



**Министерство здравоохранения
Забайкальского края
государственное учреждение
здравоохранения
«Краевой центр медицинской
профилактики»**

Богомягкова ул., д. 121, г. Чита, 672038
Тел.: (3022) 31-43-54, факс: (3022) 31-43-54
E-mail: profilaktikachita@mail.ru
р/сч 40201810900000100001 л/сч 03912004050
ИНН 7536040061 БИК 047601001
ГРКЦ ГУ Банка России по Забайкальскому кр.

**Главным врачам медицинских
организаций, осуществляющих
мероприятия диспансеризации
определенных групп взрослого
населения, заведующим
К(О)МП, главным внештатным
специалистам Министерства
здравоохранения Забайкальского
края**

26.07.2016

№ 146

Уважаемые коллеги!

Для сведения и использования в работе предоставляю Вам справку об итогах 6 месяцев 2016 года диспансеризации взрослого населения в Забайкальском крае на 7 страницах).

**Справка об итогах 6 месяцев 2016 года диспансеризации определенных групп
взрослого населения в Забайкальском крае.**

Диспансеризация и диспансерное наблюдение за гражданами – одни из основных показателей организации первичной медико – санитарной помощи, характеризующие ее доступность и качество. В 2016 году уже повторно обследуются граждане, прошедшие диспансеризацию в 2013 году, что позволяет оценить качество диспансерного наблюдения за ними в предыдущие 3 года, динамику состояния здоровья, распространенность факторов риска и в целом дать оценку эффективности проводимых мероприятий диспансеризации, являющейся ее основной задачей.

В план диспансеризации 2016 года включено **186423** человека. Осуществляют диспансеризацию 43 медицинские организации, 33 из которых подведомственны Министерству здравоохранения Забайкальского края. За 6 месяцев 1-й этап диспансеризации прошли **87464 человека (47% от плана**, темпы текущей диспансеризации аналогичны выполнению полугодового плана 2015г.), из них женщин – 50,2%, сельских жителей – 22%, работающее население составило

52% от общего количества граждан; лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи – 2,9%. Общее количество человек, диспансеризация которых была проведена мобильными бригадами. – **3153 (3,5%** при нормативе 7%). **7660 человек (8,8%), прошедших 1-й этап, не завершили 2-й**, что характеризует низкий показатель доступности и качества организации мероприятий диспансеризации на всех ее этапах.

Темп второго этапа диспансеризации резко снижен в первом полугодии 2016г. и является неудовлетворительным. Так, второй этап диспансеризации прошли **всего 21406 человек (24,5%)**, а за 1 полугодие 2015г. аналогичный показатель был равен 57,5% при нормативе не менее 30% по РФ, 46% по СФО).

Прогноз выполнения плана диспансеризации 12 месяцев при имеющемся темпе – не менее 90% (норматив – не ниже 93%).

Необходимо отметить, что полнота охвата граждан на 1 этапе диспансеризации медицинскими мероприятиями значительно улучшилась в 2016 году. Информационная работа по привлечению граждан пройти диспансеризацию проводится ежедневно: имеются красочные стенды, на официальных сайтах медицинских организаций есть доступная тематическая информация, работают внутренние радиоточки, транслируются просветительские ролики по плазменным панелям, осуществляются приглашения по телефону и с помощью подворных обходов. Тем не менее, продолжают иметь место ряд грубых нарушений Порядка диспансеризации: отмечаются несоответствия между количеством выявленных патологических отклонений по итогам 1-го этапа и количеством назначенных исследований на 2-м (графа 6 табл.2000 и 3 табл. 3000 отчетной статистической формы 131 имеют значительные расхождения). Так, на консультацию к колопроктологу направлено 283 человека при 116 отклонениях при исследовании кала на скрытую кровь (в 2,4 раза больше требуемого количества), проконсультировано – 65%, причем ректороманоскопия назначена 121 человеку, проведена 91 (75%). При определении уровня глюкозы в крови только экспресс – методом (без учета биохимического исследования) патологические отклонения были у 1116 граждан, но выдано всего 977 направлений (в 1,2 раза меньше) на определение концентрации гликированного гемоглобина в крови для уточнения диагноза сахарного диабета, обследовано меньше 1/2. Выявлено повышенное ВГД у 541 человека, но к окулисту направляется 1893 (в 3,5 раза больше положенного количества), обследовано – 2/3.

