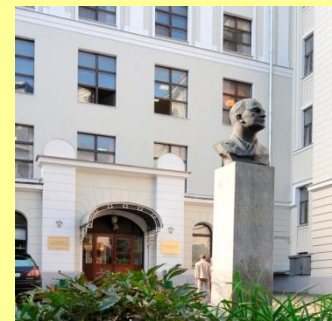




Формирование здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в субъектах Российской Федерации

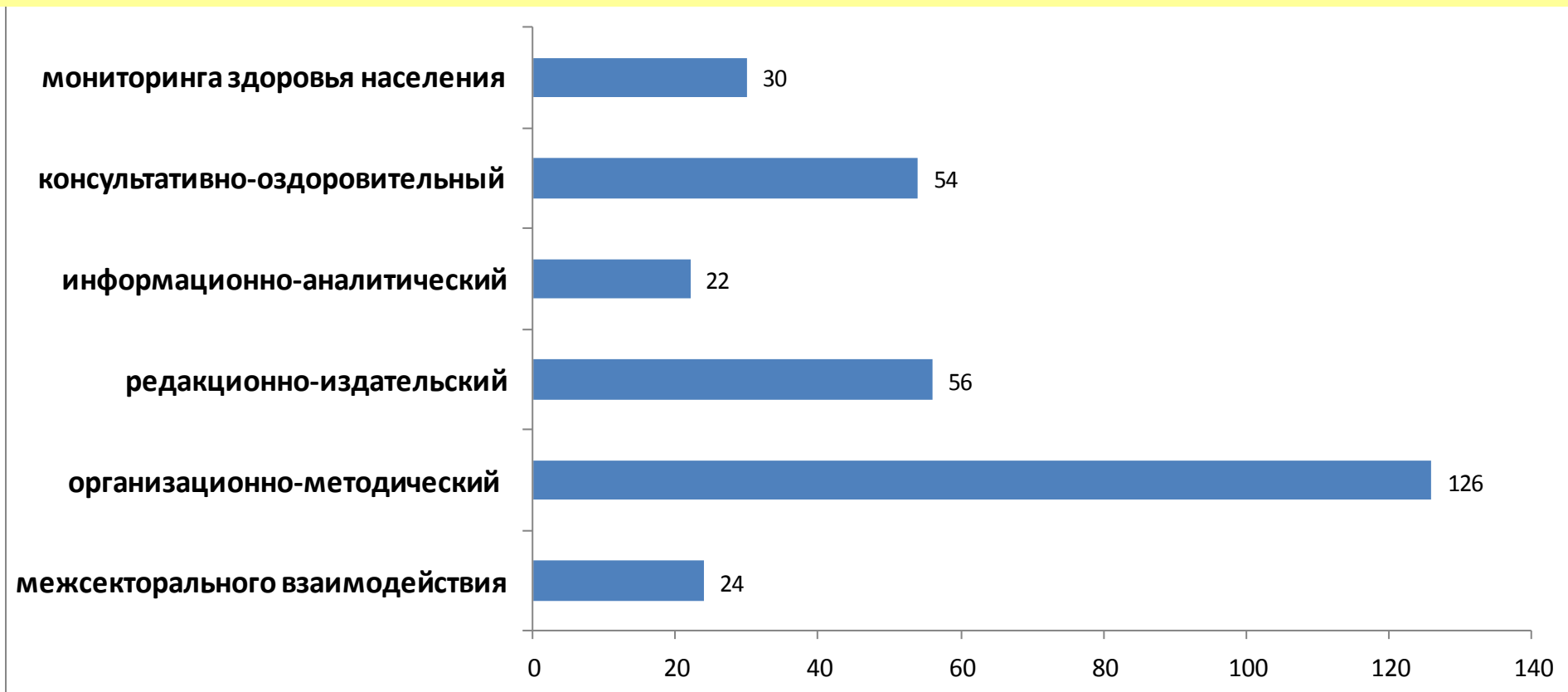
Бойцов С.А.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Содержание и организация работы по формированию здорового образа жизни и профилактике НИЗ



Структура 80 ЦМП с подчинением субъекту РФ и 65 центров с муниципальным уровнем подчинения



Полноценный ЦМП – основной залог успеха всей работы по формированию ЗОЖ и профилактике НИЗ во всем регионе

Наиболее полноценные и эффективные ЦМП: Вологодская область, Самарская область, Новосибирская область, Свердловская область, Республика Бурятия, ХМАО

**Методическое сопровождение работы с несовершеннолетними в
детских поликлиниках и школах –
важное направление работы ЦМП**

П Р И К А З

8 сентября 2015г.

