

Министерство здравоохранения Красноярского края

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДОКЛАД
О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ
В 2013 ГОДУ**

г. Красноярск, 2014

УДК. 614

ББК 51.1 Г 72

Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Красноярского края в 2013 году. – Красноярск, 2014 – 278 с.

Настоящий доклад подготовлен с использованием данных государственной и отраслевой статистики, а также результатов научно-исследовательских работ и других документов специалистами министерства здравоохранения Красноярского края, территориального управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Красноярскому краю, КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр». Представленный в докладе материал является обобщением статистических разработок, аналитических материалов и рекомендаций.

ISBN

Главный редактор:

Янин В.Н. – министр здравоохранения Красноярского края

Шеф-редактор:

Побоев В.А. – начальник отдела анализа и прогнозирования
КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский
информационно-аналитический центр»

Редакционная коллегия:

Артюхов И.П. - ректор ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»;

Алямовский В.В. - руководитель института стоматологии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»;

Барышников К.А. - заведующий отделением экстренной и планово-консультативной медицинской помощи КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Бородина Т.Н. - консультант отдела по организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела министерства здравоохранения Красноярского края;

Бендера А.П. - главный врач КГБУЗ «Красноярская краевая психиатрическая больница №2»;

Бурмистров Ю.Н. – директор КГБУЗ «Красноярский краевой территориальный центр медицины катастроф»;

Голубева Т.Н. - начальник отдела по планированию объемов медицинской помощи и стандартизации медицинской помощи министерства здравоохранения Красноярского края;

Гореликова Е.А. – консультант отдела по организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела министерства здравоохранения Красноярского края;

Горяев Д.В. – руководитель территориального управления Роспотребнадзора по Красноярскому краю;

Готовко Е.В. – заместитель начальника отдела экономического анализа и планирования министерства здравоохранения Красноярского края;

Евминенко С.А. - начальник КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно - аналитический центр»;

Захаринская О.Н. – заведующая профпатологическим центром КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Капсаргин Ф.П. - заведующий кафедрой урологии, андрологии и сексологии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»;

Катцына Г.И. - главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер №1»;

Кожухова Е.И. - начальник отдела организации лекарственного обеспечения министерства здравоохранения Красноярского края;

Коноваленко А.Н. – консультант отдела по организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела министерства здравоохранения Красноярского края;

Киселева Е.Ю. - главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер №1»;

Кутумова О.Ю. - главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой Центр медицинской профилактики»;

Немик Б.М. - заместитель министра здравоохранения Красноярского края;

Низамеева Г.З. - начальник отдела по организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела министерства здравоохранения Красноярского края;

Модестов А.А. – главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер»;

Миرونчик С.Л. - главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулёзный диспансер № 1»;

Наумова Т.Н. – заместитель начальника отдела по организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела министерства здравоохранения Красноярского края;

Никитина М.И. – заместитель начальника КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно - аналитический центр»;

Подкорытов А.В. – начальник КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн»;

Попов Д.В. - заместитель министра здравоохранения Красноярского края;

Протопопов А.В. - руководитель регионального сосудистого центра краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница»;

Смирнова С.В. – и.о. директора ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера» СО РАМН;

Соколовская В.К. – начальник отдела статистики КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно - аналитический центр»;

Чердниченко Л.В. - консультант отдела по управлению кадрами, профессиональной подготовки медицинских кадров министерства здравоохранения Красноярского края;

Усенкова И.В – руководитель-главный эксперт ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы»;

Филина Н.Г. – главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой центр крови №1»;

Хоменко Н.В. - консультант отдела по организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края;

Шульмин А.В. - зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»;

Ярусова О.А. - консультант отдела по организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края.

Уважаемые читатели!

*Этот документ
о состоянии здоровья населения
создан специально для Вас.*

*Пожалуйста, свободно копируйте и
распространяйте всю или частично эту книгу,
если она Вам необходима.*

*Однако, при использовании информации
(цитировании), просим Вас соблюдать
Законодательство РФ об авторском праве и
указывать источник получения информации.*

Спасибо!

