ИТОГИ

работы ГУ «РЛДРЦ»

За 2015г.

ГУ «РЛДРЦ»- это многопрофильное ЛПУ ,предназначенное для осуществления в районе своей деятельности широких профилактических мер по предупреждению и снижению заболеваемости и инвалидности , диспансеризации населения, раннего выявления больных, оказания консультативной, квалифицированной и специализированной помощи, проведения мед. реабилитации, формирование здорового образа жизни.

 Для обеспечения деятельности и выполнения возложенных функций имеются следующие структурные подразделения:

1. поликлинника для взрослых на 1600 посещений в смену

2 . ПТД на 25 посещений

3 .8 СВА и 21 ФАП

На 1.01.2016 в ГУ « РЛДРЦ» работают 352 чел. Из них 82 врача , что составляет 67,4% от штатной численности и 175 средних мед. работников ,что составляет 90,7% от штатной численности.

29,2% из общего количества работающих составляют пенсионеры.

В течение года принят на работу 6 врачей и 13 мед. сестры.

На обслуживаемой территории проживает 71685 человек, в том числе в городе 47607 или 66,4%,в сельской местности 24078 чел или 33,6%

За 2015 г в Рыбницком районе родилось 688 чел и умерло 1070 чел (в 2014 г 1098 чел). Показатель общей смертности уменьшился с 15,4 в 2014 г до 14,8 в 2015 г. Показатель рождаемости в 2015 г составил 9,5 в 2014- 9,46.Естественная убыль населения составила \_5,3.

В 2015 г отмечается увеличение показателя смертности от заболеваний органов дыхания до 81,8 ( 2014 г-22,1) ,органов пищеварения до 134,1(89,7-2014 г), новообразования 283,5( 263,5-2014)

В 2015 г в трудоспособном возрасте умерло 202 чел, что составило 18,8% от всех умерших. Смертность у трудоспособного населения уменьшилась на 7,4% по сравнению с 2014 г.

Количество посещений в течение года составило 451075, что на 9,5% ниже чем в 2014 г. Уменьшилось среднее число посещений на 1 жителя с 6,9 в 2014 г до 6,32 в 2015 г. Уд . вес посещений по поводу заболеваний остался на уровне 2014 г- 51,9. Среднедневная нагрузка на приеме на 1 ставку врача составила 33,6 ( 36,3 – 2014 г), на дому -2,0 .Среднечасовая нагрузка на 1 ставку врача составила 6,6 ( 2014 г -7,3 ) ,на дому 1,2. Уменьшение всех этих показателей связано с уменьшением численности населения и неудокомплектованностью кадрами. Одним из основных направлений работы ЛПУ является диспансеризация населения. Это метод активного наблюдения за здоровыми лицами, объединенными условиями труда (проф. осмотры) и больными страдающими хрон. заболеваниями, направленный на предупреждение заболеваний, активное их выявление и своевременное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий.

На диспансерном учете на 1.01.2016 состоит 13138 чел. Взято на учет в течении года 1644 чел., снято 1770 чел. Уровень диспансеризации составил 214,9 (в 2014 г-221,6 ). Не охвачены наблюдением 2,7% по причине неявки ( 362 чел). Полнота охвата «Д» наблюдением составила 65,7 (2014 г -66,8). Объем и качество диспансеризации зависит не только от работы мед. работников , но и от уровня финансирования здравоохранения , а также от материального благополучия наблюдаемых и санитарной культуры больных. Поэтому о качестве диспансеризации нельзя судить пока не будет обеспечена финансово Программа государственных гарантий оказания гражданам ПМР бесплатной мед. помощи.

В 2015 г продолжена работа, направленная на профилактику заболеваний, формирование у населения мотивации на здоровый образ жизни. Подлежало проф, осмотрам 22575 чел, осмотрено-22103, что составило 96,9 %. В результате проф. осмотров выявлено лиц с патологией 282. Выявленные лица были переданы врачам для диспансерного наблюдения.

Осмотр льготной категории граждан выполнен на 84,5%. Это связано с тем , что определенная часть лиц данной категории находится за пределами ПМР.

 *Заболеваемость населения – это один из показателей здоровья населения.*

Общая заболеваемость в 2015 г повысилась на 12% по сравнению с 2014 г и составила 3617,5 на 10000 населения. На 1 месте в структуре общей заболеваемости находятся болезни органов дыхания -1673,2 на 10000 населения, с уменьшением на 9,7% по сравнению с 2014 г.

