



**КОЛЛЕГИЯ
АДМИНИСТРАЦИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от « 28 » февраля 2013 г. № 181-р
г. Кемерово

**Об утверждении регионального плана мероприятий («дорожной карты»)
«Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение
эффективности здравоохранения Кемеровской области»**

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599-р:

1. Утвердить прилагаемый план мероприятий («дорожную карту») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения Кемеровской области».

2. Настоящее распоряжение подлежит опубликованию на сайте «Электронный бюллетень Коллегии Администрации Кемеровской области».

3. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя Губернатора Кемеровской области (по вопросам здравоохранения) А.С. Сергеева.

Губернатор
Кемеровской области



А.М.Тулеев

Утвержден
распоряжением Коллегии
Администрации Кемеровской области
от 28 февраля 2013 г. № 181-р

ПЛАН
мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Кемеровской области»

I. Общее описание «дорожной карты»

Цель «дорожной карты» Кемеровской области

Повышение качества и доступности медицинской помощи населению Кузбасса на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и медицинских работников.

Сеть медицинских организаций

В Кемеровской области организована трехуровневая система оказания медицинской помощи. К первому уровню медицинской помощи, обеспечивающему население первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью, относятся государственные и муниципальные учреждения:

самостоятельные поликлиники для взрослого населения – 7;

поликлиники, входящие в состав больничной организации – 279;

центры общей врачебной практики (юридических лиц) – 2;

общие врачебные практики, входящие в состав объединений – 72;

амбулатории – 72;

участковые больницы – 24;

районные больницы – 1;

фельдшерско-акушерские пункты (фельдшерские пункты) (далее – ФАП, ФП) – 500.

Количество медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, и их мощность соответствуют потребности населения в амбулаторной помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, рассчитанной с учетом численности населения, его плотности, наличию транспортного сообщения между населенными пунктами.

В 2008 году в области проведена оптимизация муниципального здравоохранения путем создания 8 межтерриториальных медицинских объединений (далее – ММО), в состав которых включены системы здравоохранения городских округов и муниципальных районов. При этом

было ликвидировано неравенство в доступности и качестве отдельных видов медицинской помощи для городского и сельского населения, оптимизирована структура медицинской помощи в пользу амбулаторной и стационарозамещающей. Учреждения здравоохранения наиболее крупной территории в ММО выполняют функции межмуниципальных центров.

При организации ММО было образовано 22 межмуниципальных специализированных отделения, 2 консультативно-диагностических амбулаторных отделения для сельских жителей, центр амбулаторной хирургии, 4 выездных консультативных бригады для выездов в сельские населенные пункты.

В 2011-2012 годах значительно улучшилась материально-техническая база амбулаторно-поликлинических учреждений, в том числе оказывающих медицинскую помощь сельскому населению.

В рамках программы модернизации проведены капитальные ремонты в 16 центральных районных больницах (далее – ЦРБ). На эти цели направлено 13 процентов средств, выделенных на модернизацию. В медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь сельскому населению, поставлено 789 единиц современного медицинского оборудования.

Приобретено 8 передвижных ФАП (на базе шасси ПАЗ, КАМАЗ), стоимость каждого из них более 3 млн. рублей. Комплекс оборудован аппаратами УЗИ, ЭКГ, диагностическими наборами для отоларинголога, офтальмолога; гинекологическим креслом, детскими и взрослыми весами. Передвижной ФАП оснащен собственной электростанцией, обогревателем, кондиционером. Для замены аварийных и ветхих ФАП приобретено 5 модульных ФАП, для организации диспансеризации взрослого и детского населения на селе будет приобретено в 2013 году 10 передвижных медицинских комплексов.

В Кемеровской области работают 15 центров здоровья. Центры здоровья функционируют в каждом межтерриториальном медицинском объединении, что дает возможность сельским жителям пройти комплексное обследование, получить квалифицированную консультацию по здоровому образу жизни. Организованы 189 «домовых хозяйств» первичной помощи в населенных пунктах с малой численностью населения (менее 100 человек).

Традиционно консультативная специализированная помощь для всего населения области и муниципальных образований преимущественно севера области оказывается в государственных учреждениях областного центра, для территорий юга Кузбасса – в клинических муниципальных организациях г. Новокузнецка.

Консультативные поликлиники и консультативно-диагностические центры функционируют также в муниципальных медицинских организациях гг. Анжеро-Судженска, Белово, Кемерово, Междуреченска, Прокопьевска. Консультативную помощь в них получают жители собственной территории и территорий, входящих в ММО.

В рамках региональной адресной программы «Формирование здорового образа жизни населения и комплексная профилактика неинфекционных

заболеваний в Кемеровской области» на 2013-2017 годы в 2013 году проводится диспансеризация населения определенных возрастных групп, в том числе и сельского населения. В 2013 году планируется провести диспансеризацию 41,3 тыс. сельских жителей (30 процентов от числа подлежащих).

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, организовано 82 подразделения неотложной медицинской помощи, работающих во взаимодействии с диспетчерской службой скорой медицинской помощи территории.