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	6
ВВЕДЕНИЕ	8
ИСТОРИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ	14
РАЗДЕЛ 1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	17
1. ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ	17
1.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРАЕВЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ	17
1.2. РОЖДАЕМОСТЬ.....	23
1.3. СМЕРТНОСТЬ	25
1.4. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ	34
1.5. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ	35
1.6. МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ, ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ	36
2. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА	42
3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	63
4. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	72
4.1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	72
4.1.1. Заболеваемость подростков.....	76
4.1.2. Заболеваемость взрослого населения	78
4.1.3. Профессиональная заболеваемость	82
4.2. СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	85
4.2.1. Болезни системы кровообращения	85
4.2.2. Новообразования.....	92
4.2.3. Туберкулез	97
4.2.4. Инфекции, передаваемые половым путем	104
4.2.5. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).....	106
4.2.6. Наркологическая заболеваемость	111
4.2.7. Психические расстройства и расстройства поведения.....	116
4.3. ИНФЕКЦИОННАЯ И ПАРАЗИТАРНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ.....	121
5. ИНВАЛИДНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	143
5.1. Инвалидность среди взрослого населения	144
5.2. Детская инвалидность.....	149
РАЗДЕЛ 2. СОСТОЯНИЕ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	153
1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	153
1.1. АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	156
1.1.1. Медицинская помощь сельскому населению.....	158
1.2. СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ	163
1.3. ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (САНИТАРНАЯ АВИАЦИЯ).....	168
1.4. СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ	171
1.4.1. Хирургическая помощь	174
1.4.2. Пульмонологическая помощь	177
1.4.3. Урологическая помощь.....	179
1.4.4. Травматолого-ортопедическая помощь.....	182
1.4.5. Гемодиализ и трансплантология.....	185
1.5. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ.....	187
1.6. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	190
1.7. ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	191
1.8. МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН.....	195
1.9. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ.....	200
1.10. ПРОФИЛАКТИКА.....	204
1.11. Медицинская РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	207
1.12. Паллиативная медицинская помощь	211
РАЗДЕЛ 3. КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	215
РАЗДЕЛ 4. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	226

РАЗДЕЛ 5. РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	240
РАЗДЕЛ 6. СОСТОЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.....	244
РАЗДЕЛ 7. СОСТОЯНИЕ ОСНОВНЫХ ФОНДОВ, ПРОБЛЕМЫ ТЕХНИЧЕСКОГО ОСНАЩЕНИЯ ЛПУ	253
РАЗДЕЛ 8. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТОВЕРНОСТИ ДАННЫХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	257
РАЗДЕЛ 9. ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ).....	262
РАЗДЕЛ 10. СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ	266
РАЗДЕЛ 11. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	272
11.1. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ ГБОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНЗДРАВА РОССИИ.	272
11.2. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ ФГБУ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ СЕВЕРА» СО РАМН	274

ВВЕДЕНИЕ

Медицина есть царица наук, ибо здоровье безусловно, необходимо для всего великого и прекрасного на земле.

Ф.П.Гааз

Представляем Вашему вниманию материалы очередного Государственного доклада о состоянии здоровья населения Красноярского края.

Основными задачами системы здравоохранения Красноярского края в 2013 году являлись повышение доступности и качества медицинской помощи, эффективное управление ресурсами, формирование и пропаганда здорового образа жизни.

В целом по большинству показателей развития отрасли здравоохранения в регионе достигнуты положительные результаты. Несмотря на сокращение числа женщин активного репродуктивного возраста удалось сохранить позитивные тенденции в сфере демографии. В 2013 году рождаемость превысила смертность, достигнут положительный коэффициент естественного прироста населения +1,7.

В течение 2013 года Красноярский край участвовал в реализации 4 краевых долгосрочных целевых программ в сфере здравоохранения. Мероприятия программ были направлены на укрепление материально-технической базы и лицензирование учреждений здравоохранения, профилактику и лечение социально-значимых заболеваний, развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи, дополнительную иммунизацию и диспансеризацию детей.

