проводится в неполном объеме и не может способствовать развитию наиболее оптимальных функциональных исходов заболеваний. Число больных, которым нужно оказать стационарную реабилитационную помощь, составляет 2000 человек в год.

Потребность в открытии дополнительных коек стационарной реабилитации взрослых (2 этап) составляет:

кардиология – 80 коек;

болезни системы кровообращения – 30 коек;

нарушение функции центральной и периферической нервной системы, а также органов чувств – 120 коек;

перинатальная патология – 15 коек;

ортопедия-травматология – 110 коек;

ортопедия-травматология у детей – 20 коек.

Увеличение коечного фонда реабилитационных отделений будет проводиться в основном за счет перепрофилирования существующих коек в реабилитационные, а также открытия дополнительных отделений.

С 2015 года планируется проведение медицинской реабилитации пациентов с впервые возникшей стенокардией напряжения, перенесших острый инфаркт миокарда, операции на сердце и магистральных сосудах в стационарных отделениях в УАКСП Санаторий «Барнаульский», в рамках государственного задания за счет финансовых средств обязательного медицинского страхования.

Потребность в амбулаторно-поликлинических отделениях и кабинетах составляет в среднем 78 отделений и кабинетов реабилитации для взрослых и детей.

Материально-техническая оснащенность по медицинской реабилитации медицинских организаций Алтайского края представлена в основном оборудованием, приобретенным до 1992 года (физиоаппаратура, оборудование кабинетов ЛФК). Самый высокий износ основных фондов составляет 60,0 % для зданий и до 92,0 % для оборудования (для стационаров и поликлиник районов края).

В рамках реализации подпрограммы 4 к 2020 году планируется завершение капитального ремонта и переоснащения в соответствии с порядками оказания реабилитационной помощи стационарных отделений по профилям, завершение капитальных ремонтов и переоснащения в соответствии с порядками оказания реабилитационной помощи стационарных отделений и амбулаторных отделений. В 2016 - 2017 годах запланировано строительство корпуса на 205 мест КГБУЗ «Детский санаторий Белокуриха» со вспомогательными сооружениями в г. Белокурихе, что позволит существенно повысить

доступность санаторно-курортного лечения для детей с заболеваниями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, соединительной ткани.

3. Приоритеты региональной политики в сфере развития медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям, цели и показатели достижения целей и решения задач, ожидаемые конечные результаты, сроки реализации подпрограммы 4

Приоритетные направления в сфере развития медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям, в Алтайском крае:

- увеличение продолжительности активной жизни населения;
- реорганизация системы медицинской реабилитации и приведение её в стройную систему комплексной реабилитации;
- повышение доступности и качества медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения взрослых и детей;
- увеличение количества реабилитационных коек;
- укрепление материально-технической базы реабилитационных учреждений края.

Целью подпрограммы 4 служит увеличение продолжительности активного периода жизни населения.

Задачей подпрограммы 4 является разработка и внедрение новых организационных моделей, а также поддержка развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, направленные на создание единой системы маршрутизации и контроля эффективности реабилитационных мероприятий по профилю оказываемой помощи.

С целью решения указанной задачи планируется реализовать разработку и внедрение новых организационных моделей, а также поддержку развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, направленные на создание единой системы маршрутизации и контроля эффективности реабилитационных мероприятий по профилю оказываемой помощи.

Реализация первого этапа подпрограммы 4 планируется в 2014 - 2015 годах, второго этапа – в 2016 - 2020 годах.

В результате реализации подпрограммы 4 к 2020 году предполагается:

- увеличение доступности санаторно-курортного лечения для пациентов на 45 %;

- увеличение доли пациентов, охваченных медицинской реабилитацией, от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи на 25 %;

- увеличение доли детей-инвалидов от числа нуждающихся, охваченных медицинской реабилитацией, до 96 %.

4. Объём финансирования подпрограммы 4

Финансирование подпрограммы 4 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края:

Общий объем финансирования подпрограммы 4 составляет 7680233,7 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 284399,5 тыс. рублей;
 2015 год – 309805,0 тыс. рублей;
 2016 год – 1464876,1 тыс. рублей;
 2017 год – 1489118,8 тыс. рублей;
 2018 год – 1468720,9 тыс. рублей;
 2019 год – 1244916,0 тыс. рублей;
 2020 год – 1418397,4 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 4817494,9 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 906940,1 тыс. рублей;
 2017 год – 1124632,8 тыс. рублей;
 2018 год – 1041909,7 тыс. рублей;
 2019 год – 796570,6 тыс. рублей;
 2020 год – 947441,7 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 4817494,9 тыс. рублей:

2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 906940,1 тыс. рублей;
 2017 год – 1124632,8 тыс. рублей;
 2018 год – 1041909,7 тыс. рублей;
 2019 год – 796570,6 тыс. рублей;
 2020 год – 947441,7 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 1422781,8 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 205195,5 тыс. рублей;
 2015 год – 171605,0 тыс. рублей;
 2016 год – 170686,0 тыс. рублей;
 2017 год – 170686,0 тыс. рублей;
 2018 год – 223321,2 тыс. рублей;
 2019 год – 234680,4 тыс. рублей;
 2020 год – 246607,7 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 24162,2 тыс. рублей:

2014 год – 1085,0 тыс. рублей;
 2015 год – 4100,0 тыс. рублей;
 2016 год – 0 тыс. рублей;
 2017 год – 0 тыс. рублей;
 2018 год – 6019,7 тыс. рублей;
 2019 год – 6320,7 тыс. рублей;
 2020 год – 6636,8 тыс. рублей.

Средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края – 1224957,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 79204,0 тыс. рублей;
 2015 год – 138200,0 тыс. рублей;
 2016 год – 172250,0 тыс. рублей;
 2017 год – 193800,0 тыс. рублей;
 2018 год – 203490,0 тыс. рублей;
 2019 год – 213665,0 тыс. рублей;
 2020 год – 224348,0 тыс. рублей.

Средства из внебюджетных источников – 215000,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 215000,0 тыс. рублей;
 2017 год – 0 тыс. рублей;
 2018 год – 0 тыс. рублей;
 2019 год – 0 тыс. рублей;
 2020 год – 0 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения – 215000,0 тыс. рублей:

2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 215000,0 тыс. рублей;
 2017 год – 0 тыс. рублей;
 2018 год – 0 тыс. рублей;
 2019 год – 0 тыс. рублей;
 2020 год – 0 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период.

Подпрограмма 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»
 (далее – «подпрограмма 5»)

1. Паспорт подпрограммы 5

Ответственный испол- Главное управление Алтайского края по здраво-
 нитель подпрограммы 5 охранению и фармацевтической деятельности

Участники подпрограм- медицинские организации, участвующие в реали-
 мы 5 зации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи

Цель подпрограммы 5	повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания
Задача подпрограммы 5	создание эффективной службы по оказанию паллиативной медицинской помощи неизлечимым больным гражданам Алтайского края и повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников, направленное на обеспечение адекватного контроля хронической боли и других тягостных симптомов и повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи
Перечень мероприятий подпрограммы 5	реализация мер по созданию эффективной службы по оказанию паллиативной медицинской помощи неизлечимым больным гражданам Алтайского края и повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников, направленные на обеспечение адекватного контроля хронической боли и других тягостных симптомов и повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи
Показатели программы 5	<p>подпро- показатель 5.1 «Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым (на 100 тыс. взрослого населения)»;</p> <p>показатель 5.2 «Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям (на 100 тыс. детского населения)»</p>
Сроки и этапы реализации подпрограммы 5	<p>первый этап: 2014 - 2015 годы;</p> <p>второй этап: 2016 - 2020 годы</p>
Объемы финансирования подпрограммы 5	<p>финансирование подпрограммы 5 осуществляется за счет средств краевого бюджета.</p> <p>Общий объем финансирования подпрограммы 5 составляет 471197,7 тыс. рублей, в том числе по годам:</p> <p>2014 год – 8331,1 тыс. рублей;</p> <p>2015 год – 5970,5 тыс. рублей;</p> <p>2016 год – 5970,5 тыс. рублей;</p> <p>2017 год – 5970,5 тыс. рублей;</p>

2018 год – 143789,1 тыс. рублей;

2019 год – 148578,0 тыс. рублей;

2020 год – 152588,0 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета: 471197,7 тыс. рублей,
в том числе по годам:

2014 год – 8331,1 тыс. рублей;

2015 год – 5970,5 тыс. рублей;

2016 год – 5970,5 тыс. рублей;

2017 год – 5970,5 тыс. рублей;

2018 год – 143789,1 тыс. рублей;

2019 год – 148578,0 тыс. рублей;

2020 год – 152588,0 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения в 2014 году –
1122,1 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 5 – увеличение обеспеченности паллиативными койками для взрослых до 8,28 койки на 100 тыс. взрослого населения;

увеличение обеспеченности паллиативными койками для детей не менее чем до 2,95 койки на 100 тыс. детского населения.

2. Характеристика сферы реализации подпрограммы 5

Паллиативной помощью, по определению ВОЗ, до настоящего времени считалась «активная всесторонняя помощь пациентам, чьи болезни больше не поддаются лечению, первостепенной задачей которой является купирование боли и других патологических симптомов и решение социальных, психологических и духовных проблем больных. Целью паллиативной помощи является достижение наилучшего качества жизни больных и их семей». Следовательно, в медицинских организациях помощь оказывалась неизлечимым, инкурабельным больным. В настоящее время общепризнанно, что принципы паллиативной помощи должны быть применены как можно раньше в случае любого хронического, в конечном счете, инкурабельного заболевания. Это изменение появилось, благодаря новому пониманию того, что проблемы, возникающие в конце жизни пациента, зарождаются уже на ранних стадиях болезни.

В связи со стремительным увеличением среднего возраста населения и продолжающимся нарастанием числа больных злокачественными

новообразованиями и другими прогрессирующими заболеваниями расширился подход к определению паллиативной помощи. Ранее паллиативной помощью считалось симптоматическое лечение больных злокачественными новообразованиями, сейчас это понятие распространяется на пациентов с любыми incurable хроническими заболеваниями в терминальной стадии развития, среди которых основную массу составляют онкологические больные.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» установлены правила оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, направленной на улучшение качества жизни граждан, страдающих неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, которые, как правило, приводят к преждевременной смерти, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения, за исключением больных ВИЧ-инфекцией.

Паллиативная медицинская помощь оказывается на основе принципов соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения к пациенту и его родственникам со стороны медицинских и иных работников.

Паллиативная медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи и выездными патронажными службами паллиативной медицинской помощи на основе взаимодействия врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей по паллиативной медицинской помощи, иных врачей-специалистов и медицинских работников.

В настоящее время в поликлиническом отделении КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» пациентам оказывается необходимая помощь, в том числе противоболевая терапия. Для выработки единых подходов к адекватному обезболиванию incurable онкологических больных по трехступенчатой схеме ВОЗ и купированию других патологических симптомов в соответствии с последними достижениями медицинской науки в поликлинике КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» создан противоболевой кабинет. В медицинских организациях края воссозданы онкологические кабинеты, где врачами-онкологами каждому онкологиче-

скому больному при необходимости расписывается индивидуальная карта ухода за больным, в том числе и противоболевая терапия. Врачи-онкологи, кроме оказания медицинской помощи, проводят консультирование и обучение родственников уходу за инкурабельными больными.

