

ИТОГИ РАБОТЫ МУНИЦИПАЛЬНОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «КЕМЕРОВСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» за 2014 год

MUNICIPAL BUDGETARY INSTITUTION KEMEROVO CARDIOLOGY DISPENSARY. RESULTS in 2014

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Муниципальное бюджетное учреждение «Кемеровский кардиологический диспансер» (ККД) основано в 1990 г. Учредителем ККД является муниципальное образование город Кемерово. Организационно-методическое руководство учреждения осуществляет управление здравоохранения администрации города Кемерово. Имущество за ККД закреплено на праве оперативного управления и является муниципальной собственностью. Учреждение создано с целью удовлетворения общественной потребности в медицинском обслуживании граждан – оказание консультативно-диагностической и лечебной медицинской помощи населению на основе высокоэффективных медицинских технологий.

ЗАДАЧИ

1. Оказание амбулаторно-поликлинической первичной медико-санитарной помощи населению Рудничного района г. Кемерово и иному прикрепленному населению.

2. Оказание амбулаторной консультативно-диагностической и стационарной специализированной медицинской помощи при ССЗ населению г. Кемерово и Кемеровской области.

3. Восстановительное лечение (реабилитация) больных трудоспособного возраста, перенесших острый ИМ, нестабильную стенокардию, оперативные вмешательства на сердце.

С 1994 г. управление учреждением осуществляется двумя руководителями: генеральным директором и главным врачом. В соответствии с Уставом ККД генеральный директор и главный врач по вопросам, отнесенным законодательством РФ и настоящим Уставом к их компетенции, действуют на принципах единоначалия.

Генеральный директор действует без доверенности от имени Учреждения, представляет его интересы в государственных и муниципальных органах власти и управления, предприятиях, организациях всех форм собственности на территории РФ и за ее пределами, распоряжается имуществом Учреждения, заключает договоры финансово-хозяйственной деятельности, оперативного управ-

ления и другие, выдает доверенности, утверждает структуру, штатное расписание и план финансово-хозяйственной деятельности Учреждения, издает приказы, распоряжения и дает указания, обязательные для всех работников Учреждения.

Главный врач выполняет следующие функции и обязанности по организации и обеспечению деятельности Учреждения, а именно: непосредственно отвечает за постановку в Учреждении лечебно-диагностического, педагогического процессов, организацию научных исследований, самостоятельно осуществляет прием и увольнение медицинских и научных работников, заключает и расторгает с ними трудовые договоры, налагает взыскания и выносит поощрения, определяет кадровую политику Учреждения.

Организационная структура ККД представлена амбулаторно-поликлинической службой (АПС) (территориальной поликлиникой на 19 врачебных участков; женской консультацией на шесть врачебных участков; кардиологической поликлиникой на 19 кардиологических приемов; один прием кардиолога-аритмолога; два приема сердечно-сосудистого хирурга; один – детского кардиолога; нейрососудистым центром на четыре приема ангионевролога) и специализированным стационаром мощностью 355 коек.

ШТАТЫ, КАДРЫ

Штатная численность учреждения – 1 744 ставки, в том числе 402,75 (23 %) – врачи, 546,25 (31,3 %) – медицинские сестры; 316,25 (18,1 %) – младший медперсонал, 476 (27,3 %) – прочие. Общая штатная численность в сравнении с 2013 г. уменьшилась на 36 единиц, в том числе врачебные должности – на 20,75. Физические лица составили 915 (924 – 2013 г.), их них врачи – 191, средний медицинский персонал – 283, младший медицинский персонал – 129, прочий персонал – 312.

Укомплектованность кадрами в целом по учреждению – 60,6 % (52,1 % в 2013 г.), коэффициент совместительства – 1,9. Укомплектованность врачебными кадрами – 65,8 %; кадрами среднего медицинского персонала – 54,5 %. Показатель укомплектованности врачебными кадрами: по АПС – 84,8 % (79 % – 2013 г.), стационару –

64,5 % (38 % – 2014 г.), диагностическим и лечебно-вспомогательным подразделениям – 72,2 % (40 % – 2013 г.). Самый низкий уровень укомплектованности врачами в отделениях нейрохирургии (35 %), кардиологии и ОРИТ (45,3 %) и в общей врачебной практике (50 %).

Показатель укомплектованности кадрами среднего медицинского персонала по амбулаторно-поликлинической службе – 53,5 % (55 % – 2013 г.), стационару – 63,8 % (58 % – 2013 г.), диагностическим и лечебно-вспомогательным подразделениям – 62,7 % (47 % – 2013 г.).