№ ВРЗН

Москва

Об утверждении

**Порядка организации и осуществления профилактики
неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий
по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях**

10. Основными функциями центра медицинской профилактики являются:

2) организационно-методическое сопровождение работы отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья и других структурных подразделений медицинских организаций по вопросам профилактики инфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, в том числе у несовершеннолетних;

Основные направления и объемы работы по информированию и мотивированию населения к здоровому образу жизни на основе итогов года борьбы с ССЗ

Итоги 2015 года	Ориентир ежегодного работы	для объема
7 001 телевизионная программа	80	
10 446 радиопередач, в которых участвовали лучшие специалисты, рассказывающие о факторах риска и о поведении в ситуациях возникновения признаков инсульта или инфаркта	120	
31 721 трансляция роликов (20-30 сек.) на региональном ТВ	380	
265 383 рекламных щитов, плакатов для помещений и плакатов на бортах общественного транспорта	3100	
86 813 массовых мероприятий	1020	

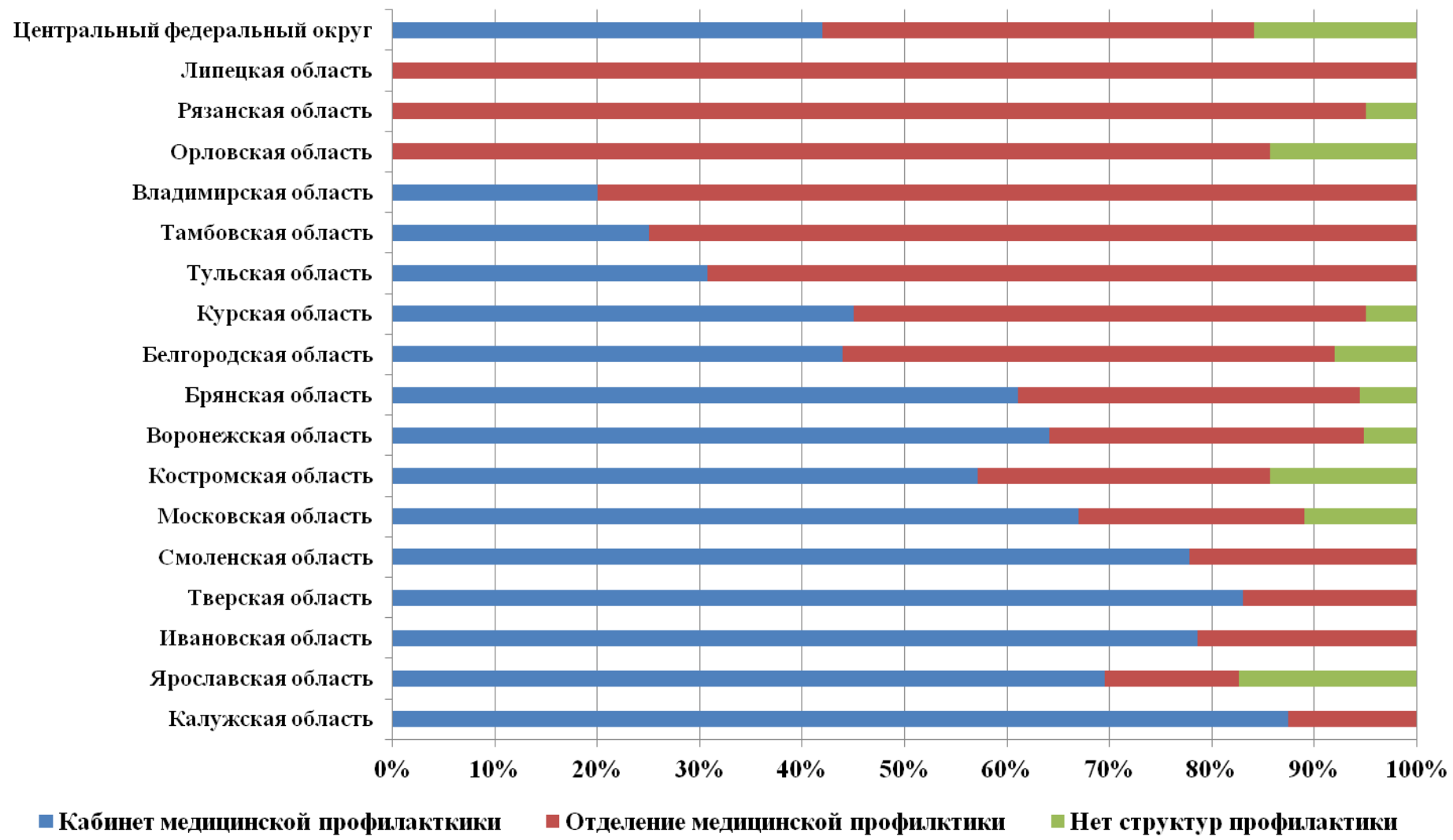
Основные организаторы работы – ЦМП, центры здоровья и ОМП/КМП (особенно в районных центрах и районах)