2 место - болезни кожи -311,5 на 10000 населения.

3 место – травмы -268,1 на 10000 населения

В структуре болезненности населения 1 место занимают болезни органов дыхания -1824,4 на 10000 населения с увеличением на 9,5% по сравнению с 2014 г

2 место болезни органов кровообращения 1171,6 на 10000 населения с увеличением на 9 %.

3 место болезни костно- мышечной системы -627,3 на 10000 населения с увеличением на 12 %.

 *Заболеваемость и болезненность заболеваниями системы кровообращения.*

 Болезни системы кровообращения занимают 2 место в структуре общей заболеваемости (15,3%) и 1 место в структуре смертности ( 52,2%). Уровень общей заболеваемости в 2015 г составил1171,6 на 10000 населения. Уровень заболеваемости с диагнозом, установленным впервые составил 117,8 случая на 10000 населения и увеличился по сравнению с 2014 г на 20 %. Внедрение в практику дополнительных методов обследования - суточное мониторирование ЭКГ и АД, ЭХОКГ , определение биохимических показателей( МНО, липидограмма) и совсем новое обследование определение миоглобина, тропанина и креатининкеназы улучшает качество диагностики и лечения данной группы заболеваний.

На «Д» учете с болезнями системы кровообращения у врача –кардиолога состоят 253 больных, у невролога- с ЦВЗ 154 чел, у терапевтов 2660 чел. Количество больных ,состоящих на учете уменьшилось на 4,6% ,но количество больных, госпитализированных в стационар увеличилось на 9,2%

Первичная заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда осталась на уровне 2014 г. Значительно увеличилась первичная заболеваемость по ОНМК со 154 чел в 2014 г до 235 чел в 2015 г, что составило 35 %. Смертность от ОНМК увеличилась на 76 % в основном за счет лиц нетрудоспособного возраста.

Первичный выход на инвалидность по инфаркту миокарда остался на уровне предыдущего года (6 чел). По ОНМК выход на инвалидность увеличился на 38% (28 чел в 2014 г и 45 в 2015 г), за счет лиц пенсионного возраста.

 *Болезни органов дыхания.*

У врача пульмонолога состоит на «Д» учете 369 чел, из них 328 с бронхиальной астмой. На базисной терапии находятся 290 чел. Внедрение в практику спирографии и определения уровня иммуноглобулинов дало возможность врачу пульмонологу в короткие сроки верифицировать диагноз и определять эффективность назначенной терапии .К сожалению в течении года были перебои с препаратами для базисной терапии, что не могло не сказаться на качестве жизни пациентов.

 *Эндокринные заболевания.*

На «Д» учете у эндокринолога состоит 1661 чел, из них 5 детей и 4 подростка.1445 чел из общего количества – больные сахарным диабетом. 306 чел находятся на инсулинотерапии.В течении года инсулинами больные обеспечивались своевременно и в полном объеме. В 2015 г на инвалидность вышло 7 чел в связи с прогрессированием осложнений СД. Возможность определения уровня тиреоидных гормонов и гликированного гемоглобина облегчает диагностику эндокринных заболеваний. За 2015 г умерло 55 чел из состоящих на учете, но только 3 чел умерло от СД. Это объясняется тем, что в структуре больных СД преобладают лица в возрасте старше 60 лет у которых имеется много сопутствующей патологии.

 Показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности является приоритетным в оценке здоровья работающих и имеет большое медицинское, социальное и экономическое значение. Динамика заболеваемости позволяет косвенно оценить эффективность затрат на охрану здоровья.

При анализе ЗВУТ в структуре временной нетрудоспособности в случаях 1 место занимают ОРВИ-8,62 на 100 работающих по сравнению с 2014 г ( 13,4) уменьшилось на 35 %.

2 место – болезни КМС 7,91, что на 34,7% меньше чем в 2014 г(12,4)

3 место – гипертоническая болезнь -2,4 .что на 9,5% меньше 2014 г

В целом отмечается снижение случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих с 58,3 в 2014 г до 43,5 в 2015 г Что составляет 25,4%.Число дней ЗВУТ уменьшилось с 783 в 2014 г до 517 в 2015 г, что составило 34%. В этом немаловажную роль играет уменьшение численности трудоспособного населения и уменьшение количества рабочих мест.

