



# Про підсумки діяльності закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги в 2013 році

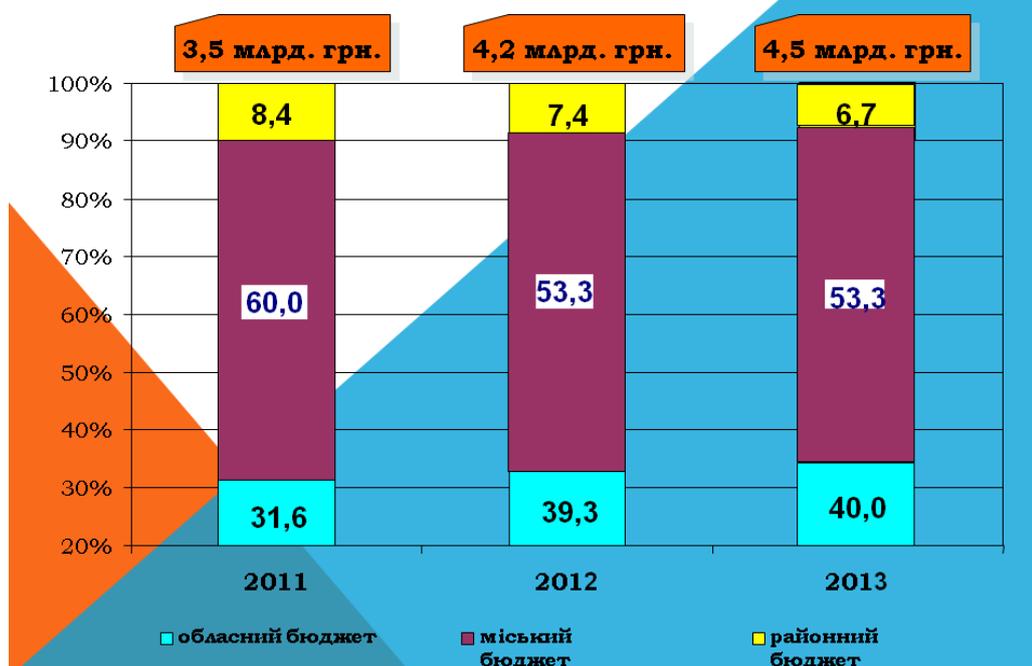
Заступник начальника управління - начальник відділу реформування охорони здоров'я та забезпечення лікарськими засобами управління організації та розвитку медичної допомоги населенню департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації

ТУРУПАЛОВА СВІТЛАНА ЮРІІВНА

Вторинний рівень медичної допомоги в 2013 році практично не змінився, безпосередньо пов'язаних з проведенням реформи системи охорони здоров'я.

Як і в 2012 році, фінансування цих установ в звітний рік здійснювалось за рахунок субвенцій містам і районам з обласного бюджету.

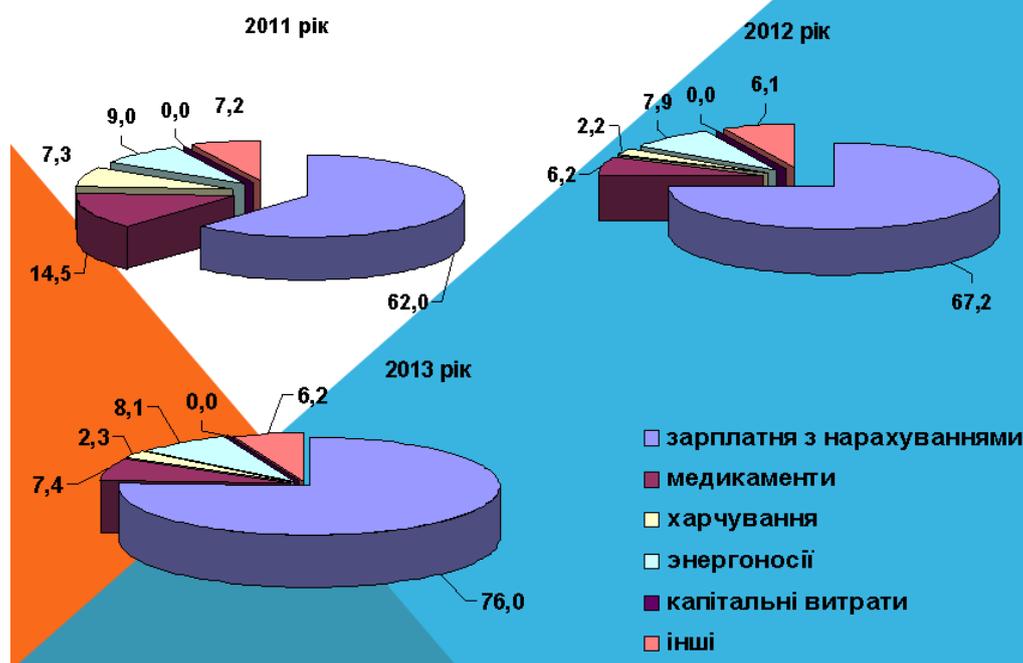
## БЮДЖЕТ ОБЛАСТІ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (без капітальних витрат)



На слайде показан удельный вес объема финансирования областных, городских и районных учреждений здравоохранения за последние 3 года без капитальных расходов. Обращает на себя внимание некоторое увеличение в 2013 году по сравнению с предыдущим годом средств областного бюджета и соответствующее уменьшение – средств районного бюджета. Городской бюджет остался без изменений. Это связано с изменением в формуле распределения объема межбюджетных трансфертов в части корректирующих коэффициентов для пилотных регионов по уровням предоставления медицинской помощи.

Для бюджетов городов уменьшен удельный вес финансирования на первичную медпомощь с 34,8% до 28%, соответственно увеличен удельный вес финансирования на вторичную и экстренную медицинскую помощь – с 65,2% до 72%. Для бюджетов районов соотношение между уровнями осталось прежним: на первичную медпомощь – 34,8%, на вторичную и экстренную – 65,2%.

