



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ТРЕБОВАНИЯ К ФОРМИРОВАНИЮ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Директор Департамента организации медицинской помощи и
развития здравоохранения
О.В. Кривонос**

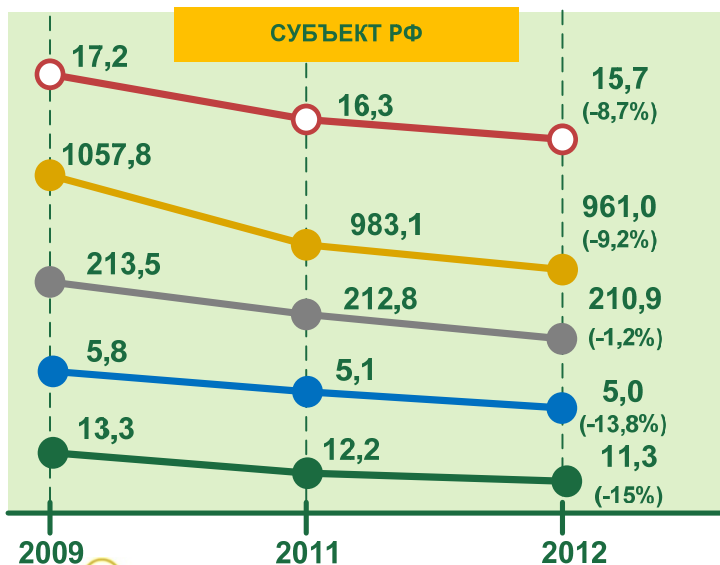
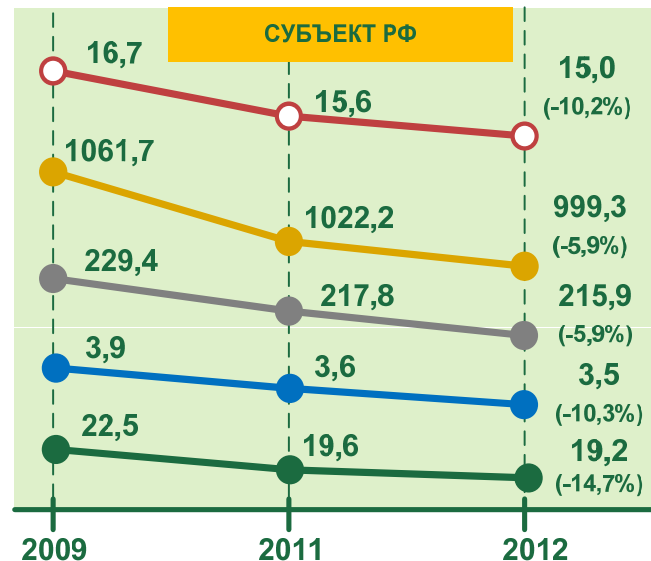
РОССИЯ 2010

Здравоохранение – важнейшая отрасль социальной сферы, максимально приближенная к людям. Именно на нем лежит основная ответственность за сохранение жизни и здоровья граждан, профилактику и снижение заболеваемости населения.

Целью модернизации здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи для всего населения РФ.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации разработана примерная программа модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации на 2011 - 2012 годы (далее – Программа), основной целью которой является улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации.

ПРОГНОЗНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ В ЦЕЛОМ ПО РОССИИ И ОТДЕЛЬНЫХ СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