Разрабатывались меры, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи, лекарственного обеспечения, в большей степени для малоимущих групп населения, жителей сельских территорий, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия. Решались задачи повышения эффективности функционирования системы здравоохранения, улучшения состояния здоровья детей и матерей, обеспечения качественными и безопасными лекарственными средствами, предупреждения болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний.

В Красноярском крае для повышения доступности медицинской помощи жителям удаленных и сельских территорий находящихся в непосредственной близости от железной дороги, совместно с ОАО «Российские железные дороги» функционирует на постоянной основе передвижной консультативно-диагностический центр «Доктор Войно-Ясенецкий (св. Лука)», оснащенный современным лечебно-диагностическим оборудованием и системой телемедицинского консультирования. Передвижной консультативно-диагностический центр ежегодно делает 12 выездов и работает на 52 станциях Красноярской железной дороги.

Особое внимание уделено развитию доступности медицинской и лекарственной помощи на селе. Проводилась организация домовых хозяйств первой помощи в малонаселенных пунктах с численностью менее 100 человек. Для этого данные домовладения оснащались аптечкой первой помощи, носилками, шинами, а также средствами связи с фельдшерско-акушерским пунктом, отделением общеврачебных (семейных) практик или центральной районной больницей, в зоне ответственности которых они располагаются. Всего в Красноярском крае организовано 436 домовых хозяйств.

Серьезное внимание уделялось мероприятиям, направленным на повышение уровня профессиональной подготовки и переподготовки медицинских работников, развитию новых лечебно-диагностических и профилактических технологий.

В рамках программы модернизации проводилась работа по укреплению материально-технической базы учреждений, внедрению медицинских стандартов и информатизации.

В 2014 году мероприятия по улучшению демографической ситуации в Красноярском крае будут продолжены.

Особое внимание будет уделено вопросам обеспечения качества и доступности лечебно-профилактической помощи, вопросам профилактики и лечения социально-значимых заболеваний, вопросам кадрового обеспечения в отрасли здравоохранения, развитию детской и сельской медицины, внедрению современных информационных систем в здравоохранение.

Выражаем искреннюю признательность специалистам министерства здравоохранения Красноярского края, Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю, территориального управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Красноярскому краю, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Красноярскому краю», ученым Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, которые принимали участие в формировании настоящего Государственного доклада.

Надеемся, что представленные в докладе данные будут полезны и тем, кто вырабатывает стратегию развития здравоохранения и охраны здоровья населения Красноярского края, и тем, кто реализует ее на практике.



1. Центральная группа районов

г. Красноярск (зональный центр)
г. Бородино
г. Дивногорск
г. Сосновоборск
Балахтинский район
Березовский район
Большемуртинский район
Емельяновский район
Манский район
Новоселовский район
Партизанский район
Рыбинский район+г.Заозерный
Саянский район
Сухобузимский район
Уярский район
П.г.т. Кедровый

2. Южная группа районов

Ермаковский район
Идринский район
Каратузский район
Краснотуранский район
Курагинский район
г. Минусинск (зональный центр)
Минусинский район
Шушенский район

3. Восточная группа районов

Абанский район
Дзержинский район
Иланский район
Ирбейский район
г. Канск (зональный центр)
Канский район
Нижнеингашский район
Тасеевский район

4. Западная группа районов

г. Ачинск (зональный центр)
Ачинский район
Бирилюсский район
г. Боготол
Боготольский район
Большеулуйский район

Козульский район
г. Назарово
Назаровский район
Тюхтетский район
Ужурский район
г. Шарыпово
Шарыповский район

5. Богучанская группа районов

Богучанский район
Кежемский район
Мотыгинский район

6. Лесосибирская группа районов

г. Лесосибирск (зональный центр)
Енисейский район+г.Енисейск
Казачинский район
Пировский район
Северо-Енисейский район