Постоянно совершенствуются выездные формы работы. По отдельным профилям (проктология, нейрохирургия, сосудистая хирургия, челюстно-лицевая хирургия, сурдология) организуются индивидуальные выезды специалистов в ЦРБ, куда приглашаются пациенты из прилежащих территорий. Комплексные бригады формируются из 2-3 специалистов по смежным профилям (кардиолог-невролог-эндокринолог; кардиолог-невролог-аллерголог) для проведения консультативных приемов на базе ЦРБ. Специализированные бригады в составе 3-4 специалистов проводят приемы пациентов, особенно льготных категорий, на базе амбулаторий, ФАП. Формируются профильные бригады в составе трансплантологов, профпатологов.

В 2012 году областными специалистами на выездах оказана консультативная помощь 29 тыс. сельским жителям. Специалистами центральных районных больниц осматривается около 82 тыс. селян.

С 2008 года ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» осуществляет патронирование пациентов с хроническими заболеваниями, проживающих в сельских населенных пунктах, получивших ранее стационарную помощь в условиях больницы.

В области широко развита сеть дневных стационаров всех видов, стационаров на дому. В 2012 году объем помощи по стационарозамещающим технологиям составил 0,8 койко/дня на 1 жителя, что на 27 процентов выше норматива, установленного программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов.

С целью упорядочения в преемственности лечения пациентов между поликлиникой и стационаром в 2013 году департаментом охраны здоровья населения утвержден порядок направления пациентов на плановую госпитализацию в медицинские организации Кемеровской области, предусматривающий распределение плановых объемов стационарной помощи в рамках межтерриториальных потоков.

В 2012 году на базе двух «пилотных» медицинских организаций (МБУЗ «Городская больница № 1», г. Прокопьевск, МБУЗ «Центральная районная больница Тисульского района») реализован проект – организация парагоспитальной службы: отделений коррекции неотложных состояний, службы маршрутизации, патронажной службы. Проведены кустовые

семинары с руководителями городского и районного здравоохранения. В текущем году работа в этом направлении продолжается.

Проведена полная замена автомобилей скорой медицинской помощи на новые стандартные автомобили, полученные в рамках национального проекта «Здоровье». Все автомобили оснащены аппаратурой ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS. Сельское население имеет возможность записаться на прием к врачам центральных районных больниц и областных медицинских организаций через сеть «Интернет» и инфоматы.

В области действует следующий порядок вызовов скорой медицинской помощи (далее – СМП). На каждой станции (отделении) скорой медицинской помощи городов области имеется оперативный отдел, который осуществляет прием вызовов СМП и руководство бригадами скорой медицинской помощи в режиме реального времени. В Кемеровской области создана единая диспетчерская служба (далее – ЕДС) с телефоном «112», при необходимости вызова бригады СМП (если это невозможно сделать по телефону «03») вызывающий может обратиться в ЕДС, вызов будет передан на станцию (отделение) скорой медицинской помощи.

В зависимости от мощности стационаров, оказывающих специализированную медицинскую помощь, кадрового потенциала, оснащения медицинским оборудованием, наличия межмуниципальных специализированных центров или отделений стационары второго уровня подразделены на подуровни 2А и 2Б.

К медицинским организациям подуровня 2А отнесена 41 медицинская организация, в том числе муниципальных – 40, государственная – 1, к медицинским организациям подуровня 2Б – 35 медицинских организаций, в том числе муниципальных – 28, федеральных – 2, негосударственных – 5.

К третьему уровню отнесены медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по высоким технологиям, являющиеся конечным этапом в лечении больных, проживающих в регионе, всего 16 медицинских организаций, в том числе государственных – 6, муниципальных – 7, федеральных – 3.

Схемы оказания медицинской помощи и маршрутизации пациентов по профилям: кардиологическому, неврологическому, акушерско-гинекологическому, неонатальному, травматологическому, онкологическому, фтизиатрическому – утверждены постановлениями Коллегии Администрации Кемеровской области от 18.03.2011 № 101 «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Кемеровской области на 2011-2012 годы», от 13.07.2010 № 308 «Об утверждении региональной адресной программы «Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями на территории Кемеровской области».

С 2008 года оптимизировано оказание медицинской помощи в стационарных условиях на основе реструктуризации коечного фонда медицинских организаций и интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, а также развития стационарозамещающих технологий.

В результате организации межтерриториальных медицинских объединений было сокращено 2557 круглосуточных коек. Обеспеченность койками сократилась с 92,6 на 10 тыс. человек населения до 83,6. Были ликвидированы неэффективные расходы в здравоохранении.

В течение 2011-2012 годов по сравнению с 2010 годом произошло сокращение коек:

детских аллергологических – 39;
для беременных и рожениц – 6;
патологии беременности – 90;
дерматовенерологических – 165;
инфекционных – 105;
кардиологических для взрослых – 31;
наркологических – 85;
терапевтических общих – 42;
офтальмологических – 26;
психиатрических детских – 85 и т.д.

При этом увеличено число коек:

гинекологических – на 35;
гастроэнтерологических – на 11;
геронтологических – на 24;
неврологических для взрослых и детей – на 156;
онкологических – на 69;
педиатрических – на 101;
пульмонологических детских – на 42;
реабилитационных – на 48;
травматологических для взрослых – на 25;
хирургических – на 75 и т.д.

В целом по сравнению с 2010 годом число коек в круглосуточных стационарах сократилось на 172.

В 2012 году реорганизована МБУЗ Центральная районная больница Ленинск-Кузнецкого муниципального района с передачей коечного фонда в медицинские организации городского округа Ленинска-Кузнецкого и организацией госпитализации сельских жителей в городские медицинские организации.

