

Российская Федерация
Ростовская область

**МЭР
города
Ростова-на-Дону**

ул. Б. Садовая, 47, Ростов-на-Дону,
Россия, 344002
тел. 244-13-23, факс 240-83-67
E-mail: meria@rostov-gorod.ru

28.01.2014 № 59-1/54

На _____ от _____

Председателю
Ростовской-на-Дону
городской Думы
З.В.Неярохиной

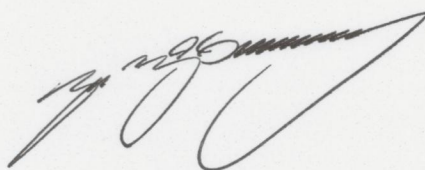
Уважаемая Зинаида Васильевна!

В соответствии с пунктом 2 статьи 41 Устава города Ростова-на-Дону прошу внести в порядке правотворческой инициативы на рассмотрение заседания Ростовской-на-Дону городской Думы в феврале 2013 года вопрос: «Об итогах проведения Управлением здравоохранения города Ростова-на-Дону в 2013 году всеобщей диспансеризации населения города».

Приложение:

1. Проект решения городской Думы на 3 листах в 1 экз.
2. Доклад на заседание городской Думы на 6 листах в 1 экз.

С уважением,



М.А.Чернышев

В.В. Леденева
240 28 34



Ростовская-на-Дону
городская Дума

« _____ » _____ 2013 г.

№ _____

Решение

Об итогах проведения Управлением здравоохранения
города Ростова-на-Дону в 2013 году
всеобщей диспансеризации населения города

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей, и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Начиная с 2013 года, диспансеризация определенных групп взрослого населения в городе Ростове-на-Дону регламентирована приказом МЗ РФ № 1006н от 03.12.2012 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», в соответствии с которым диспансеризация проводится один раз в три года в предусмотренные возрастные периоды (21 год и старше).

Диспансеризация взрослого населения проводилась путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях:

- раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, основных факторов риска их развития, туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

- определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих заболевания или факторы риска их развития, а также для здоровых граждан;

- проведения краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан;

- определения группы диспансерного наблюдения граждан, с выявленными заболеваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

Особенностью всеобщей диспансеризации является ее проведение по участковому принципу в два этапа, что позволяет обеспечить дальнейшее наблюдение за состоянием здоровья пациента при выявлении факторов риска или патологии. Объем обследований и осмотров врачами узких специальностей предусматривался для каждой возрастной категории населения.

В 2013 году диспансеризация проводилась в рамках обязательного медицинского страхования в 21 учреждении здравоохранения, прошедших лицензирование по виду деятельности «проведение профилактических осмотров».

Диспансеризации подлежало 180000 человек. На 01.12.2013 диспансеризировано 184608 человек (102,6%). Стоимость одного случая первого этапа диспансеризации составлял 1100-1300 руб. (в зависимости от возраста и соответственно объема обследования), в том числе для участкового врача-терапевта 313,8 руб. Возрастная структура диспансеризованных: до 37 лет – 41,8%, 39 – 60 лет – 37,2%, старше 60 лет – 21,0%. Из прошедших диспансеризацию работающих граждан – 48,9%, неработающих – 44,9%, обучающихся по очной форме – 6,2%.

Письменно отказалось от диспансеризации - 741 человек.

Определены группы здоровья:

1 группа – 92478 чел. (50,0%),

2 группа – 25425 (13,8%),

3 группа – 66705 (36,2%).

На второй этап диспансеризации для дальнейшего обследования направлено 33873 чел. (18,4%), из них завершили 2 этап 15178 чел. (44,8%).

Взято под диспансерное наблюдение – 29209 человек.