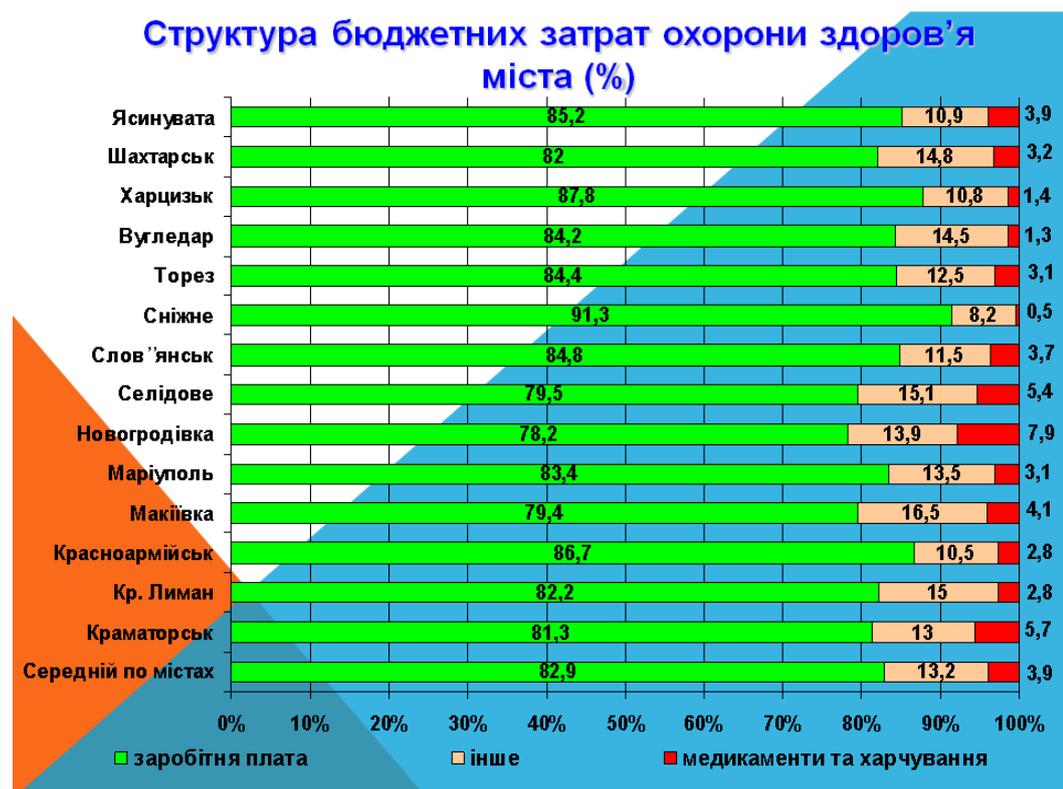
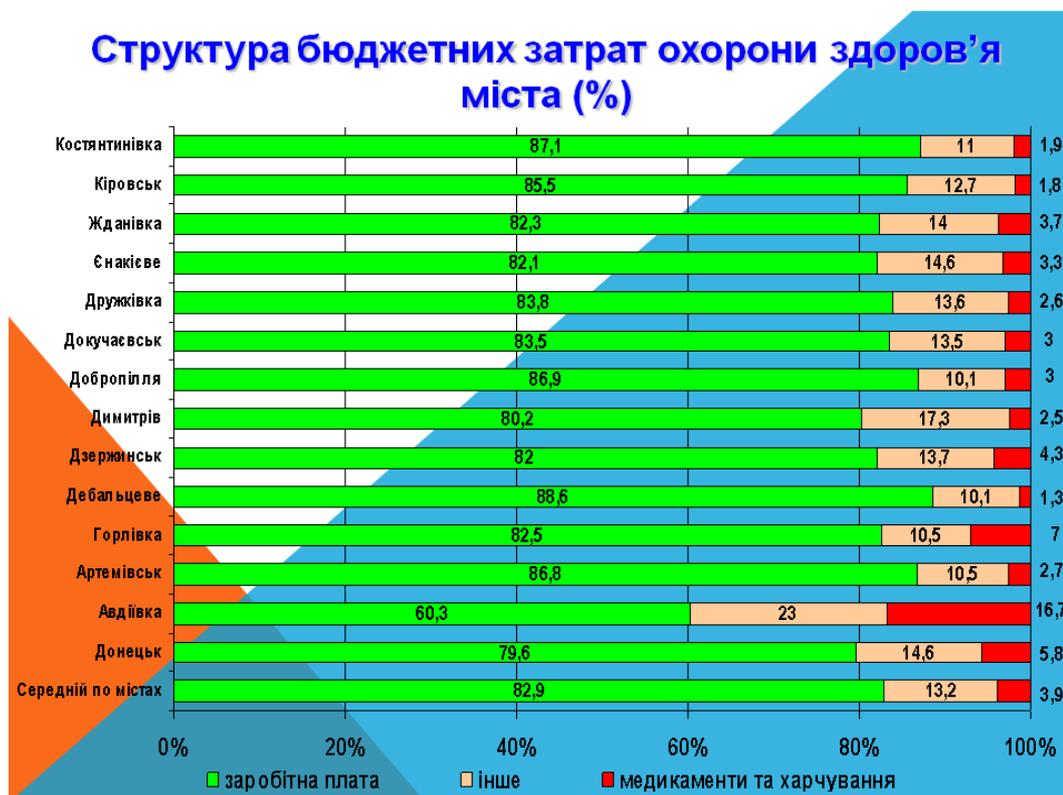
## Структура бюджетных витрат на охрану здоров'я (%)



На слайде показана структура бюджетных расходов. По-прежнему, основной объем составляет заработная плата, которая к тому же возросла в 2013 году с 67,2% до 76%. Что касается непосредственных расходов на лечение, то в сравнении с 2012 годом практически без изменений остались расходы на питание больных при стационарном лечении (2,3% против 2,2%) и отмечается некоторое увеличение расходов на медикаментозное обеспечение стационарного лечения (с 6,2% до 7,4%).