В 2013 году планируется открытие 1 регионального сосудистого центра в г. Новокузнецке и 4 первичных сосудистых центров. Таким образом, медицинская помощь больным с острой сосудистой патологией будет оказываться в 2 региональных и 6 первичных сосудистых центра.

В 2011-2012 годах в 71 стационаре внедрено 126 федеральных стандартов оказания медицинской помощи, в том числе в 2012 году – 121 стандарт; по федеральным стандартам пролечено около 43,0 тыс. больных.

Высокотехнологичная медицинская помощь населению области оказывается по федеральным квотам (пролечен в 2012 году 6731 человек).

Медицинская реабилитация в области осуществляется на I этапе в отделениях реанимации и профильных специализированных отделениях больниц, II этап реабилитации осуществляется в 7 многопрофильных медицинских организациях, где развернуто 378 реабилитационных коек (1,4 койки на 10,0 тыс. человек населения). III этап медицинской реабилитации осуществляется в амбулаторно-поликлинических учреждениях, санаторно-курортные организации.

В поликлиниках функционируют 50 отделений и 383 кабинета.

Реабилитационная помощь оказывается также выездными бригадами.

На территории Кемеровской области расположено 53 санаторно-курортных учреждения различной ведомственной подчиненности, в том числе 9 санаториев для взрослых, 18 детских санаториев, 26 санаториев-профилакториев, 1 санаторно-оздоровительный лагерь.

В санаторно-курортных учреждениях оздоравливается ежегодно около 100 тыс. пациентов.

В соответствии с региональной адресной программой «Развитие медицинской реабилитации в Кемеровской области» на 2013-2017 годы (далее – программа) планируется организовать 2 методических центра для оказания методической помощи по организации медицинской реабилитации: для доработки нормативной базы, маршрутов пациентов, внедрения новых методов лечения, разработки системы оценки деятельности реабилитационных центров. Планируется оптимизировать структуру реабилитационной помощи – открыть при многопрофильных больницах 175 коек по профилям: заболевания центральной нервной системы – 40 коек; заболевания опорно-двигательного аппарата – 30 коек; кардиологические заболевания – 30 коек; болезни перинатального периода – 65 коек; онкологические заболевания – 20 коек.

В области планируется строительство реабилитационного центра для больных с болезнями системы кровообращения на 240 коек.

В 2013-2014 годах при амбулаторно-поликлинических учреждениях будет открыто 11 отделений восстановительного лечения, 14 кабинетов реабилитации. Реабилитационный центр, отделения и кабинеты восстановительного лечения будут оснащены необходимым оборудованием в соответствии с Порядком организации медицинской помощи по медицинской реабилитации, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В рамках структурных преобразований системы оказания медицинской помощи матерям и детям предусматривается совершенствование службы родовспоможения и детства.

В 2010 году в области открыт областной перинатальный центр на 165 коек. В г. Новокузнецке функционирует муниципальное учреждение «Зональный перинатальный центр» для населения южных территорий Кузбасса.

Проводится неонатальный, аудиологический скрининг, пренатальная диагностика врожденных нарушений развития в первом триместре

беременности. Внедрена диагностика и лечение ретинопатии недоношенных

В области работают 4 выездных консультативных реанимационных неонатологических бригады, оснащенные реанимобилями для новорожденных, 2 акушерско-анестезиологических бригады. С 2001 года на базе ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» работает областной центр интенсивной терапии акушерской полиорганной недостаточности.

В целях повышения качества оказания помощи новорожденным и женщинам в период беременности и родов создан обучающий (симуляционный) центр по подготовке кадров акушерского профиля на базе государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Кемеровская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации. В женских консультациях внедрена компьютерная программа мониторинга всех беременных женщин.

В 2013 году будет продолжена работа по организации и совершенствованию трехуровневой системы оказания акушеро-гинекологической и педиатрической помощи, внедрения маршрутных листов по различным педиатрическим профилям.

Планируется к открытию 2 отделения (кабинета) катamnестического наблюдения для детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, 2 отделения паллиативной помощи детям, 25 коек реабилитации для детей.

Оптимизация оказания медицинской помощи в области проходит в условиях дефицита медицинских кадров. В 2012 году обеспеченность медицинских организаций врачами составила 35,6 на 10,0 тыс. населения; обеспеченность средним медицинским персоналом – 88,2 на 10,0 тыс. населения.

В муниципальных образованиях имеется двухкратное отклонение от средней величины обеспеченности врачами.

Обеспеченность врачами клинических специальностей – 22,3 на 10 тыс. населения. Дефицит врачей и среднего медицинского персонала отмечается во всех типах медицинских организаций и на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Дефицит врачей, рассчитанный на основе определения оптимальной численности врачебных кадров, необходимой для обеспечения объемов медицинской помощи, предусмотренных Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, – 3835 человек (31,5 процента), в том числе для оказания стационарной помощи – 1097.

Дефицит средних медицинских работников – 13826 человек.

Учитывая, что около 18 процентов врачей – в возрасте 60 лет и старше, ежегодная убыль врачей не полностью компенсируется притоком молодых специалистов в медицинские организации. В последующие годы (2013-2018) дефицит врачей будет сокращаться – с 31,5 процента в 2012 году до

22 процентов в 2018 году; дефицит среднего медицинского персонала сократится с 35,7 процента в 2012 году до 25,6 процента в 2018 году.

С 38,6 процента до 33 процента сократится дефицит младшего медицинского персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг.