Об эффективности проведенной в последние годы диспансеризации свидетельствует снижение (по оперативным данным) по итогам 2013 года, в сравнении с 2012 годом, заболеваемости туберкулезом на 24,5% до 34,36 случаев на 100 тыс. населения, смертности от туберкулеза на 13,9% до 8,45 случаев на 100 тыс. населения, смертности от болезней системы кровообращения на 10,2% до 618,2 случаев на 100 тыс. населения. Уровень смертности лиц трудоспособного возраста снизился до 375,6 случаев на 100 тыс. населения (2012 года - 386,8 случаев), в том числе от заболеваний сердечно-сосудистой системы до 173,1 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста (в 2012 году – 174,1).

Вместе с тем, анализ практики проведения диспансеризации выявил ряд проблем, в том числе, нежелание работодателей направлять своих сотрудников на медицинские осмотры.

На основании вышеизложенного, руководствуясь статьями 39 и 41 Устава города Ростова-на-Дону городская Дума

РЕШИЛА:

1. Информацию начальника Управления здравоохранения города Ростова-на-Дону Н.А. Левицкой принять к сведению.

2. Признать работу Управления здравоохранения города Ростова-на-Дону (Н.А. Левицкая) по организации проведения всеобщей диспансеризации удовлетворительной.

3. Рекомендовать Управлению здравоохранения города Ростова-на-Дону (Н.А. Левицкая):

3.1. Обеспечить информирование населения, в том числе с привлечением средств массовой информации, о всеобщей диспансеризации определенных групп взрослого населения.

3.2. Совместно с председателем НА «Совет директоров предприятий города Ростова-на-Дону» Давыденко Г.О. обеспечить привлечение граждан для прохождения всеобщей диспансеризации в 2014г.

4. Контроль за исполнением настоящего решения возложить на постоянную комиссию по здравоохранению и вопросам социальной защиты населения (С.А. Затонский).

Мэр города Ростова-на-Дону

М.А. Чернышев

Проект визируют:

Заместитель главы
Администрации города
(по социальным вопросам)

В.В. Леденева

Начальник
Управления здравоохранения
города

Н.А. Левицкая

Начальник
Правового управления
Администрации города

П.В. Семиноженко

Заместитель главы
Администрации города
(по организационно-правовым и
кадровым вопросам)

А.Н. Шамановский

**Об итогах проведения Управлением здравоохранения
города Ростова-на-Дону в 2013 году
всеобщей диспансеризации населения города**

Современные системы скрининга - раннего выявления заболеваний (эквивалент российской диспансеризации) в настоящее время внедрены во многих развитых странах. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения скрининговые программы должны содержать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но и тесты на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смерти населения как развитых, так и развивающихся стран мира. Отказ от курения, контроль артериального давления, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, ограничение употребления алкоголя, нормализация массы тела расценивается как важнейшие условия для улучшения прогноза и снижения уровня инвалидности и смертности населения.

Диспансеризация в нашей стране имеет многолетнюю историю. Программа всеобщей диспансеризации населения была принята в 1986 г. (приказ МЗ СССР от 30.05.1986 № 770). По результатам диспансеризации рекомендовалось выделять группы здоровых, практически здоровых и больных. Впервые указывалось, что в каждой из вышеперечисленных групп следует учитывать лиц с факторами риска возникновения определенных заболеваний (производственного, бытового, генетического характера) и давались рекомендации по их диспансерному наблюдению.

Однако запланированное ежегодное всеобщее обследование населения не было достаточно обосновано с позиции ресурсного и организационного обеспечения и оказалось весьма затратным. От участия в диспансеризации практически был отстранен участковый врач, поскольку он не нес достаточной ответственности за ее проведение. Отсутствие необходимого уровня ответственности и прямой заинтересованности в результатах диспансеризации участкового врача является основным и очень серьезным недостатком не только советской системы диспансеризации, но и организованной в последние годы дополнительной диспансеризации работающих граждан.

Вторым серьезным недостатком является отсутствие процедуры коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, которая должна происходить, или, по крайней мере, начинаться уже в рамках диспансеризации. Опыт проведения дополнительной диспансеризации работающего населения, стартовавшей в нашей стране с 2006 года по месту работы граждан, показал, что отказ от участково-территориального принципа ее организации привел к тому, что медицинские осмотры работающих не стали реальным способом контроля за их здоровьем, поскольку в большинстве случаев диспансеризация заключалась только в обследовании и выявлении болезней без реализации последующего комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мер.