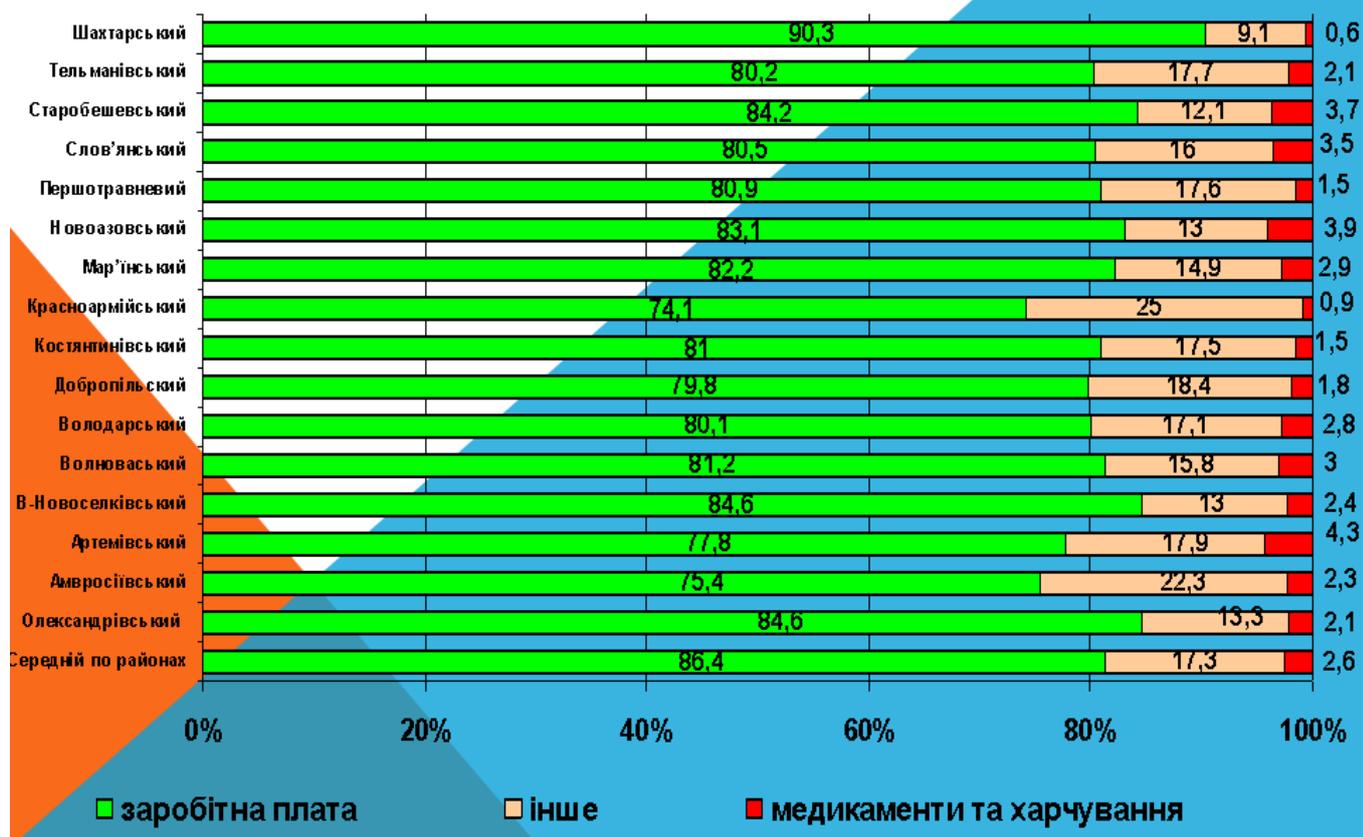
Однако проведенный анализ стоимости 1 койко-дня в 2013 году в учреждениях здравоохранения городов и районов показал ее дальнейшее уменьшение по медикаментам: в городах – 5,11 грн. против 5,46 грн., в районах – 3,81 грн. против 3,95 грн.

Это при том, что коечный фонд учреждений здравоохранения вторичного звена в течение 2013 года сократился на 185 коек (180 – в городах и 5 – в В-Новоселковском районе).



На слайдах (см. выше) показана структура бюджетных расходов в городах. Меньше всего на лечение больных в условиях стационаров выделено средств в гг. Снежное (0,5% от всех расходов на здравоохранение), Дебальцево (1,3%), Угледар, Харцызск (по 1,4%), Константиновка, Кировское (по 1,9%).