Привлечению и закреплению медицинских кадров в медицинских организациях будет способствовать поэтапное повышение их заработной платы. Уже в 2013 году соотношение средней заработной платы медицинских работников и средней заработной платы в Кемеровской области составит: у врачей – 129,7 процента; у среднего медицинского персонала – 75,6 процента; младшего медицинского персонала – 50,1 процента.

В 2017 году соотношение средней заработной платы медицинских работников средней заработной платы по области достигнет целевого значения – 200 процентов у врачей; 100 процентов – у среднего и младшего медицинского персонала.

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов утверждена Законом Кемеровской области от 27.12.2012 № 122-ОЗ.

Объемы медицинской помощи по профилям отделений стационара и врачебным специальностям в амбулаторно-поликлинических учреждениях определены федеральными нормативами и численностью населения, подлежащего обязательному медицинскому страхованию.

Объемы бесплатной медицинской помощи определены из следующих нормативов:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2013 – 2015 годы – 0,318 вызова на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2013 год – 2,44 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС) – 2,09 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 2,64 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 2,24 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,7 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 2,3 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2013 год – 2,1 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 1,9 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 2,15 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,2 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 2 обращения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках территориальной программы ОМС на 2013 год – 0,36 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 0,46 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2013 год – 0,63 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 0,54 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, 2014 год – 0,665 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 0,55 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 0,71 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 0,59 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год – 2,398 койко-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 1,8 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 2,398 койко-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 1,69 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,35 койко-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 1,62 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год – 0,077 койко-дня на 1 жителя, на 2014 год – 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2015 год – 0,112 койко-дня на 1 жителя.

Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования), включается в средние нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований областного бюджета и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом Кемеровской области органов местного самоуправления государственным полномочием Кемеровской области по организации оказания медицинской помощи).

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи на 2013 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС – 1505,4 рубля, сверх базовой программы ОМС – 1278,8 рубля;

на 1 посещение с профилактической целью за счет средств соответствующего бюджета 343,9 рубля, за счет средств ОМС – 307,2 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания за счет средств соответствующего бюджета – 1003,3 рубля, за счет средств ОМС – 917,5 рубля;

на 1 посещение по неотложной помощи за счет средств ОМС – 402,3 рубля;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующего бюджета – 539,7 рубля, за счет средств ОМС – 660,9 рубля (без учета экстракорпорального оплодотворения);

на 1 случай экстракорпорального оплодотворения – 125379,6 рубля;

на 1 койко-день лечения в стационаре за счет средств соответствующего бюджета – 1692,8 рубля, за счет средств ОМС – 2297,5 рубля;

на 1 койко-день паллиативной медицинской помощи за счет средств соответствующего бюджета – 1537,1 рубля.

В 2014-2015 годах стоимость вызова скорой медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и сверх базовой программы ОМС не изменится.

Финансовые затраты из средств ОМС составят:

на 1 посещение с профилактической целью – 375,7 рубля в 2014 году, 411,1 рубля – в 2015 году;

на 1 обращение по поводу заболевания – 1095,7 рубля в 2014 году, 1198,1 рубля – в 2015 году;

на 1 посещение по неотложной помощи – 481 рубль в 2014 году, 526,2 руб. – на 2015 год;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров – 707,1 рубля в 2014 году, 742,4 рубля – в 2015 году;

на 1 случай экстракорпорального оплодотворения – 133468,6 рубля в 2014 году, 141557,6 рубля – в 2015 году;

на 1 койко-день лечения в стационаре – 2620,6 рубля в 2014 году, 3522,9 рубля в 2015 году.

Средние подушевые нормативы финансирования составляют: в 2013 году – 10079,9 рубля; в 2014 году – 10825,9 рубля; в 2015 году – 12907,3 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования в 2013 году – 7714,4 рубля; в 2014 году – 8729,8 рубля, в 2015 году – 8729,8 рубля.

В Кемеровской области предусматривается:

сокращение объема стационарной помощи к 2018 году до 2,332 койко-дня на 1 жителя в год;

увеличение объема помощи в дневных стационарах всех типов до 0,87 процента пациенто-дней на 1 жителя;

сокращение объема скорой медицинской помощи до 0,31 вызовов на 1 жителя в год;

увеличение объема неотложной медицинской помощи до 0,960 посещения на 1 жителя;

увеличение объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью, до 2,8 посещения на 1 жителя в год.

Сокращение объема стационарной помощи будет сопровождаться повышением эффективности использования койки: число дней занятости койки к 2018 году увеличится с 331,4 дня в 2012 году до 332 дней; средняя длительность лечения больных в стационаре сократится с 13,1 дня до 11,7.

Доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий сократится с 58,4 процента до 50,3 процента, на оказание скорой медицинской помощи с 5,2 процента до 5,1 процента, а доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях увеличится с 30,2 процента до 31,7 процента. Почти в два раза, с 4,6 процента до 9,0 процента, увеличится доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров.

На территории Кемеровской области в рамках обязательного медицинского страхования действует единая система оплаты медицинских услуг, ориентированная на обеспечение реализации гарантий, определенных территориальной программой ОМС, в условиях максимально эффективного расходования финансовых средств.

Система оплаты медицинской помощи способствует решению двух основных задач: обеспечивает предсказуемость затрат на медицинскую помощь и стимулирует оптимизацию структуры медицинской помощи, ресурсосбережение: смещение объема помощи на амбулаторный этап, сокращение длительности пребывания в стационаре и др.