7. Норильская группа районов

г. Игарка
г. Норильск
Туруханский район

8. Эвенкийский муниципальный район

9. Таймырский (Долгано-Ненецкий) муниципальный район

**Численность постоянного населения
в медико-социальных группах районов Красноярского края
на 01.01.2013**

	Все население (чел.)	в том числе	
		городское (чел.)	сельское (чел.)
Центральная группа районов*	507 310	333 913	173 397
Южная группа районов	241 165	117 087	124 078
Восточная группа районов	241 055	128 300	112 755
Западная группа районов	370 047	256 253	113 794
Богучанская группа районов	83 918	24 671	59 247
Лесосибирская группа районов	139 358	96 771	42 587
Норильская группа районов	196 462	185 205	11 257
Эвенкийский муниципальный район	15 881	-	15 881
Таймырский (Долгано-Ненецкий) муниципальный район	34 053	23 006	11 047
г.Красноярск	1 017 226	1 016 385	841
Красноярский край	2 846 475	2 181 591	664 884

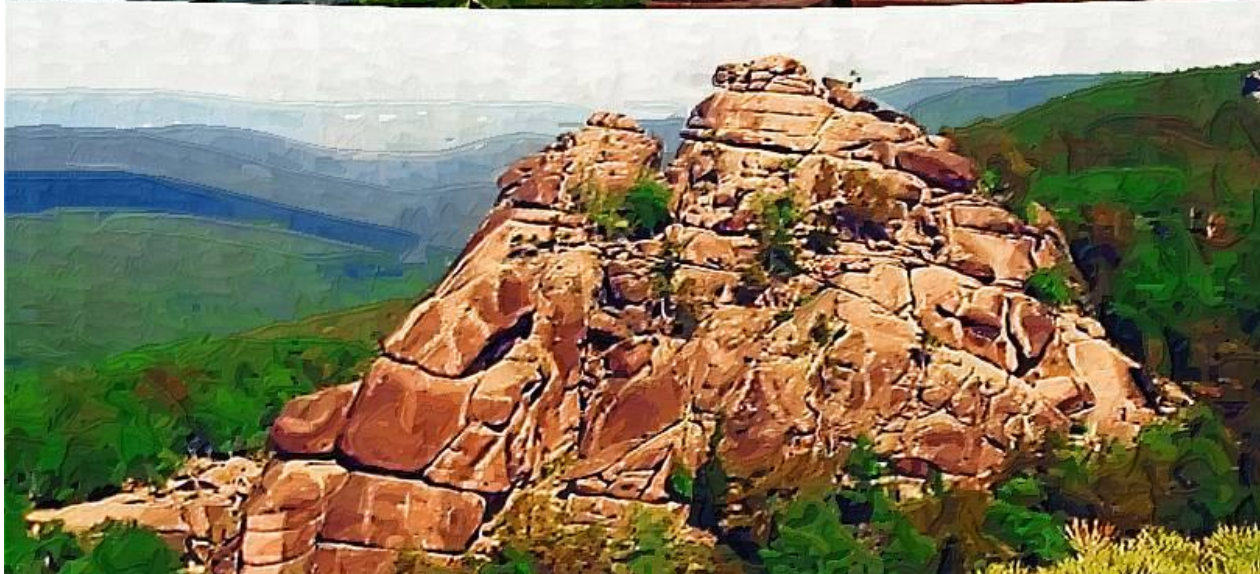
*без учета г.Красноярска

**Численность постоянного населения
в медико-социальных группах районов Красноярского края
на 01.01.2014**

	Все население (чел.)	в том числе	
		городское (чел.)	сельское (чел.)
Центральная группа районов*	496 602	317 118	179 484
Южная группа районов	239 125	116 035	123 090
Восточная группа районов	238 255	123 437	114 818
Западная группа районов	376 671	263 954	112 717
Богучанская группа районов	82 882	24 052	58 830
Лесосибирская группа районов	138 602	94 969	43 633
Норильская группа районов	194 632	182 672	11 960
Эвенкийский муниципальный район	15 591	-	15 591
Таймырский (Долгано-Ненецкий) муниципальный район	33 861	23 074	10 787
г.Красноярск	1 036 589	1 035 528	1 061
Красноярский край	2 852 810	2 180 839	671 971

*без учета г.Красноярска

КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ



ИСТОРИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Дата образования Красноярского края — 7 декабря 1934 года. Центр — г. Красноярск, основан в 1628 г. как военная крепость Красный Яр, получившая свое название по цвету красных мергелей на берегу р. Кача. Расстояние от Москвы до Красноярска 3955 км. Площадь Красноярского края — 2339,7 тыс. кв. км, или 13,6 % всей территории страны.