Оказание паллиативной медицинской помощи неизлечимым больным осуществляется врачами-специалистами, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи, при взаимодействии с врачами участковыми и врачами-специалистами по профилю основного заболевания пациента.

На сегодняшний день паллиативная помощь детям развивается наряду с паллиативной помощью взрослым пациентам и требует формирования отдельной службы.

Паллиативная помощь детям – это не только медицинская помощь и уход за детьми в терминальной стадии онкологических заболеваний. Речь идет о детях (подростках) с различными нозологическими формами заболеваний (состояний), угрожающих жизни (рак, травмы головного мозга), а также заболеваниями, как правило, приводящими к преждевременной смерти ребенка, его тяжелой инвалидизации, при которых необходимо оказание квалифицированной медицинской, психосоциальной помощи ребенку, а также психологической и духовной поддержки членам его семьи.

Для оказания этого вида помощи детям запланирована организация 14 паллиативных коек. Кроме того, для этой категории больных будет приемлема выездная форма работы.

В 2015 году будут развернуты дневные стационары, в том числе для оказания паллиативной помощи онкологическим больным в КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск» и КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Рубцовск».

В 2018 году запланировано открытие краевого хосписа на 120 коек, в том числе на 10 детских, по адресу: г. Барнаул, ул. Матросова, д. 115 (в настоящее время – клиническая база № 2 КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер») для оказания паллиативной помощи инкурабельным больным с различными нозологическими формами заболеваний в стационарных условиях.

Оказание паллиативной помощи онкологическим больным будет осуществляться и на базе 50 действующих и 20 дополнительно созданных (к 2020 году) онкологических кабинетов в медицинских организациях края.

В период 2014 - 2018 годов планируется провести обучение (специализацию) 36 врачей и 86 средних медицинских работников по профилю «паллиативная медицина» на базе ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, в государственных образовательных организациях высшего образования и государственных профессиональных образовательных организациях, осуществляющих подготовку специалистов среднего звена, имеющих лицен-

зию по обучению специалистов по профилю «паллиативная медицина».

Для решения поставленных задач необходимо дальнейшее развитие в крае сети амбулаторной и стационарной паллиативной помощи.

Ожидаемым результатом реализации подпрограммы 5 является формирование полноценной инфраструктуры для оказания паллиативной помощи взрослым и детям, обеспечение терминальных и умирающих больных медицинской помощью и уходом, реализация принципа гуманности медицины.

3. Приоритеты региональной политики в сфере оказания паллиативной помощи, в том числе детям, цели и показатели достижения целей и решения задач, ожидаемые конечные результаты, сроки реализации подпрограммы 5

На фоне демографического старения населения в Алтайском крае с каждым годом увеличивается количество больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи.

Чрезвычайно важными являются не только медицинские, но и социальные, духовные и психологические аспекты оказания паллиативной помощи инкурабельным больным. Основными направлениями такой помощи должны быть не только уменьшение страданий пациентов, но и адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющие подготовить членов семьи к неизбежному финалу.

С целью создания оптимальных условий детям, страдающим неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, а также помощи членам семьи в условиях неизлечимой болезни ребенка в Алтайском крае предполагается развитие сети медико-социальных учреждений, специализирующихся на оказании паллиативной помощи, в том числе детям (открытие отделений паллиативной помощи в многопрофильных больницах и самостоятельных учреждений-хосписов).

Создание отделений паллиативной помощи позволит снизить нагрузку на дорогостоящие койки, на которых оказывается реанимационно-интенсивная помощь, не менее чем на 15,0 %.

Целью подпрограммы 5 является повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.

Задачей подпрограммы 5 является создание эффективной службы по оказанию паллиативной медицинской помощи неизлечимым больным гражданам Алтайского края и повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников, направленное на обеспечение адекватного контроля хронической боли и других тягостных симптомов и повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи.

С целью решения указанной задачи планируется реализовать меры по созданию эффективной службы по оказанию паллиативной медицинской помощи неизлечимым больным гражданам Алтайского края и повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников, направленные на обеспечение адекватного контроля хронической боли и других тягостных симптомов и повышение удовлетворенности пациентов и их родствен-

ников качеством медицинской помощи.

Реализация первого этапа подпрограммы 5 планируется в 2014 - 2015 годах, второго этапа – в 2016 - 2020 годах.

По результатам реализации первого этапа подпрограммы 5 в 2015 году:

обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым составит 2,1 койки на 100 тыс. взрослого населения;

обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям составит 0,85 койки на 100 тыс. детского населения.

По результатам реализации 2 этапа подпрограммы 5 в 2020 году:

обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым вырастет до 8,28 койки на 100 тыс. взрослого населения;

обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям вырастет до 2,95 койки на 100 тыс. детского населения.

Кочная мощность отделений, планируемых к открытию на 2 этапе, составит 164 круглосуточные койки, в том числе 14 детских коек.

4. Объем финансирования подпрограммы 5

Финансирование подпрограммы 5 осуществляется за счет средств краевого бюджета:

Общий объем финансирования подпрограммы 5 составляет 471197,7 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 8331,1 тыс. рублей;

2015 год – 5970,5 тыс. рублей;

2016 год – 5970,5 тыс. рублей;

2017 год – 5970,5 тыс. рублей;

2018 год – 143789,1 тыс. рублей;

2019 год – 148578,0 тыс. рублей;

2020 год – 152588,0 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 471197,7 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 8331,1 тыс. рублей;

2015 год – 5970,5 тыс. рублей;

2016 год – 5970,5 тыс. рублей;

2017 год – 5970,5 тыс. рублей;

2018 год – 143789,1 тыс. рублей;

2019 год – 148578,0 тыс. рублей;

2020 год – 152588,0 тыс. рублей;

в том числе капитальные вложения в 2014 году – 1122,1 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период.

Подпрограмма 6 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения
Алтайского края»
(далее – «подпрограмма 6»)

1. Паспорт подпрограммы 6

Ответственный испол- Главное управление Алтайского края по здраво-
нитель подпрограммы 6 охранению и фармацевтической деятельности

Участники подпрограм- медицинские организации, участвующие в реали-
мы 6 зации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи

Цель подпрограммы 6 обеспечение системы здравоохранения Алтайского
края высококвалифицированными и мотивирован-
ными специалистами

Задачи подпрограммы 6 снижение дефицита медицинских кадров, в том
числе за счет снижения оттока кадров из государ-
ственной системы здравоохранения, и устранение
дисбаланса в распределении медицинских кадров
по видам и условиям оказания медицинской помо-
щи;
совершенствование системы практической подго-
товки медицинских и фармацевтических работни-
ков;
повышение престижа профессии, в том числе за
счет создания позитивного образа медицинского и
фармацевтического работника в общественном со-
знании;
развитие мер социальной поддержки медицинских
и фармацевтических работников;
формирование единых подходов к определению
уровня квалификации и набора компетенций меди-
цинских и фармацевтических работников, необхо-
димых для занятия профессиональной деятельно-
стью;
разработка и внедрение аккредитации медицин-
ских и фармацевтических специалистов

Перечень мероприятий реализации мер по снижению дефицита медицинских кадров, в том числе за счет снижения оттока кадров из государственной системы здравоохранения, и устранению дисбаланса в распределении медицинских кадров по видам и условиям оказания медицинской помощи;

обучение специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием по программам дополнительного и послевузовского образования;

реализация мер по повышению престижа профессии, в том числе за счет создания позитивного образа медицинского и фармацевтического работника в общественном сознании;

реализация мер, направленных на обеспечение социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников;

реализация мер по формированию единых подходов к определению уровня квалификации и набора компетенций медицинских и фармацевтических работников, необходимых для занятия профессиональной деятельностью;

разработка и внедрение аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов

Показатели программы 6

подпро- показатель 6.1 «Количество подготовленных кадров высшей квалификации в интернатуре, ординатуре, аспирантуре в государственных организациях дополнительного профессионального образования»;

показатель 6.2 «Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных организациях высшего образования»;

показатель 6.3 «Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных профессиональных образовательных организациях, осуществляющих подготовку специалистов среднего звена»;

показатель 6.4 «Количество обучающихся, прошедших подготовку в обучающих симуляционных центрах»;

показатель 6.5 «Доля медицинских и фармацевти-

ческих специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Алтайского края, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения Алтайского края»;
показатель 6.6 «Доля аккредитованных медицинских и фармацевтических специалистов, занимающихся профессиональной деятельностью»

Сроки и этапы реализации подпрограммы 6 первый этап: 2014 - 2015 годы;
второй этап: 2016 - 2020 годы

Объемы финансирования подпрограммы 6 финансирование подпрограммы 6 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края.

Общий объем финансирования подпрограммы 6 составляет 5468893,1 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 754582,6 тыс. рублей;

2015 год – 563126,0 тыс. рублей;

2016 год – 691436,0 тыс. рублей;

2017 год – 691436,0 тыс. рублей;

2018 год – 913333,9 тыс. рублей;

2019 год – 922569,7 тыс. рублей;

2020 год – 935408,9 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 816690,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 0 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 163310,0 тыс. рублей;

2017 год – 163310,0 тыс. рублей;

2018 год – 163310,0 тыс. рублей;

2019 год – 163310,0 тыс. рублей;

2020 год – 163450,0 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 4360203,1 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 681582,6 тыс. рублей;

2015 год – 563126,0 тыс. рублей;

2016 год – 528126,0 тыс. рублей;

2017 год – 528126,0 тыс. рублей;

2018 год – 677023,9 тыс. рублей;

2019 год – 686259,7 тыс. рублей;

2020 год – 695958,9 тыс. рублей.

Средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – 292000,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 73000,0 тыс. рублей;

2015 год – 0 тыс. рублей;

2016 год – 0 тыс. рублей;

2017 год – 0 тыс. рублей;

2018 год – 73000,0 тыс. рублей;

2019 год – 73000,0 тыс. рублей;

2020 год – 73000,0 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период

<p>Ожидаемые результаты реализации программы 6</p>	<p>результаты обеспечения ежегодной подготовки кадров высшей подпро- квалификации в интернатуре, ординатуре, аспирантуре в государственных организациях дополнительного профессионального образования до 2016 года в количестве не менее 180 человек, с 2018 года – в количестве не менее 150 человек; увеличение количества ежегодно подготавливаемых специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных организациях высшего образования до 3510 человек к 2020 году; увеличение количества ежегодно подготавливаемых специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных профессиональных образовательных организациях, осуществляющих подготовку специалистов среднего звена, до 5020 человек к 2020 году; обеспечение к 2020 году ежегодной подготовки в обучающих симуляционных центрах до 385 человек; увеличение доли медицинских и фармацевтических специалистов, обучающихся в рамках целевой подготовки для нужд Алтайского края, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации си-</p>
--	--

стемы здравоохранения Алтайского края, до 98 %;

обеспечение до 2020 года аккредитации 80 % медицинских и фармацевтических специалистов, занимающихся профессиональной деятельностью.