И, наоборот, в табл.3000 отмечается, что гражданам уже ранее проведено было углубленное профилактическое консультирование в предшествующие 12 месяцев. Вопрос: где, кем? Консультирование проводится только в период прохождения гражданином диспансеризации в кабинете (отделении) медицинской профилактики.

Эти данные свидетельствуют о допущении приписок, неточностей в учете, слабых знаниях нормативных документов медицинским персоналом, отсутствии подшитых в амбулаторные карты карт учета предыдущей диспансеризации для

сравнения и анализа, продолжающихся нецелевых расходах средств на избыточное обследование без показаний и, наоборот, не проведение гражданам соответствующих консультаций и обследований при выявленных отклонениях.

До сих пор имеются факты многочисленных нарушений Порядков проведения диспансеризации, когда 1-й этап проводится участковыми терапевтами (в т.ч. заполнение анкеты диспансеризации), а не специалистами кабинетов (отделений) медицинской профилактики, что во многом снижает качество диспансеризации, отвлекает участковую службу от основной работы. Имеются случаи, когда участковые терапевты с целью увеличения процента прошедших диспансеризацию заполняют необходимый пакет документов и вносят результаты в карту учета диспансеризации «заочно», по амбулаторной карте, подходящего по возрасту гражданина, на основании обследований, имеющих в карте. Так, отсутствие информированного согласия на проведение консультаций и обследований может свидетельствовать о грубейшем нарушении – заполнении документации диспансеризации без присутствия гражданина! Этим же можно объяснить низкий процент направлений на второй этап с целью уточнения выявленных отклонений в здоровье, т.к. гражданин и не знает об этих отклонениях. В кабинете профилактики не определяют дату посещения участкового терапевта по итогам окончания 1-го этапа пациентом, не предоставляют ему талон с указанием времени приема для выдачи заключения и определения терапевтом группы здоровья, необходимости обследования и у каких специалистов на последующем этапе. Кроме того, при осуществлении проверок, у участковых терапевтов нет в наличии таблиц SCORE (а при наличии – не знают, как ими пользоваться), а это основной источник определения второй группы здоровья, высокого риска и дальнейшей тактики ведения граждан. Имеются случаи, когда специалист К(О)П уходит в очередной отпуск, а на его место даже временно не назначают подготовленного медицинского работника, но по отчетным формам диспансеризация темпа не снизила в данной организации. Вопрос: за счет чего? Двухсменной работы, чтобы работающие граждане могли пройти начальный этап диспансеризации и получить маршрутный лист после работы, не организовано ни в одной медицинской организации, что нарушает принцип доступности здравоохранения.

В районах края СВА, СУБ практически лишены элементарного диагностического оборудования, необходимого обеспечить мероприятия 1-го этапа. Формируя выездные бригады, заместители главного врача не учитывают необходимость укомплектовать бригаду лаборантом, специалистом УЗИ с переносным УЗ аппаратом, ЭКГ, тонометром Маклакова для измерения ВГД при отсутствии бесконтактного и др. для полноценного проведения начального этапа диспансеризации по месту жительства граждан, чтобы получить законченный случай. Кроме того, отмечается слабая преемственность между ЦРБ и ее подразделениями по предоставлению информации о группе здоровья граждан, диспансерном наблюдении, необходимых лечебно – профилактических

мероприятиях. Журналы учета диспансеризации ведутся небрежно. Карты учета диспансеризации не подшиваются в амбулаторную карту, а хранятся в кабинетах профилактики.

Четвертый год факторы риска крайне неудовлетворительно выявляются при прохождении диспансеризации как специалистами кабинета профилактики, так и участковыми терапевтами, несмотря на регулярные указания в аналитических записках и справках по итогам проверки. И, как следствие, количество и качество углубленного консультирования, а также выданных медицинскими работниками рекомендаций гражданам по оздоровлению, не полноценны или вообще отсутствуют. Кроме того, невозможно увидеть истинную картину распространенности поведенческих факторов риска среди населения, их динамику, наметить комплекс необходимых мероприятий по их нивелированию.