Таким образом, в процессе совершенствования диспансеризации необходимо учесть как положительный, так и отрицательный накопленный опыт.

Диспансеризация определенных групп взрослого населения в г. Ростове-на-Дону регламентирована приказом МЗ РФ № 1006н от 03.12.2012 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Согласно статье 46 № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» «Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ».

Цель диспансеризации взрослого населения:

- раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, основных факторов риска их развития, туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

- определение группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих заболевания или факторы риска их развития, а также для здоровых граждан;

- проведение краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;

- определение группы диспансерного наблюдения граждан, с выявленными заболеваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

Основные особенности диспансеризации:

- участковый принцип ее организации (правда, следует иметь в виду, что в соответствии с порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава России от 26 апреля 2012 г. №406н, гражданин может проходить диспансеризацию в медицинской организации, выбранной им для получения первичной врачебной или доврачебной медико-санитарной помощи, что в определенной мере может нарушать стройную систему территориального принципа организации врачебных участков);

- возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, на ее руководителя и на отделение (кабинет)

медицинской профилактики (в том числе входящий в состав центра здоровья), а ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического участка на врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача);

-двухэтапный принцип проведения диспансеризации; первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации; первый этап заканчивается приемом (осмотром) врача-терапевта, включающим определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения и проведение краткого профилактического консультирования; второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя проведение по определенным на первом этапе показаниям целого ряда инструментально-лабораторных методов исследования и осмотров специалистов;

-конкретизация понятия «факторы риска», к которым относятся повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, гипергликемия, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение;

-дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования в целях повышения вероятности раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста хронических неинфекционных заболеваний;

-уменьшение числа групп здоровья с шести до трех и новый принцип их определения, позволяющий четко обозначить порядок действий в отношении каждого гражданина; к первой группе относятся граждане с низким и средним сердечно-сосудистым риском, определенным по шкале SCORE (таким гражданам проводится краткое профилактическое консультирование, коррекция факторов риска врачом-терапевтом в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья); ко второй - с высоким и очень высоким риском (таким гражданам проводится коррекция факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для коррекции факторов риска, эти граждане подлежат диспансерному наблюдению в отделении (кабинете) медицинской профилактики); к третьей группе относятся граждане, имеющие доказанные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной,

медицинской помощи, также граждане с подозрением на наличие заболевания, нуждающегося в дополнительном обследовании, при этом гражданам, имеющим факторы риска, проводится их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья;

-обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции факторов риска уже в процессе диспансеризации.

Диспансеризация проводится один раз в три года в предусмотренные возрастные периоды (в 21 год, 24 года и т.д.).

Объем обследований и осмотров врачами узких специальностей предусмотрен для каждой возрастной категории населения.

В городе Ростове-на-Дону проводит диспансеризацию 21 МБУЗ, прошедших лицензирование по виду деятельности «проведение профилактических осмотров» в июле-августе 2013 года.

В 2013 в городе подлежало диспансеризации 180000 человек. На 01.12.2013 диспансеризировано 184608 человек (102,6%).

Направлено на 2 этап диспансеризации 33873 чел. (18,4%), из них завершили 2 этап 15178 чел. (44,8%).

Стоимость одного случая первого этапа диспансеризации составляет 1100-1300 руб.(в зависимости от возраста и соответственно объема обследования), в том числе для участкового врача-терапевта 313,8 руб.

Возрастная структура диспансеризированных: до 37 лет – 41,8%, 39 – 60 лет – 37,2%, старше 60 лет – 21,0%.

Из них работающих граждан – 48,9%, неработающих – 44,9%, обучающихся по очной форме – 6,2%.

Письменно отказалось от диспансеризации - 741 человек.