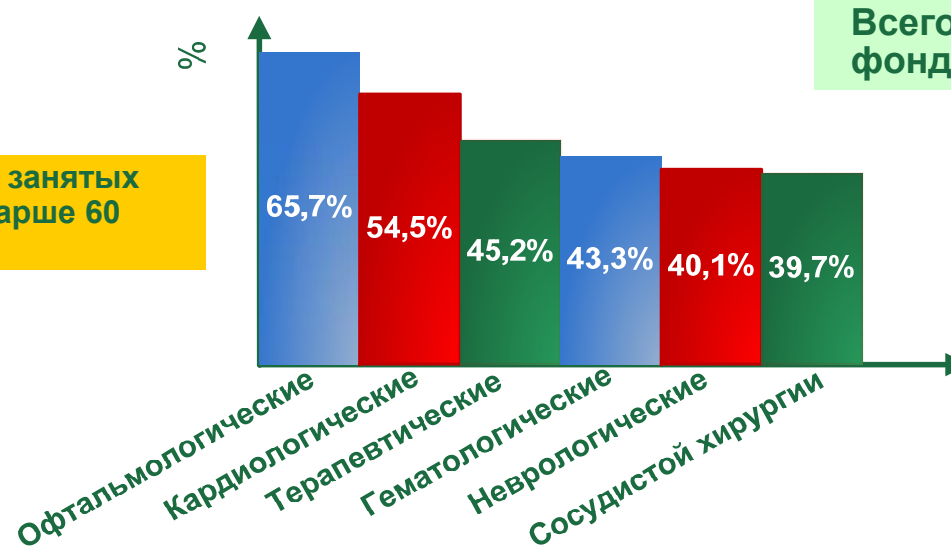


- Общая смертность, на 1000 чел. населения
- Смертность от болезней системы кровообращения, на 100 тыс. населения
- Смертность от злокачественных новообразований, на 100 тыс. населения
- Смертность от туберкулеза, на 100 тыс. населения
- Смертность от ДТП, на 100 тыс. населения

КОЕЧНЫЙ ФОНД И РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ (2009 г.)

Профили коек	Количество коек	Количество избыточных/недостающих коек	%
Травматологические	34 978	10 079	28,8%
Эндокринологические	88 609	9 966	11,2%
Офтальмологические	14 309	6 606	46,0%
Геронтологические	15 300	7 344	48,0%
Онкологические	30 309	- 5 336	- 17,6%
Пульмонологические	16 843	- 5 032	- 29,9%

Доля коек, занятых лицами старше 60 лет:



Всего избыточность коечного фонда составляет 14%

КОЕЧНЫЙ ФОНД И РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ (2009 г.)

ПРИМЕР: При высокой обеспеченности койками неудовлетворительная работа коечного фонда

Субъект РФ	Обеспеченность койками на 10 тыс. населения	Занятость койки
Костромская область	106,3	294
г. Москва	93,7	299
Ярославская область	103,3	303
Тульская область	105,7	317
Республика Северная Осетия - Алания	99,1	286
Республика Саха (Якутия)	115,3	318
Амурская область	102,3	294

РФ

Обеспеченность койками на 10 тыс. населения – **90,1**

Занятость койки - **325**

Избыточность коек

ПРИМЕР: При низкой обеспеченности койками высокая эффективность работы коечного фонда

Субъект РФ	Обеспеченность койками на 10 тыс. населения	Занятость койки
Республика Татарстан	76,2	346
Ульяновская область	87,0	346
Ленинградская область	74,4	338
г. Санкт-Петербург	90,3	315
Челябинская область	85,2	335
Пермский край	84,1	336
Чувашская Республика	88,5	328

Развиты стационарозамещающие технологии

Возможна недостаточность коечного фонда

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧАМИ (2009 г.)

Субъект РФ	Заболеваемость на 100 тыс. населения	Обеспеченность врачами
Владимирская область	210 975,5	30,7
Тульская область	167 794,0	29,8
Курганская область	161 682,6	25,0

РФ

Заболеваемость на 100 тыс. населения – **160 724,6**

Обеспеченность врачами – **44,1**

При низкой обеспеченности врачами – высокая заболеваемость. Это говорит о неблагоприятной эпидемиологической ситуации в регионах

Субъект РФ	Заболеваемость на 100 тыс. населения	Обеспеченность врачами
Кабардино-Балкарская Республика	88 815,6	39,2
Карачаево-Черкесская Республика	103 161,8	37,3
Чеченская Республика	100 709,0	26,2
Ставропольский край	108 723,3	38,1

При низкой обеспеченности врачами – низкая заболеваемость, характеризует низкую доступность населения к врачебной помощи