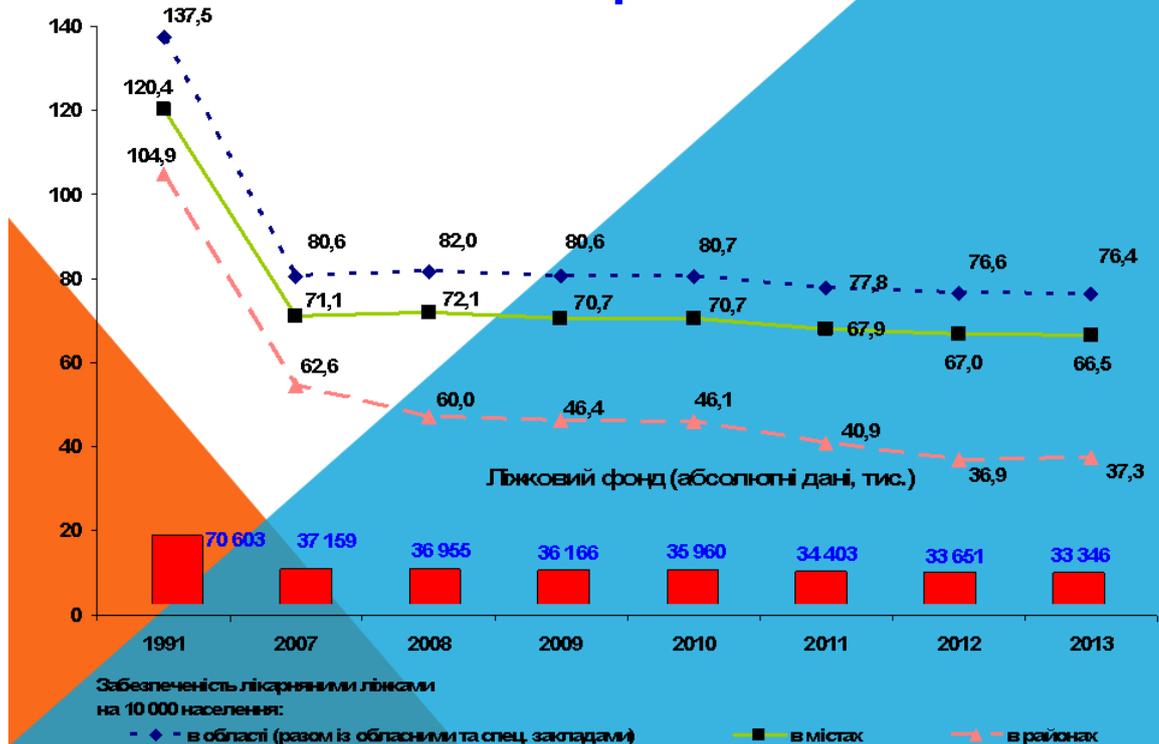
## Структура бюджетных затрат охорони здоров'я райони (%)



В районах худшая ситуація зафіксована в Шахтерском районі (0,6%) і Першотравневом районі (1,5%).

Общее количество коек на 31.12.2013г. составило 33 651 или 76,4 на 10 тыс. населения (2012г. – 76,6).

## Ліжковий фонд області та динаміка забезпеченості лікарняними ліжками



На слайде можна видіти, що загальне скорочення коечного фонду області не привело до зниження забезпеченості на 10 тис. населення.

## Використання ліжкового фонду

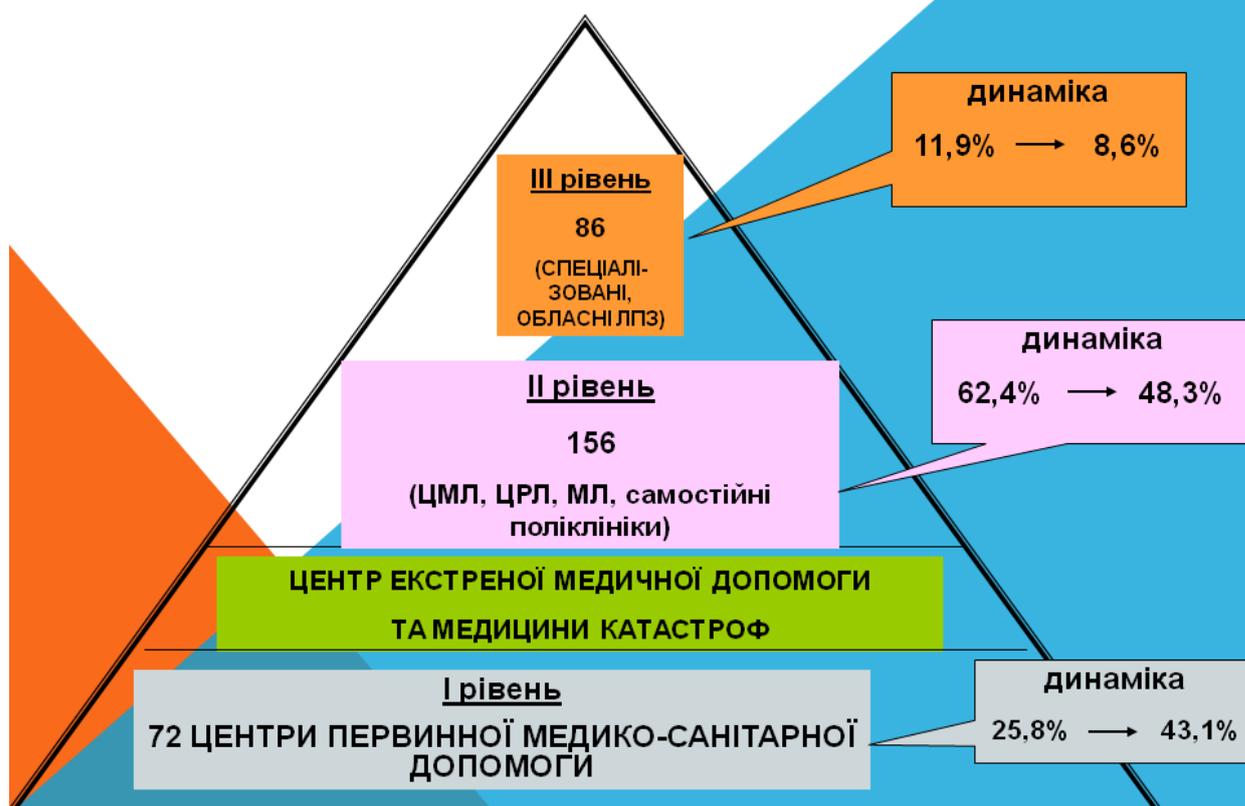


За останні 6 років практично не змінюється і робота койки (331 проти 338). Залишилися такими ж і середні терміни стаціонарного лікування — 12,6 днів.

Таким образом, в области проводится постепенный процесс приведения коечного фонда в соответствии с истинной потребностью населения при одновременном дальнейшем расширении стационарзамещающих форм работы.

Как вы знаете, в идеале на первичном уровне должны начинать и заканчивать лечение около 80% больных, на вторичном уровне – до 15% и на третичном (высококвалифицированном и высокотехнологичном) около 5% больных.