Распространенность факторов риска

Наименование фактора риска	Количество (случаев)	Процент
Избыточная масса тела (ожирение)	23751	12,9
Повышенный уровень артериального давления	31494	17,0
Курение табака	28312	15,3
Повышенный уровень глюкозы в крови	6938	3,8
Риск пагубного потребления алкоголя	2438	1,3
Риск потребления наркотических и психотропных средств	50	0,3

Структура выявленных заболеваний (всего 40502 – 22,0%)

Заболевания	Количество (случаев)	Процент
Болезни системы кровообращения	28937	54,1
Болезни нервной системы	4833	11,9
Болезни органов пищеварения	3720	9,2
Болезни эндокринной системы	3705	9,1
Болезни мочеполовой системы	2799	6,9
Болезни органов дыхания	755	1,9
Болезни глаз	664	1,6
Новообразования	499	1,2

Структура подозрений на наличие заболеваний (всего 24927 – 13,5%)

Заболевания	Количество (случаев)	Процент
Болезни системы кровообращения	6834	27,4
Болезни эндокринной системы	6435	25,8
Болезни мочеполовой системы	4570	18,3
Болезни нервной системы	1948	7,8
Болезни органов дыхания	1295	5,2
Болезни органов пищеварения	1213	4,9
Болезни глаз	894	3,6
Новообразования	86	0,3

Определены группы здоровья:

1 группа – 92478 чел. (50,0%),

2 группа – 25425 (13,8%),

3 группа – 66705 (36,2%).

Взято под диспансерное наблюдение – 29209 человек.

В целях повышения качества диспансеризации проводилось анкетирование граждан. За анализируемый период, анонимно, проанкетировано 300 человек.

Результата анализа анкет:

-60,0% диспансеризируемых были проинформированы медработниками о проведении диспансеризации;

-25,0% информацию получили из СМИ;

-46,0% пациентов посещали поликлинику до полного завершения диспансеризации 2 раза; больше 3 раз – 9,0%;

-92,0% респондентов считают диспансеризацию полезным мероприятием;

-38,0% проходили диспансеризацию вне рабочего времени;

-40,0% целью диспансеризации считают выявление факторов риска

развития заболевания;

- 35,0% выявление имеющихся заболеваний;

- 25,0% выявление заболеваний, от которых чаще всего умирают;

- удовлетворены результатами диспансеризации 89,0%;

- 83,0% считают организацию диспансеризации – хорошей;

- 92,0% намерены вести здоровый образ жизни и выполнять лечебные и диагностические предписания врача.

Диспансеризация определенных групп взрослого населения будет продолжена в 2014 году. Запланировано диспансеризовать 110700 человек.

Резюме:

1.В 2013 году всеобщую диспансеризацию прошло 21,2% взрослого населения города. При плане 180000 человек диспансеризовано – 184608.

2.Возрастная структура диспансеризованных: до 37 лет – 41,8%, 39 – 60 лет – 37,2%, старше 60 лет – 21,0%. Из них работающих граждан – 48,9%, неработающих – 44,9%, обучающихся по очной форме – 6,2%.

Письменно отказалось от диспансеризации - 741 человек. Структура выявленных заболеваний (всего 40502 – 22,0%). Структура подозрений на наличие заболеваний (всего 24927 – 13,5%).

Определены группы здоровья:

1 группа – 50,0%,

2 группа – 13,8%,

3 группа – 36,2%.

Взято под диспансерное наблюдение – 29209 человек.

3.По итогам проведенного анкетирования 92,0% респондентов считают диспансеризацию полезным мероприятием; 40,0% целью диспансеризации считают выявление факторов риска развития заболевания; 83,0% считают организацию диспансеризации – хорошей; 92,0% намерены вести здоровый образ жизни и выполнять лечебные и диагностические предписания врача.

4.Анализ практики проведения диспансеризации выявил ряд проблем, в том числе, что вся ответственность за ее проведение лежит на медицинских работниках, а работодатели не заинтересованы, чтобы их сотрудники тратили свое рабочее время на медицинские осмотры.