2. Характеристика сферы реализации подпрограммы 6

По данным официального статистического наблюдения, в 2014 году обеспеченность на 10 тыс. населения составляет: врачами – 37,1, средним медицинским персоналом – 95,6.

При расчете потребности в медицинских кадрах организаций здравоохранения Алтайского края согласно предложенной методике дефицит врачебных кадров составляет 3902 человека, в том числе в амбулаторно-поликлиническом звене – 1480 и в стационарах – 2422.

Доля сельского населения в крае существенно выше, чем в Российской Федерации и СФО. Особенностью административно-территориального деления является наличие большого количества сел с низкой численностью населения («малых сел»), 64 % сел имеют численность населения до 500 человек, и лишь 5,8 % составляют села с населением более 2 тыс. человек.

Следует так же отметить, что значительная часть жителей малых сел – люди пожилого или преклонного возраста, которым сложно самостоятельно добираться до поликлиники центральной районной больницы.

Указанные особенности создают дополнительные трудности в оказании первичной медико-санитарной помощи, связанные с выездной работой специалистов. Значительная часть времени при выездах врачей теряется на проезд, что по объективным причинам существенно снижает фактическую нагрузку на врача и требует корректировки функции врачебной должности в сторону ее снижения.

В регионе реализуются ряд мероприятий, направленных на закрепление медицинских работников организаций здравоохранения края.

Постоянно проводится целевая базовая и последипломная подготовка специалистов с учетом потребности медицинских организаций.

В 2013 году в целевую интернатуру зачислено 172 и в ординатуру – 22 выпускника ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальностям с учетом потребности медицинских организаций. Доля врачей, трудоустроенных в государственные медицинские организации, расположенные на территории Алтайского края, из числа выпускников интернатуры (ординатуры), обучавшихся в рамках целевой подготовки, составила 92,0 %.

Кроме того, по программам послевузовского профессионального обра-

зования за счет средств федерального бюджета в 2014 году зачислено в интернатуру 193 человека и в ординатуру – 25 человек.

В 2014 году зачислено на обучение по программам высшего профессионального образования в рамках целевого приема 172 абитуриента.

С 2014 года планируется осуществление целевой подготовки средних медицинских работников в медицинских колледжах Алтайского края с целью укомплектования фельдшерско-акушерских пунктов, отделений скорой медицинской помощи и других подразделений организаций здравоохранения.

На территории Алтайского края аттестация по присвоению квалификационной категории медицинским и фармацевтическим работникам проводится на основании приказа Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 27.12.2013 № 866 «Об утверждении Административного регламента предоставления Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности государственной услуги по присвоению или об отказе в присвоении квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам». Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.04.2013 № 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» аттестацию медицинских и фармацевтических работников Алтайского медицинских организаций Алтайского края осуществляет территориальная аттестационная комиссия Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

В 2013 году в Алтайском крае аттестацию прошли специалисты с высшим профессиональным образованием, осуществляющие медицинскую и фармацевтическую деятельность, – 1543, специалисты со средним медицинским и фармацевтическим образованием – 3097.

В Алтайском крае с 2004 года реализуется краевая целевая программа «Переподготовка и повышение квалификации медицинских работников», средства которой направлены на профессиональную переподготовку и повышение квалификации врачей, а также на подготовку в клинической ординатуре специалистов остродефицитных специальностей.

В целях обучения специалистов с высшим профессиональным образованием и средним профессиональным образованием, способных решать задачи повышения качества медицинской помощи населению Алтайского края, в рамках исполнения распоряжения Правительства Российской Федерации от 09.12.2013 № 2302-р приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельностью утверждена программа подготовки и переподготовки медицинских кадров для строящегося перинатального центра Алтайского края на 2014 - 2016 годы.

С 2012 года Алтайский край реализует программу «Земский доктор», направленную на привлечение и закрепление молодых врачей в медицинских организациях сельской местности. За период реализации Программы

551 молодой врач трудоустроился в медицинские организации, расположенные в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках, из них единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. рублей получили 528 молодых специалистов.

В 2013 году внесены изменения в Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», позволяющие производить единовременные компенсационные выплаты по программе «Земский доктор» молодым специалистам, трудоустроившимся в рабочие поселки. Согласно постановлению Администрации Алтайского края от 26.03.2013 № 172 «Об осуществлении в 2013 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в сельских населенных пунктах или рабочих поселках» выплаты получили 138 молодых специалистов. На условиях софинансирования программы из средств краевого бюджета было направлено 69 млн. рублей.

С целью решения проблемы нехватки медицинских кадров принят указ Губернатора Алтайского края от 12.08.2014 № 122 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат фельдшерам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2014 году на работу в фельдшерско-акушерские пункты, расположенные в сельских населенных пунктах Алтайского края». Во исполнение указанного нормативного правового акта принят приказ Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 20.08.2014 № 654 «О реализации указа Губернатора Алтайского края «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат фельдшерам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2014 году на работу в фельдшерско-акушерские пункты, расположенные в сельских населенных пунктах Алтайского края».

Однако остаётся нерешенными ряд основных проблем в области региональной кадровой политики и управления трудовыми ресурсами:

несоответствие численности и структуры медицинских кадров объемам выполняемой деятельности, задачам и направлениям модернизации здравоохранения;

несбалансированность медицинского персонала по структуре между врачами общего профиля и узкими специалистами; врачами и сестринским персоналом; различными территориальными образованиями, городской и сельской местностью; медицинскими организациями первичного звена и специализированных видов помощи;

несоответствие подготовки специалистов потребностям практического здравоохранения;

недостаточное использование методов планирования численности медицинского персонала;

невысокий в сравнении со средними показателями производственной деятельности в регионах уровень заработной платы;

рост тенденции оттока из региональной системы здравоохранения молодых и опытных специалистов;

недостаточно активное участие в решении кадровых вопросов профес-

сиональных общественных организаций, помощи попечительских советов и спонсоров.

Одним из основных компонентов реформирования здравоохранения является оплата труда, которая рассматривается в современных условиях как эффективный инструмент управления персоналом в целях повышения качества профессиональной деятельности.

Основной причиной оттока высококвалифицированных специалистов из медицинских организаций государственной системы здравоохранения, а также нежелания выпускников с медицинским образованием работать по специальности и, как следствие, снижения объемов и качества оказания населению медицинской помощи, является низкий уровень заработной платы в государственных медицинских организациях.

Для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений, стимулирования медицинских работников необходимо развитие кадрового потенциала отрасли, способного обеспечить высокое качество оказываемых медицинских и фармацевтических услуг населению Алтайского края. Особое значение приобретает принятие комплексных мер по повышению престижа медицинской профессии. Одним из направлений реализации данного мероприятия является проведение ежегодных конкурсов на звание «Лучший врач года», «Лучший провизор», «Лучший по профессии».

В целях сохранения кадрового потенциала, повышения престижа медицинской профессии, ликвидации оттока медицинских кадров в медицинские организации негосударственных форм собственности необходимо обеспечить медицинских работников государственных медицинских организаций конкурентным уровнем заработной платы.

В рамках подпрограммы б планируется:

разработать целевые показатели эффективности деятельности организаций здравоохранения Алтайского края;

перевести работников организаций здравоохранения Алтайского края на «эффективный контракт».

Кроме того, будут определены меры ответственности руководителя медицинской организации в части выполнения показателей заработной платы медицинских и фармацевтических работников.

Планируется проведение мероприятий по совершенствованию системы практической подготовки медицинских и фармацевтических работников в целях обеспечения повышения качества профессиональной подготовки, расширения перечня навыков и умений, приобретаемых специалистом в период обучения.

Будут обновлены и внедрены программы подготовки специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием на этапах послевузовского и дополнительного профессионального образования, а также программы повышения квалификации педагогических работников образовательных и научных организаций, реализующих программы медицинского и фармацевтического образования, разработанные с учетом изменений в подготовке медицинских и фармацевтических специалистов в связи с внедрением феде-

ральных государственных образовательных стандартов среднего и высшего профессионального образования третьего поколения.

До 2020 года запланирована разработка профессиональных стандартов медицинских и фармацевтических работников, на основе которых будут сформированы единые подходы к определению уровня квалификации и набора компетенций медицинских и фармацевтических работников, необходимых для занятия профессиональной деятельностью.

Будет создана и внедрена система аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов, которая позволит осуществлять персональный допуск специалистов к конкретному виду профессиональной деятельности с учетом приобретенных в ходе обучения компетенций.

Планируется проведение мероприятий по развитию мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников в целях снижения оттока кадров из отрасли.

Реализация мероприятий подпрограммы 6 даст возможность повысить уровень квалификации медицинских кадров, провести его оценку, поэтапно уменьшить дефицит медицинских кадров.

3. Приоритеты региональной политики в сфере кадрового обеспечения системы здравоохранения Алтайского края, цели и показатели достижения целей и решения задач, ожидаемые конечные результаты, сроки реализации подпрограммы 6

Для удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи приоритетными направлениями в указанной сфере в Алтайском крае является снижение уровня дефицита медицинских кадров и подготовка высококвалифицированных специалистов, мотивированных на постоянное совершенствование собственных знаний, умений и навыков, необходимых для достижения и сохранения высокого качества профессиональной деятельности в соответствии с требованиями профессиональных стандартов в здравоохранении, стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания.

Целью подпрограммы 6 является обеспечение системы здравоохранения Алтайского края высококвалифицированными и мотивированными специалистами.

Задачи подпрограммы 6:

снижение дефицита медицинских кадров, в том числе за счет снижения оттока кадров из государственной системы здравоохранения, и устранение дисбаланса в распределении медицинских кадров по видам и условиям оказания медицинской помощи;

совершенствование системы практической подготовки медицинских и фармацевтических работников;

повышение престижа профессии, в том числе за счет создания позитивного образа медицинского и фармацевтического работника в общественном сознании;

развитие мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников;

формирование единых подходов к определению уровня квалификации и набора компетенций медицинских и фармацевтических работников, необходимых для занятия профессиональной деятельностью;

разработка и внедрение аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов.

С целью решения вышеперечисленных задач планируется реализовать:

Реализация первого этапа подпрограммы 6 планируется в 2014 - 2015 годах, второго этапа – в 2016 - 2020 годах.

По результатам реализации мероприятий подпрограммы 6 к 2020 году планируется:

обеспечение ежегодной подготовки кадров высшей квалификации в интернатуре, ординатуре, аспирантуре в государственных организациях дополнительного профессионального образования до 2016 года в количестве не менее 180 человек, с 2018 года – в количестве не менее 150 человек;

увеличение количества ежегодно подготавливаемых специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных организациях высшего образования до 3510 человек к 2020 году;

увеличение количества ежегодно подготавливаемых специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных профессиональных образовательных организациях, осуществляющих подготовку специалистов среднего звена до 5020 человек к 2020 году;

обеспечение к 2020 году ежегодной подготовки в обучающих симуляционных центрах до 385 человек;

увеличение доли медицинских и фармацевтических специалистов, обучающихся в рамках целевой подготовки для нужд Алтайского края, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения Алтайского края, до 98 %;

обеспечение до 2020 года аккредитации 80 % медицинских и фармацевтических специалистов, занимающихся профессиональной деятельностью.