## ДИНАМІКА ПРОЛІКОВАНИХ ЗА РІВНЯМИ НАДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (2012-2013рр.)

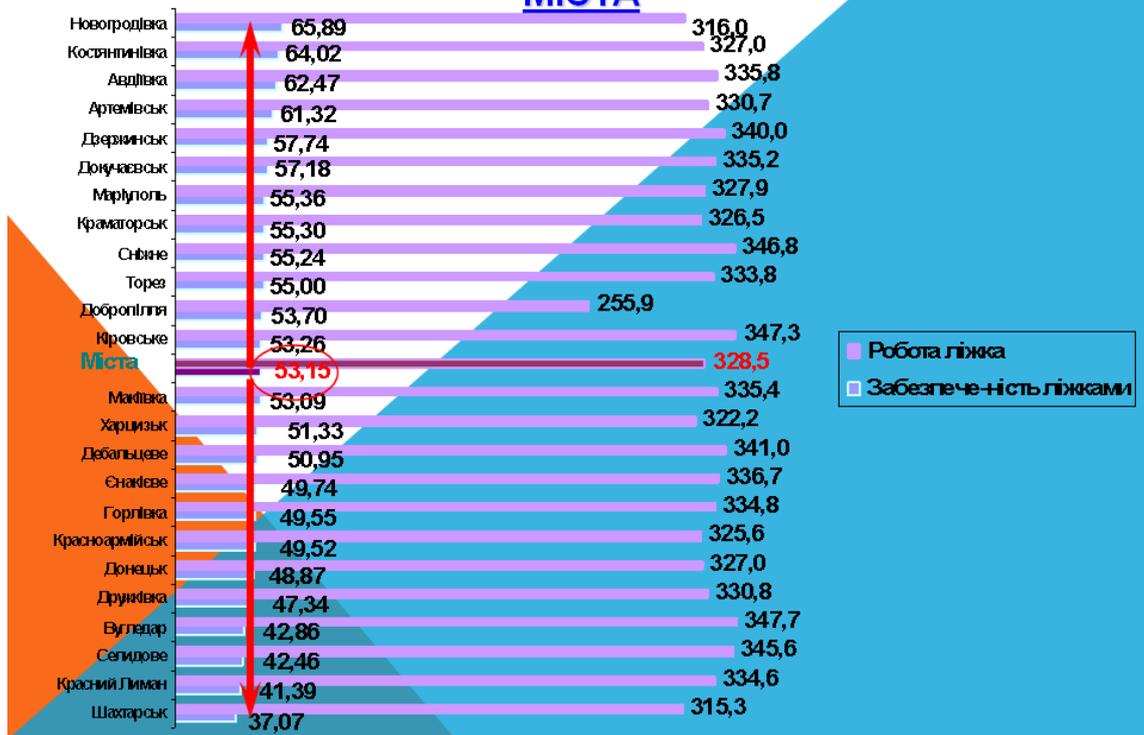


На слайде показаны изменения, произошедшие за отчетный год: на первичном уровне удельный вес пролеченных больных составил 43,1% против 25,8% в 2012 году, на вторичном уровне уменьшение удельного веса пролеченных с 62,4% до 48,3%, на третичном уровне – с 11,9% до 8,6%, что также говорит о положительной динамике. Необходимо дальнейшее улучшение преемственности, согласованности и взаимодействия между уровнями оказания медицинской помощи.

В городах **обеспеченность стационарными койками** незначительно уменьшилась с 67,0 до 66,5 на 10 тыс. населения, в районах увеличилась с 36,9 до 37,3.

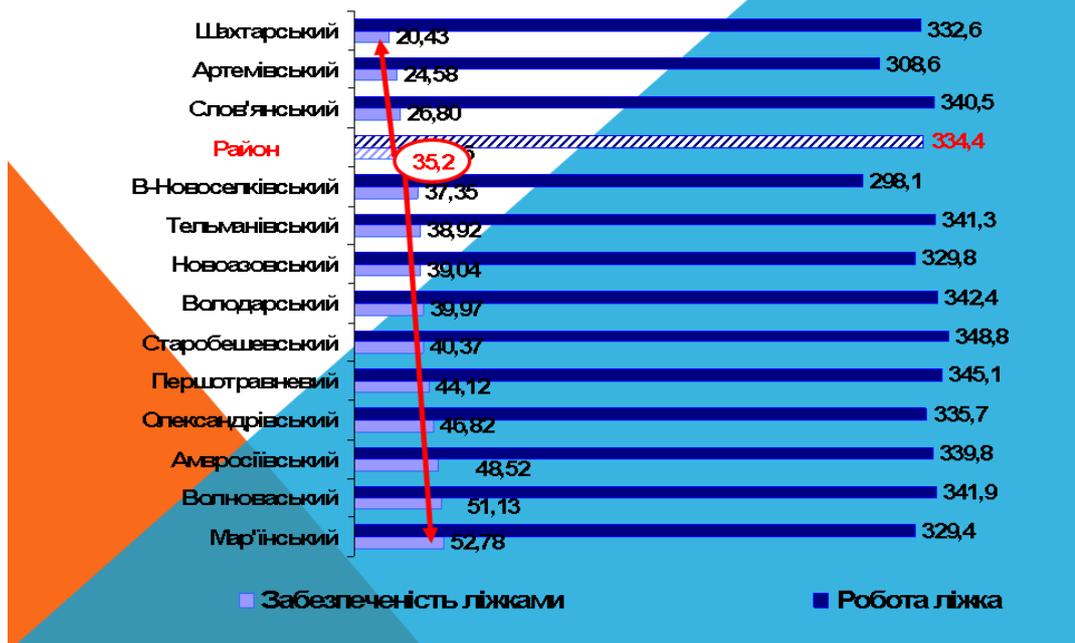
Рассмотрим показатели обеспеченности койками в городах и районах области, **исключив специализированные**.

## ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЛІЖКАМИ ТА ЇХ ВИКОРИСТАННЯ (БЕЗ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЛПЗ) МІСТА



При середньому показателі по городам, который составляет **53,2** на 10 тыс. нас., высокий показатель, как и в 2012 году, отмечается в гг. Новгородовка – 65,9; Константиновка – 64,0; Авдеевка – 62,5.

## ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЛІЖКАМИ ТА ЇХ ВИКОРИСТАННЯ (БЕЗ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЛПЗ) РАЙОНИ



Превышают среднюю обеспеченность койками по районам, которая составляет **35,2** на 10 тыс. нас., как и в 2012 году, показатели Мар'їнського

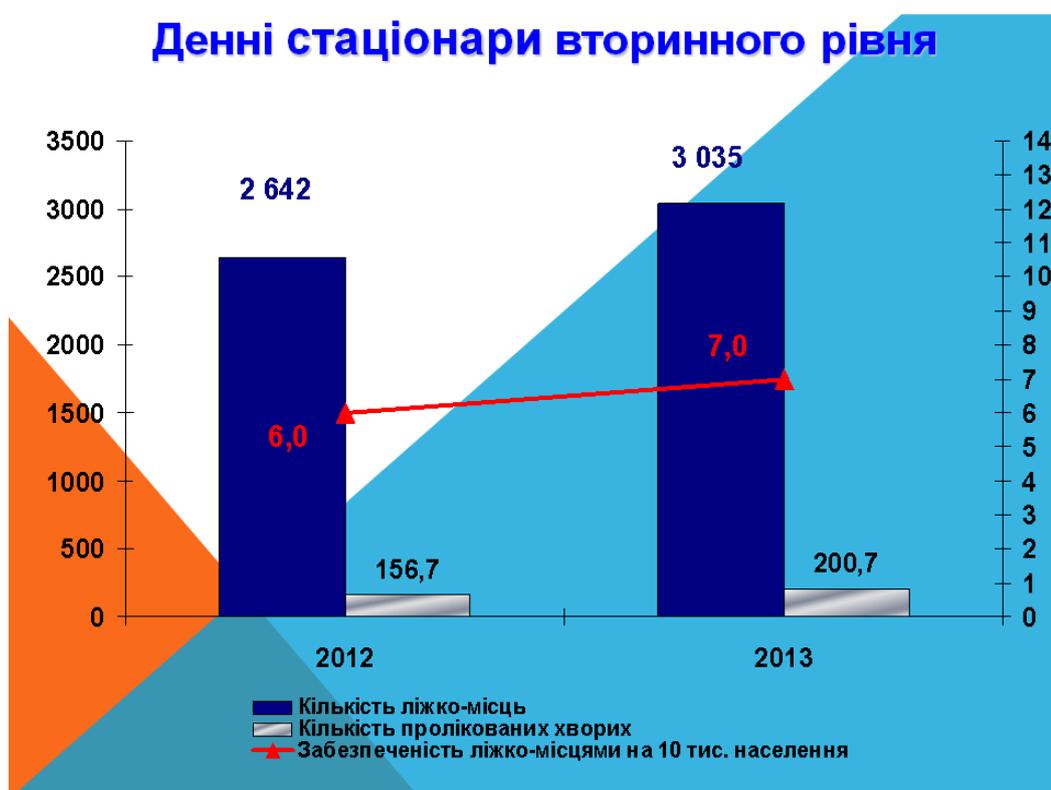
р-на – 52,8, Волновахского р-на – 51,1, Амвросиевского р-на – 48,5, Александровского р-на – 46,8.

И если в гг. Константиновка и Авдеевка **работа койки** соответствовала или несколько превышала средний городской показатель – **328,5**, то в г. Новогородовка этот показатель очень низкий и составил 316,0, что говорит о «просто» коек.

Та же ситуация наблюдается и в районах: при среднем районном показателе работы койки - **334,4**, в Марьинском р-не он составил 329,4, а самый низкий показатель отмечен в В-Новоселковском р-не – 298,1.

При высокой обеспеченности койками допущено их неэффективное использование: в течение года по области **не работало 1032 койки**, в т.ч. **886** – в городах, из них 178 – в г. Донецке, 119 – Мариуполе, 91 – Славянске, 51 - Макеевке, по 39 в Горловке и Дзержинске, 38 в Енакиево, 35 в Краматорске и **57** – в районах, в т. ч. 18 – в В-Новоселковском, 14 – в Марьинском, 10 - в Артемовском.

В большинстве случаев, низкая работа койки в городах и районах обусловлена недостаточной занятостью инфекционных коек для взрослых (259,6) и коек для беременных и родильниц (172,7).



В 2013 году в учреждениях здравоохранения вторичного звена работали дневные стационары с 3 035 койко-местами, где пролечено более 200 тыс. населения (для сравнения в 2012г. функционировало 2 642 койко-мест, пролечено 157 тыс. грн.). Таким образом, на 393 койко-мест увеличена

мощность дневных стационаров, что позволяет сделать вывод о востребованности стационарзамещающей формы лечения.

Напомню, что на первичном уровне также функционируют 4 100 койко-мест, что говорит о естественном процессе перераспределения функций между уровнями оказания медицинской помощи в соответствии с потребностями населения.

Однако в некоторых регионах области стационарзамещающая форма работы используется недостаточно. Так, г. Ждановка при наличии всего 12 койко-мест, как и в 2012 году, они остаются невостребованными, показатель пролеченных в дневном стационаре – 344,3 на 10 тыс. нас. при среднегородском показателе – 695,1 на 10 тыс. нас., в Першотравневом районе – при работе 36 койко-мест показатель пролеченных всего 365,1 на 10 тыс. нас. при среднерайонном показателе – 667,8 на 10 тыс. нас., т.е. в 2 раза меньше, в Александровском районе – на 30 койко-местах показатель 469,7 на 10 тыс. нас. А в Волновахском районе низкий показатель 418,2 на 10 тыс. нас. при 129 койко-местах дневного стационара.