**Табл.1 Распространенность факторов риска среди граждан
Забайкальского края, выявленных за 6 месяцев диспансеризации 2016г.**

№ п/п	Фактор риска	Выявлено ФР (абс. число)	Распространенность (%) ФР
1.	Нерациональное питание	24119	27,6
2.	Курение	20947	24,0
3.	Гиподинамия (низкая физ. активность)	15830	18,1
4.	Повышенный уровень АД	11197	12,8
5.	Избыточная масса тела	13677	15,6
6.	Отягощенная наследственность ХНИЗ	7704	8,8
7.	Повышенный уровень глюкозы в крови	1137	1,3
8.	Пагубное потребление алкоголя	776	0,9
9.	Потребление наркотических средств и психотропных веществ	60	0,07
10	Суммарный абсолютный сердечно – сосудистый риск		
	- высокий	7543	8,6
	- очень высокий	6381	3,6

Складывается ложная картина мнимого благополучия в состоянии здоровья вследствие отсутствия поведенческих факторов риска, провоцирующих развитие ХНИЗ среди взрослого населения Забайкальского края. Показатели распространенности поведенческих факторов риска не достигают аналогичных показателей СФО, а также мониторинга ВОЗ в РФ, цифры которого ежегодно предоставляются руководителям медицинских организаций в итоговой справке главного внештатного специалиста по медицинской профилактике.

В ходе 6 месяцев текущего года в результате диспансеризации **выявлено 57438 заболеваний (случаев)**, это свидетельствует о том, что около 66% граждан, закончившие ее, имеют то или иное заболевание, причем 10% от этого количества - впервые узнали о наличии патологического отклонения здоровья в результате профилактической работы, но только 35% из них взято на диспансерный учет. К тому же при проверках констатируется в большинстве своем формальный подход к данному разделу работы (на основании формы №030/у-04 и амбулаторных карт)

за счет незнания (отсутствия в наличии) приказов у участковых терапевтов, своевременного контроля со стороны заведующих поликлиниками.

Табл. №2 Сведения о некоторых выявленных при проведении диспансеризации 2015 года заболеваниях (случаях) и факта установления диспансерного наблюдения.

№ п/п	Заболевание	Выявлено заболеваний		Установлено Д наблюдение	
		всего	впервые	всего	впервые
1.	Туберкулез	18	9	6	4
2.	Новообразования, в т.ч. злокачественные, из них:	692	155	355	52
	- пищевода	461	67	301	40
	- желудка	6	6	6	3
	- трахеи, бронхов	45	4	38	3
	- молочной железы	41	4	24	3
	- шейки матки	124	20	78	12
	- предстательной железы	34	5	18	3
	- почки	39	10	26	8
		23	1	13	1
3.	Болезни крови и кроветворных органов	747	221	357	129
4.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, в т.ч.	8590	2112	2329	723
	- сахарный диабет	1402	173	721	61
	- ожирение	3747	781	958	187
5.	Болезни нервной системы, в т.ч.	1075	182	135	3
	- преходящие церебральные ишемические атаки	99	9	28	0
6.	Болезни системы кровообращения, в т.ч.	22705	2519	10251	1156
	- болезни, характеризующиеся повышенным АД	11738	1377	5454	698
	- ИБС	5834	678	3104	275
	- стенокардия	1068	151	928	55
	- цереброваскулярные болезни	3529	305	1218	141
7.	Болезни органов дыхания, в т.ч.	3175	435	1303	147
	- пневмонии	29	26	6	19
	- бронхит, ХОБЛ, бронхиальная астма	2997	375	1277	121
8.	Болезни органов пищеварения, в т.ч.	8039	1047	2081	282
	- язва желудка, 12 пк	769	65	342	31
	- гастрит, дуоденит	4269	500	965	94
9.	Болезни мочеполовой системы, в т.ч.	4372	781	1326	352
	- гиперплазия предстательной железы	526	161	306	98
	- доброкачественная дисплазия молочной железы	635	120	231	52
10.	Итого:	57438	8300	20040	3052

Диспансерное наблюдение – центральное и эффективное мероприятие в рамках первичной медико – санитарной помощи по снижению смертности граждан, увеличению качества их жизни. В табл.№2 отражена полнота охвата граждан профилактическими мероприятиями, в т.ч. у которых впервые выявлено заболевание. Удовлетворительной данную работу назвать нельзя.