Финансирование медицинских организаций (подразделений), предоставляющих амбулаторную помощь, производится по подушевому нормативу на комплексную амбулаторную услугу. Подушевой норматив финансирования на комплексную амбулаторную услугу предусматривает оплату собственной деятельности поликлиники, а также внешних консультаций и обследований, оказанных застрахованным прикрепленным гражданам на амбулаторном этапе. Начисление (расчет) подушевого норматива для поликлинических учреждений выполняется централизованно Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Кемеровской области (далее – ТФОМС) на основании базы застрахованных. В региональном сегменте базы застрахованных граждан содержится в полном объеме информация о прикреплении застрахованных к амбулаторным медицинским организациям. Страховые медицинские организации (далее – СМО) и медицинские организации (далее – МО) постоянно обмениваются информацией о прикрепленном населении. Если медицинские организации владеют информацией о фактическом прикреплении застрахованных (выборе МО), то СМО имеют также информацию о застрахованных, которые должны быть прикреплены к медицинской организации по территориальному принципу, но реально свой выбор еще не сделали. Информация о застрахованных от СМО поступает в ТФОМС в ежедневном режиме, является актуальной, и выполняемый ТФОМС расчет гарантирует достоверность. При расчете подушевого норматива учитываются взаиморасчеты между поликлиниками, которые

возникают в случаях, когда застрахованный обратился за медицинской помощью не по месту прикрепления.

Для стимулирования поликлиник к оказанию качественной медицинской помощи и обеспечению ее доступности введена система взаиморасчетов между медицинскими учреждениями за амбулаторную помощь, оказанную вне поликлиники прикрепления. Для реализации взаиморасчетов утверждены тарифы на посещения к специалистам и медицинские услуги. При расчете суммы финансирования поликлиники учитывается уровень выполнения плана посещений самой поликлиникой, а также стоимость медицинской помощи, оказанной прикрепленным застрахованным гражданам в других поликлиниках. Таким образом, при создании конкуренции среди медицинских организаций при наименее затратном подушевом финансировании достигаются две цели: предсказуемость затрат и стимулирование поликлиник к развитию профилактической помощи.

С 2013 года в целях совершенствования системы оплаты медицинской помощи вводится ежемесячная стимулирующая доплата поликлиникам за выполнение клинических и статистических индикаторов. Размер доплаты составляет 15 процентов от начисленного подушевого норматива. Состав клинических и статистических индикаторов различен для оценки ежемесячных и ежеквартальных результатов. В течение 2013-2015 годов состав индикаторов будет меняться в зависимости от текущих целей развития здравоохранения. В настоящий момент основным приоритетом выбрана доступность и качество медицинской помощи.

Также дополнительно за выполненные объемы финансируются три направления:

диспансеризация населения (за законченный случай);

неотложная помощь (за случай);

выявление онкозаболеваний на ранних стадиях по направлениям первичного звена.

Дополнительное выделение средств будет способствовать активному увеличению объемов по данным направлениям.

В целях повышения доступности медицинской помощи с 2013 года осуществляется разработка тарифов для оплаты выездных бригад врачей-специалистов. Данная форма работы предлагается не только для ведущих областных учреждений, но также и для муниципальных медицинских организаций, являющихся межмуниципальными центрами.

Финансирование по подушевому нормативу дополняется расчетами по фондодержанию для ряда медицинских организаций, в этом случае расчеты дополняются информацией об оказанной прикрепленным стационарной помощи. При фондодержании средства передаются поликлинике по подушевому нормативу на каждого прикрепленного человека, включающему затраты на амбулаторную, стационарную помощь и стационарозамещающие технологии. Поликлиника получает средства и право управления ими для расчетов за предоставляемые прикрепленному населению услуги

консультативно-диагностических и больничных организаций. Учреждение – фондодержатель заинтересовано в рациональном расходовании финансовых средств, поскольку часть экономии этих средств может использоваться на экономическое и социальное развитие учреждения и материальное стимулирование сотрудников. Таким образом, экономический интерес каждого в комплексе медицинских учреждений сочетается с ответственностью за результаты деятельности. Создается возможность гармонизировать интересы всех участников в эффективном и качественном предоставлении медицинской помощи.

С 2014 года планируется внедрение фондодержания для всех амбулаторных учреждений. С 2015 расчет дохода фондодержателя будет производиться с учетом затрат на оказание скорой медицинской помощи.

Скорая медицинская помощь оплачивается по подушевому нормативу с учетом выполнения плана вызовов в пределах коридора риска. Основной задачей 2013 года является организация персонифицированного учета пролеченных и отработка механизмов максимальной идентификации пролеченных в момент обращения за медицинской помощью. В 2014 году на основе собранных персонифицированных данных будут разработаны унифицированные подходы к дифференциации подушевых нормативов с учетом особенностей транспортной доступности, сложности вызовов и т.п.

Отсутствие роста числа вызовов на ССМП является одним из индикаторов эффективности и влияет на размер ежемесячной стимулирующей доплаты поликлиникам за выполнение клинических и статистических показателей. Между ССМП также проводятся взаиморасчеты.