В то же время есть и обратная картина, когда из-за недостаточного количества койко-мест дневного стационара отмечается чрезмерная их «загруженность». Это касается г. Авдеевка, где на 67 койко-местах, показатель пролеченных в дневном стационаре – 854,7 на 10 тыс. нас. при среднегородском показателе – 695,1 на 10 тыс. нас. С перегруженностью работают и дневные стационары гг. Дзержинск (1064 на 10 тыс. нас.), Доброполье (1166 на 10 тыс. нас.), Константиновка (1359 на 10 тыс. нас.), Снежное (1111 на 10 тыс. нас.), Торез (1000 на 10 тыс. нас.).

Общее количество отделений хирургии 1 дня в 2013г. продолжает уменьшаться с 86 до 77. Сокращение произошло в гг. Мариуполь – 4 отделения, Енакиево – 2, Амвросивском районе – 2 Донецке, Дебальцево, и открыто 1 отделение в г. Дружковка.

Таким образом, в отчетном году в городах функционировало 61 отделений, в районах – 16.

При этом в 2013 году уменьшился удельный вес больных, прооперированных в отделениях хирургии 1 дня (от всех прооперированных) с 18,8% до 17,2%. При этом в городах показатель снизился с 21,7% до 19,4%, а вот в районах он увеличился с 19,5% до 21,2%.

## ХІРУРГІЧНА АКТИВНІСТЬ у 2012-2013рр. (%)



По сравнению с 2012г. **хирургическая активность** в стационарах городов выросла незначительно: в городах с 50,4% до 50,8% и в районах - с 49,1% до 50,0%.

## Хірургічна активність (%) міста

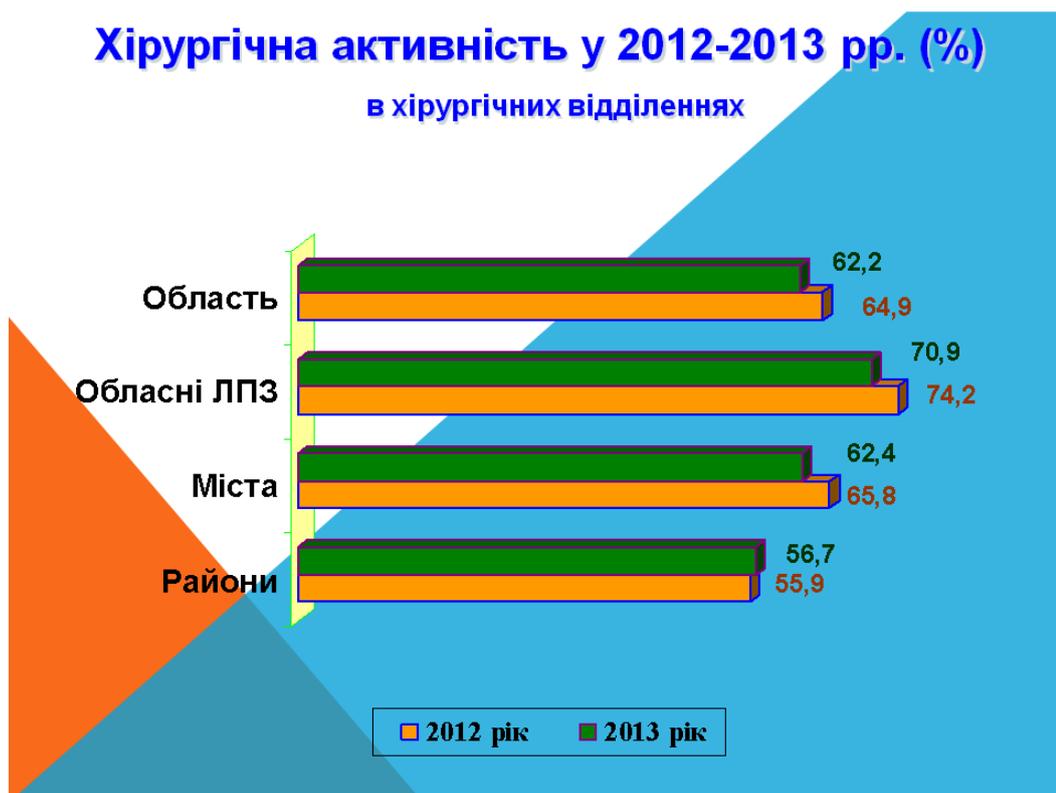


В городах выше средних (50,8%) показатели отмечены в гг. Доброполье – 64%, Димитрово и Харцизске – по 55,9%, Донецке и Селидово – по 55,6%;

низкие показатели – в Угледаре – 26,7%, Константиновка – 27,8%, Авдеевке – 29,6%.



В районах самые высокие показатели отмечены в Володарском – 59,1%, Новоазовском – 58,8%, самые низкие – в Першотравневом и Славянском р-нах, соответственно 28,9% и 36,4%.



В то же время отмечается снижение **хирургической активности в хирургических отделениях** городских учреждений здравоохранения с 65,8% до 62,4% и повышение в районных – с 55,9% до 56,7%.

## Післяопераційна летальність в стаціонарах (%)



Общие показатели и структура **послеоперационной летальности в стационарах по области** не изменилась. Однако в районных больницах она выросла с 0,48% до 0,61%. Выше среднего этот показатель, как и в 2012г. в Славянском р-не – 1,93%.

## Питома вага пізньої доставки при хірургії черевної порожнини (%)



Одной из причин роста послеоперационной летальности при экстренной хирургии является **поздняя доставка больных в стационар**. Так, при острой хирургической патологии брюшной полости удельный вес поздней доставки увеличился в городах с 37,9% до 39,6% и несколько снизился в районах – с 28,9% до 28,2%.

Более высокие показатели отмечены в гг. Горловка – 53%, Снежное – 45,6%, Димитров – 45,5%, Марьинском районе – 41%, Амвросиевском районе – 33,5%.

