Программа модернизации здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа на 2011 -2012 гг.

Директор департамента: Е.Г. Зуйков

Законопроекты, направленные на модернизацию системы здравоохранения

Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»

Внесен Правительством Российской Федерации

ПРЕДУСМОТРЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ С 3,1% ДО 5,1%

Проект Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Усиление гарантий прав граждан

- Получение медицинской помощи на основе федеральных стандартов.
- Выбор страховой медицинской организации и её замена.
- Выбор медицинской организации и врача в любой медицинской организации, работающей в системе ОМС.
- Полис единого образца, не требующий замены при смене страховой медицинской организации и места жительства, действующий на всей территории РФ.
- Реализация экстерриториального принципа оказания медицинской помощи.
- Территориальные программы ОМС разрабатываются и реализуются в соответствии с федеральными требованиями.

Укрепление финансовых основ системы обязательного медицинского страхования

- Увеличение тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование с 3,1% до 5,1%, что увеличит доходы системы ОМС в 1,7 раза.
- Установление минимального размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан федеральным законом.
- Установление ответственности за нарушение сроков и порядка уплаты страховых взносов на неработающее население.
- Законодательное установление требований к формированию и расходованию средств страховых резервов.

Улучшение качества и доступности медицинской помощи

- Свободное вхождение в систему ОМС медицинских организаций любой формы собственности.
- Одноканальное финансирование оказанной медицинской помощи с оплатой по полному тарифу за законченный случай.
- Установление порядка экспертизы и контроля качества оказанной медицинской помощи.

Обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации

- Модернизация инфраструктуры ЛПУ.
- Внедрение современных информационных систем здравоохранения.
- Внедрение стандартов оказания медицинской помощи, в том числе установление дополнительных государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи неработающим пенсионерам.

Проект Федерального закона «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»

Проектом закона обеспечивается усиление ответственности органов государственной власти за обеспечение охраны здоровья граждан и оказание медицинской помощи:

- полномочия по организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи граждан закрепляются за органами государственной власти субъектов РФ

- полномочия по организации и осуществлению контроля за соответствием качества и безопасности оказываемой медицинской помощи, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, донорской крови и ее компонентов установленным порядкам, стандартам и техническим регламентам закрепляются за федеральными органами исполнительной власти

- исключено закрепление вида медицинской помощи за уровнем государственного управления или местного самоуправления.

Проектом закона регулируются вопросы, связанные с организацией санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, паллиативной помощи, медицинской помощи гражданам при чрезвычайных ситуациях и

Проект Федерального закона «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»

Вводятся нормы, которые устанавливают ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников

Определяются права и обязанности медицинских организаций.

Медицинские учреждения должны будут осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, профессиональными стандартами, техническими регламентами по обеспечению качества, эффективности и безопасности медицинских изделий, санитарного законодательства.

Нововведением является обязанность медицинских организаций страховать гражданскую ответственность перед пациентами.

В законопроекте представлены разграничения порядков предоставления платных медицинских услуг и бесплатной медицинской помощи.

Информационная система должна обеспечить учет деятельности в сфере охраны здоровья граждан, в том числе персонифицированный учет оказанных услуг.

Проект федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами»

Цель законопроекта – создание эффективного, доступного для населения механизма возмещения вреда, причинённого жизни или здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи в любой медицинской организации, независимо от её организационно-правовой формы и формы собственности

- Принятие данного проекта позволит каждому пациенту, вред здоровью которого причинен при оказании медицинской помощи, получить надлежащее материальное возмещение вне зависимости от вины медицинских работников.

- От пациента не потребуется уплаты каких-либо денег на его страхование:

страховать каждого пациента будет сама медицинская организация за свой счет.

- Установление юридического факта нанесения вреда жизни и здоровью пациента будет производиться не самими врачами, а независимыми комиссиями на местах, в состав которых на паритетных началах, наряду с представителями медико-социальной экспертизы и органов государственного надзора в сфере здравоохранения, войдут и представители общественных организаций по защите прав пациентов.

Формирование программы модернизации здравоохранения на уровне субъекта

Территориально-географическое расположение Ямало-Ненецкого автономного округа.

Состояние здоровья населения и системы здравоохранения.

ЯМАЛО-НЕНЕЦКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ

Площадь территории 750 тыс. кв. км.

50% территории расположена за Полярным кругом

Плотность проживания населения 0,7 человек на 1 кв.км.

-зима длится 7-8 месяцев

Отсутствие транспортной инфраструктуры.

Разобщённость, удалённость и длительная изоляция населённых пунктов.

В округе проживает 546,0 тыс. человек, из них
85% городское население,
15% сельские жители.

17 тыс. населения ведут кочевой образ жизни, из них 4000 детей, в т. ч. 500 детей до года.

Ямало-Ненецкий автономный округ охватывает территорию **750 тыс. кв.км**. Протяженность территории **с запада на восток 1130 км, с севера на юг более 1238 км**. К районом Крайнего Севера и приравненным к ним местностям относится 100 % территории округа, чуть менее половины находится за пределами Полярного круга. За пределами 68 параллели отсутствует связь и навигационные возможности.

В состав автономного округа входит 58 административно-территориальных единиц. Население в 2009 году составляло 546 тыс. человек. На территории округа проживает более **35 тыс.** населения относящегося к коренным и малочисленным народам Севера более **17 тыс. из которых ведут кочевой образ жизни, в т.ч. около 4 тыс. детей и 500 детей до года.**

Анализ состояния здоровья населения и системы здравоохранения округа

Показатель рождаемости составил 15,1 на 1000 населения. Динамика роста за последние пять лет, составила 11 %.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Рождаемость, на 1000 населения	13,6	13,2	14,2	14,5	15,1

Показатель общей смертности населения составил 5,3 на 1000 населения. Динамика снижения за последние пять лет, составила 8,8%.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Общая смертность, на 100 тыс. населения	588,0	561,2	543,2	544,7	536,4

Средняя продолжительность жизни, которая составила в 2009 году 71,3 года, увеличилась за последние пять лет на 4,5%.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Средняя ожидаемая продолжительность жизни, лет	68,2	68,9	70,2	70,3	71,3

Основной причиной смертности, как и в целом по стране, остаются болезни системы кровообращения, с показателем уровня пятилетней давности 21,2 на 10 тыс. нас., (по РФ-83,5), и удельным весом 38,5% практически не изменившимся за последние пять лет (по РФ-56,9 %).

На втором месте - несчастные случаи, отравления и травмы с удельным весом чуть более 23% (по РФ – 12,5%) и показателем 12,5 на 10 тыс. нас., (по РФ -17,2). Снижение показателя за последние пять лет составило 23,0 %.

На третьем месте - смертность от новообразований, составляющая 15 % в структуре смертности (по РФ-13,8%) и показателем 7,9 на 10 тыс. нас., (по РФ – 20,3). За последние 5 лет значение показателя смертности от новообразований увеличилось на 4%.

Динамика смертности по основным нозологиям

Показатель на 100 тыс. населения	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Смертность от болезней системы кровообращения	215,5	216,4	195,6	209,8	212,4
Смертность от злокачественных новообразований	76,5	80,9	81,0	79,9	79,6
Смертность от травм, отравлений и последствий внешних причин	163,185	141,597	140,386	125,738	125,851

Длительность одного случая нетрудоспособности составила 13,4 дня. Динамика снижения за последние пять лет составила 3,3%.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Длительность одного случая нетрудоспособности, дни	13,9	13,7	13,7	13,9	13,4

Первичная инвалидность всего населения составила 27,4 на 10 тыс. населения. Динамика снижения в сравнении с 2005 годом составила 40,6%.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Первичная инвалидность на 10 тыс. населения	588,0	561,2	543,2	544,7	536,4

Младенческая смертность снизилась в сравнении с 2005 годом на 6,1% и составила 10,6 на 1000 родившихся живыми.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми	12,2	13	13,3	11,366	10,674

Перинатальная смертность продолжила уменьшаться и составила 5,9 промилле. Динамика снижения составила 2005 года более 40 %.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Перинатальная смертность (мертворожденные и умершие до седьмого дня жизни на 1000 родившихся живыми и мёртвыми)	8,5	9,9	7,2	6,18	5,91

Заболеваемость и обеспеченность населения врачами

Показатель	ЯНАО	РФ
Заболеваемость на 100 тыс. населения	192 251,5	160 724,6
Обеспеченность врачами, на 10 тыс. населения	40,6	44,1

- **Заболеваемость населения превышает среднероссийский показатель на 16,3%. Заболеваемость связана, в т.ч. и с проживанием в экстремальных условиях Крайнего Севера.**

- **В 2009 году зарегистрирована динамика снижения первичной заболеваемости населения в сравнении с 2005 годом на 0,9%.**

Динамика заболеваемости всего населения

(на 100 000 человек населения)

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Заболеваемость на 100 тыс. населения	194072,6	193810,3	194011,7	196617,6	192251,5

Коечный фонд и рациональность его использования

Показатель	ЯНАО	РФ
Обеспеченность койками на 10 тыс. населения	93,0	90,1
Работа койки в году, дни	318	325

- С учётом корректирующего коэффициента для региона (1,137) обеспеченность койками не превышает нормативного значения.
- Площадь территории, температурный режим, труднодоступность и длительная изоляция населённых пунктов, ограничивают эффективность использования коечного фонда .
- За последние пять лет обеспеченность круглосуточными койками уменьшилась на 14,6%, занятость койки в году увеличилась на 10,8%.

Динамика обеспеченности круглосуточными койками и её основных показателей

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Обеспеченность круглосуточными койками, на 10 тыс. населения	115,5	103,5	102,2	99,3	93
Работа койки в году, дни	287	283	291	291	318
Средняя длительность пребывания на больного на койке, дни	12,0	11,5	11,6	11,6	11,6

здравоохранения уровню и структуре заболеваемости

Существует проблема кадров – врачи в возрасте 50 и более лет – 40%, в сельской местности более 50%.

Уровень смертности на селе в 1,8 раза выше, чем в городе и составляет 81,3 на 10 тыс. жителей села.

В структуре смертности трудоспособного населения на селе: на первом месте травмы и отравления с удельным весом 34,5%, на втором сердечнососудистые заболевания с удельным весом 30% и на третьем месте онкологические заболевания 12,6%.

Младенческая смертность на селе превышает окружной показатель в 3-5 раз, в то время, как в гг. Ноябрьск и Новый Уренгой, где проживает до 40% жителей округа показатель младенческой смертности составляет 3,8 и 2,9 соответственно.

Проблемы оказания специализированной санитарно-авиационной медицинской помощи.

Не осуществляются полёты в ночное время.
Не все вертолётные площадки оборудованы в должной мере или отсутствуют.

Проблема плановой работы с населением отдалённых посёлков и тундровым населением, специализированной санитарно-авиационной медицинской помощью не решается.

В течение 2009 года санитарной авиацией было сделано 973 вылета.
Вывезено по экстренным показаниям 2405 больных.
санитарной авиационной помощи составили – 311 054 тыс. руб.

Не охвачена связью территория за 68 параллелью.

Основной негатив по обеспеченности ресурсами здравоохранения приходится на учреждения сельского здравоохранения.

Обеспеченность круглосуточными койками выше чем в целом по округу.

Основные показатели работы койки неудовлетворительные.

Территория	Обеспеченность койками, на 10 тыс. населения	Работа койки в году	Уровень госпитализации	Длительность пребывания больного на койке
Шурышкарский район	114,8	303,3	35,74	9,7
Приуральский район	132,1	308,3	36,49	11,1
Красноселькупский район	120,6	334,2	38,79	10,4
Ямальский район	95,0	348,1	35,15	9,5
Тазовский район	92,1	327,3	31,8	9,8

Амбулаторно-поликлиническая помощь для сельских жителей недоступна и составляет 4,9 врачебных посещений на одного жителя в год,
а для 17 тыс. тундрового населения не более трёх врачебных посещений в год.

Плановая медицина включающая в себя помощь женщинам в период беременности и послеродовый период, детям до года, диспансерным больным, работу в очагах, практически отсутствует.