4. Объём финансирования подпрограммы 6

Финансирование подпрограммы 6 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края.

Общий объем финансирования подпрограммы 6 составляет 5468893,1 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 754582,6 тыс. рублей;

2015 год – 563126,0 тыс. рублей;
2016 год – 691436,0 тыс. рублей;
2017 год – 691436,0 тыс. рублей;
2018 год – 913333,9 тыс. рублей;
2019 год – 922569,7 тыс. рублей;
2020 год – 935408,9 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 816690,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 0 тыс. рублей;
2015 год – 0 тыс. рублей;
2016 год – 163310,0 тыс. рублей;
2017 год – 163310,0 тыс. рублей;
2018 год – 163310,0 тыс. рублей;
2019 год – 163310,0 тыс. рублей;
2020 год – 163450,0 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 4360203,1 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 681582,6 тыс. рублей;
2015 год – 563126,0 тыс. рублей;
2016 год – 528126,0 тыс. рублей;
2017 год – 528126,0 тыс. рублей;
2018 год – 677023,9 тыс. рублей;
2019 год – 686259,7 тыс. рублей;
2020 год – 695958,9 тыс. рублей.

Средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – 292000,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 73000,0 тыс. рублей;
2015 год – 0 тыс. рублей;
2016 год – 0 тыс. рублей;
2017 год – 0 тыс. рублей;
2018 год – 73000,0 тыс. рублей;
2019 год – 73000,0 тыс. рублей;
2020 год – 73000,0 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период.

Подпрограмма 7 «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»
(далее – «подпрограмма 7»)

1. Паспорт подпрограммы 7

Ответственный испол- Главное управление Алтайского края по здраво-

- нитель подпрограммы 7 охранению и фармацевтической деятельности
- Цель подпрограммы 7 повышение уровня удовлетворения потребности населения в качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратах и обеспечение системы здравоохранения качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами на основе формирования рациональной и сбалансированной системы лекарственного обеспечения
- Участники подпрограммы 7 медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи
- Задачи подпрограммы 7 формирование рациональной и сбалансированной системы лекарственного обеспечения; удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, продуктах специализированного лечебного питания за счет средств федерального и краевого бюджетов и, как следствие, снижение доли необеспеченных в установленные сроки и поставленных на отсроченное обслуживание рецептов и количества жалоб на льготное лекарственное обеспечение
- Перечень мероприятий подпрограммы 7 реализация мер по формированию рациональной и сбалансированной системы лекарственного обеспечения;
реализация программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами;
реализация программы льготного лекарственного обеспечения граждан за счет средств краевого бюджета;
реализация программы обеспечения больных, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями;
реализация программы по лекарственному обеспечению больных, страдающим злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей

Целевые индикаторы и показатель 7.1 «Удовлетворение потребностей от-
показатели подпрограм- дельных категорий граждан в необходимых лекар-
мы 7 ственных препаратах и медицинских изделиях, а
также в специализированных продуктах лечебного
питания для детей-инвалидов (от числа лиц, име-
ющих право на государственную социальную по-
мощь и не отказавшихся от получения социальной
услуги по обеспечению лекарственными препара-
тами, медицинскими изделиями, а также специали-
зированными продуктами лечебного питания для
детей-инвалидов)»;

показатель 7.2 «Удовлетворение спроса на лекар-
ственные препараты, предназначенные для лечения
больных злокачественными новообразованиями
лимфоидной, кроветворной и родственных им тка-
ней, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным
нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом,
а также для трансплантации органов и (или) тканей
(от числа лиц, включенных в Федеральный регистр
лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипо-
физарным нанизмом, болезнью Гоше, злокаче-
ственными новообразованиями лимфоидной, кро-
ветворной и родственных им тканей, рассеянным
склерозом, лиц после трансплантации органов и
(или) тканей)»;

показатель 7.3 «Доля рецептов, не обеспеченных в
установленные сроки»;

показатель 7.4 «Доля рецептов, поставленных на
отсроченное обслуживание»;

показатель 7.5 «Количество жалоб пациентов на
льготное лекарственное обеспечение»

Сроки и этапы реализа- первый этап: 2014 - 2015 годы;

ции подпрограммы 7 второй этап: 2016 - 2020 годы

Объемы финансиروа- финансирование подпрограммы 7 осуществляется
ния подпрограммы 7 за счет средств федерального бюджета, средств
краевого бюджета, средств Территориального фон-
да обязательного медицинского страхования Ал-
тайского края.

Общий объем финансирования подпрограммы 7
составляет 13982669,2 тыс. рублей, в том числе по

годам:

2014 год – 1789988,5 тыс. рублей;

2015 год – 1205431,2 тыс. рублей;

2016 год – 1414065,7 тыс. рублей;

2017 год – 1425213,7 тыс. рублей;

2018 год – 2563382,7 тыс. рублей;

2019 год – 2713047,5 тыс. рублей;

2020 год – 2871539,9 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 11903887,6 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 1467691,9 тыс. рублей;

2015 год – 922466,2 тыс. рублей;

2016 год – 1131100,7 тыс. рублей;

2017 год – 1142248,7 тыс. рублей;

2018 год – 2276242,9 тыс. рублей;

2019 год – 2410769,8 тыс. рублей;

2020 год – 2553367,4 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 2078781,6 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 322296,6 тыс. рублей;

2015 год – 282965,0 тыс. рублей;

2016 год – 282965,0 тыс. рублей;

2017 год – 282965,0 тыс. рублей;

2018 год – 287139,8 тыс. рублей;

2019 год – 302277,7 тыс. рублей;

2020 год – 318172,5 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 7 – увеличение доли удовлетворенности потребностей отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на государственную социальную помощь и не отказавшихся от получения социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов) до 99,0 %; увеличение доли удовлетворенности спроса на лекарственные препараты, предназначенные для ле-

чения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также для трансплантации органов и (или) тканей (от числа лиц, включенных в Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей), до 100 %;

сохранение доли рецептов, не обеспеченных в установленные сроки, до 0,001 %;

снижение доли рецептов, поставленных на отсроченное обслуживание, до 0,001 %;

снижение количества жалоб пациентов на льготное лекарственное обеспечение до 240 в год к 2020 году.

2. Характеристика сферы реализации подпрограммы 7

Подпрограмма 7 предусматривает совершенствование существующих механизмов обеспечения качественными и безопасными лекарственными препаратами значительной части населения, особенно декретированных групп. Сфера реализации подпрограммы 7 – социальная, основные приоритеты подпрограммы в области лекарственного обеспечения следующие:

государственная лекарственная политика на территории Алтайского края должна обеспечивать гарантированный доступ к необходимым лекарственным препаратам каждому гражданину, вне зависимости от его социального статуса и материального положения или места проживания;

государственная лекарственная политика направлена на расширение возможности применения системой здравоохранения края доступных, современных и эффективных лекарственных препаратов для населения;

система лекарственного обеспечения должна соответствовать современным требованиям к лечению на основе принципов доказательной медицины и новейших стандартов лечения;

государственное регулирование обращения лекарственных препаратов направлено на обеспечение системы здравоохранения только теми лекарственными препаратами, которые соответствуют стандартам качества, эффективности и безопасности;

система лекарственного обеспечения базируется на реальных возможностях бюджета края, а также федеральных субвенций при условии сохране-

ния и расширения существующих государственных гарантий в области медицинской помощи;

управление эффективностью реализации лекарственного обеспечения на основе мониторинга параметров функционирования системы и потребностей населения Алтайского края в лекарственных препаратах.

В соответствии с Федеральным законом от 18.10.2007 № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» полномочия в части лекарственного обеспечения федеральных льготников переданы субъектам Российской Федерации.

В связи с переданными полномочиями субъектам Российской Федерации по организации лекарственного обеспечения федеральных льготников в Алтайском крае создана система льготного лекарственного обеспечения населения. Выделены специализированные аптечные организации для отпуска медикаментов льготным категориям граждан. Разработана необходимая нормативная база, определена схема взаимодействия участников реализации программы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан края.

Введена компьютерная система выписки и отпуска льготных лекарственных препаратов, разработаны программные продукты по персонифицированному учету, введена электронная выписка льготных рецептов с формированием штрих-кодов, что позволяет оперативно выписывать льготные рецепты и осуществлять по ним отпуск лекарственных препаратов из аптек. Разработан комплекс по оперативному перераспределению лекарственных препаратов для вновь выявленных больных, больным при смене схем лечения, переезде.

Введена система ежедневного мониторинга реализации программы ОНЛС. Финансирование программы осуществляется за счет средств федерального бюджета. На федеральном уровне расчет объема финансирования программы ОНЛС для субъектов Российской Федерации исчисляется исходя из количества граждан, оставшихся в программе, и подушевого норматива финансовых затрат на одного льготника, а также дополнительного выделения межбюджетных трансфертов на реализацию отдельных полномочий в области обеспечения лекарственными препаратами. На 2014 год из федерального бюджета выделено 694,0 млн. рублей. Оценка расходов до 2020 года рассчитана с учетом среднего коэффициента увеличения объема финансирования программы, который составил 6,0 %. Потребность рассчитана на основе сложившегося процента отказников, без учета его увеличения.

Проблемы, обуславливающие недостаточную удовлетворенность граждан лекарственным обеспечением в настоящее время:

недостаточное развитие российской фармацевтической промышленности как источника доступных лекарственных препаратов;

рост стоимости медикаментозной составляющей лечения, связанной с появлением дорогостоящих инновационных препаратов для диагностики,

лечения и профилактики широко распространённых заболеваний;

отсутствие механизмов стимулирования использования не менее эффективных, но более дешёвых воспроизведённых лекарственных препаратов (дженериков), а также агрессивная маркетинговая политика производителей лекарственных средств;

случаи нерациональных и неэффективных лекарственных назначений, не соответствующих общепринятым мировым стандартам диагностики и лечения (в силу отсутствия адаптации в Российской Федерации таких стандартов), безответственное применение лекарственных препаратов без медицинских показаний;

слабая система профилактики (управления рисками) и ранней диагностики заболеваний, достаточной для предотвращения развития тяжелых осложнений или лечения заболеваний на ранней стадии, что ведет к постоянному удорожанию стоимости лечения;

отсутствие системы прогнозирования развития заболеваний и их осложнений;

неравномерность лекарственного обеспечения на федеральном и региональном уровнях различных категорий граждан, включая льготные;

недостаточное финансирование из средств краевого бюджета лечения больных с орфанными заболеваниями.

В рамках подпрограммы планируется формирование системы рационального назначения и использования лекарственных препаратов:

создание эффективной формулярной системы на основе перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – ЖНВЛП), а также стандартов лечения;

ведение регистра (регистров) пациентов на федеральном и региональном уровнях, обеспечивающего принятие решений по лекарственному обеспечению с учётом персональных данных;

внедрение современных протоколов ведения больных;

стимулирование врачей и аптечных работников в использовании дженерических лекарственных препаратов;

введение системы электронных назначений лекарственных препаратов с возможностью их интеграции с системами поддержки принятия решений в области рациональной фармакотерапии (автоматическая проверка правильности назначенного режима дозирования, прогнозирование межлекарственных взаимодействий, автоматическая проверка на наличие показаний и противопоказаний и т.д.), введение повсеместно на территории Алтайского края электронного рецепта;

внедрение системы ведомственного и вневедомственного контроля обоснованности назначений и качества лекарственной помощи населению сообществами пациентов, медицинскими и общественными организациями.