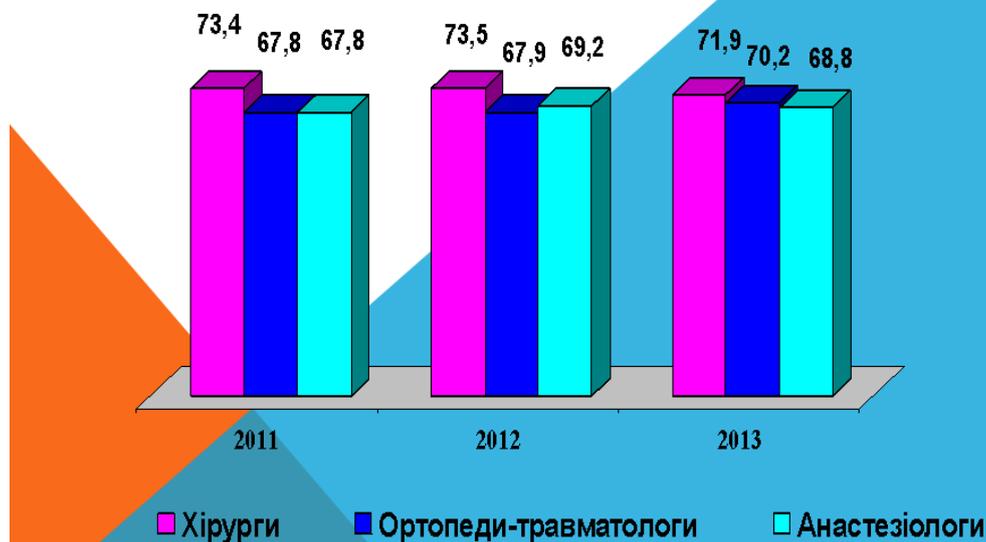
Уважаемые коллеги! За счет целевых средств областного бюджета для поддержки реформирования системы здравоохранения созданы отделения экстренной (неотложной) медицинской помощи в 10 многопрофильных больницах, в которых проведены капитальные ремонты и приобретено 922 единицы современной медицинской аппаратуры и оборудования.

Целевые средства областного бюджета для учета экологических особенностей региона на осуществление мероприятий по диагностике и лечению заболеваний, которые вызваны влиянием экологических факторов, были направлены на закупку 1237 единиц медицинского оборудования, расходные материалы для проведения гемодиализа и кардиохирургических вмешательств, рентгенпленку для маммографических исследований.

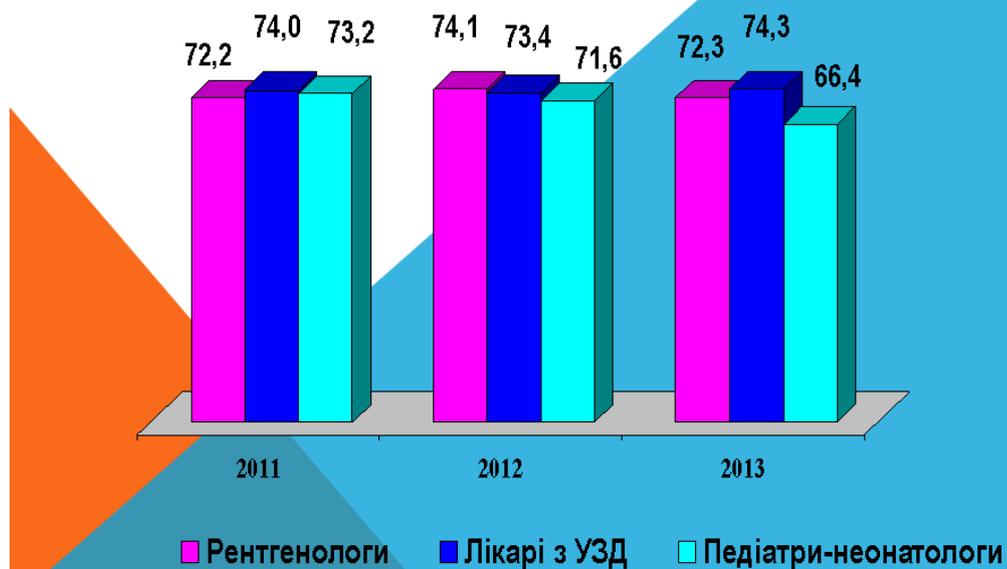
Однако для того, чтобы эффективно использовалось оборудование, нужны обученные специалисты. На сегодняшний день, как вы знаете, одним из проблемных вопросов является дефицит кадров.

На следующих слайдах показана 3-х летняя динамика укомплектованности врачей именно тех специальностей, которые необходимы для оказания интенсивной медицинской помощи. Это: хирурги (73,4 – 67,8), травматологи-ортопеды (73,5 – 69,2), анестезиологи (71,9 – 68,8), рентгенологи (72,2 – 73,2), врачи УЗИ-диагностики (74,1 – 71,6), неонатологи (72,3 – 66,4).

**УКОМПЛЕКТОВАНІСТЬ ФІЗИЧНИМИ ОСОБАМИ  
ШТАТНИХ ПОСАД ДЕЯКИХ ЛІКАРІВ  
за 2011–2013 рр. (бюджет області), %**



**УКОМПЛЕКТОВАНІСТЬ ФІЗИЧНИМИ ОСОБАМИ  
ШТАТНИХ ПОСАД ДЕЯКИХ ЛІКАРІВ  
за 2011–2013 рр. (бюджет області), %**



И если учесть, что около 30% работающих специалистов – люди пенсионного возраста, то ситуация вызывает тревогу. Поэтому нужно создавать в городах и районах достойные условия труда и жизни медработникам, чтобы привлекать в отрасль молодые кадры, а также обучать для себя кадры на договорных условиях.

Заканчивая доклад, хочу подчеркнуть о необходимости совместной работы руководителей органов местного самоуправления и здравоохранения, чтобы была слаженность в работе, общее видение и понимание дальнейшего развития специализированной помощи, чтобы наше население имело возможность получить медицинскую помощь надлежащего качества максимально на местах.