Эффективность и результативность работы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения остается довольно низкой.

объёмы оказанной стационарной медицинской помощи и скорой медицинской помощи превышают норматив

объём амбулаторно-поликлинической помощи остаётся на прежнем уровне

объём помощи в дневных стационарах составил всего 56% от норматива программы государственных гарантий (ПГГ).

Показатель на 1 жителя в год	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	ПГГ
Объем оказанной стационарной медицинской помощи	3,135	2,945	3,107	2,941	2,97	2,78
Объем оказанной амбулаторной медицинской помощи	11,1	10,6	9,764	11,1	9,6	9,5
Объем оказанной скорой медицинской помощи	0,417	0,398	0,383	0,35	0,33	0,318
Объем медицинской помощи в дневных стационарах	0,107	0,108	0,125	0,176	0,322	0,59

В связи с огромной территорией Ямало-Ненецкого автономного округа и малой плотностью населения на этапе становления здравоохранения округа, основное внимание уделялось развитию экстренных видов медицинской помощи.

В округе не оказывают высокотехнологичные виды медицинской помощи, не развита и специализированная медицинская помощь. Данные виды медицинской помощи предоставляются за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа по федеральным квотам и за счёт межобластной программы «Сотрудничество».

Превышают норматив койки хирургического, травматологического, терапевтического, педиатрического, инфекционного профиля, а так же гинекологические, патологии беременности, патологии беременных и рожениц.

В структуре коечного фонда недостаток специализированных коек кардиологического, эндокринологического, онкологического, психиатрического, фтизиатрического профиля, нет коек сосудистой хирургии.

Коечный фонд специализированного профиля

Профили коек	Количество коек	ПГГ - койки	Количество избыточных/недостающих	%
Онкологические	20	133	-113	-565
Неврологические	320	232	+88	+27,5
Кардиологические	115	179	-64	-55,6
Травматологические	207	128	+79	+38
Хирургические	517	351	+203	+39,2
Фтизиатрические	377	536	-159	-42
патология новорожденных	47	32	+15	+31,9
Венерологические	90	14	+76	+84
Наркологические	189	104	+85	+44,9
Психиатрические	380	766	-386	-101,5
патологии беременных	225	89	+136	+60,4
для беременных и рожениц	233	120	+113	+48,4
Инфекционные	386	226	+160	+41,4
Гинекологические	378	195	+183	+48,4
Эндокринологические	25	40	-15	-60
Урологические	81	61	+20	+24,6
Терапевтические	611	488	+123	+20,1
нейрохирургические	15	28	-13	-86,6
Всего	**5022**	**4764**	**+258**	**+5**

Превышение обеспеченности койками населения округа составило - 0,4 на 10 тыс. Особенностью всех северных территории является труднодоступность и длительная изоляция населённых пунктов , в этой связи появляется необходимость содержать круглосуточные койки на экстренный случай, с целью изоляции, подготовки для транспортировки больных.

Состояние материально-технической базы ЛПУ округа

Износ основных фондов учреждений здравоохранения округа более 30%.

По объектам здравоохранения - 26,5%, т.е. из 178 зданий и сооружений 47 находятся в аварийном состоянии или нуждаются в капитальном ремонте. За пять последних лет наблюдается динамика их увеличения аварийных объектов.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Находятся в аварийном состоянии или нуждаются в капитальном ремонте, единиц	24	22	35	31	47

Из 66 объектов относящихся к участковым больницам, врачебным амбулаториям и ФАП находятся в аварийном состоянии, нуждаются в капитальном ремонте или не соответствуют требованиям СанПиН и требованиям противопожарной безопасности 41 объект или 59%.

Материально-техническая база учреждений здравоохранения не в полной мере соответствует существующим порядкам по специальностям и не может обеспечить медико-экономические стандарты необходимым набором медицинских услуг

Модернизация здравоохранения в Ямало-Ненецком автономном округе

Повышение доступности и качества медицинской помощи.Снижение предотвратимых потерь. Улучшение здоровья населения.

Улучшение здоровья нации является приоритетным направлением социально-экономической политики государства.

Цель программы:
Улучшение качества и доступности медицинской помощи.

Задачи программы:
1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.

2. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

3. Внедрение современных информационных систем в здравоохранении.

Совершенствование организации медицинской помощи

Оптимизация структуры коечного фонда в 2011-2012 году включит в себя:

- **103 койки IV-V уровня учреждений здравоохранения перераспределены в учреждения здравоохранения II-III уровня.**

- **400 избыточно развёрнутых койки терапевтического, хирургического, инфекционного, наркологического, гинекологического профилей будут перераспределены в недостающие кардиологические, онкологические, эндокринологические, сосудистые, психиатрические, фтизиатрические койки, а так же койки восстановительного лечения.**

Развитие первичной медико-санитарной помощи и прежде всего на селе должно базироваться на амбулаторно-поликлинической, стационарзамещающих и передвижных формах оказания медицинской помощи.

В участковых больницах развернуть не более 20 круглосуточных коек общего профиля, для работы в которых подготовить по 2 врача ВОП.

Учреждения здравоохранения городов обслуживающих более 20 тыс. человек обеспеченность круглосуточными койками не более 80 коек на 10 тыс. населения.

В ЦРБ Шурышкарского, Красноселькупского, Приуральского, Тазовского и Ямальского районов обеспеченность койками не должна превышать 70 коек на 10 тыс. населения (без учета межмуниципальных центров).

Мероприятия по укреплению материально-технической базы:
1. Закупка модульных помещений для 8 участковых больниц, 7 врачебных амбулаторий и 24 ФАП.
2. Строительство 18 объектов здравоохранения первой очереди, 21 объекта второй очереди.

Совершенствование организации медицинской помощи

В 2011-2012 годах будут созданы:

- **Центры сосудистый, онкологический, эндокринологический, урологический, травматологический в СОКБ.**
- **Межмуниципальные отделения: кардиологии, неврологии, эндокринологии, урологии, травматологии, хирургии, офтальмологии, ЛОР в учреждениях здравоохранения 3 уровня гг. Надым, Ноябрьск, Новый Уренгой.**
- **Учреждения здравоохранения гг. Лабытнанги, Тарко-Сале, Муравленко, Губкинский подготовят материально-техническую базу для соответствия порядкам и стандартам оказания медицинской помощи учреждениям здравоохранения 3 уровня.**
- **Межмуниципальные Перинатальные Центры в учреждениях родовспоможения 3 группы в гг. Новый Уренгой, Ноябрьск, Надым, Салехард.**
- **Родильные отделения 2 группы в гг. Лабытнанги, Тарко-Сале, Муравленко, Губкинский.**

Материально-техническое, лекарственное, кадровое обеспечение необходимо привести в соответствие уровню больницы
(порядкам оказания медицинской помощи и табелям оснащения).

Разработаны схемы маршрутизации больных в лечебные учреждения более высокого уровня оказания медицинской помощи.

В плане оснащение скорой помощи, санитарной авиации и центра медицины катастроф спутниковой навигацией «ГЛОНАС».

Изменение правового статуса государственных и муниципальных учреждений с переходом в статус государственных.

Совершенствование системы лекарственного обеспечения

1.Создание межмуниципальной аптеки.

2.Открытие больничных аптек во всех муниципальных образованиях.

3.Обеспечение лекарственной доступности для населения многочисленных, труднодоступных сельских поселений и тундрового населения.

Совершенствование системы финансирования здравоохранения

- Внедрение одноканального финансирования по всем видам медицинский помощи и по полному тарифу через систему обязательного медицинского страхования, за исключением расходов на капитальный ремонт и приобретение оборудования;
- Переход на оплату труда по законченному случаю лечения в стационаре;
- Внедрение отраслевой системы оплаты труда;
- Внедрение медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи;
- Способствование созданию конкурентной среды на рынке медицинских услуг, передачи на аутсорсинг некоторых видов услуг учреждений здравоохранения.

Внедрение современных информационных систем в здравоохранении

Для повышения эффективности управления здравоохранением необходимо:

- совершенствовать работу МИАЦ с реорганизацией в государственное учреждение;
- внедрить информационно-аналитическую систему сбора и обработки медико-статистических и экономических данных;
- сократить сроки передачи управленческой информации;
- создать и внедрить медицинские информационно-справочные системы - внедрить телемедицинские технологии, системы дистанционного консультирования;
- создать и внедрить системы непрерывного дистанционного обучения врачей

Проблемы, при формировании Программы модернизации:

- Отсутствие новых редакций Федеральных законов «Об обязательном медицинском страховании» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Отсутствие нормативно-правовой базы, регламентирующей состав расходов, входящих в медико-экономические стандарты, единой методики формирования медико-экономических стандартов;
- Отсутствие значительного количества стандартов и порядков оказания медицинской помощи;
- Отсутствие единой качественной информационной системы отрасли здравоохранения;
- Отсутствие методических рекомендаций по разработке программы модернизации здравоохранения;
- Бюджет региона на трехлетний период практически сформирован, а по мероприятиям программы необходимо финансирование из бюджета субъекта РФ;
- Отсутствие нормативной базы по софинансированию из территориального фонда ОМС, бюджета субъекта РФ, федерального фонда ОМС;
- Отсутствие на большей части территории округа возможностей связи;
- Сжатые сроки подготовки программы не позволяют привлечь сторонних исполнителей, принять стратегически важные решения.

В соответствии с условиями разработки программы модернизации выдвинутыми Минздравсоцразвития,

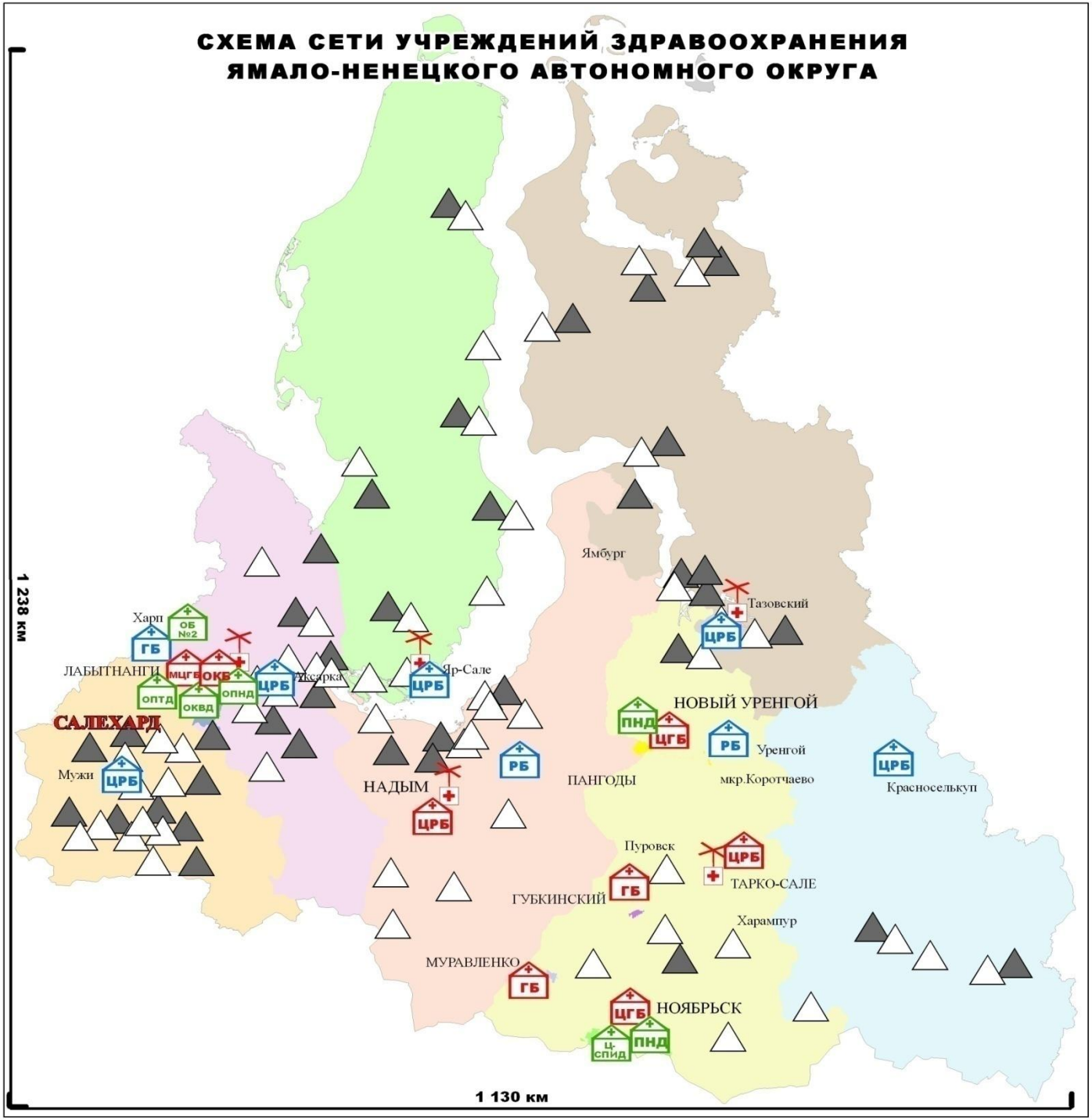
для чёткого понимания проблем здоровья населения и состояния здравоохранения,

а так же мероприятий программы модернизации,

разработаны схемы территории Ямало-Ненецкого автономного округа

с сетью учреждений здравоохранения, расположением дорог и путей маршрутизации больных, расстояниями между лечебными учреждениями.