Оптимизация системы обращения лекарственных препаратов, гарантирующей их безопасность, эффективность и качество, будет осуществляться путем полной проверки лекарственных препаратов, поступающих по госу-

дарственным программам, на безопасность и качество, развития службы фармаконадзора в вопросе нежелательных побочных реакций.

3. Приоритеты региональной политики в сфере совершенствования системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях, цели и показатели достижения целей и решения задач, ожидаемые конечные результаты, сроки реализации подпрограммы 7

Приоритетными направлениями региональной политики Алтайского края в сфере совершенствования системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях, являются: формирование рациональной и сбалансированной системы лекарственного обеспечения, удовлетворения потребности населения в качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратах и обеспечение системы здравоохранения качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами.

Целью подпрограммы 7 является повышение уровня удовлетворения потребности населения в качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратах и обеспечение системы здравоохранения качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами на основе формирования рациональной и сбалансированной системы лекарственного обеспечения.

Задачи подпрограммы 7:

формирование рациональной и сбалансированной системы лекарственного обеспечения;

удовлетворение потребностей отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, продуктах специализированного лечебного питания за счет средств федерального и краевого бюджетов и, как следствие, снижение доли необеспеченных в установленные сроки и поставленных на отсроченное обслуживание рецептов, и снижение количества жалоб на льготное лекарственное обеспечение.

С целью решения вышеперечисленных задач планируется реализация: мер по формированию рациональной и сбалансированной системы лекарственного обеспечения;

программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами;

программы льготного лекарственного обеспечения граждан за счет средств краевого бюджета;

программы обеспечения больных, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями;

программы по лекарственному обеспечению больных, страдающих злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей.

Реализация первого этапа подпрограммы 7 планируется в 2014 - 2015 годах, второго этапа – в 2016 - 2020 годах.

В результате реализации мероприятий подпрограммы 7 в 2020 году планируется:

увеличение доли удовлетворенности потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на государственную социальную помощь и не отказавшихся от получения социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов) до 99,0 %;

увеличение доли удовлетворенности спроса на лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также для трансплантации органов и (или) тканей (от числа лиц, включенных в Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей), до 100 %;

сохранение доли рецептов, не обеспеченных в установленные сроки, до 0,001 %;

снижение доли рецептов, поставленных на отсроченное обслуживание, до 0,001 %;

снижение количества жалоб пациентов на льготное лекарственное обеспечение до 240 в год к 2020 году.

4. Объем финансирования подпрограммы 7

Финансирование подпрограммы 7 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края:

Общий объем финансирования подпрограммы 7 составляет 13982669,2 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 1789988,5 тыс. рублей;

2015 год – 1205431,2 тыс. рублей;

2016 год – 1414065,7 тыс. рублей;

2017 год – 1425213,7 тыс. рублей;

2018 год – 2563382,7 тыс. рублей;

2019 год – 2713047,5 тыс. рублей;

2020 год – 2871539,9 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета: 11903887,6 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 1467691,9 тыс. рублей;

2015 год – 922466,2 тыс. рублей;
 2016 год – 1131100,7 тыс. рублей;
 2017 год – 1142248,7 тыс. рублей;
 2018 год – 2276242,9 тыс. рублей;
 2019 год – 2410769,8 тыс. рублей;
 2020 год – 2553367,4 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета: 2078781,6 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 322296,6 тыс. рублей;
 2015 год – 282965,0 тыс. рублей;
 2016 год – 282965,0 тыс. рублей;
 2017 год – 282965,0 тыс. рублей;
 2018 год – 287139,8 тыс. рублей;
 2019 год – 302277,7 тыс. рублей;
 2020 год – 318172,5 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период.

Подпрограмма 8 «Развитие информатизации в здравоохранении» (далее – «подпрограмма 8»)

1. Паспорт подпрограммы 8

Ответственный исполнитель подпрограммы 8	Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности
Участники подпрограммы 8	медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи
Цель подпрограммы 8	повышение качества оказания медицинской помощи и эффективности управления системой здравоохранения Алтайского края за счет внедрения современных информационных технологий
Задачи подпрограммы 8	повышение эффективности управления в сфере здравоохранения на основе автоматизации процессов планирования расходов на оказание медицинской помощи и контроля за соблюдением государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления; повышение качества оказания медицинской помощи за счет более широкого использования информационных технологий в деятельности меди-

цинских и фармацевтических организаций, медицинских учебных организаций и повышение информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях, а также осуществления деятельности в сфере здравоохранения

Перечень мероприятий подпрограммы 8	<p>реализация мер по повышению эффективности управления в сфере здравоохранения на основе автоматизации процессов планирования расходов на оказание медицинской помощи и контроля за соблюдением государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления;</p> <p>реализация мер по повышению качества оказания медицинской помощи за счет более широкого использования информационных технологий в деятельности медицинских и фармацевтических организаций, медицинских учебных организаций и повышению информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях, а также осуществления деятельности в сфере здравоохранения</p>
Показатели подпрограммы 8	показатель 8.1 «Доля отчетной медицинской документации, формируемой из первичных данных в информационных системах»
Сроки и этапы реализации подпрограммы 8	2014 - 2020 годы
Объемы финансирования подпрограммы 8	<p>финансирование подпрограммы 8 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края.</p> <p>Общий объем финансирования подпрограммы 8 составляет 2603141,0 тыс. рублей, в том числе по годам:</p> <p>2014 год – 16000,0 тыс. рублей;</p> <p>2015 год – 20000,0 тыс. рублей;</p>

2016 год – 464179,0 тыс. рублей;
 2017 год – 596783,2 тыс. рублей;
 2018 год – 492445,0 тыс. рублей;
 2019 год – 536830,0 тыс. рублей;
 2020 год – 476903,8 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 2425335,6 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 464179,0 тыс. рублей;
 2017 год – 596783,2 тыс. рублей;
 2018 год – 468363,2 тыс. рублей;
 2019 год – 486008,2 тыс. рублей;
 2020 год – 410002,0 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 177805,4 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 16000,0 тыс. рублей;
 2015 год – 20000,0 тыс. рублей;
 2016 год – 0 тыс. рублей;
 2017 год – 0 тыс. рублей;
 2018 год – 24081,8 тыс. рублей;
 2019 год – 50821,8 тыс. рублей;
 2020 год – 66901,8 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 8 – увеличение доли отчетной медицинской документации, формируемой из первичных данных в информационных системах, до 95,0 %.

2. Характеристика сферы реализации подпрограммы 8

Внедрение современных медицинских информационных технологий оказывает существенное влияние на повышение качества и доступности медицинских услуг населению в сочетании с ростом эффективности планирования и управления ресурсами системы здравоохранения края на основе мониторинга и анализа показателей качества медицинской помощи.

В рамках Программы модернизации здравоохранения Алтайского края на 2011 - 2012 годы был завершен базовый этап модернизации здравоохранения, в ходе которого во всех 142 медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, и в 11, финансируемых из средств краевого бюджета, созданы локальные вычислительные сети. На 242 площадках, в которых оказывается медицинская помощь, создано

5879 новых портов локальной вычислительной сети, проложено 297 межкампусных волоконно-оптических линий связи.

На базе технологии VipNet построена региональная корпоративная сеть передачи данных, подключенная к Единой государственной информационной сети в сфере здравоохранения. Все медицинские организации имеют подключение к сети Интернет.

В краевых медицинских организациях поставлены средства вычислительной техники: 142 сервера, 2749 компьютеров, 2340 принтеров и 428 многофункциональных печатающих устройств, 138 информационных киосков, 142 считывателя штрих кода и 142 считывателя смарт-карт. Все вновь созданные рабочие места аттестованы для работы с конфиденциальной информацией категории 1Г.

В поликлиниках края внедрена региональная медицинская информационная система, обеспечивающая реализацию базового функционала. Во всех краевых медицинских организациях функционируют автоматизированные системы формирования и сдачи счетов-реестров в страховые организации. Выполнена интеграция региональной медицинской информационной системы с федеральным сервисом «электронная регистратура». Во всех поликлиниках края обеспечена возможность реализации государственной услуги «Запись на прием к врачу» через региональный портал «электронная регистратура», а также через единый портал государственных услуг.

Осуществлен переход медицинских организаций на автоматизированную систему «Электронная картотека профилактических прививок», интегрированную в единую региональную медицинскую информационную систему АРМ «Поликлиника».

Во всех медицинских организациях внедрены автоматизированные системы бухгалтерского и кадрового учета, интегрированные в единую региональную автоматизированную систему управления административно-хозяйственной деятельности.

В настоящее время в крае функционирует медицинская информационная система, обеспечивающая базовый функционал: регистрацию пациентов и запись на прием к врачу, учет выполненных работ и формирование счетов-реестров в страховые организации, создание простых текстовых электронных медицинских документов.

Все машины скорой помощи оснащены аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС.

Сбор государственной, ведомственной и региональной отчетности выполняется с помощью региональной системы сбора отчетов.

На базе КГБУЗ «Медицинский центр – управляющая компания Алтайского медицинского кластера» создан региональный центр обработки данных, на основе которого функционируют все сервисы региональной корпоративной сети передачи данных и элементы региональной медицинской информационной системы.

С целью повышения эффективности и оперативности процесса управ-

ления здравоохранением края с января 2013 года запущена Система видеоконференцсвязи.

В соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации и руководящих документов Федеральной службы по техническому и экспортному контролю, Федеральной службы безопасности и Роскомнадзора при выполнении мероприятий по защите конфиденциальной информации, в том числе персональных данных, необходимо выполнение следующих мероприятий:

- переаттестация объекта информатизации по требованиям безопасности информации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и руководящими документами Федеральной службы по техническому и экспортному контролю каждые 3 года;

- ежегодный контроль эффективности реализованных мер защиты и эффективности технических средств защиты информации на аттестованном по требованиям безопасности информации объекте информатизации;

- установка, настройка и сопровождение средств защиты информации, в том числе средств криптографической защиты информации.

Реализация базового этапа модернизации здравоохранения выявила ряд проблем информатизации здравоохранения, наиболее острыми среди которых являются:

- отсутствие в сельской местности квалифицированных специалистов в области информационных технологий и дефицит у медицинских организаций финансовых возможностей для успешной конкуренции с коммерческими организациями;

- низкий уровень компьютерной грамотности среди работников медицинских организаций.

Для более полного внедрения информационных технологий необходимо продолжить работу по оснащению компьютерами рабочих мест медицинских работников, развитию региональной корпоративной сети передачи данных, внедрению дополнительных модулей медицинских информационных систем не только в крупных медицинских организациях, но и в участковых больницах, амбулаториях, аптеках.