Табл.3 Общие результаты диспансеризации за 6 месяцев 2016г.

№ п/п	Результат диспансеризации	Всего (абс. число)	%
1.	Распределение по группам здоровья: - I - II - III, в т.ч. IIIa - 38700 , IIIb – 5329 человек	30320 15542 44029	33,7 17,3 49
2.	Назначено лечение	20091	39%
3.	Направлено на доп. обследование	1989	4,8
4.	Направлено на ВМП	2146	4,3
5.	Направлено на санаторно – курортное лечение	2042	3,4
6.	Число письменных отказов от прохождения отдельных мероприятий Д	650	0,7
7.	Число граждан, прошедший 1-й этап и не завершивших 2-й	7660	8,5
8.	Число письменных отказов от прохождения диспансеризации в целом	259	0,3

Из таблицы видно, что сумма граждан, распределенных по группам здоровья, на 2427 больше участвующих в диспансеризации (качество учета работы). Кроме того, отмечается значительное количество лиц (8790) старше 40 лет, а также после 60 лет, у которых нет по отчетным формам заболеваний и отнесены медицинскими работниками ко II, а то и к I группе здоровья, чего быть не может. Участковые терапевты во многих ЦРБ до сих пор не знают критериев распределения граждан по группам здоровья. Все это смазывает истинную картину здоровья наших граждан.

Необходимо отметить, что в текущем году отмечается больший процент граждан, направленных на лечение, дополнительное обследование, на ВМП и санаторно – курортное лечение, чем за аналогичный период 2015 года, в среднем в 1,5 раза.

Из года в год порядка 10% граждан, пройдя 1-й этап диспансеризации, отказываются от 2-го, что характеризует отсутствие отработанной логистики мероприятий в медицинских организациях, способствующей комфортному прохождению всех этапов диспансеризации с максимальной эффективностью и доступностью мероприятий за короткий временной промежуток.

Табл.4 Показатели эффективности проводимых мероприятий диспансеризации.

№ п/п	Показатель	Величина показателя 6 мес. 2016г.	Величина показателя за 2015г. (12 мес.)	СФО (норматив)
1.	Уровень выявляемости хронических неинфекционных заболеваний: - ИБС - АГ - СД - ХОБЛ и хронический бронхит - новообразования	6,7% 13,4% 1,6% 3,4% 0,8%	9,1% 19,1% 1,9% 4,9% 1,04%	5% 8% 3% 3% 1%
2.	Удельный вес пациентов, направленных на 2-й этап диспансеризации	24,5%	67,7%	61,6%
3.	Уровень краткого индивидуального профилактического консультирования по итогам 1-го этапа диспансеризации врачом терапевтом	98%	93,4%	95%
4.	Уровень профилактического углубленного консультирования в кабинете (отделении) медицинской профилактики	72,4%	76%	46%

Отмечается **снижение в текущем году выявляемости ИБС, АГ, СД, ХОБЛ** по сравнению с показателями 2015 года (см. табл. №4), хотя они выше нормативных значений по СФО. Резко снижен (в 2,7 раз) удельный вес пациентов, направленных на 2-й этап диспансеризации. Уровень профилактического углубленного консультирования достаточен (72,4%), но этот показатель не достоверен, учитывая данные табл. 3000 отчетной формы 131.

Диспансерное наблюдение установлено в целом за **20040** гражданами по итогам диспансеризации, т.е. за 35%. Доля граждан, взятых на диспансерный учет, у которых впервые выявлено заболевание, составила 36,8%.