СХЕМА СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА



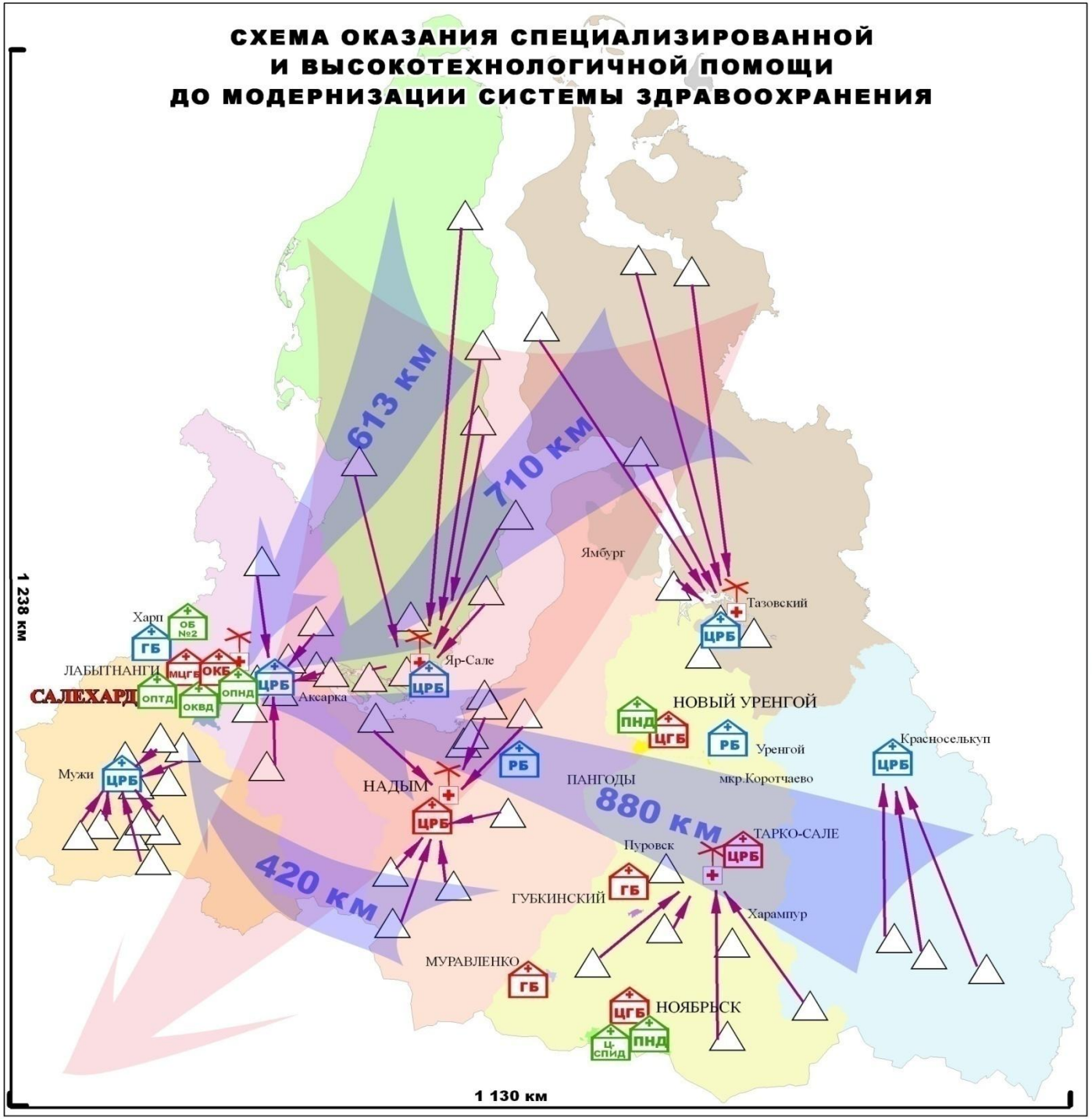
Условные обозначения:

- учреждения III уровня
- учреждения II уровня
- учреждения IV-V уровней
- ФАП, ФП, УБ, ВА
- Санавиация
- Модульное строительство объектов здравоохранения (ФАП-24, ВА-9, УБ-8)
  - расположены в приспособленных деревянных помещениях;
  - с100% износом;
  - недостаток набора помещений

ОБЗОРНАЯ СХЕМА АВТОМОБИЛЬНЫХ И ЖЕЛЕЗНЫХ ДОРОГ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
Условные обозначения:
Населенные пункты
Бригада скорой медицинской помощи
Санавиация
Железная дорога
Автодорога с твердым покрытием
Отсутствие связи и навигации
вахт. пос. Бованенковский
68-ая параллель
1 238 км
1 130 км
301 км
Харп
ЛАБЫТНАНГИ
САЛЕХАРД
53 км
Аксарка
Яр-Сале
Ямбург
220 км
Тазовский
176 км
Ньда
46 км
Заполярный
74 км
105 км
НОВЫЙ УРЕНГОЙ
Уренгой
75 км
мкр.Коротчаево
ПАНГОДЫ
НАДЫМ
115 км
Правохеттинский
113 км
Пуровск
Лонгъюган
95 км
84 км
ТАРКО-САЛЕ
Ягельный
58 км
78 км
ГУБКИНСКИЙ
Харампур
73 км
Приозерный
120 км
МУРАВЛЕНКО
153 км
83 км
НОЯБРЬСК

СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
И МАРШРУТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ
Условные обозначения:
Учреждения акушерства-гинекологии и неонатологии
III уровень
II уровень
I уровень
ФАП, ФП, ВА, УБ
Маршрутизация больных
1 238 км
1 130 км
589 км
556 км
218 км
158 км
453 км
337 км
237 км
САЛЕХАРД
Харп
Яр-Сале
Мужи
НАДЫМ
НОВЫЙ УРЕНГОЙ
Тазовский
Красноселькуп
ТАРКО-САЛЕ
ГУБКИНСКИЙ
МУРАВЛЕНКО
НОЯБРЬСК
ФАП
ФП
УБ
ВА

СХЕМА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ ДО МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Условные обозначения:

- учреждения III уровня
- учреждения II уровня
- учреждения IV-V уровней
- ФАП, ФП, УБ, ВА
- Санавиация
- Маршрутизация больных
- Оказание специализированной помощи больным дерматологического, психоневрологического, туберкулезного профиля
- Оказание специализированной и высокотехнологичной помощи за пределами округа в медицинских центрах по федеральным квотам и больничных учреждениях юга Тюменской области по программе сотрудничества

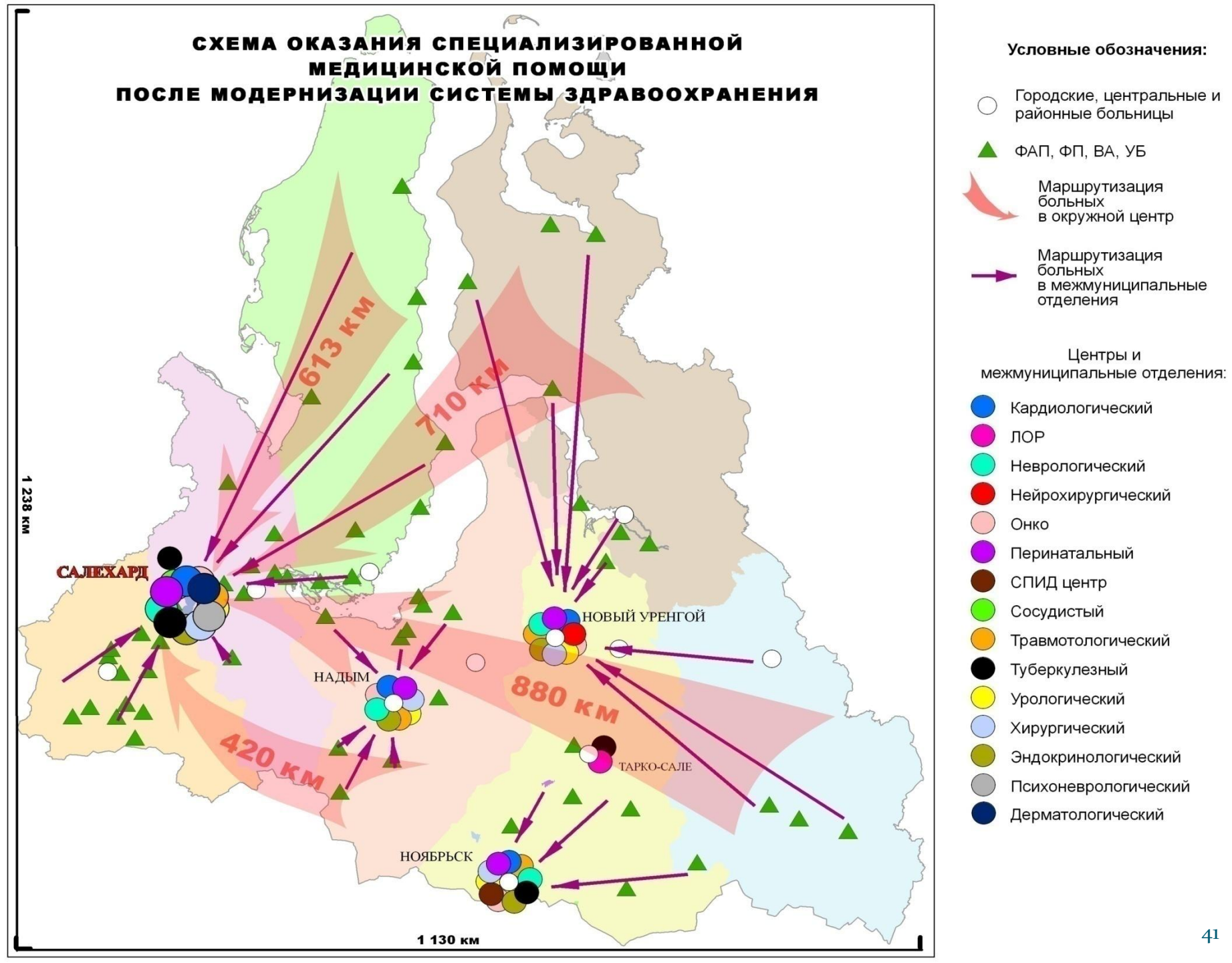
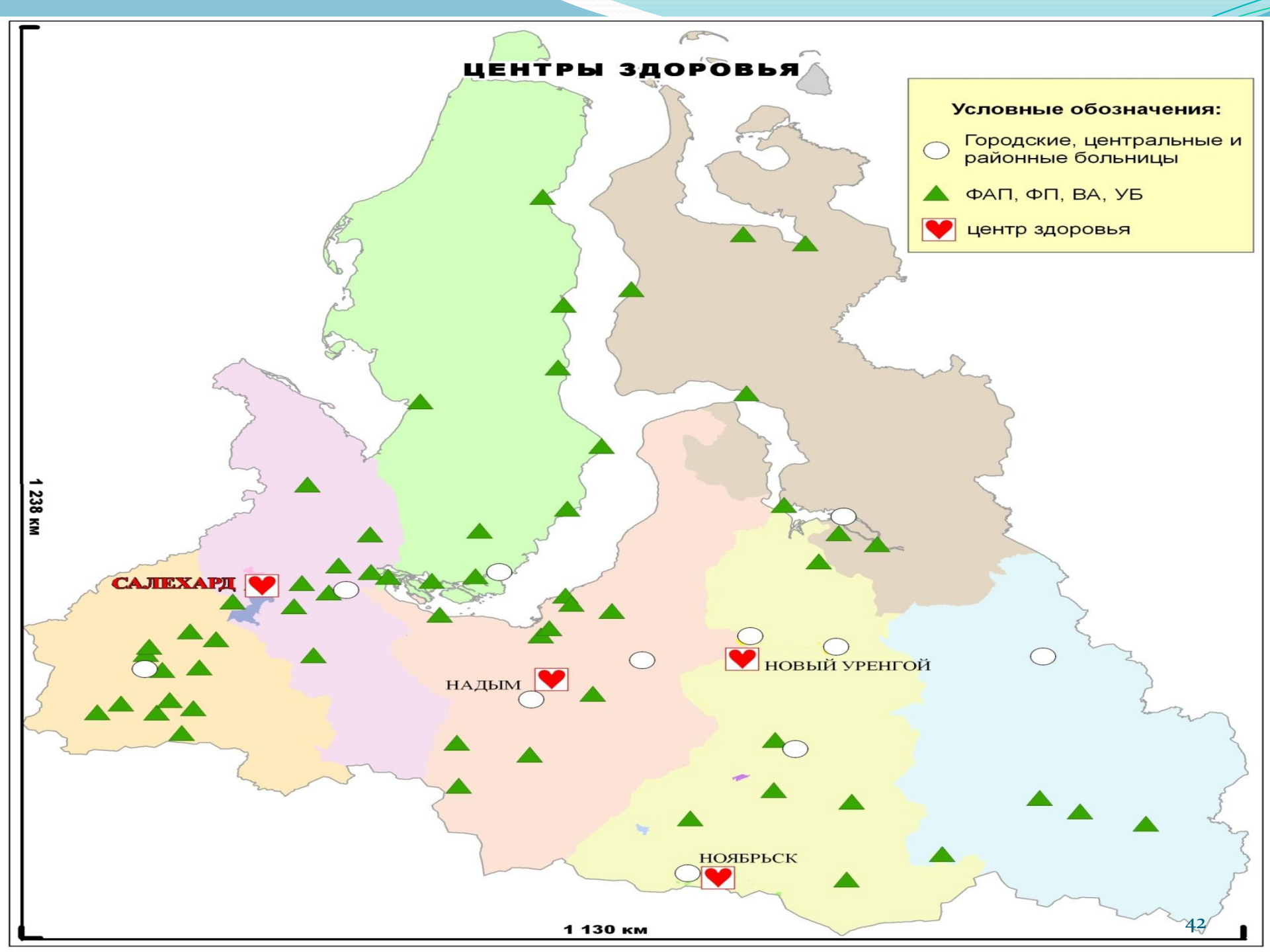