Наличие отделений/кабинетов медицинской профилактики в поликлиниках

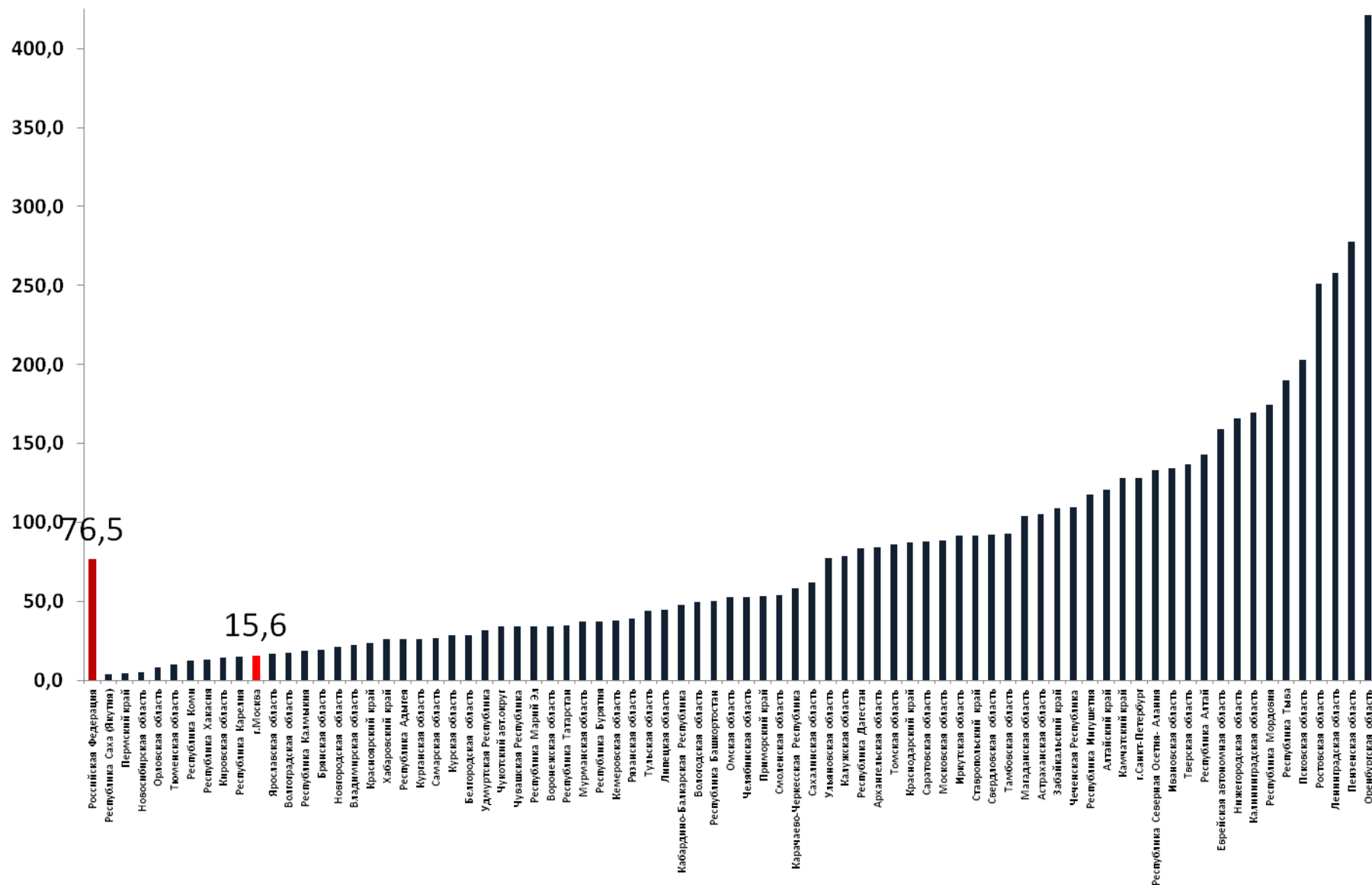
Федеральный округ	Количество МО, участвующих в диспансеризации	Доля МО, имеющих ОМП/КМП
РФ	3711	79%
СЗФО	382	75%
ЦФО	860	82%
ЮФО	333	74%
СКФО	184	56%
ПривФО	842	80%
УрФО	299	90%
СибФО	605	80%
ДальФО	206	89%
КрФО	40	100%