Среди врачебного персонала специалисты со стажем до 5 лет составляют 29 %; от 6 до 10 лет – 24 %; от 11 до 25 лет – 36 %; свыше 25 лет – 11 %. Удельный вес врачей пенсионного возраста – 26 %.

Из общего числа врачей имеют сертификаты специалистов – 191 (100 %); аттестованы – 113 (59 % от общей численности, от числа подлежащих аттестации – 81 %). Ученую степень имеют 23 врача (2 доктора медицинских наук и 21 кандидат медицинских наук).

ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ККД

Кассовые доходы увеличились к уровню 2013 г. на 107 млн рублей, или 17,7 %. Основную долю доходов составили доходы по обязательному медицинскому страхованию – 82,3 % (рис. 1).

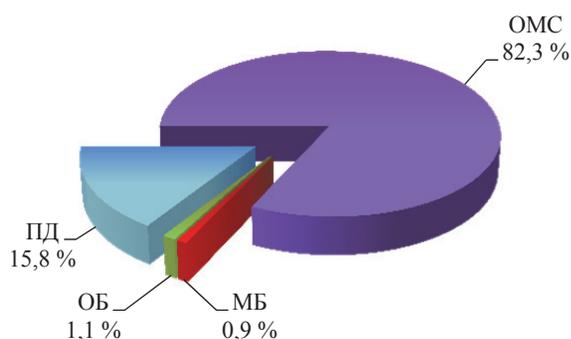


Рис. 1. Структура доходов в 2014 г.

Фактические доходы по ОМС выше уровня 2013 г. на 125,7 млн рублей, или 28,4 % (табл. 1).

Таблица 1

Динамика доходов по ОМС (тыс. руб.)

2014 г.	2013 г.	2012 г.	Отклонение к уровню 2013 г.	Темп роста, %
567 780,76	442 087,5	242 572,0	125 693,26	28,4

Увеличение фактических доходов в 2014 г. связано с введением в систему ОМС реабилитации

и высокотехнологичной медицинской помощи. Соответственно, доходы за счет бюджета снизились.

Частичный переход оплаты высокотехнологичной медицинской помощи (нейрохирургия) в систему ОМС привел к снижению доходов местного и областного бюджетов (рис. 2).

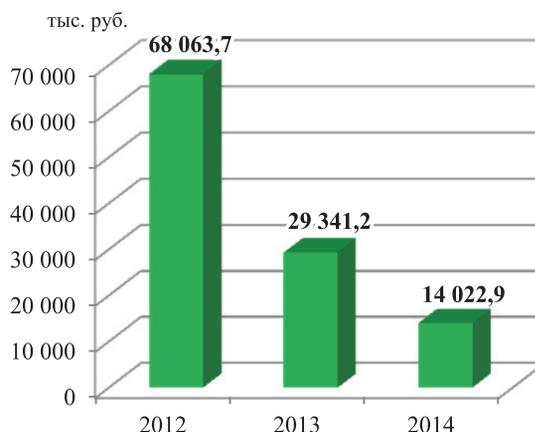


Рис. 2. Доходы за счет средств бюджета

Снижение доходов по иной приносящей доход деятельности (ИПДД) связано с тем, что в 2013 г. по данному источнику финансирования отражались средства областного бюджета за реализацию путевок на реабилитацию. В отчетном периоде этот вид медицинской помощи оплачивался за счет средств ОМС (табл. 2).

Таблица 2

Фактический доход от иной приносящей доход деятельности (тыс. руб.)				
2014 г.	2013 г.	2012 г.	Отклонение к уровню 2013 г.	Темп роста, %
103 516,23	113 770,30	136 199,70	-10 254,07	-9,01

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ККД в 2014 г.

Амбулаторно-поликлиническая помощь

Демография

Численность прикрепленного населения возросла до 37 661 человека (37 132 – в 2013 г.) в том числе трудоспособное население – 25 886, лица нетрудоспособного возраста – 11 775.

Общая заболеваемость прикрепленного населения 2014 г. была несколько ниже в сравнении с показателем 2013 г. (1 883,5 и 1 943,1 соответственно) и оставалась ниже уровня 2011 г. (1 910,0). Первичная заболеваемость в 2014 г. имела тенденцию к снижению – 530,2 на 1 тыс. населения (659,0 – в 2013 г.).