СХЕМА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСЛЕ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
1 238 км
1 130 км
613 км
710 км
880 км
420 км
САЛЕХАРД
НАДЫМ
НОВЫЙ УРЕНГОЙ
ТАРКО-САЛЕ
НОЯБРЬСК
Условные обозначения:
Городские, центральные и районные больницы
ФАП, ФП, ВА, УБ
Маршрутизация больных в окружной центр
Маршрутизация больных в межмуниципальные отделения
Центры и межмуниципальные отделения:
Кардиологический
ЛОР
Неврологический
Нейрохирургический
Онко
Перинатальный
СПИД центр
Сосудистый
Травмотологический
Туберкулезный
Урологический
Хирургический
Эндокринологический
Психоневрологический
Дерматологический


ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ
Условные обозначения:
Городские, центральные и районные больницы
ФАП, ФП, ВА, УБ
центр здоровья
САЛЕХАРД
НАДЫМ
НОВЫЙ УРЕНГОЙ
НОЯБРЬСК
1 238 км
1 130 км

ПРОГНОЗНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПО ЯНАО и РОССИИ

Показатель	ЯНАО			РФ		
	2009	2011	2012	2009	2011	2012
Общая смертность, на 1000 населения	5,3	5,3	5,3	14,2	13,2	12,7
Смертность от болезней кровообращения, на 100 тыс. населения	212,4	211,0	210,4	801,0	762,2	750,0
Смертность от злокачественных заболеваний, на 100 тыс. населения	79,62	76,5	75,5	206,9	203,0	201,2
Смертность от туберкулеза, на 100 тыс. населения	12,9	12,9	12,8	16,8	15,6	15,2
Смертность от ДТП, на 100 тыс. населения	12,5	12,5	12,3	14,5	14,3	14,0

Организация системы оказания медицинской помощи населению с онкологической патологией

Базой для организации системы оказания медицинской помощи являются:

- **Порядок оказания медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями;**
- **Стандарты оказания медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями.**

Порядком предусмотрены:

- **Маршрутизация пациентов;**
- **Организация работы сети учреждений здравоохранения;**
- **Обеспеченность медицинскими кадрами**

Динамика показателей онкологической службы

Продолжается рост случаев злокачественных новообразований. Рост показателя заболеваемости за последние пять составил 6,4%.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Показатель онкологической заболеваемости, на 100 тыс. нас.	145,0	152,7	136,4	148,1	154,3

Первичный выход на инвалидность от злокачественных новообразований в округе за пять лет снизился на 21,8%.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Первичная инвалидность от злокачественных новообразований, на 10 тыс. населения	5,5	6,1	5,4	4,7	4,3

Смертность населения от злокачественных новообразований занимает 3 место в структуре общей смертности. Показатель стабилизирован в последние 3 года и составил 79,6 на 100 тыс. населения, однако динамика пятилетнего периода имеет рост 4 %.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Смертность от злокачественных новообразований, на 100 тыс. человек населения	76,5	80,9	81,0	79,9	79,6

Организация медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями

Оптимизация структуры коечного фонда в 2011-2012 году включит в себя:

Первичное звено здравоохранения

- Смотровые кабинеты 22
- Онкологические кабинеты 11
- Врачи-терапевты участковые 172
- Медицинские кадры (онкологи) 9

Коечный фонд:
20 коек (2009 г.),
обеспеченность на 10 тыс. населения 0,4 койки;
число койко-дней на 1000 жителей 0,77

Посещения онкологических кабинетов 27707

Диагноз подтвержден 840

Выявлено на I-II стадии заболеваний 385

Поставлены на диспансерный учет 840

Процент постановки на диспансерный учет -100 %

Должности

Штатные	Занятые	Физические лица
18	18	9

Укомплектованность – 100 %

Коэффициент совместительства – 2,0

Недостаточное количество врачей специалистов

Выявление заболеваний I-II ст. (45,8%)
Недостаточная выявляемость на ранних стадиях.
Недостаточная настороженность врачей первичного звена.

В соответствии с ПГГ:

-недостаток коек по округу составляет 565%;

-недостаток койко-дней на 1000 жителей более чем в 100 раз.

Совершенствование организации медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями

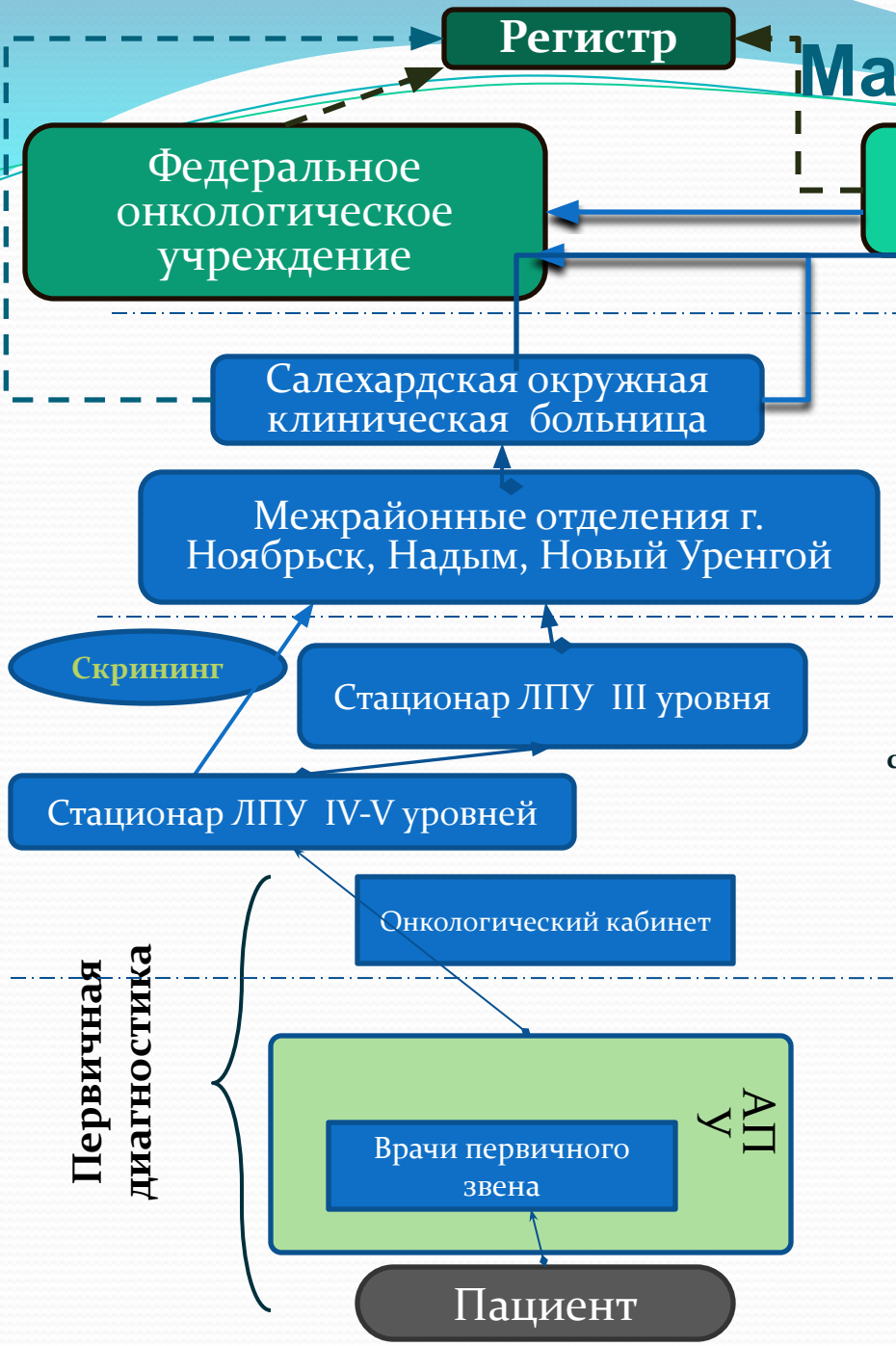
Планируется в 2011-2012 гг.:

-создание на базе Салехардской окружной клинической больницы онкологического Центра на 25 коек;

-создание в крупных многопрофильных больницах гг. Новый Уренгой, Надым, Ноябрьск межмуниципальных 10 коечных отделений онкологии.

-подготовка специалистов онкологов.