Отсутствие **полноценных** структур профилактики в поликлиниках
главная причина перегрузки участковых терапевтов, низкого
качества диспансеризации, торможения увеличения группы
диспансерного наблюдения и приписок

Наличие отделений медицинской профилактики в поликлиниках с численностью прикрепленного населения более 20 тысяч человек (на примере ЦФО)



Большой разброс в выявлении БСК (случаев на 100 тыс. обследованных во всех возрастах)

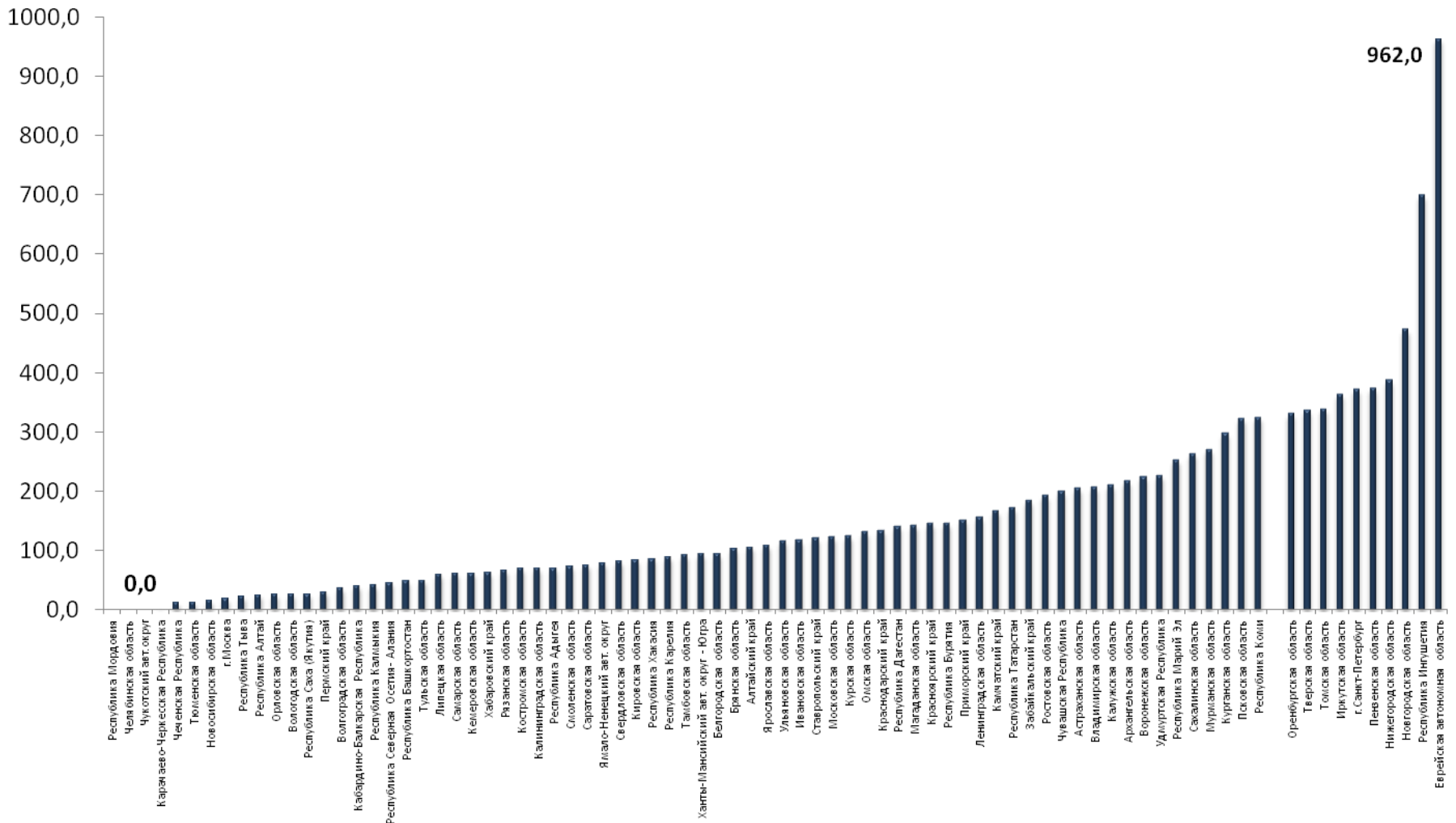


Факторы, влияющие на частоту выявления БСК в регионе

Фактор	Степень влияния	Аргументы
Уровень смертности в регионе	низкая	Частота выявления БСК в Тверской области ниже показателей половины субъектов ЦФО, при этом показатель стандартизированной смертности в ТО области самый высокий в ЦФО
Точность соблюдения Порядка диспансеризации, включая направление на 2 этап: - плохое знание Порядка и методических рекомендаций - дефицит оборудования - попытка экономить деньги	высокая	1. Согласно Порядку М>45 лет и Ж>55 лет при наличии АГ, ХС и ИМТ или ожирения выполняется ДС БЦА. Частота выявления в популяции >60%. Выявление в ходе Д – только у 19 000 человек. 2. Только 30% направляется на 2 этап при расчетном значении 60%.
Качество регистрации и учета, выявленных факторов риска	очень высокая	Регистрируются только у 50% пациентов

Большой разброс в выявлении ЗНО

(случаев на 100 тыс. обследованных во всех возрастах)



Факторы, влияющие на частоту выявления ЗНО в регионе

Фактор	Степень влияния	Аргументы
Уровень смертности в регионе	низкая	Частота выявления ЗНО в Тверской области ниже, чем в Ивановской области в три раза, при этом в рейтинге стандартизированной смертности Ивановская область находится на 47 месте, а Тверская на 68
Точность соблюдения Порядка диспансеризации, включая направление на 2 этап: - плохое знание Порядка и методических рекомендаций - дефицит оборудования - попытка экономить деньги	высокая	1.Выявляемость ЗНО должна быть минимум в 2 раза выше. 2. Выявление ЗНО на I-II стадии должно быть не ниже 70%
Качество регистрации и учета, выявленных факторов риска	очень высокая	Регистрируются только у 50% пациентов
Отсутствие методического сопровождения со стороны онкоцентров и онкодиспансеров	очень высокая	Опыт Республики Татарстан

Опыт Республики Татарстан по обеспечению методического сопровождения диспансеризации со стороны онкологической службы