В структуре общей заболеваемости за 2012–2014 гг. наиболее высок уровень БСК (24 %), на втором месте – уровень заболеваемости костно-мышечной системы (14 %) и органов дыхания (13 %). Отмечается устойчивое снижение уровня заболеваемости БСК в течение последних трех лет – с 503,8 до 418,4 случая на 1 тыс. населения. Умеренный рост заболеваемости отмечен в группе болезней ЖКТ с 166 до 192,2 случая на 1 тыс. населения (табл. 3).

Таблица 3

Структура заболеваемости прикрепленного населения в 2012–2014 гг.

Структура общей заболеваемости	2012	2013	2014
Болезни органов кровообращения	503,8	465,5	418,4
Болезни КМС	218,2	276,3	265,3
Болезни органов дыхания	245,2	256,1	227,6
Болезни ЖКТ	166,4	204,2	192,2
Болезни МПС	210,8	182,5	221,0

Примечание. КМС – костно-мышечная система, ЖКТ – желудочно-кишечный тракт, МПС – мочеполовая система.

В структуре первичной заболеваемости лидируют болезни органов дыхания, в основном вирусные (34,6 %), на втором месте – заболевания мочеполовой системы (13,3 %) и на третьем – БСК (7,9 %).

Среди прикрепленного населения за 2014 г. зарегистрировано 635 случаев смерти. В структуре причин смертности населения в течение многих лет сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующей причиной, подавляющее большинство умерших от ССЗ старше 80 лет (41,8 % умерших от ССЗ в 2014 г.). На втором месте по частоте – смерть от онкозаболеваний, доля смертности в течение последних трех лет выросла от 18 до 22,5 %, на третьем месте смерть от внешних причин (около 15,7–16,9 % случаев). Несколько выросла в течение последних двух лет доля смертей от заболеваний ЖКТ (4,7–5,9 %) за счет возросшего в 2013–2014 гг. числа смертей от цирроза печени. Болезни органов дыхания среди причин смерти составляли около 4,2–4,8 %, занимая 5-е место по частоте (табл. 4).

Таблица 5

Выполнение муниципального заказа АПС (посещения) в 2013–2014 гг.

Показатель	Территориальная поликлиника		Нейрососудистый центр		Кардиологическая поликлиника		Всего по АПС	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
План	188 485	185 658	12 816	12 155	70 252	72 382	271 526	270 195
Факт	194 091	192 831	12 892	12 345	78 257	73 032	285 240	278 208
%	103,4	103,8	100,6	101,5	105,5	100,9	105	102,9

Таблица 4

Показатели смертности среди прикрепленного населения в 2012–2014 гг. (случай/процент)

Причина	2012	2013	2014
Общая	569 (100)	665 (100)	635 (100)
В том числе:			
болезни органов кровообращения	202 (35,5)	301 (45,3)	218 (34,3)
онкозаболевания	102 (18)	132 (19,6)	143 (22,5)
внешние (травмы, отравления и др.)	96 (16,8)	113 (16,9)	100 (15,7)
болезни органов пищеварения	22 (3,9)	39 (5,9)	30 (4,7)
болезни органов дыхания	13 (2,3)	32 (4,8)	27 (4,2)

В структуре причин смертности трудоспособного населения лидирующими являются внешние причины: 34 % от общего числа умерших.

Вторая по частоте причина – смерть от сердечно-сосудистых заболеваний (21,2 %), отмечается некоторое снижение доли смертности от ССЗ в сравнении с уровнем 2012 г.; на третьем месте онкозаболевания (19 %), что соответствует уровню 2012 г.; на четвертом – инфекционные болезни (туберкулез, ВИЧ, сепсис неуточненной этиологии), в этой группе отмечается значительный рост смертности (с 6,5 % в 2012 г. до 12,4 % в 2014 г.). При анализе причин смерти в последней группе выявляется повышение смертности от ВИЧ-инфекции и сепсиса в 2013 и 2014 гг.

Все случаи перинатальной смертности не предотвратимы на этапе наблюдения в консультации.

Деятельность амбулаторно-поликлинической службы

Отмечается выполнение плановых показателей по посещениям в подразделениях АПС (табл. 5).

В 2013–2014 гг. наблюдается значительный рост удельного веса профилактических посещений за счет увеличения объема диспансерных и профилактических осмотров прикрепленного населения. С 31,5 % в 2012 г. до 53,5 % в 2014 г. (табл. 6).