Маршрутизация пациента



Непрерывное обучение кадров
Контроль за проведением и результатами скрининга
Контроль за выполнением стандартов лечения в первичном звене
Комплексное и комбинированное лечение и диспансерное наблюдение
Уточняющая диагностика в полном объёме
Формирование национального регистра
Эпидмониторинг

Контроль и выполнение назначения врачей
Направление пациентов в региональный или областной онкологический диспансер на обследование и оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи
Диспансерное наблюдение больных с онкологическими заболеваниями
Лечебное сопровождение больных с онкологическими заболеваниями
Эпидмониторинг

Первичная диагностика
Анализ данных диагностики и своевременное направление в региональный диспансер
Формирование групп риска онкологическими заболеваниями
Формирование «онкологической настороженности» у пациентов и врачей
Тесное взаимодействие с первичными онкологическими кабинетами
Направление на долечивание
Пропаганда профилактических мероприятий

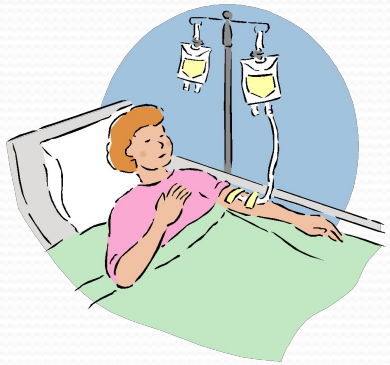
ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
от внедрения предусмотренных Программой модернизации мероприятий

Показатель	РФ	ЯНАО		
		2009 г.	2012 г.	%
Смертность от злокачественных заболеваний, на 100 тыс. населения	201,9	79,62	75,5	-5,1
Одногодичная летальность, %	29,2	30,7	29,0	-6
Доля (%) лиц со злокачественными новообразованиям, продолжительность жизнь которых после установления диагноза > 5 лет	50,4	43,3	45,8	6
Выявляемость заболевания на ранних стадиях (%)		45,8	47	2,6

Организация системы оказания медицинской помощи населению с кардиологической патологией

Базой для организации системы оказания медицинской помощи являются:

- **Порядок оказания медицинской помощи больным при заболеваниях системы кровообращения;**
- **Стандарты оказания медицинской помощи больным при заболеваниях системы кровообращения.**



Динамика показателей кардиологической службы

Показатель общей заболеваемости от болезней системы кровообращения в динамике за пять лет вырос на 5,4%, а первичной на 21,6%:

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Общая заболеваемость от болезней с-мы кровообращения, на 100 тыс.человек населения	12960,9	12735,0	13028,7	13509,2	13662,2
Первичная заболеваемость от болезней с-мы кровообращения, на 100 тыс.человек населения	2187,5	2787,8	2415,8	2340,4	2660,3

Смертность населения округа от болезней системы кровообращения в 2009 году 212,4 на 100 тыс. населения ниже среднероссийского показателя (РФ -801,0)

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Смертность от болезней с-мы кровообращения, на 100 тыс.человек населения	215,556	216,417	195,689	209,871	212,443
Смертность от болезней с-мы кровообращения населения трудоспособного возраста, на 100 тыс. человек населения	170,9	158,5	150,0	148,6	151,8

Динамика показателей кардиологической службы

Первичный выход на инвалидность от болезней системы кровообращения в округе за пять лет снизился на 47,5 %:

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Первичная инвалидность всего населения от болезней системы кровообращения, на 10 тыс. населения	16,6	14,6	9,6	9,6	8,7

Вместе с тем показатель первичной заболеваемости цереброваскулярными заболеваниями среди взрослого населения среди взрослого населения с пятилетним периодом имеет рост 38 % (по РФ 711,4).

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Первичная заболеваемость цереброваскулярными болезнями, на 100 тыс. населения	390	540	380	610	540

Организация медицинской помощи больным кардиологического профиля

Первичное звено здравоохранения

- Смотровые кабинеты 22
- Кардиологические кабинеты 7;
  Ревматологические кабинеты 4
- Врачи-терапевты участковые 172
- Медицинские кадры :кардиологи 21
  Ревматологи 3

Коечный фонд
115 коек (2009 г.)

Должность	штатные	занятые	Физические лица	укомплектованность %	Коэффициент совместительства
кардиологи	29,75	29,25	21	98,3	1,4
ревматологи	4,5	4,5	3	100	1,5

Организация медицинской помощи больным кардиологического профиля

Деятельность первичного звена здравоохранения

Посещения кардиологических кабинетов 35176

Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения – 2660,3 на 100 тыс. населения

Состоит на учете с заболеваниями системы кровообращения 22758 человек

Доля больных кардиологического профиля, нуждающихся в плановой госпитализации 28,6%

Недостаточная работа по первичной, вторичной профилактике заболеваемости, выявляемости больных, постановки на диспансерный учёт. Недостаточная работа с диспансерной группой по профилактике осложнений

Деятельность специализированного звена здравоохранения

Обеспеченность кардиологическими койками округа 2,1 на 10 тыс. населения

В 2009 г. на кардиологических койках пролечились 2667 человек

Работа койки в 2009 году составила 327 дней

В соответствии с ПГГ:
- недостаток коек по округу составляет 55,6%;
- недостаток койко-дней на 1000 жителей в 1,6 раза.
- количество больных нуждающихся в госпитализации превышает возможности коечного фонда.

Совершенствование организации медицинской помощи больным кардиологического профиля

Планируется в 2011-2012 гг.:

-Создание на базе Салехардской окружной клинической больницы сосудистого Центра на 38 коек;

-Создание в крупных многопрофильных больницах гг. Новый Уренгой, Надым, Ноябрьск межмуниципальных отделений кардиологии, неврологии;

-Подготовка специалистов.

Маршрутизация пациента кардиологического профиля

Непрерывное обучение кадров
Контроль за выполнением стандартов лечения в первичном звене
Оценка этапа реабилитации. Консультирование.
Уточняющая диагностика в полном объёме.
Комплексное и комбинированное лечение.
Диспансерное наблюдение
Формирование и ведение регистра.
~~Направления~~

Плановая помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи. Экстренная медицинская помощь. Диагностика. Подготовка для транспортировки. Плановое лечение больных по рекомендациям специалистов учреждений более высокого уровня.

Плановая кардиологическая помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи. Выявление и работа с населением групп риска. Выполнение рекомендаций врачей специалистов. Диспансерная работа и реабилитация. Направление больных в стационары более высокого уровня. Первичная и вторичная профилактика. Мониторинг основных медико-статистических показателей.
Тесное взаимодействие с первичными кабинетами кардиолога

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от внедрения предусмотренных Программой модернизации мероприятий

Показатель	РФ	ЯНАО		
		2009 г.	2012 г.	%
Смертность от болезней кровообращения, на 100 тыс. населения	783,7	212,4	210,4	-1
Смертность населения от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте, на 100 тыс. трудоспособного населения	217,5	155,1	153	-1,35
Смертность населения трудоспособного возраста от острого инфаркта миокарда, на 100 тыс. трудоспособного населения	15,9	23,9	22	-7,9
Доля больных умерших пациентов от ишемической болезни сердца в стационаре, %	4,5	13,7	12	-12

Организация системы оказания медицинской помощи населению с болезнями нервной системы

Базой для организации системы оказания медицинской помощи являются:

Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения

Стандарты оказания медицинской помощи больным при заболеваниях нервной системы

Динамика показателей неврологической службы

Показатель общей заболеваемости болезней нервной системы за пять лет снизился на 4%, а первичной на 3 %.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Общая заболеваемость от болезней нервной системы	7948,2	7930,0	8224,7	7787,1	7615,8
Первичная заболеваемость от болезней нервной системы	3014	3484,2	3381,5	3040,2	2919,3

Первичный выход на инвалидность от болезней нервной системы в округе за пять лет снизился на 22,7 %:

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Первичная инвалидность всего населения от болезней нервной системы, на 10 тыс. населения	2,2	1,8	2,0	1,9	1,7

Смертность населения округа от болезней нервной системы за пять лет выросла на 67,9 % и составила в 2009 году 6,054 на 100 тыс. населения.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Смертность от болезней нервной системы, на 100 тыс.человек населения	3,605	2,619	5,364	6,443	6,054

Организация медицинской помощи больным неврологического профиля

Первичное звено здравоохранения

- Смотровые кабинеты 22
- Неврологические кабинеты 19
- Врачи-терапевты участковые 172
- Медицинские кадры :
  Неврологи 69

Коечный фонд
320 коек (2009 г.)

Должность	штатные	занятые	Физические лица	укомплектованность %	Коэффициент совместительства
неврологи	95	90,75	69	94,7	1,3

Организация медицинской помощи больным неврологического профиля

Деятельность первичного звена здравоохранения

Посещения неврологических кабинетов 228692

Первичная заболеваемость болезнями нервной системы–2919,3 на 100 тыс. населения

Состоит на учете с заболеваниями нервной системы 4540 человек

Состоит на учете с цереброваскулярными заболеваниями-1122 человека

Огромное количество посещений неврологических кабинетов, говорит о недостаточной преемственности в работе врачей различных специальностей и неудовлетворительной дифференциальной диагностики неврологической симптоматики относящейся прежде всего к сосудистым, кардиологическим, гинекологическим и др. заболеваниям

Деятельность специализированного звена здравоохранения

Обеспеченность неврологическими койками округа 5,8 на 10 тыс. населения

В 2009 г. на неврологических койках пролечились 6974 человека

Работа койки в 2009 году 335 дней

Избыток 88 коек (27,5%)
Объемы по койко-дням (195,95 на 1000 жителей) превышают норматив ПГГ (145,59) на 34,5%
Койка загружена, но работа малоэффективна из-за недостаточности объёмов специализированной помощи оказываемой на неврологических койках для больных с цереброваскулярными осложнениями.

Совершенствование организации медицинской помощи больным неврологического профиля

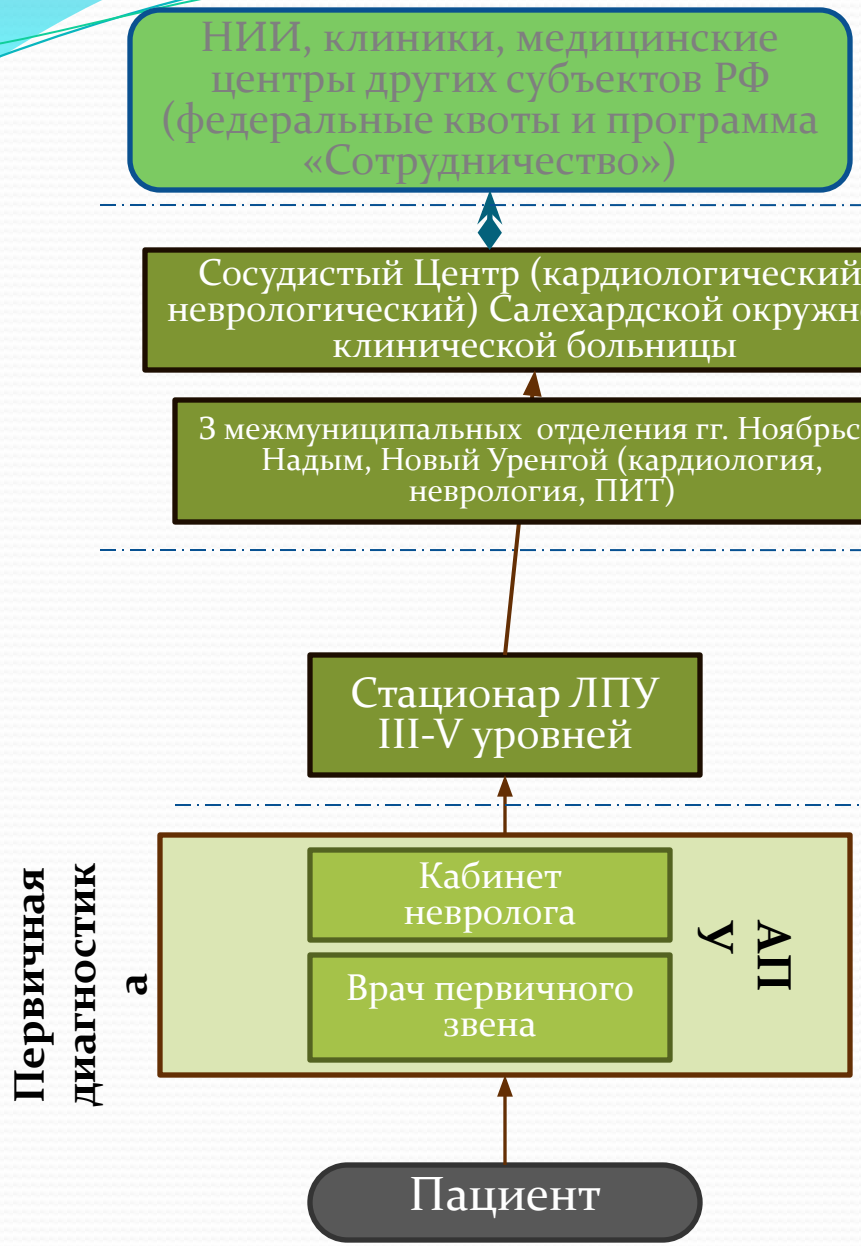
Планируется в 2011-2012 гг. создание:

-на базе Салехардской окружной клинической больницы сосудистого Центра на 38 коек;

-в крупных многопрофильных больницах гг. Новый Уренгой, Надым, Ноябрьск межмуниципальных отделений кардиологии, неврологии.