 *Инвалидность населения.*

Первичная инвалидность является одним из основных показателей здоровья населения. В 2015 г впервые признаны инвалидами 238 чел ,что на 25 чел больше чем в 2014 г. 60,5% это лица трудоспособного возраста. В структуре первичного выхода на инвалидность 1 место занимают болезни кровообращения 28,9% в основном за счет ЦВЗ.

2 место – злокачественные образования 21,4%.

3 место - болезни нервной системы 14,7% . Анализируя демографическую ситуацию по Рыбницкому району и тенденцию распространенности инвалидности среди трудоспособного населения можно сделать вывод, годовая ситуация может привести к дефициту ресурсов, что будет препятствовать дальнейшему экономическому развитию региона. В этой связи улучшение диагностического и лечебного процесса является одной из важнейших задач здравоохранения , поэтому следует внедрять более эффективную форму реабилитации инвалидов, позволяющую снимать статус инвалида и тем самым снимать материально-денежную нагрузку на бюджет региона.

 *Работа дневных стационаров.*

В 2013г для обеспечения доступности мед . помощи населению было сформировано отделение дневного стационара в составе ГУ» РЛДРЦ» с общей численностью 28 коек для работы в 2 смены.

За отчетный период было пролечено 1040 больных. По профилям больше всего больных приходится на долю терапевтического про-филя - 503 чел, неврологических больных -441 чел ,хирургических больных – 95 чел.

Общий план койко – дней на 2015 г составил 10312 к-д и выполнен на 105,8%. Занятость койки составила 195 ( в 2014 г-201), оборот койки -18,6 ( 19,9 в 2014 г), средняя длительность пребывания больных на койке составила 10,5 к-д.

Случаев летального исхода в отделении не было. Из общего количества больных, прошедших лечение, выписано:

- с улучшением 96,5%

- без изменений 3,5%

- переведен в отделение с круглосуточным пребыванием 1 больной. В сравнении с предыдущим годом профиль больных отличается в связи с введением в штат дневного стационара офтальмолога на 0,25 ставки и невролога на 0,5 ставки.

Эффективно используется проведение стационаров на дому для нетранспортабельных больных и лиц пожилого возраста. В течение года пролечено 136 пациентов.

 *Оказание помощи сельскому населению.*

Существующие различия в организации и качестве мед. обслуживания сельского населения обусловлены:

1.малой плотностью населения.

2.значительной отдаленностью населенных пунктов друг от друга.

3.снижением доли лиц трудоспособного возраста.

4. увеличением уд веса пожилых и старых лиц.

5.неудовлетворительным состоянием дорог.

6. отсутствием сан транспорта ( за исключением СВА Колбасная)

7. особенностями труда и быта сельских жителей. 8.Изношенностью материально – технической базы сельского здравоохранения.

Укомплектованность врачами составляет 43 %, 50% из них это лица пенсионного возраста. Укомплектованность средним персоналом- 93%, но 31 % - пенсионеры.

Из-за дефицита врачебных кадров значительно снизилось количество посещений к врачам СВА с 41537 в 2014 г до 34012 в 2015 г. 26094 из общего количества посещений сделано по поводу заболевания, что составило 76,7%. Особенностью работы в сельской местности является необходимость обслуживания не только взрослого населения ,но и детей до 14 лет и беременных. За отчетный период обслужено 9694 реб. ( 70% из них по заболеванию) Для оказания помощи сельскому населению были созданы выездные врачебные бригады и осмотрено 2024 чел. Проводилось ЭКГ и лабораторные исследования. В 2015 г СВА Колбасная и Ержово оснащены портативными электрокардиографами, что улучшает диагностику кардиологических заболеваний. По распоряжению МЗ ПМР была подана заявка на мед. оборудование на 2016,куда включено приобретение ЭКГ для всех сельских ЛПУ, а также передвижной флюроавтобус.

В связи с масштабным переоснащением ГУ» РЛДРЦ» появился широкий диапазон диагностических исследований ,который способствует раннему выявлению заболеваний и обусловливает своевременность начатой терапии, а это в свою очередь отражается на результатах лечения. К сожалению финансовая нестабильность населения ограничивает доступность новых методов обследования для населения, а это является одной из основных причин неудовлетворенности населения мед. помощью. Небходимы нормативные изменения, которые должны четко регламентировать условия бесплатного оказания мед. помощи. Другой острой проблемой остается кадровый дефицит, который несомненно сказывается на качестве работы и вызывает негативную реакцию со стороны пациентов.