Таблица 6

**Посещения прикрепленного населения
в 2012–2014 гг.**

Посещения	2012	2013	2014
Всего	75 002	78 059	75 378
Профилактические	28 229 (31,5 %)	28 586 (36,6 %)	40 317 (53,5 %)
По поводу заболеваний	46 773	49 473	35 061
Неотложные	–	4 354	6 874
На одного жителя в год	2,5	2,14	2,04

План дополнительной диспансеризации выполнен на 100 % (осмотрено 3 800 пациентов при плане 3 800).

Отмечалась положительная динамика показателей доступности амбулаторно-поликлинической помощи – сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме врачами-специалистами, сократились в сравнении с 2013 г. на один день и не превышали в среднем 3,5 дня.

На диспансерном учете у врачей-терапевтов в 2014 г. состояли 15 843 пациента, или 423,7 на тысячу населения (в 2013 г. – 14 952, или 402,7 на тысячу населения (+12,3 %).

В дневном стационаре получили лечение 1 019 пациентов (407 – в 2013 г.). Такое увеличение объемов связано с организацией дневного стационара в кардиологической поликлинике и центре амбулаторной сосудистой хирургии для неприкрепленного населения. В стационаре на дому получили лечение 54 пациента.

Стационарная помощь

Всего в 2014 г. функционировало 355 коек. Структура коечного фонда представлена на рисунке 3.



Рис. 3. Структура коечного фонда

Выбыло 10 668 пациентов (10 535 – в 2013 г.). Функция госпитальной койки в целом по медицинской организации составила 352 (в 2013 г. – 333,1); оборот койки – 34,2 (31,4 – в 2013 г.); средняя длительность лечения – 10,3 дня (10,6 – в 2013 г.). Выполнение плана, установленного муниципальным заданием:

- по законченным случаям лечения – 103 % (в 2013 г. – 104,5 %);
- по основному объемному показателю (койко-дни) – 104 % (в 2013 г. – 100,5 %).

Хозрасчетная деятельность стационара характеризовалась снижением относительно 2013 г. количества пролеченных пациентов: 2014 г. – 2 652 (78 коек), 2013 г. – 2 853 (113 коек). Однако в связи с индексацией цен эффективность этой деятельности была выше и отразилась в увеличении дохода по стационарным подразделениям.

Структура потоков стационарной помощи в 2014 г. характеризовалась увеличением доли иногородних и инообластных пациентов и сложилась следующим образом: жители г. Кемерово – 56 % (59 % – 2013 г.); жители Кемеровской области – 41 % (39 % – в 2013 г.), инообластные – 3 % (2 % – в 2013 г.).

Основные результаты деятельности ККД при оказании помощи больным с ОКС представлены в таблице 7.

Таблица 7

**Показатели стационарной помощи
при ОКС (2012–2014 гг.)**

Показатель	2012	2013	2014
Всего пациентов с ОКС	2 829	3 051	4 065
Количество пролеченных с нестабильной стенокардией	1 607	1 957	2 935
Количество пролеченных с первичным инфарктом	878	846	860
Количество пролеченных с повторным инфарктом	344	248	270
ТЛТ у пациентов с ИМ (абс.)	30	60	40
ЧКВ при ОКС (абс.)	905	668	1058
Летальность в группе ИМ, %	9,49	8,23	8,67
Летальность при ЧКВ (ОКС), %	4,3	3,3	4,3
Досуточная летальность при ИМ, %	2,5	2,46	4

В динамике снизились число госпитализированных с ИМ, повторным ИМ, госпитальная летальность при ИМ.

Основные результаты деятельности ККД при оказании помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) представлены в таблице 8.

Таблица 8

Показатели стационарной помощи при ОНМК (2012–2014 гг.)

Показатель	2012	2013	2014
Пролечено больных с ТИА	214	154	194
Пролечено больных с ишемическим инсультом	712	748	828
Пролечено больных с геморрагическим инсультом	50	94	96
ТЛТ при ишемическом инсульте, %	15	16	24
ТЛТ к числу больных, госпитализированных в «терапевтическое окно», %	16,8	16,6	23,3
Клиническое улучшение	10	13	20
Госпитальная летальность, %	9,3	9	6
Досуточная летальность, %	10,3	5,8	1,1

Возросло количество тромболизиса при ишемическом инсульте, частота клинического улучшения при тромболитической терапии, снизилась госпитальная летальность при ОНМК, в том числе и досуточная.