Создание Центра и межмуниципальных отделений позволит упорядочить организационную, консультативную, лечебно-диагностическую работу.

Маршрутизация пациента неврологического профиля



Непрерывное обучение кадров
Контроль за выполнением стандартов лечения в первичном звене
Оценка этапа реабилитации. Консультирование.
Уточняющая диагностика в полном объёме.
Комплексное и комбинированное лечение.
Диспансерное наблюдение
Формирование и ведение регистра.
Направления больных в Федеральные клиники

Плановая помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи. Экстренная медицинская помощь. Диагностика. Подготовка для транспортировки. Плановое лечение больных по рекомендациям специалистов учреждений более высокого уровня.

Плановая кардиологическая помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи. Выявление и работа с населением групп риска. Выполнение рекомендаций врачей специалистов. Диспансерная работа и реабилитация. Направление больных в стационары более высокого уровня. Первичная и вторичная профилактика. Мониторинг основных медико-статистических показателей.
Тесное взаимодействие с первичными кабинетами кардиолога

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от внедрения предусмотренных Программой модернизации мероприятий

Показатель	РФ	ЯНАО		
		2009 г.	2012 г.	%
Смертность населения от цереброваскулярных болезней, на 100 тыс. населения	283,1	43,8	43	-1,8
Смертность населения трудоспособного возраста от цереброваскулярных болезней, на 100 тыс. трудоспособного населения	42,7	27	26,5	-1,8
Доля повторных острых нарушений мозгового кровообращений, %	X	3,7	3,5	-5,4

медицинской помощи больным хирургического, травматологического профилей

Основой для организации системы оказания медицинской помощи являются:

Стандарты оказания медицинской помощи больным при травмах и других последствиях воздействия внешних причин;

Порядок оказания медицинской помощи больным при травмах.

Динамика показателей травматологической службы

Показатель общей заболеваемости от травм, отравлений и последствий внешних причин за пять лет снизился на 5,3 %, а первичной на 5,9 %.

Показатель на 100 тыс. населения	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Общая заболеваемость от травм, отравлений и последствий внешних причин	10429,6	10202,7	10564,4	10263,1	9875,3
Первичная заболеваемость от травм, отравлений и последствий внешних причин	10321,3	10052,8	10416,3	10098,8	9710,9

Первичный выход на инвалидность от травм, отравлений и последствий внешних причин в округе за пять лет снизился на 65 %:

Показатель на 10 тыс. населения	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Первичная инвалидность всего населения от травм, отравлений и последствий внешних причин	2,0	1,6	1,1	0,8	0,7

Заболеваемость населения округа от травм, отравлений и последствий внешних причин за пять лет снизилась на 23 % и составила в 2009 году 125,8 на 100 тыс. населения.

Показатель на 100 тыс. населения	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Смертность от травм, отравлений и последствий внешних причин	163,185	141,597	140,386	125,738	125,851

Организация медицинской помощи больным хирургического, травматологического профилей

травматологические кабинеты 10

Травматологи - 40

Хирурги 88; детские хирурги 11; нейрохирурги 1

Коечный фонд-
Хирургические койки 517;
Травматологические 207
(2009 г.)

Должность	штатные	занятые	Физические лица	укомплектованность %	Коэффициент совместительства
Травматологи	69,25	67	40	96,8	1,6
хирурги	136,75	133,5	88	97,6	1,5
Детские хирурги	10,5	10,5	11	100	0,9
нейрохирурги	2	2	1	100	2

Организация медицинской помощи больным хирургического, травматологического профилей

Деятельность первичного звена здравоохранения

Посещения: хирургических кабинетов - 264739; травматологических кабинетов - 145697

Первичная заболеваемость от травм– 9710,9 на 100 тыс. населения

Состоит на учете 516 человек

Деятельность специализированного звена здравоохранения

Обеспеченность хирургическими койками - 9,5; травматологическими койками - 3,8 на 10 тыс. населения;

В 2009 г. на хирургических койках пролечилось 17946 человек ; на травматологических 4460 человек

Работа хирургической койки 320 дней; травматологической койки 310 дней

Избыток 203 хирургических (39%) , 79 травматологических коек (38%) . Объемы по хирургическим койко-дням (303,16 на 1000 жителей) превышают норматив ПГГ (219,75) на 27,5%; по травматологическим койко-дням (117,25 на 1000 жителей) превышают норматив ПГГ (80,94) на 31 %

Сокращение на уровне учреждений IV-V уровней, перераспределение в койки эндопротезирования, онкологические, пит для сосудистой патологии, сосудистый центр, а так же других специализаций.

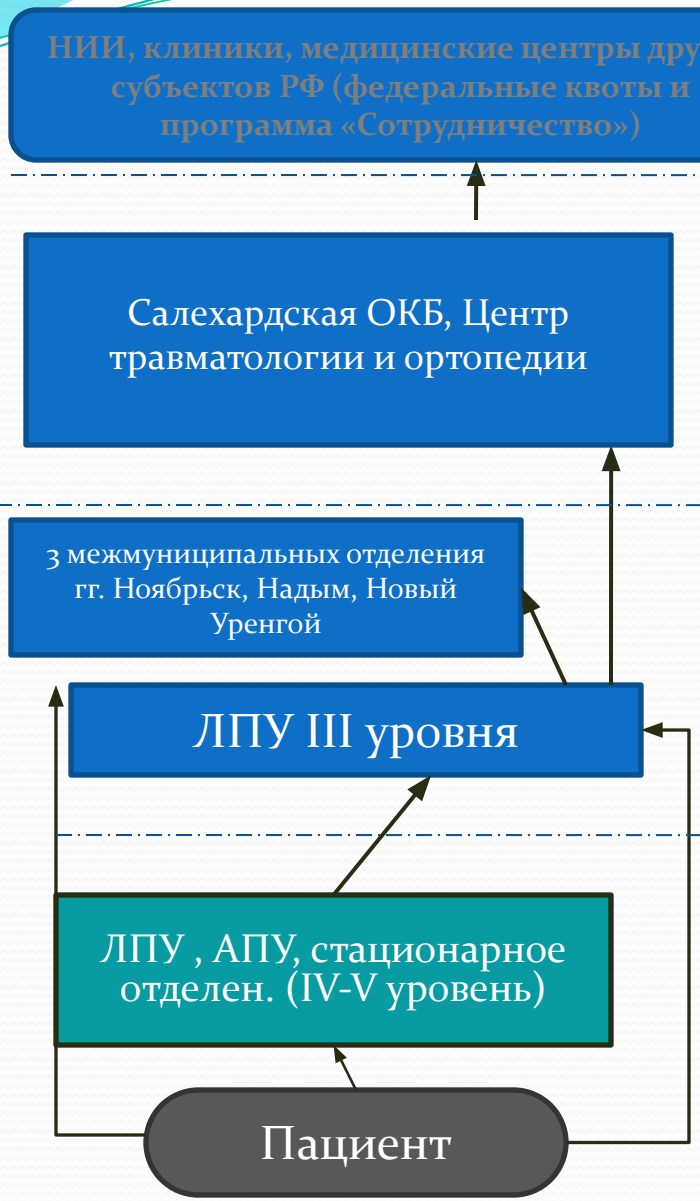
- **Улучшение организационной структуры службы**

- **От уровня первичной медико-санитарной помощи, до уровня межмуниципальных отделений и окружного Центра (оперативность экстренной доврачебной и врачебной помощи, первичная диагностика, подготовка к транспортировке, консультирование, доставка, лечение в межмуниципальных отделениях, окружном Центре травматологии и ортопедии)**

- **Включая организацию единой диспетчерской службы и информационного пространства службы скорой помощи и Центра медицины катастроф при тесном взаимодействии с диспетчерской и информационной службой санитарной авиации**

- **Взаимодействие с межмуниципальными отделениями и Центром травматологии, консультативно-диагностическая работа главного внештатного специалиста.**

Маршрутизация пациента хирургического, травматологического профиля



Оказание специализированной и первичной медико-санитарной помощи в рамках лицензированных разделов, оказание экстренной помощи по разделам специализированной помощи, первичная диагностика и лечение в соответствии с протоколами и Стандартами лечения, профилактическая работа, работа в рамках санавиации, консультативная работа, экспертная работа, работа с ЛПУ федерального значения по отдельным видам высокотехнологичной специализированной помощи.

Оказание специализированной и первичной медико-санитарной помощи в рамках лицензированных разделов, оказание экстренной помощи, амбулаторной помощи, первичная диагностика и лечение в соответствии с протоколами и Стандартами лечения, профилактическая работа, диспансерное наблюдение, консультативная работа в рамках межмуниципальных центров, подготовительная работа по направлению пациентов в ЛПУ более высокого уровня, выполнение рекомендаций.

Оказание экстренной помощи, амбулаторное лечение, диспансерное наблюдение, первичная диагностика в соответствии с протоколами и Стандартами лечения, профилактическая работа, первичная медико-санитарная помощь по нозологиям, выполнение рекомендаций ЛПУ 1-3 уровня, подготовительная работа по направлению пациентов в ЛПУ более высокого уровня.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от внедрения предусмотренных Программой модернизации мероприятий

Показатель	РФ	ЯНАО		
		2009 г.	2012 г.	%
Смертность населения трудоспособного возраста от травм, на 100 тыс. трудоспособного населения	141,4	151,2	150,0	-0,8
Доля пострадавших вследствие травм, умерших в стационаре в первые 7 суток от ДТП, %	Х	1,2	1	-16

Организация системы оказания медицинской помощи населению фтизиатрического профиля

Базой для организации системы оказания медицинской помощи являются:

Стандарты оказания медицинской помощи больным туберкулезом

Разработка порядков оказания медицинской помощи больным при туберкулезе

Динамика показателей фтизиатрической службы

За **последние** 2 года отмечается рост окружного показателя заболеваемости туберкулезом на 3,7 %, показателя распространенности на 2 %. Показатель клинического излечения ухудшен за последние 4 года на 16,5 %. Отмечается рост случаев лекарственной устойчивости. Показатель смертности ниже чеи в целом по стране, однако за последние 4 года прослеживается отрицательная динамика.

Показатель на 100 тыс. населения	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Территориальный показатель первичной заболеваемости туберкулезом	97,5	82,1	74,3	71,5	77,1
Показатель распространенности	298,6	261,1	231,5	227,1	236,2
Показатель смертности от туберкулёза	13,2	11,3	12,4	11,3	12,9
Клиническое излечение, %	21,8	27	28,2	26,9	22,5

Первичный выход на инвалидность от туберкулеза в округе за пять лет снизился на 33%.