3. Приоритеты региональной политики в сфере развития информатизации в здравоохранении, цели и показатели достижения целей и решения задач, ожидаемые конечные результаты, сроки реализации подпрограммы 8

Приоритетным направлением региональной политики Алтайского края в сфере развития информатизации в здравоохранении является внедрение современных информационных технологий в краевые медицинские организации.

Целью подпрограммы 8 является повышение качества оказания медицинской помощи и эффективности управления системой здравоохранения Алтайского края за счет внедрения современных информационных технологий.

Задачи подпрограммы 8:

повышение эффективности управления в сфере здравоохранения на основе автоматизации процессов планирования расходов на оказание медицинской помощи и контроля за соблюдением государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления;

повышение качества оказания медицинской помощи за счет более широкого использования информационных технологий в деятельности медицинских и фармацевтических организаций, медицинских учебных организаций и повышение информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях, а также осуществления деятельности в сфере здравоохранения.

В рамках подпрограммы, с целью решения вышеперечисленных задач, планируется реализовать:

меры по повышению эффективности управления в сфере здравоохранения на основе автоматизации процессов планирования расходов на оказание медицинской помощи и контроля за соблюдением государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления;

меры по повышению качества оказания медицинской помощи за счет более широкого использования информационных технологий в деятельности медицинских и фармацевтических организаций, медицинских учебных организаций и повышению информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях, а также осуществления деятельности в сфере здравоохранения.

Реализация подпрограммы 8 планируется в 2014 - 2020 годах.

В результате реализации мероприятий подпрограммы 8 предполагается увеличение доли отчетной медицинской документации, формируемой из первичных данных в информационных системах, до 95,0 % к 2020 году.

4. Объём финансирования подпрограммы 8

Финансирование подпрограммы 8 осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств краевого бюджета, средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края.

Общий объем финансирования подпрограммы 8 составляет 2603141,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 16000,0 тыс. рублей;

2015 год – 20000,0 тыс. рублей;

2016 год – 464179,0 тыс. рублей;

2017 год – 596783,2 тыс. рублей;

2018 год – 492445,0 тыс. рублей;

2019 год – 536830,0 тыс. рублей;

2020 год – 476903,8 тыс. рублей.

Средства федерального бюджета – 2425335,6 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 0 тыс. рублей;
 2015 год – 0 тыс. рублей;
 2016 год – 464179,0 тыс. рублей;
 2017 год – 596783,2 тыс. рублей;
 2018 год – 468363,2 тыс. рублей;
 2019 год – 486008,2 тыс. рублей;
 2020 год – 410002,0 тыс. рублей.

Средства краевого бюджета – 177805,4 тыс. рублей, в том числе по годам:

2014 год – 16000,0 тыс. рублей;
 2015 год – 20000,0 тыс. рублей;
 2016 год – 0 тыс. рублей;
 2017 год – 0 тыс. рублей;
 2018 год – 24081,8 тыс. рублей;
 2019 год – 50821,8 тыс. рублей;
 2020 год – 66901,8 тыс. рублей.

Объем финансирования подпрограммы подлежит ежегодному уточнению при формировании федерального и краевого бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период.

Подпрограмма 9 «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности»

(далее – «подпрограмма 9»)

1. Паспорт подпрограммы 9

Ответственный исполнитель подпрограммы 9 – Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

Участники подпрограммы 9 – медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи

Цель подпрограммы 9 – повышение качества и безопасности медицинской деятельности

Задачи подпрограммы 9 – создание системы ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности; создание единой эффективной системы управления качеством оказания медицинской помощи в органи-

зациях здравоохранения Алтайского края (внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности);
предупреждение, обнаружение и контроль за устранением нарушений законодательства Российской Федерации в выполнении стандартов и порядков оказания медицинской помощи

Перечень мероприятий подпрограммы 9

проведение проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
проведение проверок соблюдения медицинскими организациями требований по безопасным условиям труда, применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
проведение проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;
внедрение единых методов и технологий сбора и обобщения информации о состоянии качества медицинской помощи;
создание системы ведомственной экспертизы и управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях;
взаимодействие с системой вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в страховых медицинских организациях и Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Алтайского края;
создание системы мониторинга деятельности медицинских организаций по экспертизе и управлению качеством медицинской помощи;
формирование информационного банка данных о состоянии безопасности и качества медицинской помощи в медицинских организациях и мерах по его улучшению;
обеспечение процесса непрерывного обучения специалистов медицинских организаций по вопросам экспертизы и управления качеством медицинской помощи;

		<p>формирование регистра экспертов качества медицинской помощи;</p> <p>улучшение качества медицинской помощи в медицинских организациях и мониторинга его состояния;</p> <p>обеспечение эпидемиологической безопасности пребывания пациентов в стационаре и труда медицинских работников</p>
Показатели подпрограммы 9	подпро-	<p>показатель 9.1 «Выполнение плана проверок качества и безопасности медицинской деятельности»;</p> <p>показатель 9.2 «Выполнение мероприятий по обеспечению контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;</p> <p>показатель 9.3 «Доля медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи»</p>
Сроки и этапы реализации подпрограммы 9		<p>первый этап: 2014 - 2015 годы;</p> <p>второй этап: 2016 - 2020 годы</p>
Объемы финансирования подпрограммы 9		
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 9	подпро-	<p>выполнение плана проверок качества и безопасности медицинской деятельности на 100 %;</p> <p>выполнение мероприятий по обеспечению контроля качества и безопасности медицинской деятельности на 100 %;</p> <p>увеличение доли медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, до 100 %</p>

2. Общая характеристика сферы реализации подпрограммы 9

В Алтайском крае с целью реализации государственной политики в области охраны здоровья граждан, в соответствии с нормативными правовыми актами осуществляется ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Одним из основных направлений деятельности отдела по работе с обращениями граждан и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности является

создание системы управления качеством медицинской помощи, повышение эффективности работы краевых медицинских организаций.

Система управления качеством медицинской помощи включает следующие направления деятельности:

совершенствование нормативно-правовой базы системы управления качеством медицинской помощи в Алтайском крае;

внедрение единых методов и технологий сбора и обобщения информации о состоянии качества медицинской помощи;

создание системы ведомственной экспертизы и управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях;

взаимодействие с системой вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в страховых медицинских организациях и Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Алтайского края;

создание системы мониторинга деятельности медицинских организаций по экспертизе и управлению качеством медицинской помощи;

формирование информационного банка данных о качестве медицинской помощи в медицинских организациях и мерах по его улучшению;

формирование информационного банка данных о состоянии безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях и мерах по его улучшению;

обеспечение процесса непрерывного обучения специалистов медицинских организаций по вопросам экспертизы и управления качеством медицинской помощи;

формирование регистра экспертов качества медицинской помощи;

обеспечение непрерывного улучшения качества медицинской помощи в медицинских организациях и его мониторинга;

обеспечение эпидемиологической безопасности пребывания пациентов в стационаре и труда медицинских работников.

В рамках ведомственного контроля качества и безопасности оказания медицинской помощи Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности в настоящее время осуществляется контроль выполнения порядков и стандартов медицинской помощи, оценка доступности и качества оказания медицинской помощи в краевых медицинских организациях. По результатам проведенных проверок в случае выявления грубых нарушений выдаются предписания по каждой проверяемой медицинской организации, а также принимаются меры по привлечению лиц, допустивших выявленные нарушения, к ответственности.

Проверки проводят высококвалифицированные эксперты. Также осуществляются комиссионные служебные разборы сложных случаев по обращению граждан, следственных органов и надзорных органов с участием профильных краевых специалистов. В профильных комиссиях Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности ведется разбор всех случаев смерти лиц трудоспособного возраста и детей.

С учетом утвержденных критериев оценки эффективности деятельности (приказы Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 06.11.2013 № 758, № 759, № 760) и итоговых статистических показателей специалистами Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности формируется рейтинг результативности медицинских организаций края, который влияет на оценку труда медицинских работников.

В краевых медицинских организациях проводятся методические мероприятия по налаживанию внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи, включающего в себя контроль организации лечебного процесса, соблюдение требований по безопасности применения и эксплуатации медицинских изделий, эпидемиологической безопасности пребывания пациентов в стационаре. Организация внутреннего контроля качества является полномочием руководителя медицинской организации.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мерах по реализации государственной социальной политики» (подпункт «к» пункта 1), Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности совместно с Медицинской палатой Алтайского края ведется формирование независимой системы оценки качества работы медицинских организаций. Указанная система оценки качества формируется. Ожидаемым результатом данного мероприятия является возможность всестороннего, объективного рассмотрения обращений, оперативного определения возможностей улучшения качества оказания медицинской помощи в конкретной краевой медицинской организации.

Основные проблемы в обеспечении контроля качества и безопасности медицинской помощи:

отсутствие порядков и стандартов на все виды нозологий;

эффективный внутренний контроль качества организован не во всех краевых медицинских организациях;

существуют недостатки в маршрутизации пациентов на этапы оказания медицинской помощи, технической оснащенности, кадровой укомплектованности, необходимых для выполнения порядков и стандартов оказания медицинской помощи;

недостаточно используется потенциал общественных профессиональных объединений, общественных «пациентских» организаций в части контроля качества оказания медицинской помощи населению.

В целях улучшения здоровья населения, достижения стабильных показателей качества оказываемой медицинской помощи населению, поддержания их на соответствующем уровне и обеспечения непрерывного процесса повышения качества необходимо создание системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, включающей: ведомственный контроль и внутренний контроль, а также взаимодействие, преемственность и

сотрудничество с организациями, осуществляющими государственный контроль, и независимыми экспертными организациями.

Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в целях реализации основных принципов охраны здоровья:

- обеспечения соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья и связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- доступности и качества медицинской помощи;
- недопустимости отказа в оказании медицинской помощи;
- эпидемиологической безопасности пребывания пациентов в стационаре.

Основными принципами контроля качества и безопасности медицинской деятельности должны стать:

- ориентированность на потребителя;
- единство методов оценки качества медицинской помощи на всей территории Алтайского края;

- ответственность каждого субъекта системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе эпидемиологической безопасности пребывания пациентов в стационаре;

- доступность информации о результатах деятельности системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- формирование мотивации медицинских работников к улучшению качества медицинской помощи.

совместная работа с независимыми экспертными организациями, регламентированная заключенным межведомственным соглашением, в рамках проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

3. Приоритеты региональной политики в сфере совершенствования системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях, цели и показатели достижения целей и решения задач, ожидаемые конечные результаты, сроки реализации подпрограммы 9

Приоритетным направлением региональной политики Алтайского края сфере контроля качества и безопасности медицинской деятельности является повышение качества и безопасности медицинской деятельности, а также эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья Алтайского края.

Целью подпрограммы 9 является повышение качества и безопасности медицинской деятельности.