По данным ТФОМС процент исполнения диспансеризации 6 месяцев 2016г. от годового плана составил **42%** (в 2015г. за аналогичный период - 41,5%). **Менее 35% плана выполнили следующие медицинские организации (14):** ЦРБ - Алек-Заводская, Газ-Заводская, Калганская, Нер-Заводская, Оловянинская, Ононская, Петровск – Забайкальская, Приаргунская, Сретенская, Тунгокоченская, Улетовская, Хилокская; а также НУЗ «УП на ст. Новая Чара ОАО РЖД» и ФГБУЗ МСЧ №107 ФМБА России.

Наименьший процент выполнения плана в Улетовской ЦРБ (19%), Тунгокоченской ЦРБ (21%) и Петровск – Забайкальской ЦРБ (21%), НУЗ «УП на ст. Новая Чара ОАО РЖД» (21%) и ФГБУЗ МСЧ №107 ФМБА России (5%).

Более 40% от утвержденного плана диспансеризации выполнили 22 МО (51%): ГУЗ КМЦ, КБ№3, КБ№4, АОБ, Борзинская ЦРБ, Дульдургинская ЦРБ, Каларская ЦРБ, Карымская ЦРБ, Красночикоийская ЦРБ, Кыринская ЦРБ, Могочинская ЦРБ, Нерчинская ЦРБ, Читинская ЦРБ, Чернышевская ЦРБ, Шилкинская ЦРБ, ГБ№2, НУЗ «ДКБ на ст. Чита-2» ОАО РЖД, НУЗ «УП на ст. Шилка ОАО РЖД», НУЗ «УП на ст. Чернышевск – Забайкальский ОАО РЖД», НУЗ «УП на ст. Карымская ОАО РЖД», НУЗ «УП на ст. Могоча ОАО РЖД», НУЗ «УП на ст. Борзя ОАО РЖД».

Выводы:

1. Несмотря на количественный удовлетворительный показатель темпов диспансеризации взрослого населения в 1-м полугодии 2016г. (по 131ф. – 47%, по ТФОМС – 42%), имеются существенные недостатки качества проводимых мероприятий:
 - 1.1. До сих пор сохраняются неполноценные в части штатного расписания, оснащения и графика работы К (О) МП, не позволяющие выполнить утвержденный план диспансеризации;
 - 1.2. Отмечаются недостаточные знания у медицинского персонала и вольная трактовка при выполнении Порядка организации и проведения диспансеризации, перекладывание части функций специалистов К(О)МП на участковых терапевтов по проведению 1-го этапа;
 - 1.3. Формальный подход специалистов К(О)МП, участковых терапевтов к выявлению факторов риска ХНИХ у граждан, к проведению углубленного и краткого профилактического консультирования, выявлению заболеваний, установлению диспансерного наблюдения, в т.ч. за лицами высокого риска развития сердечно – сосудистых заболеваний, и его проведению;
 - 1.4. Низкий процент граждан, направляемых по итогам первого этапа диспансеризации на второй, при этом отмечается и низкий процент проводимых исследований;
 - 1.5. Недостаточный контроль со стороны руководителей медицинских организаций, заведующих поликлиниками по выполнению плана диспансеризации, качества и достоверности ее проведения;
 - 1.6. Небрежное заполнение статистических отчетных форм, журналов учета, допущение приписок и предоставление недостоверной отчетной информации.

Эффективность мероприятий диспансеризации при многочисленных имеющихся недостатках работы, в т.ч. учета мероприятий на всех этапах, определить не представляется возможным.

Предложения:

1. Главным врачам МО – немедленно принять меры по неукоснительному исполнению Порядков организации диспансеризации взрослого

населения, устранению замечаний, сформулированных в справке для достижения целевых показателей плана, показателей доступности, качества и эффективности мероприятий диспансеризации.

2. Главным внештатным специалистам Министерства здравоохранения Забайкальского края: по амбулаторно – поликлинической работе, кардиологу, пульмонологу, онкологу, фтизиатру, гастроэнтерологу, неврологу, эндокринологу осуществлять контроль за полнотой проведения мероприятий диспансеризации, эффективностью ее и качеством в рамках своей компетенции; Осуществлять контроль за полнотой охвата мероприятиями диспансерного наблюдения, его качеством у больных с ХНИЗ.

Главный внештатный специалист
Министерства здравоохранения
Забайкальского края
по профилактической медицине



М.Б.Загирова