Результаты деятельности нейрохирургического отделения (НХО) ККД представлены в таблице 9.

Таблица 9

Выполненные в НХО операции (2012–2014 гг.)

Операция	2012	2013	2014
Клипирование аневризм интракраниальных артерий	41	45	50
Эндоваскулярная эмболизация аневризм	4	9	2
Резекция АВМ	16	7	3
Краниопластика	11	10	1
Удаление внутримозговой гематомы	39	14	27
Удаление грыжи шейного диска	7	10	6
Удаление грыжи поясничного диска	51	93	70
Вентрикулоперитонеальное шунтирование	3	3	2
Удаление опухоли головного мозга	30	23	20
Удаление опухоли спинного мозга	3	2	2
Каротидная эндартерэктомия	81	109	234
Экстра-, интракраниальный микрососудистый анастомоз	10	5	1
Стентирование стенозов ВСА	3	14	3
Вертебропластика	3	–	1

В 2014 г. выполнено 422 оперативных вмешательства (327 – в 2013 г.). Хирургическая активность в НХО составила 69,4 % и была максимальной за годы существования отделения (2013 г. – 54,09 %, 2012 г. – 47,1 %), так же как и количество

операций на одного хирурга – 60,3 (в 2013 г. – 48,1, в 2012 г. – 50). Послеоперационная летальность достигла 4,5 % (2013 г. – 3,56 %, 2012 г. – 4,66 %). В структуре проведенных операций преобладали вмешательства при каротидных стенозах.

Хирургическая деятельность кабинета рентгенхирургических методов диагностики и лечения (РХМДиЛ) характеризовалась дальнейшим наращиванием объема выполняемых диагностических вмешательств, ЧКВ со стентированием при ОКС, а также использованием трансрадиального доступа в подавляющем большинстве случаев диагностики и лечения. В 2014 г. интервал времени «дверь – баллон» составил 32 минуты (табл. 10).

Таблица 10

Показатели деятельности отделения РХМДиЛ (2012–2014 гг.)

Показатель	2012	2013	2014
Коронарография	2 213	1 977	2 798
Баллонная ангиопластика	49	33	76
Стентирование коронарных артерий	856	677	939
Стентирование ВСА	4	15	7
Эмболизация аневризм головного мозга	4	7	2
Летальность при лечебных чрескожных коронарных вмешательствах (ЧКВ) (%)	40 (4,37)	23 (3,14)	46 (4,53)
ЧКВ при ИМ с подъемом сегмента ST (%)	476 (52,5)	411 (57,9)	540 (53,3)
ЧКВ при ИМ без подъема сегмента ST (%)	149 (16,5)	120 (16,9)	163 (16)
ЧКВ при нестабильной стенокардии (%)	280 (31)	179 (25,2)	312 (30,7)
ЧКВ при поражении ствола ЛКА (%)	29 (3,2)	12 (1,7)	34 (3,3)
ЧКВ при использовании ВАБК (%)	52 (5,7)	22 (3,1)	38 (3,7)
Трансрадиальный доступ при КГ, %	32,8	60	78,7
Трансрадиальный доступ при ЧКВ, %	39,4	76	90

ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ККД является базовым учреждением Кузбасского кардиологического центра, объединившего на функциональной основе муниципальное бюджетное учреждение (ККД), федеральное бюджетное научное учреждение (НИИ КПССЗ) и кафедру кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Кемеровской государственной медицинской академии.

Основными направлениями интеграции в 2014 г. стали:

1. Обеспечение процесса оказания медицинской помощи квалифицированными кадрами.

2. Расширение диагностических возможностей при оказании медицинской помощи пациентам в ККД.

3. Выполнение высокотехнологичных вмешательств и внедрение новых научно обоснованных методов лечения.

4. Формирование приоритета здорового образа жизни и приверженности к выполнению врачебных рекомендаций пациентов ККД.

5. Обеспечение доступности и качества медицинской помощи.

Интеграция кадрового потенциала обеспечивает занятость штатных должностей ККД за счет совместителей (31 % врачебного персонала ККД – совместители НИИ), а также высокий уровень профессиональной подготовки врачей-специалистов. Так, 29 врачей ККД (15 %) имеют ученую степень кандидата или доктора медицинских наук.