Задачи подпрограммы 9:

- создание системы ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- создание единой эффективной системы управления качеством оказания медицинской помощи в краевых государственных медицинских организаци-

ях (внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности);

предупреждение, обнаружение и контроль за устранением нарушений законодательства Российской Федерации в выполнении стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

С целью решения вышеперечисленных задач планируется реализовать:

проведение проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

проведение проверок соблюдения медицинскими организациями требований по безопасным условиям труда, безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

проведение проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

внедрение единых методов и технологий сбора и обобщения информации о качестве медицинской помощи;

создание системы ведомственной экспертизы и управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях;

взаимодействие с системой вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в страховых медицинских организациях и Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Алтайского края;

создание системы мониторинга деятельности медицинских организаций по экспертизе и управлению качеством медицинской помощи;

формирование информационного банка данных о состоянии безопасности и качестве медицинской помощи в медицинских организациях и мерах по его улучшению;

обеспечение процесса непрерывного обучения специалистов медицинских организаций по вопросам экспертизы и управления качеством медицинской помощи;

формирование регистра экспертов качества медицинской помощи;

обеспечение непрерывного улучшения качества медицинской помощи в медицинских организациях и его мониторинга;

обеспечение эпидемиологической безопасности пребывания пациентов в стационаре и труда медицинских работников.

Реализация первого этапа подпрограммы 9 планируется в 2014 - 2015 годах, второго этапа – в 2016 - 2020 годах.

На первом этапе реализации подпрограммы 9 в приоритетном порядке будут решаться задачи создания эффективной системы управления внутренним качеством оказания медицинской помощи в краевых медицинских организациях.

По результатам реализации первого этапа подпрограммы 9 в 2015 году: доля медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, вырастет до 45 %;

выполнение плана проверок составит 100 %;

выполнение мероприятий по обеспечению контроля (надзора) составит 75 %.

На втором этапе реализации подпрограммы 9 при осуществлении медицинской деятельности планируется достигнуть 100 % выполнения порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

По результатам реализации второго этапа подпрограммы 9 в 2020 году: доля медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, составит 100 %;

выполнение плана проверок составит не ниже 100 %;

выполнение мероприятий по обеспечению контроля (надзора) также составит 100 %.

Подпрограмма 10 «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»

(далее – «подпрограмма 10»)

1. Паспорт подпрограммы 10

Ответственный исполнитель подпрограммы 10 – Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

Цель подпрограммы 10 – развитие взаимовыгодного международного сотрудничества в сфере охраны здоровья граждан и использование передового международного опыта при оказании медицинской помощи населению Алтайского края

Задачи подпрограммы 10 – осуществление обмена информацией в сфере здравоохранения и медицинской науки; развитие сотрудничества между краевыми медицинскими организациями и ведущими медицинскими центрами зарубежных стран; подготовка высококвалифицированных специалистов в сфере здравоохранения в рамках международного сотрудничества; обмен опытом работы в сфере здравоохранения; развитие международного сотрудничества в сфере предоставления услуг в области санаторно-курортного и восстановительного лечения

Перечень мероприятий подпрограммы 10	<p>обмен информацией по актуальным вопросам здравоохранения и медицинской науки;</p> <p>обмен информацией о проводимых научно-практических конференциях, семинарах и специализированных выставках в сферах здравоохранения и фармацевтики;</p> <p>обмен информацией о лекарственных препаратах;</p> <p>обмен информацией о случаях возникновения особо опасных инфекций, вспышках инфекционных заболеваний среди населения;</p> <p>тематическое усовершенствование врачей;</p> <p>обмен опытом работы по совершенствованию организации медицинской помощи населению и освоению современных достижений лечебно-диагностического процесса</p>
Показатели подпрограммы 10	показатель 10.1 «Количество реализованных совместных международных проектов в сфере здравоохранения»
Этапы и сроки реализации подпрограммы 10	2014 – 2020 годы
Объемы финансирования подпрограммы 10	
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 10	увеличение количества реализованных совместных международных проектов в сфере здравоохранения до 8.

2. Характеристика сферы реализации подпрограммы 10

Основными направлениями международных отношений в сфере охраны здоровья должны стать: формирование отношений добрососедства Алтайского края с сопредельными государствами, поиск согласия и совпадающих интересов с другими государствами и межгосударственными объединениями в процессе решения задач в области охраны здоровья, создание на этой основе системы двусторонних и многосторонних партнерских отношений.

Международная деятельность Алтайского края осуществляется на основании федеральных законов от 04.01.1999 № 4-ФЗ «О координации международных и внешнеэкономических связей субъектов Российской Федерации», от 08.12.2003 № 164-ФЗ «Об основах государственного регулирования внешнеторговой деятельности», постановления Администрации Алтайского

края от 15.03.2010 № 90 «Об утверждении Положения о порядке осуществления международных и внешнеэкономических связей в Алтайском крае».

В настоящее время взаимодействие в сфере здравоохранения в Алтайском крае осуществляется с граничащей Павлодарской областью Республики Казахстан, Республики Беларусь, Республикой Таджикистан.

3. Приоритеты региональной политики в развитии международных отношений в сфере охраны здоровья, цели и показатели достижения целей и решения задач, ожидаемые конечные результаты, сроки реализации подпрограммы 10

Приоритетными направлениями региональной политики Алтайского края в развитии международных отношений в сфере охраны здоровья являются формирование отношений добрососедства с сопредельными государствами, поиск согласия и совпадающих интересов с другими государствами и межгосударственными объединениями в процессе решения задач, определяемых национальными приоритетами страны в области охраны здоровья, создание на этой основе системы двусторонних и многосторонних партнерских отношений, всесторонняя защита прав и законных интересов российских граждан и соотечественников, проживающих за рубежом.

Приоритетным для Алтайского края является сотрудничество со странами СНГ, Центральной и Восточной Азии, Европы.

Целью подпрограммы 10 является развитие взаимовыгодного международного сотрудничества в сфере охраны здоровья граждан и использование передового международного опыта при оказании медицинской помощи населению Алтайского края.

Задачи подпрограммы 10:

осуществление обмена информацией в сфере здравоохранения и медицинской науки;

развитие сотрудничества между краевыми медицинскими организациями и ведущими медицинскими центрами зарубежных стран;

подготовка высококвалифицированных специалистов в сфере здравоохранения в рамках международного сотрудничества;

обмен опытом работы в сфере здравоохранения;

развитие международного сотрудничества в сфере предоставления услуг в области санаторно-курортного и восстановительного лечения.

Реализацию указанных целей и задач планируется осуществлять путем осуществления следующих мероприятий:

обмен информацией по актуальным вопросам здравоохранения и медицинской науки;

обмен информацией о проводимых научно-практических конференциях, семинарах и специализированных выставках в сферах здравоохранения и фармацевтики;

обмен информацией о лекарственных средствах;

обмен информацией о случаях возникновения особо опасных инфекций, вспышках инфекционных заболеваний среди населения;

тематическое усовершенствование врачей;

обмен опытом работы по совершенствованию организации медицинской помощи населению и освоению современных достижений лечебно-диагностического процесса.

Реализация подпрограммы 10 планируется в 2014 - 2020 годах.

В результате реализации мероприятий подпрограммы 10 в 2020 году предполагается увеличить количество реализованных совместных международных проектов в сфере здравоохранения до 8.

Подпрограмма 11 «Управление развитием здравоохранения в Алтайском крае»

(далее – «подпрограмма 11»)

1. Паспорт подпрограммы 11

Ответственный исполнитель подпрограммы 11 – Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

Цель подпрограммы 11 – повышение эффективности управления развитием здравоохранения в Алтайском крае в результате внедрения инновационных технологий проектного менеджмента и структурных преобразований системы здравоохранения

Задачи подпрограммы 11 – осуществление структурных преобразований системы здравоохранения Алтайского края; институциональные преобразования, направленные на создание системы управления качеством медицинских услуг; совершенствование механизмов взаимодействия между медицинскими организациями и их подразделениями в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи населению на территории Алтайского края

Перечень мероприятий подпрограммы 11 – развитие службы логистики здравоохранения; внедрение инновационных технологий управления; привлечение управленческих кадров для организации работы управления, практикующих врачей – для выполнения экспертных функций; создание системы мониторинга оптимизации сети

медицинских организаций и ресурсного обеспечения системы;
 развитие информационно-аналитической службы управления;
 совершенствование системы межведомственного взаимодействия;
 развитие сотрудничества с институтами гражданского общества;
 внедрение системы независимой оценки качества работы краевых медицинских организаций (Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности), определение критериев эффективности работы и введение публичных рейтингов их деятельности

Показатели подпрограммы 11 показатель 11.1 «Доля мероприятий государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года», запланированных на отчетный год, выполненных в полном объеме»;
 показатель 11.2 «Доля отчетной медицинской документации, представленной в электронном виде в соответствии с едиными стандартами»;
 показатель 11.3 «Доля медицинских организаций, внедривших систему управления качеством медицинских услуг»

Этапы и сроки реализации подпрограммы 11 2014 – 2020 годы

Объемы финансирования подпрограммы 11

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 11 доведение доли мероприятий государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года», запланированных на отчетный год, выполненных в полном объеме, до 95 %;
 увеличение доли отчетной медицинской документации, представленной в электронном виде в соответствии с едиными стандартами, до 95,0 %;
 увеличение доли медицинских организаций, внедривших систему управления качеством медицинских услуг, до 100 %.

2. Характеристика сферы реализации подпрограммы 11

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» перенес основной объем полномочий, связанных с реализацией прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, на уровень субъекта Российской Федерации. При этом в указанном Федеральном законе регламентирована передача осуществления полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья органам государственной власти субъектов Российской Федерации, а органы местного самоуправления наделены полномочиями по созданию условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и законом субъекта Российской Федерации в пределах полномочий, установленных Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Полномочиями по обеспечению организации оказания медицинской помощи в рамках муниципальной системы здравоохранения органы местного самоуправления наделяются только в случае делегирования им соответствующих полномочий органами государственной власти субъекта Российской Федерации.

Законом Алтайского края от 08.04.2013 № 10-ЗС «О регулировании отдельных отношений в сфере охраны здоровья граждан на территории Алтайского края» установлены правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан на территории края и закреплены полномочия органов местного самоуправления по созданию условий для оказания медицинской помощи населению.

Централизация системы здравоохранения на краевом уровне позволила повысить качество предоставляемых населению бесплатных медицинских услуг за счет внедрения системы контроля за оказанием медицинской помощи (в соответствии со стандартами и порядками), максимально эффективного использования ресурсов здравоохранения (снижения издержек отрасли), нивелирования последствий экономического неравенства муниципалитетов и устранения ситуации роста и развития одних подразделений за счет других.

Вместе с тем снизилась оперативность и адресность при принятии решений на местном уровне в зависимости от локально складывающейся ситуации, мотивация руководителей и коллективов медицинских организаций, органов местного самоуправления в устранении возникших проблем.

Дальнейшее совершенствование региональной системы здравоохранения возможно при достижении баланса процессов централизации и децентрализации полномочий по управлению здравоохранением, при этом в сложившейся ситуации речь идет о расширении отдельных полномочий руководителей медицинских организаций и органов местного самоуправления, стимулировании развития здравоохранения, более тесном взаимодействии

Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности с муниципалитетами.