Показатель на 10 тыс. населения	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Первичная инвалидность от туберкулеза	1,5	1,3	0,9	1,1	1,0

Динамика показателей фтизиатрической службы среди сельского и кочевого населения

По районам с преобладанием сельского и кочевого населения показатель заболеваемости туберкулезом превышает окружной в 3-4 раза, показатель распространенности в 4-5 раз.

Показатель на 100 тыс. населения	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Заболеваемость лиц коренной национальности, на 100 тыс. населения	292,1	254,0	228,2	258	326,3
Распространенность туберкулеза среди лиц коренной национальности, на 100 тыс. населения	1182,0	1089,0	998,8	942,6	1089,0
Распространенность туберкулеза среди детей на 100 тыс. детского населения	32,8	38,1	24,2	23,4	29,0
Распространенность туберкулеза среди детей коренной национальности на 100 тыс. детского населения	218,6	253,9	157,1	136,4	164,7

Организация медицинской помощи больным фтизиатрического профиля

Первичное звено здравоохранения

- Смотровые кабинеты 22
- фтизиатрические кабинеты 14
- Врачи-терапевты участковые 172
- Медицинские кадры : Врачи-фтизиатры 41

Сеть специализированных учреждений

- Окружной противотуберкулезный диспансер 1
- Больницы 2

Количество специализированных коек в округе 377 (2009 г.)

Должность	штатные	занятые	Физические лица	укомплектованность %	Коэффициент совместительства
фтизиатры	71,5	65,75	41	92	1,6

Организация медицинской помощи больным фтизиатрического профиля

Деятельность первичного звена здравоохранения

Посещения фтизиатрических кабинетов 122238

Осмотр населения на туберкулез всеми методами – 460464 (86% от населения)

Впервые выявлен туберкулез в 2009 г. у 374 человек, 100% взятие на учет

На учете состоит 1283 человека Смертность установленная посмертно 8 человек

Удельный вес больных с деструктивными формами туберкулеза среди впервые выявленных – 38,8%

Недостаточна первичная и вторичная профилактика, работа с населением из групп риска, работа в очагах по изоляции больных, работа с тундровым населением.
Страдает качество осмотра населения на туберкулёз всеми методами.

Деятельность специализированного звена здравоохранения

Обеспеченность фтизиатрическими койками округа 6,8 на 10 тыс. населения

В 2009 г. на фтизиатрических койках пролечилось 1250 человек

Работа койки в 2009 году 329 дней

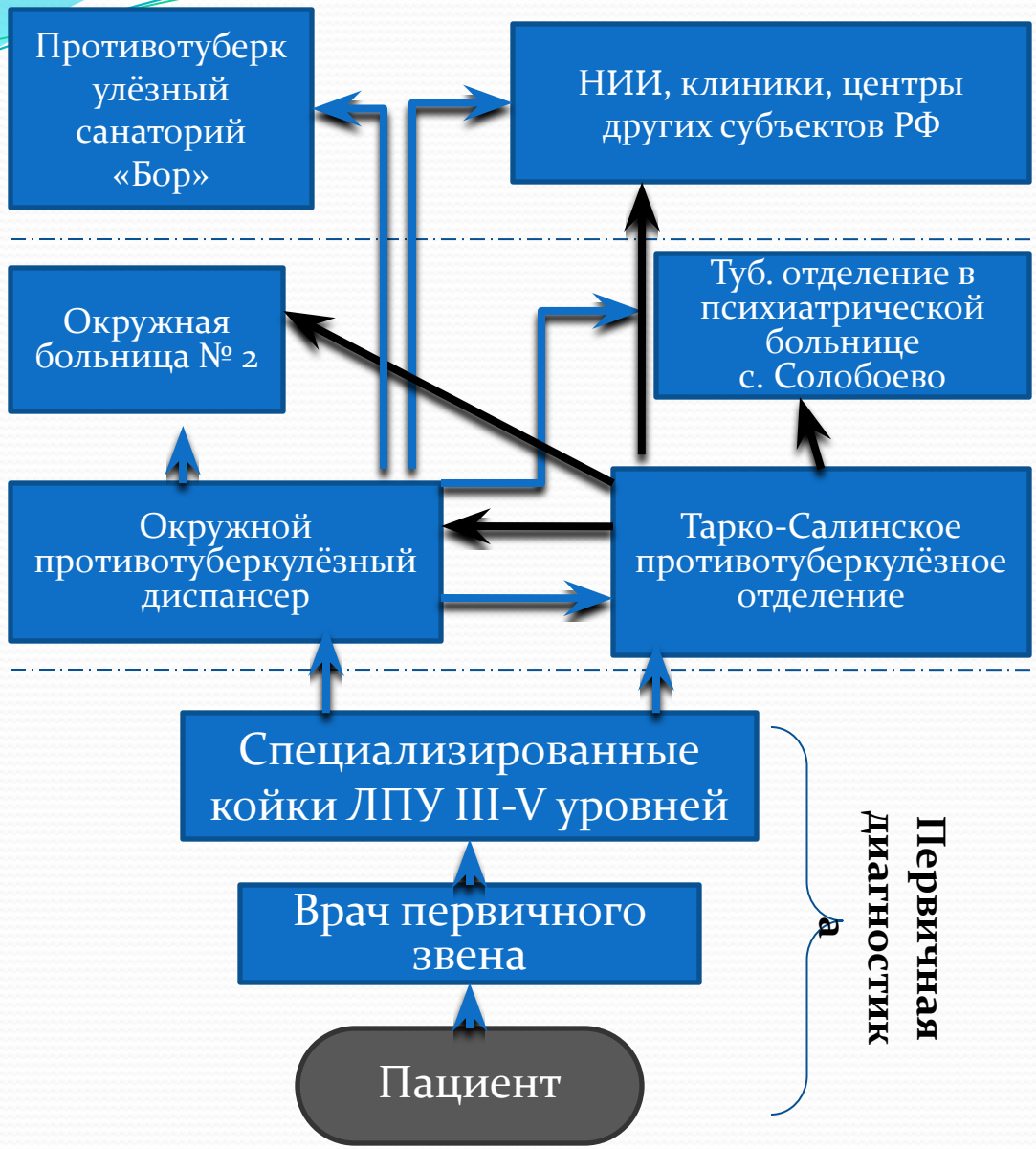
Необходимость в 99 койках (+22,6%), объемы (226,95 койко-дней на 1000 жителей) ниже объемов ПГГ (334,85) на 47,5 %
Недостаточность госпитализаций
Рост случаев лекарственной устойчивости
Низкий процент излечивания и прекращения бактериовыделения

Совершенствование организации медицинской помощи больным фтизиатрического профиля

Увеличение коечной мощности округа с 377 коек до 469 коек:

- строительство в г. Салехард окружного противотуберкулезного диспансера на 200 коек;
- окончание строительства фтизиатрического отделения на 120 коек с отделением торакальной хирургии на 20 коек в окружной больнице № 2 в п. Харп;
-окончание строительства противотуберкулёзного диспансера в г. Тарко-Сале на 65 коек;
-84 койки для лечения хронических больных с установленным диагнозом и изоляции вновь выявленных больных в сельских районах.

Маршрутизация пациента фтизиатрического профиля

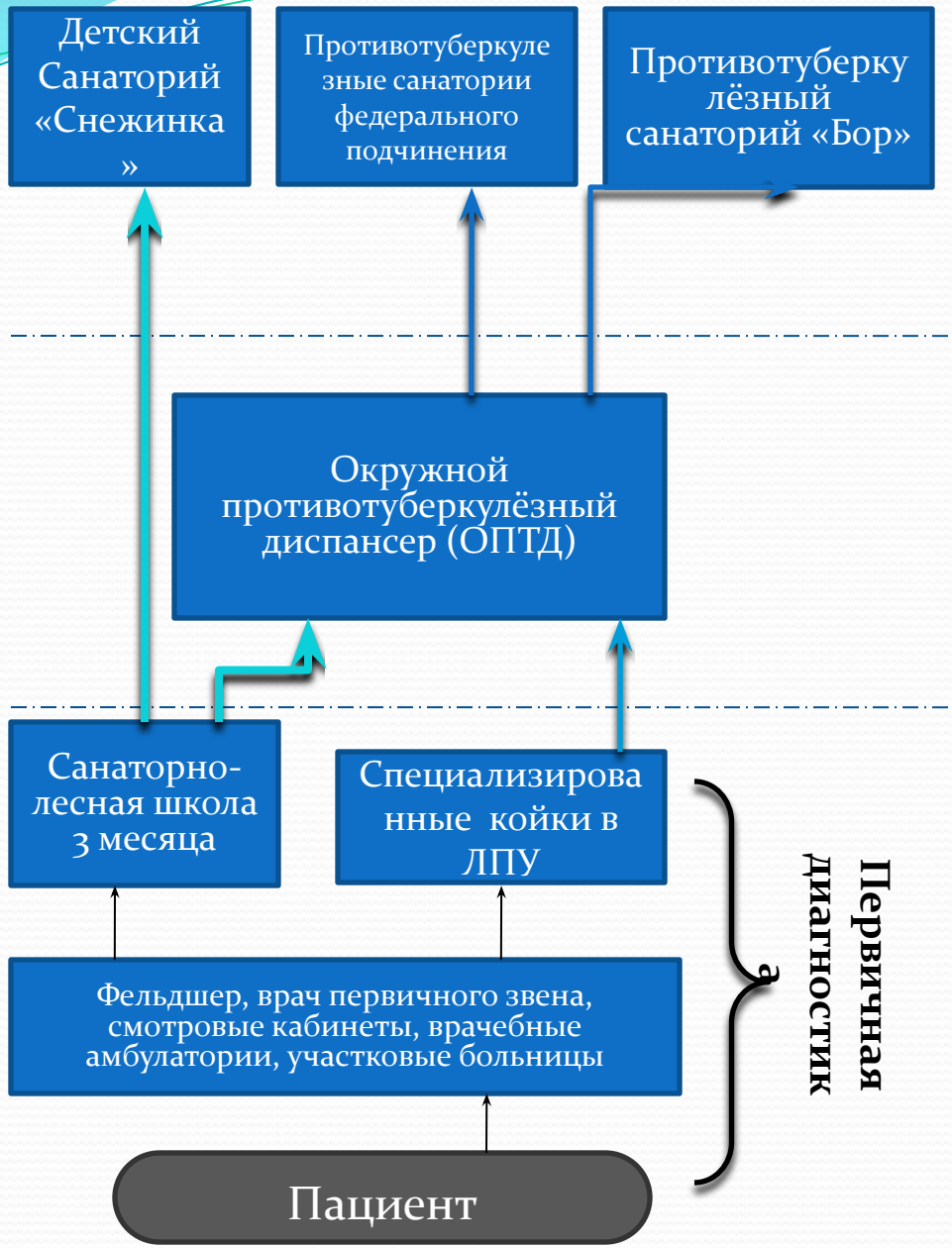


-проведение оперативного лечения;
-морфологическая верификация диагноза (диагностическая торакотомия с биопсией);
-лечение лекарственно устойчивого туберкулеза с применением пневмоперитонеума и лекарственных препаратов из группы резерва

-организация и проведение контролируемого лечения больным туберкулезом, имеющим сопутствующие заболевания психиатрические заболевания или хронический алкоголизм.
-выявление и диагностика больных туберкулезом;
-мониторинг туберкулеза;
-организация и проведение контролируемого лечения больных туберкулезом.

-Лечение больных, страдающих активными формами туберкулеза: IA, IБ, IIA и IIБ$
-Назначение и направление пациента на обследование: микроскопия мокроты на БК, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, сбор жалоб, анамнеза. При подозрении на туберкулез выдача направления на осмотр к фтизиатру.