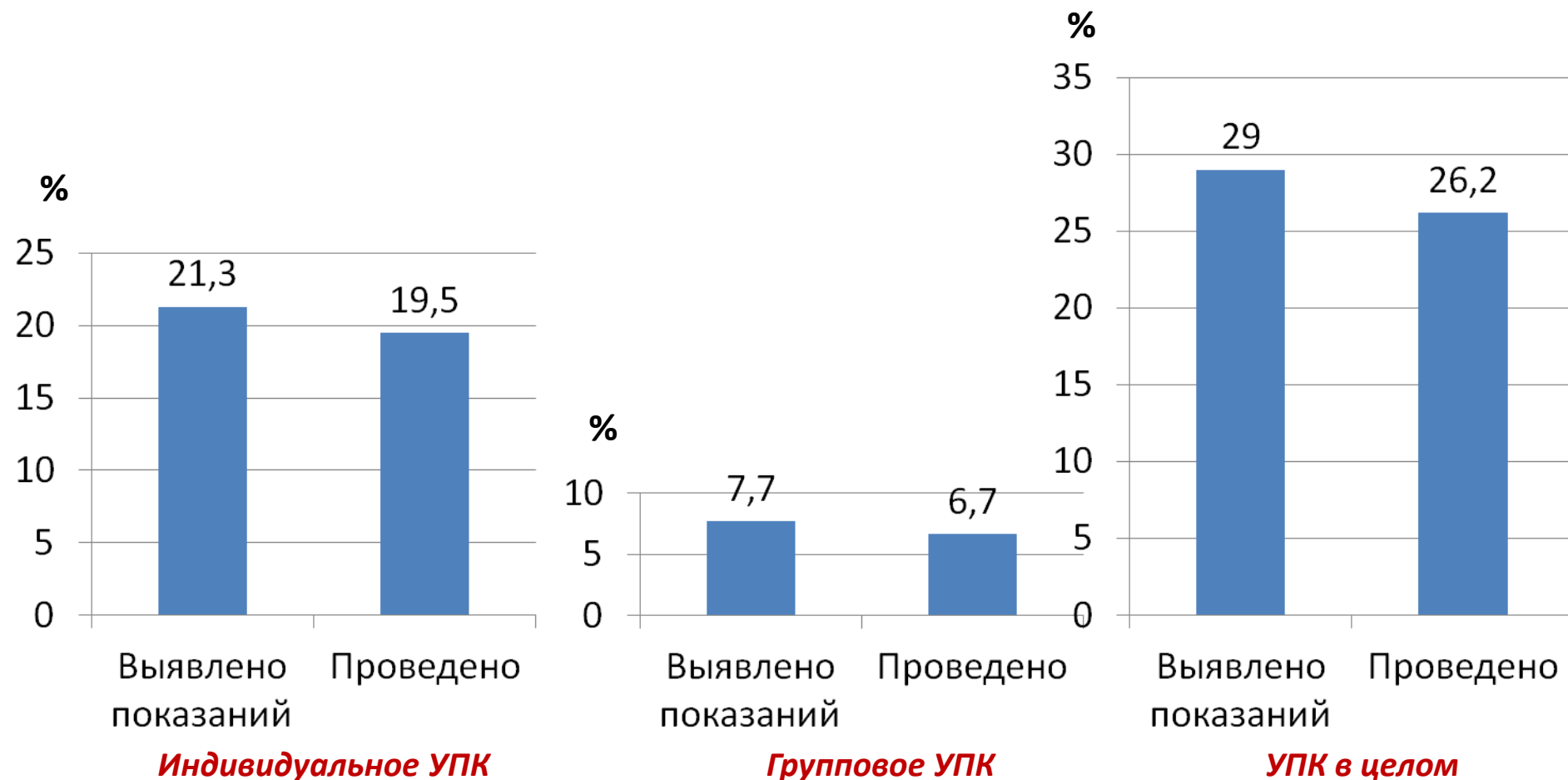


- Стандартизация методов исследования на первом этапе диспансеризации
- Методическое сопровождение диспансеризации со стороны онкологов
- Организация сети межрайонных центров по дообследованию пациентов (второй этап)
- Создание единого республиканского регистра онкологических заболеваний, выявленных в ходе диспансеризации

Наиболее успешные регионы в плане выявления онкологических заболеваний на 1-2 стадии

- Воронежская область (2 этап проводится силами КДЦ)
- Саратовская область
- Республика Чувашия
- Республика Татарстан
- Свердловская область

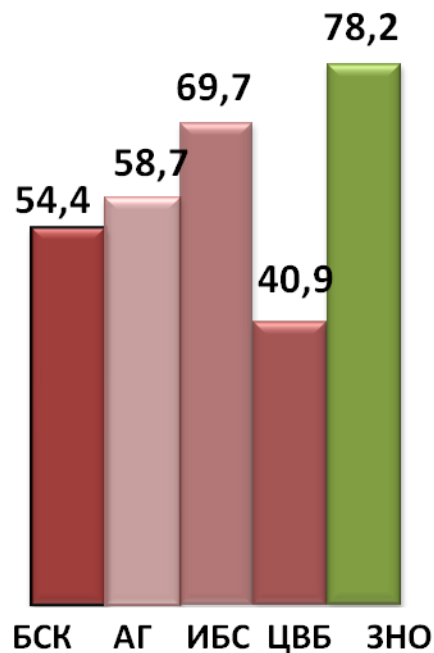
Углубленное профилактическое консультирование в 2015 году