В соответствии с ч. 2 ст. 10 Закона Алтайского края от 08.04.2013 № 10-ЗС «О регулировании отдельных отношений в сфере охраны здоровья граждан на территории Алтайского края» с целью содействия реализации полномочий органов местного самоуправления по созданию условий для оказания медицинской помощи населению муниципального образования между Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и местной администрацией заключаются соглашения о взаимодействии в сфере охраны здоровья граждан, что позволяет упорядочить работу по данному направлению и увеличить уровень ответственности руководства муниципального образования за реализацию мер по повышению социального благополучия граждан.

На территории Алтайского края сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи.

Первый уровень, предназначенный для оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи населению, обеспечивают центральные районные больницы, городские больницы, участковые больницы и их структурные подразделения, городские поликлиники, врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты.

Для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи жителям отдаленных сел широко используются выездные формы работы. Организована работа автопоезда «Здоровье». Бригада специалистов для выезда формируется с учетом дефицита врачебных кадров в конкретном районе. Кроме приема пациентов, выполняются диагностические исследования, и проводятся оперативные вмешательства.

Второй уровень – межмуниципальный, для оказания специализированной медицинской помощи, преимущественно в экстренной и неотложной форме, представлен медицинскими организациями (центральные районные больницы, городские больницы), имеющими в своей структуре специализированные межмуниципальные отделения и (или) межмуниципальные центры (сосудистые, травматологические и иные), а также диспансеры и многопрофильные городские больницы, оказывающие преимущественно специализированную медицинскую помощь.

С целью повышения доступности и качества специализированной помощи сельскому населению и эффективности управления здравоохранением на местах на территории края образовано 7 межрайонных медицинских округов с центрами в городах края: Алейске, Барнауле, Бийске, Заринске, Камне-на-Оби, Рубцовске, Славгороде, имеющих в структуре здравоохранения многопрофильные больницы, специализированные межмуниципальные отделения (центры).

В состав межрайонных медицинских округов в соответствии с приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацев-

тической деятельности от 22.05.2009 № 197 «О назначении руководителей межрайонных медицинских округов и кураторов муниципальных учреждений здравоохранения» входят от 5 до 15 прилежащих сельских районов (учитывается потребность в оказании медицинской помощи, транспортная доступность до центра округа и непрерывность территории округа). Расстояние от г. Барнаула до центров межрайонных медицинских округов варьируется от 105 (г. Заринск) до 415 км (г. Славгород).

Медицинская помощь в межмуниципальных отделениях (центрах) оказывается населению из прикрепленных районов по профилям: сердечно-сосудистые заболевания, пульмонология, травматология, акушерство, урология, гепатология, служба крови, фтизиатрия и другие.

Специализированную помощь в крае обеспечивают 137 межмуниципальных отделений, 46 межмуниципальных центров, в том числе 5 сосудистых, 4 гемодиализных, 8 акушерских, 10 травмоцентров, 5 центров патологии новорожденных, 3 центра реанимации новорожденных, 1 центр детской хирургии.

Порядок направления (маршрутизации) пациентов для получения специализированной помощи по каждому профилю регламентируются соответствующими приказами Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

Третий уровень – краевой (региональный) для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Высокотехнологичную медицинскую помощь на территории Алтайского края предоставляют 10 медицинских организаций, имеющих лицензии на оказание такой помощи. В ее оказании также принимает участие ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования», расположенный в г. Барнауле.

В настоящее время в поликлиниках 59 центральных районных больниц края внедрена система дистанционной предварительной записи пациентов на консультативные приемы в краевые специализированные медицинские организации. При этом для пациентов из районов Алтайского края первичная специализированная медицинская помощь становится доступной и максимально приближенной: записаться на прием в краевые медицинские организации можно в медицинской организации по месту жительства на удобное время. Доступность электронной записи на прием абсолютно одинакова как для жителей города, так и для жителей села. За 5 лет предварительной записью в краевые специализированные медицинские организации воспользовались около 1 млн. человек, которым проведено более 2,5 млн. консультаций.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с разработанными медико-экономическими стандартами и протоколами ведения больных, что обеспечивает своевременное выявление, качественную подготовку и оказание высокотехнологичной медицинской помощи, последующую реабилитацию и диспансеризацию больных.

Медицинские организации, оказывающие первичную медико-

санитарную помощь, занимаются: выявлением пациентов, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи; подготовкой документов для предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, их своевременным направлением в специализированные медицинские организации или на консультацию к главному внештатному специалисту Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности соответствующего профиля высокотехнологичной медицинской помощи (при отсутствии необходимых специалистов в медицинской организации по месту жительства (или необходимого оборудования) для установления диагноза и определения показаний к проведению высокотехнологичной медицинской помощи; организацией реабилитации и наблюдения за пациентами, получившими высокотехнологичную медицинскую помощь; информированием населения о возможности и доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, осуществляют: консультирование пациентов; проведение дополнительного обследования, необходимого для установления диагноза и определения показаний к проведению высокотехнологичной медицинской помощи; направление пациента в краевую медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, или в Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности (в случае оказания данного вида высокотехнологичной медицинской помощи за пределами края), а также участвуют в процессе выявления пациентов, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, и подготовки медицинских документов.

Краевые медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляют: своевременное оказание высокотехнологичной медицинской помощи пациентам; раннюю реабилитацию после полученной высокотехнологичной медицинской помощи; формируют программы реабилитации пациента после получения высокотехнологичной медицинской помощи (с учетом медико-технологических возможностей медицинских организаций первичного звена) и «листы ожидания высокотехнологичной медицинской помощи» по профилям оказываемой помощи; предоставляют методическую помощь медицинским организациям первичного звена по вопросам выявления и направления пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности осуществляет нормативно-правовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи на территории края; координацию деятельности организаций, главных внештатных специалистов Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности по вопросам организации отбора и оказания гражданам высокотехнологичной медицинской помощи; взаимодействие с Министерством здравоохранения Российской Федерации по данным вопросам; отбор и направление граждан Алтайского края, нуждающихся в оказании высокотех-

нологичной медицинской помощи; взаимодействие с федеральными медицинскими организациями, участвующими в выполнении государственного задания, по вопросам организации оказания жителям Алтайского края высокотехнологичной медицинской помощи; ведение мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных медицинских организациях, а также в краевых медицинских организациях, участвующих в выполнении государственного задания; ведение учета нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи жителей, проживающих на территории Алтайского края, формирование потребности в высокотехнологичной медицинской помощи для жителей Алтайского края.

Созданная в крае врачебно-диспетчерская служба обеспечивает преемственность и этапность оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи. Врачебно-диспетчерская служба осуществляет дистанционное телемедицинское консультирование по основным видам патологии, обеспечивает оказание отдельных видов специализированной помощи с последующим автоматизированным контролем за исполнением рекомендаций краевых специалистов, организует и контролирует перемещение больного по согласованной схеме, координирует работу комплексных врачебных выездных бригад в сельских районах края.

При этом используются возможности региональной компьютерной сети передачи данных, обеспечивается строгое соблюдение порядков и стандартов оказания помощи, комплексность обследования и непрерывность наблюдения пациента в различных организациях здравоохранения, согласованность в работе с другими службами и ведомствами, исключаются дублирующие процедуры, экономятся средства и время пациента, расходы государства на лечение.

Развитие специализированной медицинской помощи в крае связано с созданием принципиально новых организационных структур – медицинских кластеров.

Медицинский кластер – это группа учреждений и организаций, территориально локализованных, взаимосвязанных и дополняющих друг друга в сфере оказания медицинской помощи, деятельность которых основана на согласованных действиях по реализации профильного отбора, лечения, реабилитации, диспансерного наблюдения пациента с целью эффективного восстановления его здоровья.

Кластерный подход при оказании медицинской помощи основан на принципах:

- предоставления пациенту гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи для восстановления здоровья;

- обеспечения комплексности оказания медицинской помощи;

- оптимизации финансовых, временных и ресурсных расходов в процессе восстановления здоровья;

- стандартизации медицинской помощи в процессе восстановления здоровья в соответствии с законодательством Российской Федерации.

На третьем уровне осуществляется организационно-методическое руководство всей системой здравоохранения края и оказание телемедицинских

и выездных консультаций в медицинских организациях первого и второго уровней.

Повышение эффективности управления развитием здравоохранения в Алтайском крае осуществляется в рамках плана мероприятий («дорожной карты»), утвержденного постановлением Администрации Алтайского края от 01.10.2014 № 445 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Алтайском крае», и предусматривает реализацию мероприятий, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи для населения края на основе создания оптимальной структуры и рационального использования ресурсов системы здравоохранения, повышения эффективности работы медицинских организаций и их работников.

Основные проблемы управления здравоохранением в Алтайском крае: низкая адаптивность системы здравоохранения к изменяющимся социально-экономическим условиям;

диспропорции в кадровом обеспечении на всех уровнях системы здравоохранения, в том числе дефицит управленческих кадров;

недостаточное использование инновационных технологий управления; организационные барьеры и дублирование управленческих функций; неальтернативность управленческих решений (отсутствие сценарного планирования);

преобладание краткосрочного (текущего) планирования деятельности; отсутствие конкурентной среды на рынках медицинских услуг, услуг медицинского страхования, труда медицинских работников;

несовершенство нормативно-правовой базы здравоохранения; недостаточный уровень развития системы управления качеством медицинских услуг.

3. Приоритеты региональной политики в сфере управления развитием здравоохранения в Алтайском крае, цели и показатели достижения целей и решения задач, ожидаемые конечные результаты, сроки реализации подпрограммы 11

Приоритетным направлением политики в сфере управления развитием здравоохранения является обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности.

Целью подпрограммы 11 служит повышение эффективности управления развитием здравоохранения в Алтайском крае в результате внедрения инновационных технологий проектного менеджмента и структурных преобразований системы здравоохранения.

Задачи подпрограммы 11:

осуществление структурных преобразований системы здравоохранения Алтайского края;

институциональные преобразования, направленные на создание системы управления качеством медицинских услуг;

совершенствование механизмов взаимодействия между медицинскими

организациями и их подразделениями в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи населению на территории Алтайского края.

Реализацию целей и задач планируется осуществлять путем реализации следующих основных мероприятий:

- развитие службы логистики здравоохранения;
- внедрение инновационных технологий управления;
- привлечение управленческих кадров для организации работы управления, практикующих врачей – для выполнения экспертных функций;
- создание системы мониторинга оптимизации сети медицинских организаций и ресурсного обеспечения системы;
- развитие информационно-аналитической службы управления;
- совершенствование системы межведомственного взаимодействия;
- развитие сотрудничества с институтами гражданского общества;
- внедрение системы оценки качества работы краевых медицинских организаций, определение критериев эффективности работы и введение публичных рейтингов их деятельности.

Реализация подпрограммы 11 планируется в 2014 - 2020 годах.

Реализация мероприятий подпрограммы 11 позволит значительно повысить эффективность управления здравоохранением в Алтайском крае. В результате реализации мероприятий подпрограммы 11 в 2020 году планируется:

доведение доли мероприятий государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года», запланированных на отчетный год, выполненных в полном объеме, до 95 %;

увеличение доли отчетной медицинской документации, представленной в электронном виде в соответствии с едиными стандартами, до 95,0 %;

увеличение доли медицинских организаций, внедривших систему управления качеством медицинских услуг, до 100 %.