Стационарозамещающие виды помощи оплачиваются за случай лечения в рамках согласованных объемов. Увеличение объемов стационарозамещающих технологий считается целесообразным при одновременном сокращении объемов стационарной помощи. Решение об увеличении объемов принимается комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом достигнутого уровня госпитализации на территории и экспертизы обоснованности госпитализаций в дневной стационар, проведенной страховой медицинской организацией. В целях оптимизации расходов на оказание медицинской помощи департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области (далее – ДОЗН) устанавливаются показания к оказанию помощи в дневном стационаре.

С 2014 года планируется оплата стационарозамещающих видов медицинской помощи за случай лечения по клинико-статистическим группам. Также в течение периода реализации программы должны получить широкое развитие центры амбулаторной хирургии, хирургии одного дня. Планируется открытие специальных отделений на базе всех хирургических стационаров. Помимо амбулаторных операций данные подразделения могут продолжать ведение больных, прооперированных в стационаре и выписанных на амбулаторный этап.

При оплате стационарной помощи с 2013 года используется метод оплаты законченных случаев лечения по клинико-статистическим группам. Данный способ оплаты реализуется в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России. Традиционно в области широко применяется система детального перспективного планирования. Оплата медицинской помощи по клинико-статистическим группам (далее – КСГ) дополнена полным спектром планирования. Для всех медицинских организаций одновременно с разработкой территориальной программы государственных гарантий разрабатываются задания на оказание медицинской помощи. Задание утверждается на год в разрезе видов помощи по объемным и финансовым показателям, отдельно на застрахованных граждан в Кемеровской области и инообластных граждан. При планировании учитываются взаиморасчеты с другими учреждениями, доход медицинской организации определяется на основе планируемой структуры госпитализаций по КСГ. Для формирования заданий в соответствии с контрольными значениями территориальной программы обязательного медицинского страхования используется специально разработанное программное обеспечение, позволяющее осуществлять взаимодействие в режиме удаленного доступа. Расчет стоимости задания выполняется на основании утвержденных тарифов в сфере обязательного медицинского страхования. После завершения расчетов контролируется соответствие стоимости заданий общей стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В рамках совершенствования стационарной помощи продолжится отработка механизмов взаимодействия между стационарами с последующим проведением взаиморасчетов через систему обязательного медицинского страхования. В настоящий момент реализованы взаиморасчеты за оказание диагностических услуг между стационарами, требуют дополнительной проработки взаимодействие стационаров по привлечению оперирующих хирургов для выполнения плановых операций.

Реализация мероприятий, направленных на повышение эффективности здравоохранения, позволит увеличить продолжительность жизни кузбассовцев при рождении к 2018 году до 73 лет, общая смертность населения сократится до 12 случаев на 1000 человек населения; материнская смертность – до 14 случаев на 100 тыс. родившихся живыми; младенческая смертность до 7,4 случая на 1000 родившихся живыми.

Снизится на 11 процентов смертность населения в трудоспособном возрасте, в том числе от управляемых причин.

Медицинская помощь населению Кузбасса станет более доступной и качественной.

Наименование целевого показателя	Единица измерения	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год
1	2	3	4	5	6	7	8
Показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи							
1. Доля расходов на оказание скорой медицинской помощи вне медицинских организаций от всех расходов на Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Территориальная программа)	процентов	4,8	4,9	4,9	4,8	4,7	4,6
2. Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на Территориальную программу	процентов	27,8	28,0	29,6	30,9	31,3	32,2
3. Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на Территориальную программу	процентов	1,4	1,6	2,0	2,5	3,1	3,9
4. Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на Территориальную программу	процентов	6,9	7,3	7,7	8,2	8,5	9,0
5. Доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на Территориальную программу	процентов	59,1	58,2	55,8	53,6	52,4	50,3

1	2	3	4	5	6	7	8
6. Доля медицинских и фармацевтических работников, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Кемеровской области, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации государственной и муниципальной систем здравоохранения Кемеровской области	процентов	90	93	95	97	99	100
7. Доля аккредитованных специалистов	процентов	-	-	-	-	20	40
8. Обеспеченность населения врачами*	на 10 тыс. населения	42,7	43,3	44,0	44,7	45,3	46,0
9. Соотношение «врачи/средний медперсонал»	человек	1/2,2	1/2,3	1/2,4	1/2,5	1/2,6	1/2,7
10. Соотношение средней заработной платы врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее профессиональное образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и средней заработной платы в Кемеровской области в 2012-2018 годах (агрегированные значения)	процентов	129,7	130,7	137,0	159,6	200,0	200,0
11. Соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Кемеровской области в 2012-2018 годах (агрегированные значения)	процентов	75,6	76,2	79,3	86,3	100	100

1	2	3	4	5	6	7	8
12. Соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Кемеровской области в 2012-2018 годах (агрегированные значения)	процентов	50,1	51	52,4	70,5	100	100
13. Число дней занятости койки в году	дней	331,4	331,5	331,6	331,7	331,8	332
14. Средняя длительность лечения больного в стационаре	дней	12,9	12,5	12,0	11,9	11,8	11,7
15. Доля врачей первичного звена от общего числа врачей	процентов	59,0	60,0	61,0	61,9	62,9	63,9
16. Доля пациентов, доставленных по экстренным показаниям, от общего числа пациентов, пролеченных в стационарных условиях	процентов	63,8	60,1	56,3	52,5	48,8	45,0
Основные показатели здоровья населения							
17. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	лет	67,8	69	69,7	70,5	72	73
18. Смертность от всех причин	на 1000 населения	14,1	14	13,9	13,8	13,5	12
19. Материнская смертность	случаев на 100 тыс. родившихся живыми	14,3	14,2	14,2	14,1	14,1	14,0
20. Младенческая смертность	случаев на 1000 родившихся живыми	8,9	8,5	8,2	8,1	7,7	7,4