ПРИМЕР ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ЦЕЛЮ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛВЕГО ПОКАЗАТЕЛЯ ПРОГРАММЫ

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В основу организации медицинской помощи должны быть взяты:

Порядок оказания медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями

Стандарты оказания медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями

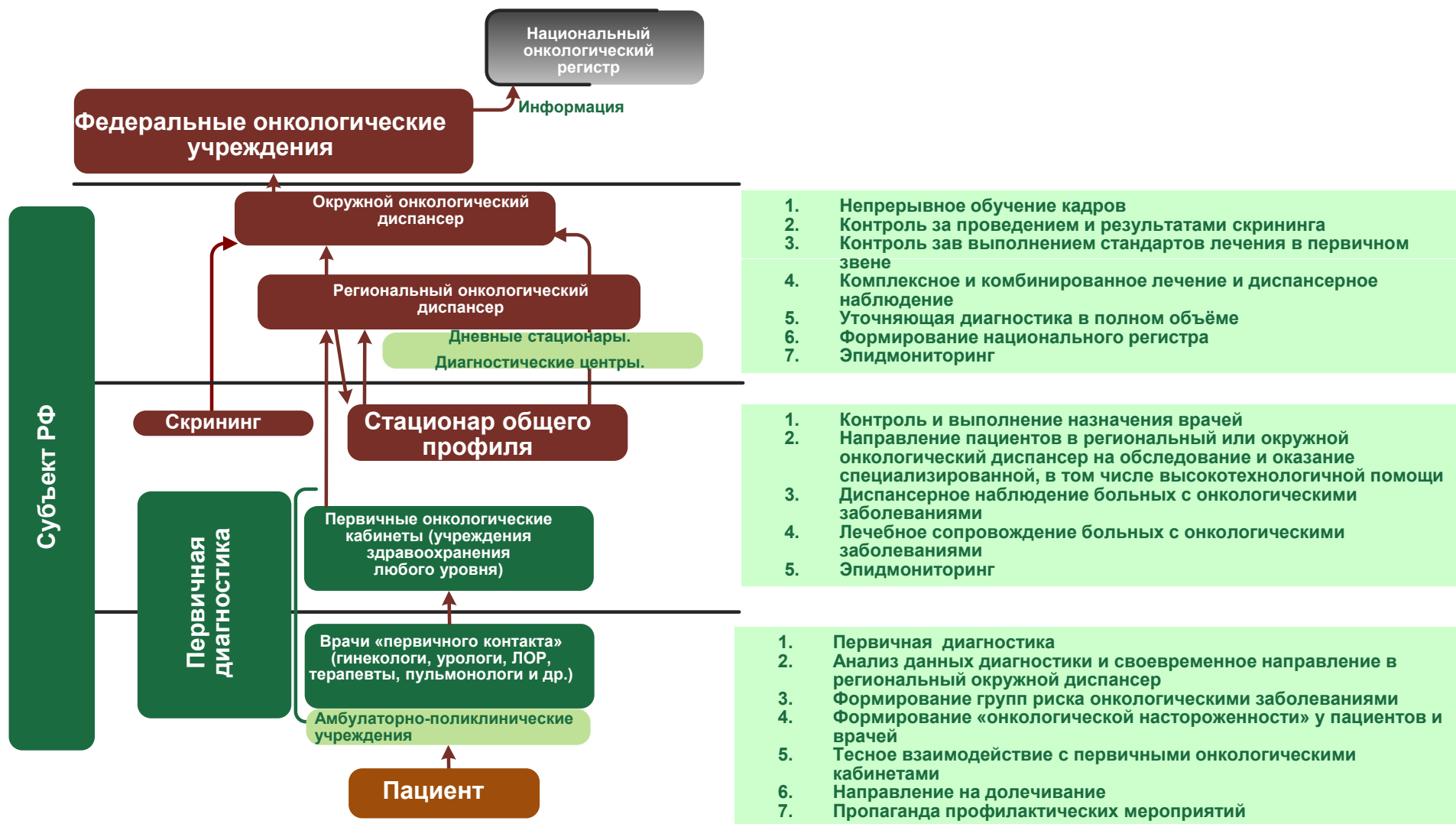
Порядок предусматривает:

Маршрутизацию пациентов

Организацию работы сети учреждений здравоохранения

Обеспеченность медицинскими кадрами

МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

ПРИМЕР СУБЪЕКТА N С ЧИСЛЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ 780 ТЫС. ЧЕЛОВЕК:

Первичное звено здравоохранения

Смотровые кабинеты
45

Онкологические кабинеты
15

Врачи-терапевты участковые
105

Медицинские кадры (онкологи)

Выявление заболеваний I – II стадии
Низкая настороженность медицинских работников

Должности

Штатные

Занятые

Физические лица

25

18

12

Укомплектованность – 72%

Коэффициент совместительства 1,5

Сеть специализированных учреждений

Диспансеры онкологические
2

Больницы
1

Онкологические койки городских, районных, центральных районных больниц

200

Диспансеров

50

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

ПРИМЕР СУБЪЕКТА N С ЧИСЛЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ 780 ТЫС. ЧЕЛОВЕК:

Деятельность первичного звена здравоохранения

Осмотрено на онкологические заболевания

45000

→ 1000

Направлено в специализированные учреждения

Посещения онкологических кабинетов

5000

800

Диагноз подтвержден

Выявлено на I – II стадии заболеваний

300

620

Поставлены на диспансерный учёт

Низкая выявляемость на ранних стадиях – 37,5% (РФ – 48%)

В специализированные онкологические учреждения

Низкий процент постановки на диспансерный учёт – 77,5%

Деятельность специализированного звена здравоохранения

Госпитализировано больных

400

Прооперировано больных

300

Занятость койки

310 дней

Городские, районные, центральные районные больницы

Низкая занятость койки в году при высокой обеспеченности - 2,3 на 10 тыс.нас. (РФ - 2,1)

ПРОГРАММА МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Анализ показателей деятельности отдельных структур системы здравоохранения характеризует низкую эффективность ее работы.

Это требует:

разработки и реализации мероприятий по укреплению первичного звена здравоохранения, включая развитие участковой службы, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, оснащение их необходимым оборудованием;

При этом территориальное расположение участковых врачей, врачей общей практики, фельдшерско-акушерских пунктов должно обеспечивать возможность оптимальных сроков получения медицинской помощи

реструктуризации коечного фонда стационаров с целью рационального его использования;

пересмотра кадровой политики на уровне всех звеньев здравоохранения

реорганизации учреждений здравоохранения, независимо от функционирования их в системе здравоохранения;

организации работы в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от внедрения предусмотренных Программой модернизации мероприятий

ПРИМЕР СУБЪЕКТА N С ЧИСЛЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ 780 ТЫС. ЧЕЛОВЕК:

Показатели	2009 г.	2012 г.	Изменение (%)
Смертность, на 100 тыс.	230,9	225,9	2,2
Одногодичная летальность (%)	33,5	29,5	12,0
Доля (%) лиц со злокачественными новообразованиям, продолжительность жизнь которых после установления диагноза > 5 лет	49,3	52,0	5,5
Выявляемость заболевания на ранних стадиях (%)	37,5	45	20

ПРОГРАММА МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Программа модернизации должна быть сбалансирована по объёмам медицинской помощи, сети, штатам и финансам
- Должна быть обеспечена чёткая маршрутизация пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи
- Должны быть внедрены поэтапно стандарты оказания медицинской помощи
- Должны быть обеспечены доступность и качество оказания медицинской помощи
- Программа должна быть направлена, прежде всего, на улучшение показателей медицинской результативности

С целью эффективности проводимых в регионе мероприятий по реализации Программы модернизации здравоохранения и достижения показателей, определенных концепцией демографической политики Российской Федерации, **всем субъектам Российской Федерации определены целевые показатели по снижению смертности населения от основных причин с учетом региональных особенностей.**