Маршрутизация пациентов фтизиатрического профиля детского возраста



-Проведение химиопрофилактического лечения больных VI А ;VI Б; VI В групп (детский санаторий);
-Продолжение основного курса лечения (санаторий «Бор», федеральные учреждения)
-С неподтверждённым диагнозом здоровые дети (детский санаторий «Снежинка»)

-дообследование и проведение основного курса лечения детей поступивших из ЦРБ, кабинета приема участковой службы ОПТД , санаторно-лесных школ при подозрении или выявлении активного туберкулеза;
-дифференциальная диагностика

Осмотр, обследование детей всех возрастных групп. При подозрении и выявлении специфических изменений – госпитализация в ЦРБ (специализированные койки)
Дети с положительными пробами на туберкулин и из семейного туберкулезного контакта направляются с санаторно-лесные школы, где проводится химио-профилактическое лечение

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от внедрения предусмотренных Программой модернизации мероприятий

Показатель	РФ	ЯНАО		
		2009 г.	2012 г.	%
Смертность населения от туберкулеза, на 100 тыс. населения	17,9	12,9	12,8	-0,7
Смертность населения трудоспособного возраста от туберкулеза, на 100 тыс. трудоспособного населения	24,4	18,2	17,0	-6,5

Организация системы оказания акушерско-гинекологической помощи

Базой для организации системы оказания медицинской помощи являются:

Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи

Стандарты оказания медицинской помощи при беременности, родах и в послеродовый период

Динамика показателей акушерско-гинекологической помощи

Показатель рождаемости увеличился в 2009 году на 8.1%, показатель рождаемости в сельских территориях выше, чем по округу на 18-19% выше.

Показатель	2005	2006	2007	2008	2009
рождаемость, на 1000 родившихся живыми по округу	13,6	13,5	14,3	14,5	15.1
рождаемость, на 1000 родившихся живыми среди сельского населения	18,0	17,9	18,1	18,3	18,3

Показатель младенческой смертности в 2009 году снизился на 13,3% в сравнении с 2005 годом и составил 10,6 на 1000 родившихся живыми.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Младенческая смертность, на 1000 родившихся живыми	12,2	13	13,3	11,366	10,674

Показатель перинатальной смертности составил в 2009 году 5,9 промилле. Динамика снижения показателя относительно 2006 года составила более 40%.

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Перинатальная смертность (мертворожденные и умершие до 7 дня жизни на 1000 родившихся живыми и мёртвыми)	8,5	9,9	7,2	6,18	5,91

Динамика показателей акушерско-гинекологической помощи

Показатель	2005	2006	2007	2008	2009
Младенческая смертность, на 1000 родившихся живыми среди сельского населения	16,84	26,37	26.48	18.54	18.13

В районах с преобладанием сельских жителей и кочующего населения младенческая смертность в 3-5 раз выше, чем в среднем по округу.

Причины гибели детей до года в тундре и на дому:

-отсутствие связи кочующего населения с лечебно-профилактическими учреждениями;

-роды на дому (в тундре);

- нарушение правил по уходу и кормлению детей раннего возраста;

- алкоголизация населения;

--отсутствие постоянного жилья в сельской местности (передвижной образ жизни).

Организация акушерско-гинекологической помощи

Акушерско-гинекологические кабинеты 18

Акушеры -гинекологи - 170

Неонатологи - 33

Коечный фонд:
для беременных и рожениц - 233;
Патологии беременных - 225;
Гинекологические - 378

Должность	штатные	занятые	Физические лица	укомплектованность %	Коэффициент совместительства
Акушеры-гинекологи	246,25	243	170	98,7	1,4
Неонатологи	48,5	48,5	33	100	1,5

Организация оказания акушерско-гинекологической помощи

Деятельность первичного звена здравоохранения

Удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации до 12 нед. беременности – 68,9%. Из числа женщин, закончивших беременность, осмотрены терапевтом 97,4 %

Невынашивание беременности - 4,51 на 100 родившихся живыми

Из числа женщин, закончивших беременность, было проведено УЗИ плода 93,7%;
Доля детей родившихся с врожденными аномалиями 5% от числа родившихся живыми

Число нормальных родов, принятых в стационаре- 35 %

Низкий уровень перинатального скрининга в сельских территориях.
Несвоевременное взятие на учёт (4.4 % женщин), в 92% беременные в тундре, не состоят на учете по беременности
Недостаточная работа с беременными и роженицами

Деятельность специализированного звена здравоохранения

Обеспеченность акушерско-гинекологическими койками 30,6 на 10 тыс. женского населения

койки для беременных и рожениц 233; патологии беременных 225; гинекологические 378; патологии новорожденных 47.

Работа коек для беременных и рожениц 303 дня; патологии беременных 318 дней; гинекологических коек 343 дня.

Избыток 400 коек.
Для беременных и рожениц, гинекологических на 40%, патологии беременных на 60%, патологии новорожденных на 30%.
объемы (129,3, 241, 128,3, 78,9 койко-дней на 1000 жителей соответственно) больше объемов ПГГ (75, 122, 56, 20,7 соответственно) на 72%, 97%, 128%, 290% соответственно.
Сокращение и частичное перераспределение коек из учреждений I и II групп в учреждения III группы

Совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи

Создание перинатальных центров 3 группы на базе многопрофильных лечебно-профилактических учреждений в гг. Ноябрьск, Новый Уренгой, Надым, Салехард.

Создание 4 отделений на базе лечебно-профилактических учреждений 2 группы в гг. Губкинский, Муравленко, Тарко-Сале и Лабытнанги.

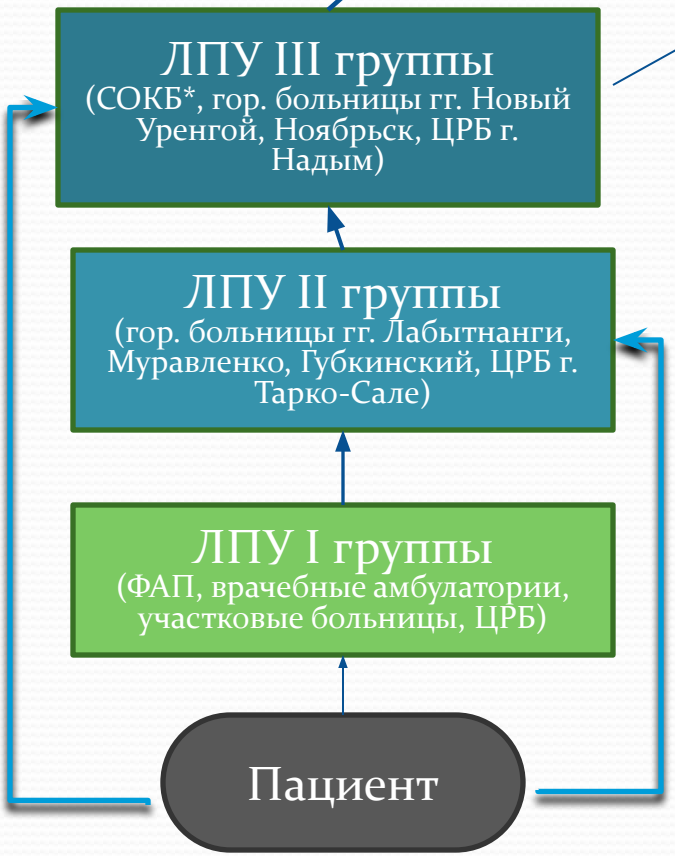
Внедрение программы мониторинга:

- беременных;
- новорожденных и детей до года

Маршрутизация рожениц, родильниц, новорожденных

НИИ ОММ г. Екатеринбург, Областной перинатальный центр г. Тюмень, Областная клиническая больница (ДСО) г. Тюмень (межрегиональная программа «Сотрудничество»)

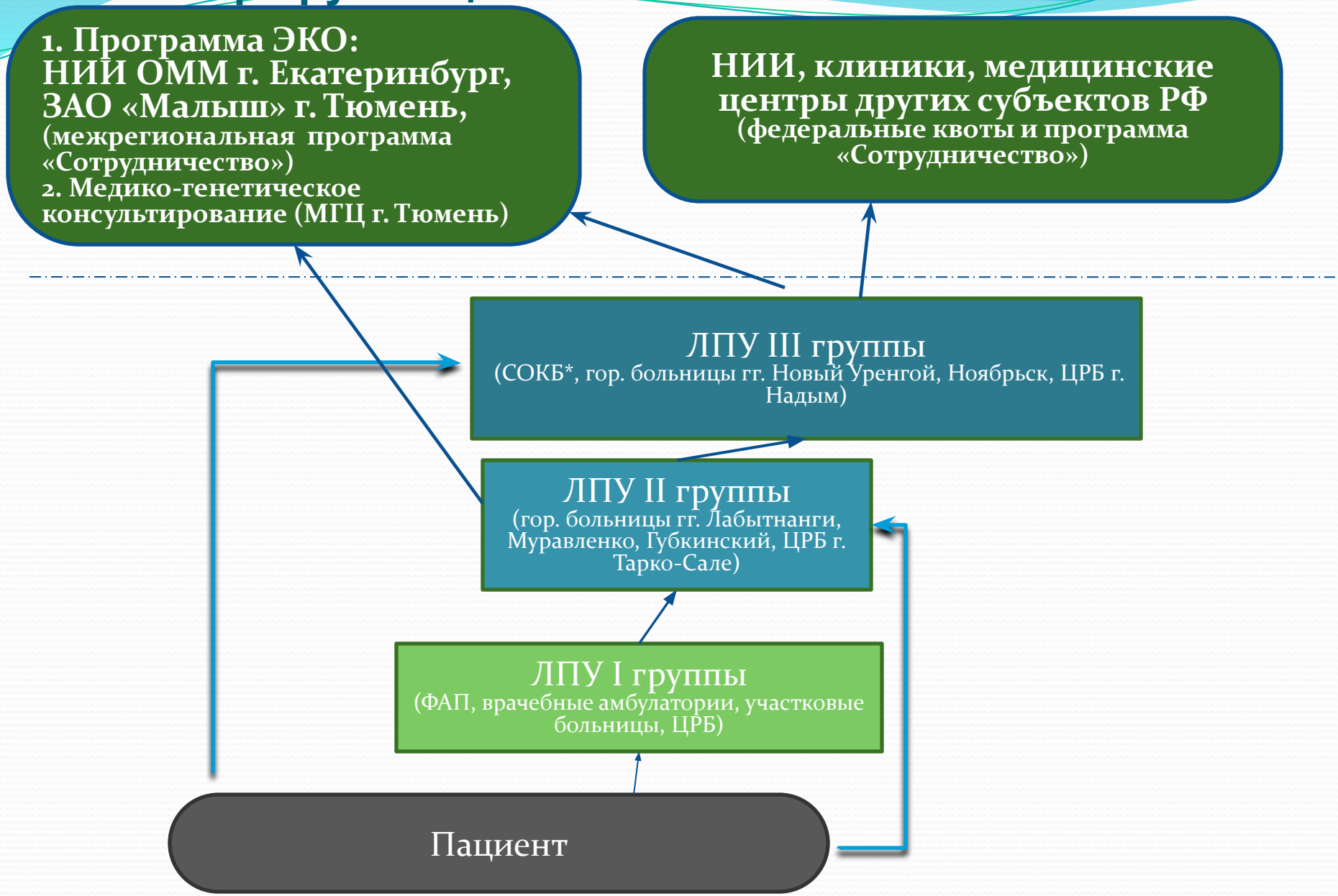
НИИ, клиники, медицинские центры других субъектов РФ (федеральные квоты и программа «Сотрудничество»)



Показания для госпитализации пациенток в акушерские стационары I-III групп утверждены приказами Минздравсоцразвития России от 02 октября 2009 г. № 808Н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» ; от 1 июня 2010 г. N 409н «О порядке оказания неонатологической медицинской помощи»

* Салехардская окружная клиническая больница

Маршрутизация гинекологических больных



* Салехардская окружная клиническая больница

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от внедрения предусмотренных Программой модернизации мероприятий

Показатель	РФ	ЯНАО		
		2009 г.	2012 г.	%
Материнская смертность, на 100 тыс. живорожденных	20,5	13,25	13	-1,8
Перинатальная смертность, на 1000 родившимися живыми и мертвыми	8,3	5,9	6	1,6
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных	8,2	10,6	9	-5,6