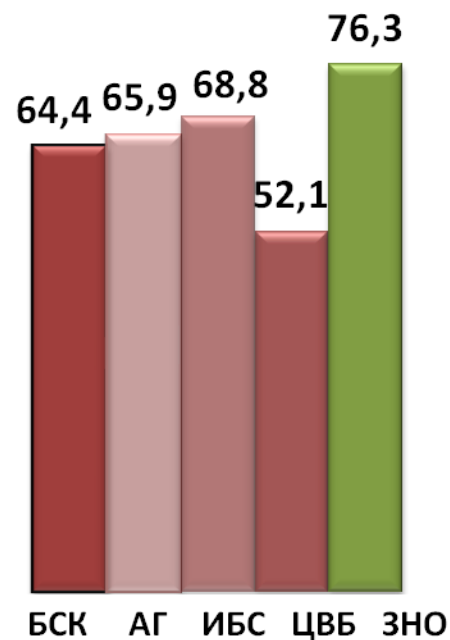
**Подлежат УПК не менее 65% граждан
(1 и 2 группы здоровья)**

Установлено диспансерное наблюдение в 2015 году

От всех зарегистрированных заболеваний



От впервые выявленных заболеваний



Должно быть не менее 80%

Должно быть не менее 80%

Достижение целевых уровней АД и холестерина в реальной амбулаторно-поликлинической практике

Поликлинический регистр РЕКВАЗА, Рязань, n=3680, 2013

- Достижение целевого уровня АД - 30%
- Нет данных об уровне ХС в амбулаторных картах - 22,0%
- Уровень холестерина ≤ 5 mmol/L - 36%

Образовательный
проект

Исследование

Российского научного медицинского общества терапевтов и Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний (2015, предварительные данные)

	Достижение ЦУ АД у больных АГ		Достижение ЦУ ОХС у больных ИБС	
Республика Мордовия	n=600;	32,3%	n=540;	53,9%
Тюменская область	n=616;	57,5%	n=518;	45,8%
Республика Дагестан	n=576;	24,1%	n=385	22,6%

Концепция предотвратимой смертности от ХНИЗ в практике участкового терапевта

-Инфаркт миокарда
-Инсульт
-Внезапная сердечная смерть
-Прогрессирование ХСН
-Пневмония
-СД
-ЗНО, выявленное на III-IV стадии
(женские половые органы, молочная железа, ЖКТ, легкие, предстательная железа, кожа, полость рта)

+

Смерть,
наступившая
ранее 76 лет

=

Предотврати-
мая смерть

Основные позиции для анализа каждого случая смерти на терапевтическом участке

- Место наступления смерти
- Точность и своевременность постановки диагноза
- Правильность назначенного лечения
- Прохождение диспансеризации
- Постановка на диспансерное наблюдение
- Регулярность посещений в рамках диспансерного наблюдения
- Достижение целевых значений заданных параметров (АД, ОХ, ЧСС, масса тела у больных ХСН, глюкоза, прием статинов и антиагрегантов больными ИБС, прием антикоагулянтов больным с ФП, достижение нужных значений МНО у больных с ФП, принимающих варфарин)

Снизить смертность в стране можно только снизив ее на каждом терапевтическом участке

Профилактика и эффективный контракт (пример).

(Вопросы профилактики в отраслевом тарифном соглашении)

Наименование показателя	Критерий	Размер стимулирующей выплаты, % к окладу
Выполнение плана посещений в рамках ПГГ (выполнение ФВД)	96-100% 90-95% 89% и менее	3 2 0
Уровень качества льготного лекарственного обеспечения	100% Менее 100%	3 0
Охват диспансеризацией взрослого населения от численности граждан, подлежащих ей в данном году	95-100% 85-94% Менее 85%	3 2 0
Качественное и своевременное оформление медицинской документации, учетно-отчетных форм. Отсутствие нарушения по результатам контроля качества оказания помощи	0 случаев 1 случай 2 случая	3 2 0
Доля ЗНО не выше 1-2 стадии	Более 65% Менее 65%	3 0
Наличие дефектов оказания помощи в случае смерти от предотвратимых причин на дому	0 дефектов 1 дефект 2 и более	3 2 0
Количество вызовов СМП на участке свыше норматива	10% 20% Свыше 20%	3 2 0
Охват диспансерным наблюдением от численности участка	50% и более 35-49% Менее 35%	3 2 0