Интеграция усилий ККД и НИИ КПССЗ обеспечила для пациентов в ККД следующие возможности:

1. **В диагностике:** выполнение рентгенодиагностических вмешательств в круглосуточном режиме, перфузионной сцинтиграфии и МР-перфузии миокарда; использование метабологафа для мониторинга пациентов в критическом состоянии; мониторинг нейромышечной проводимости (прибор TOF – Guard) для управляемой миоплегии при проведении нейрохирургических операций; экспресс-анализ кардиомаркеров и маркеров тромбоза RAMP Clinical Reader; низкочастотную пьезотромбоэластографию; лабораторное тестирование дисфункции тромбоцитов в связи с приемом аспирина и варфарина.

2. **В лечении:** применение эндоваскулярной эмболизации артериальных аневризм головного мозга в остром периоде терапевтической гипотермии для лечения внутримозговой гипертензии, энтероматов для энтеральной нутритивной поддержки маловесных пациентов в практике детской кардиологии; использование новых пероральных антикоагулянтов (ривароксбан) для лечения ТЭЛА в остром периоде, ангиокса у пациентов в остром периоде инфаркта миокарда при операциях ангиопластики и стентирования коронарных артерий.

В 2014 г. благодаря интеграции учреждений выполнено четыре операции многососудистого стентирования при ОКС с поддержкой ЭКМО, десять экстренных КШ в первые сутки ИМ, в том числе и пациенту с кардиогенным шоком. Развивает-

ся хирургия тромбоэмболии легочных артерий. Взаимодействие с НИИ позволяет своевременно оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь при нарушениях ритма и проводимости пациентам, госпитализированным в ККД в экстренном порядке.

В динамике за три года, во многом благодаря кадровому сотрудничеству учреждений, взаимодействию с использованием единой диагностической базы, технологических и методологических возможностей НИИ, в ККД значительно выросли объемы инвазивной диагностики ИБС, а также высокотехнологичных оперативных вмешательств (1027 – в 2012 г., 864 – 2013 г., 1 299 – 2014 г.).

Интеграция учреждений здравоохранения муниципального и федерального уровня, науки и образования обеспечивает управление качеством медицинской помощи путем непрерывного мониторинга факторов лечебно-диагностического процесса, анализа результатов оказания медицинской помощи и проведения мероприятий, направленных на совершенствование элементов этой системы.

Текущий контроль качества медицинской помощи при ОКС осуществляется на общих утренних врачебных конференциях, еженедельных общепольничных конференциях, плановых клинических обходах с участием врачей, заведующих отделений, научных сотрудников НИИ КПССЗ, студентов медицинской академии.

В рамках реализации федерально-образовательной программы КОКС в мае 2014 г. на базе ККД впервые состоялся мастер-класс «Образовательная программа для специалистов мультидисциплинарных бригад сосудистых центров», в котором приняли участие более 165 специалистов (врачи-неврологи, реаниматологи, специалисты ЛФК, логопеды, психологи, физиотерапевты, медсестры, пациенты и родственники пациентов из Кемерова и Кемеровской области).

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ

ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МБУЗ «ККД» в 2014 г.

1. Обеспечение финансовой стабильности ККД:
 - выполнение планов муниципального задания;
 - снижение дебиторской и кредиторской задолженностей;
 - выполнение требований по увеличению средней заработной платы сотрудников.
2. Модернизация центра детской кардиологии, неврологического и кардиологического отделений:
 - развитие управленческих технологий на основе требований ИСО 9001-2008;

- развитие стационарозамещающих технологий: в дневном стационаре при ССЗ, в кардиологической поликлинике и центре амбулаторной хирургии, открытие центра амбулаторной гинекологии.

**ОСНОВНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МБУЗ «ККД» в 2015 г.**

1. Внедрение системы менеджмента качества стандарта ISO 9001-2008.

2. Улучшение качества медицинской помощи, на основе совершенствования системы экспертизы.

3. Обеспечение финансовой стабильности и совершенствование системы ресурсного обеспечения.

4. Развитие взаимодействия с медицинскими организациями первого и второго уровней путем внедрения телемедицинских технологий, мониторинга ОКС, активизации «выездной работы».

5. Развитие профилактической направленности амбулаторно-поликлинической службы (выполнение планов диспансеризации, развитие автоматизированной системы на основе рискометрии, новые обучающие программы, стационар на дому).

6. Развитие деятельности центра амбулаторной хирургии, стационарозамещающих технологий в поликлинике и стационаре.

7. Развитие реабилитации (увеличение объемов, внедрение нейрореабилитации в загородной зоне, внедрение новых подходов к амбулаторной реабилитации).