1	2	3	4	5	6	7	8
21. Смертность детей в возрасте 0-17 лет	случаев на 10000 населения соответствующего возраста	9,9	9,6	9,2	8,9	8,5	8,1
22. Смертность от болезней системы кровообращения	на 100 тыс. населения	730,0	725,0	700,0	685,2	661,1	649,4
23. Смертность от дорожно-транспортных происшествий	на 100 тыс. населения	11,0	10,8	10,6	10,4	10,2	10,0
24. Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)	на 100 тыс. населения	220,9	218,2	215,6	214,2	211,7	195,0
25. Смертность от туберкулеза	на 100 тыс. населения	30,0	29,0	27,7	25,9	24,2	23,5
26. Заболеваемость туберкулезом	на 100 тыс. населения	128,0	114,4	100,8	87,2	73,6	60,0
27. Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут	процентов	88,0	90,0	92,0	92,1	92,2	92,3

II. План мероприятий

Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат
1	2	3	4
Формирование эффективной структуры здравоохранения Кемеровской области			
1. Анализ итогов реализации Программы модернизации здравоохранения Кемеровской области на 2011-2012 годы	11 марта 2013 г.	ДОЗН	<p>Анализ итогов модернизации здравоохранения Кемеровской области с точки зрения соотношения инвестиций и улучшения состояния здоровья населения Кемеровской области.</p> <p>Представление результатов анализа итогов реализации Программы модернизации здравоохранения Кемеровской области на 2011-2012 годы в Минздрав России</p>
2. Анализ соответствия структуры расходов по условиям и формам оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации целевой структуре расходов на здравоохранение, определенной на 2018 год распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599-р	11 марта 2013 г.	ДОЗН	<p>Анализ соответствия структуры расходов по условиям и формам оказания медицинской помощи в Кемеровской области целевой структуре расходов на здравоохранение, определенной на 2018 год распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599-р.</p> <p>Определение приоритетных направлений деятельности по формированию сбалансированной по видам и условиям оказания медицинской помощи.</p> <p>Представление результатов анализа в Минздрав России</p>

1	2	3	4
3. Анализ соответствия штатной численности персонала медицинских организаций Кемеровской области и муниципальных образований порядкам оказания медицинской помощи	11 марта 2013 г.	ДОЗН	Определение дефицита (избытка) работников в штате медицинских организаций Кемеровской области с точки зрения соответствия порядкам оказания медицинской помощи. Представление в Минздрав России результатов анализа
4. Анализ соответствия материально-технического оснащения медицинских организаций Кемеровской области и муниципальных образований порядкам оказания медицинской помощи	20 марта 2013 г.	ДОЗН	Определение дефицита (избытка) материально-технического оснащения медицинских организаций Кемеровской области с точки зрения соответствия порядкам оказания медицинской помощи. Представление в Минздрав России результатов анализа
5. Анализ соответствия нормативов обеспечения льготных категорий граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, стандартам оказания медицинской помощи	20 марта 2013 г.	ДОЗН	Анализ обеспечения льготной категории граждан лекарственными средствами и медицинскими изделиями. Выявление необеспеченной потребности. Представление в Минздрав России результатов анализа соответствия нормативов обеспечения льготной категории граждан лекарственными средствами и медицинскими изделиями стандартам оказания медицинской помощи

1	2	3	4
6. Разработка региональной концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения	1 апреля 2013 г.	ДОЗН	<p>Утверждение региональной концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.</p> <p>Привлечение негосударственных организаций к оказанию медицинской помощи в соответствии с моделью ресурсного обеспечения системы здравоохранения Кемеровской области</p>
6.1. Разработка региональной концепции	15 марта 2013 г.		
6.2. Проведение обсуждения региональной концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения с общественными организациями, ассоциациями, медицинской общественностью	25 марта 2013 г.		
6.3. Утверждение региональной концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения постановлением Коллегии Администрации Кемеровской области	1 апреля 2013 г.		
7. Формирование модели ресурсного обеспечения системы здравоохранения Кемеровской области	1 апреля 2013 г.	ДОЗН	<p>Модель ресурсного обеспечения системы здравоохранения Кемеровской области, способствующей доступности целевых показателей, структурных преобразований и индикаторов здоровья.</p> <p>Внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС</p>
7.1. Разработка структуры финансирования медицинской помощи в разрезе источников, видов и объемов медицинской помощи	20 марта 2013 г.		

1	2	3	4
7.2. Разработка структуры финансирования обеспечения населения лекарственными средствами и медицинскими изделиями для льготных категорий граждан	20 марта 2013 г.		
8. Разработка программы развития здравоохранения Кемеровской области с учетом государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	1 мая 2013 г.	ДОЗН	<p>Утверждение программы развития здравоохранения Кемеровской области до 2020 года, направленной на повышение качества и доступности медицинской помощи на основе повышения деятельности медицинских организаций и медицинских работников, учитывающей заболеваемость и смертность населения, а также состояние инфраструктуры учреждений здравоохранения.</p> <p>Оптимизация структуры оказания медицинской помощи, способствующая привлечению средств на повышение заработной платы медицинских работников</p>
8.1. Разработка подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»	15 апреля 2013 г.		
8.2. Разработка подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»	15 апреля 2013 г.		
8.3. Разработка подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка»	15 апреля 2013 г.		
8.4. Разработка подпрограммы «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»	15 апреля 2013 г.		

1	2	3	4
Формирование эффективной системы управления оказанием медицинской помощи в медицинских организациях Кемеровской области			
9. Разработка и утверждение показателей эффективности деятельности критериев оценки медицинских организаций Кемеровской области, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, руководителей и работников государственных и муниципальных медицинских организаций Кемеровской области	2 декабря 2013 г.	ДОЗН	Построение системы оценки деятельности медицинских организаций, их руководителей и работников, основанной на единых принципах. Создание условий для соответствия квалификации медицинских работников профессиональным стандартам
9.1. Разработка показателей эффективности деятельности для учреждений всех видов собственности амбулаторного и стационарного типа, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи	1 ноября 2013 г.		
9.2. Разработка критериев оценки руководителей государственных и муниципальных медицинских организаций	10 ноября 2013 г.		

1	2	3	4
<p>9.3. Разработка критериев оценки всех категорий медицинских работников государственных и муниципальных медицинских организаций: врачей (по специальности); среднего медицинского персонала; младшего медицинского персонала</p>	<p>10 ноября 2013 г.</p>		
<p>10. Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации медицинских работников</p>	<p>ежегодно</p>	<p>ДОЗН</p>	<p>Создание условий для соответствия квалификации медицинских работников профессиональным стандартам. Сохранение и развитие кадрового потенциала системы здравоохранения в Кемеровской области, преодоление негативной тенденции оттока медицинских кадров в трудоспособном возрасте</p>
<p>10.1. Проведение работы по укреплению партнерства в области подготовки, последипломного образования медицинских кадров для региона</p>			
<p>10.2. Совершенствование механизмов и условий целевого приема абитуриентов в образовательные учреждения среднего и высшего профессионального образования с целью последующего их трудоустройства в медицинские организации Кемеровской области</p>			
<p>10.3. Подготовка врачей и средних медицинских работников: по программе послевузовского профессионального образования (интернатура, ординатура) целевая подготовка;</p>			

1	2	3	4
по программам повышения квалификации с указанием продолжительности подготовки; по программам профессиональной подготовки			
10.4. Создание условий для непрерывного обучения медицинского персонала			
11. Заключение трудовых договоров, дополнительных соглашений с руководителями государственных и муниципальных медицинских организаций на основе типовой формы, утверждаемой Правительством Российской Федерации в соответствии со статьей 275 Трудового кодекса Российской Федерации	2 декабря 2013 г.	ДОЗН	Создание условий для повышения эффективности работы административно-управленческого персонала
12. Обучение руководителей (ответственных работников) по переводу на эффективный контракт работников медицинских организаций Кемеровской области	2 декабря 2013 г.	ДОЗН	Создание условий для перевода медицинских работников на эффективный контракт
13. Обеспечение перевода работников государственных и муниципальных медицинских организаций на эффективный контракт	ежегодно	ДОЗН	Обеспечение перехода медицинских организаций на эффективный контракт, стимулирующий улучшение количественных и качественных показателей деятельности медицинского персонала

1	2	3	4
14. Обеспечение дифференциации оплаты труда основного и прочего персонала медицинских организаций, оптимизация расходов на административно-управленческий персонал с учетом предельной доли расходов на оплату их труда в фонде оплаты труда учреждения не более 40 процентов	ежегодно	ДОЗН	Создание условий для повышения эффективности работы административно-управленческого персонала
Реализация Программы развития здравоохранения Кемеровской области до 2020 года			
15. Мероприятия по проведению организационных изменений в структуре медицинских организаций Кемеровской области в соответствии с утвержденной Программой развития здравоохранения Кемеровской области до 2020 года	2013-2015 годы	ДОЗН	Реализации структурных преобразований системы оказания медицинской помощи в части организационных изменений в структуре медицинских организаций в Кемеровской области, направленных на повышение эффективности системы здравоохранения в соответствии с утвержденной Программой развития здравоохранения Кемеровской области до 2020 года
16. Координация работы органов местного самоуправления и руководителей государственных медицинских организаций по достижению целевых показателей и индикаторов развития здравоохранения с привлечением областного межведомственного совета	ежегодно	ДОЗН	Достижение целевых показателей и индикаторов развития здравоохранения Кемеровской области

1	2	3	4
<p>по управлению качеством медицинской помощи; открытого совета при департаменте охраны здоровья населения Кемеровской области; областной санитарно-противоэпидемической комиссии; межведомственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту</p>			
<p>17. Мониторинг мероприятий, направленных на повышение эффективности и качества услуг в сфере здравоохранения</p>	ежегодно	ДОЗН	Выполнение плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения Кемеровской области
<p>18. Формирование независимой оценки качества работы медицинских организаций, включая критерии эффективности работы таких организаций, и введение публичных рейтингов их деятельности</p>	ежегодно	ДОЗН	Повышение информированности потребителей о качестве медицинских услуг и стимулирования повышения качества работы медицинских организаций
<p>19. Аккредитация медицинских работников</p>	с 2016 года	ДОЗН	Подтверждение соответствия квалификации и качества работы медицинских работников профессиональным стандартам