Географическое положение

Красноярский край занимает в России центральное географическое положение, охватывая огромную территорию в 3 000 километров — от Северного Ледовитого океана до южных отрогов Алтая-Саянской горной системы. Координаты региона: 51°48' и 77°41' северной широты. К районам Крайнего Севера и приравненным к ним местностям относятся более 90 процентов территории края.

Самая северная точка Красноярского края — мыс Челюскин, является полярной оконечностью Евразии и самой крайней северной точкой России. В центре региона, на территории Эвенкийского муниципального района на юго-восточном берегу озера Виви, находится географический центр России. Местоположение Центра России утверждено Федеральной службой геодезии и картографии России. На месте Центра России 21 августа 1992 года установлен монумент высотой около 7 метров.

**Знаете ли Вы,
что...**

*На территории
края в
окрестностях
озера Виви
(Эвенкия)
расположен
географический
центр России.*

Протяженность региона с запада на восток составляет 1 250 километров на севере и 650 километров в южной части территории, вдоль Транссибирской магистрали. Красноярский край является второй по площади административной территорией в России, уступая только республике Саха (Якутия).

Территория региона расположена в бассейне реки Енисей протяженностью 4 102 км, делящей край на Западную и Восточную Сибирь. По площади бассейна Енисей занимает 2 место в стране и 7 место в мире. Вдоль его левого берега простирается низменная долина, а вдоль правого берега Енисея – Среднесибирское плоскогорье, высотой до 1000 метров. На севере Красноярский край омывается Карским морем, и морем Лаптевых Северного Ледовитого океана.

В Красноярском крае расположены два полуострова: Таймырский и частично Гыданский. В состав региона входят многие острова Северного Ледовитого океана – архипелаг Северная Земля; острова Сибирякова; Вилькицкого; Уединения; Олений; Диксон; Норденшельда и многие другие.

На востоке Красноярский край граничит с Республикой Саха (Якутия) и Иркутской областью; на западе с Республикой Хакасия, Кемеровской, Тюменской и Томской областями, а также с Ханты-Мансийским и Ямало-Ненецким автономными округами, на юге – с Республикой Тыва.

Природные условия.

Климат Красноярского края резко континентальный; средняя температура января от -18 до -36 градусов С, июля — от +21 до +12 градусов С; количество осадков — от 200 мм на севере, до 800-1000 мм на юге. На территории края выделяют 3 климатических пояса: арктический, субарктический и умеренный

На северных территориях края, особенно к северу от Нижней Тунгуски широко развита многолетняя мерзлота. Наблюдается полярный день и полярная ночь. На широте мыса Арктического (Северная Земля) полярный день длится 138 суток, а полярная ночь – 122 суток, на широте Дудинки полярные день и ночь продолжаются соответственно 83 и 65 суток. Большая часть территории Красноярского края покрыта тайгой.

Справочно

По площади Красноярский край равен половине европейской части России или всем государствам СНГ (исключая Казахстан), вместе взятым. За рубежом южные широты региона соответствуют широтам Польши, Великобритании и центральных районов Канады. Площадь территории края в 10 раз больше территории Великобритании, в 4,5 раза - Франции. В Западной Европе он уместился бы в пространство от северных берегов Норвегии до Средиземного моря.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ



*О вы, которых ожидает
Отечество от недр своих
И видеть таковых желает,
Каких зовет от стран чужих,
О, ваши дни благословенны!
Дерзайте ныне ободренны
Раченьем вашим показать,
Что может собственных Платонов
И быстрых разумом Невтонов
Российская земля рождать.*

М. В. Ломоносов

РАЗДЕЛ 1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

1. ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

1.1. Общая характеристика краевых демографических процессов

Численность постоянного населения Красноярского края по состоянию на 1 января 2014 года составила 2 852 810 человек. Население Красноярского края за последний год увеличилась на 6,3 тыс. человек или на 0,2 процента.

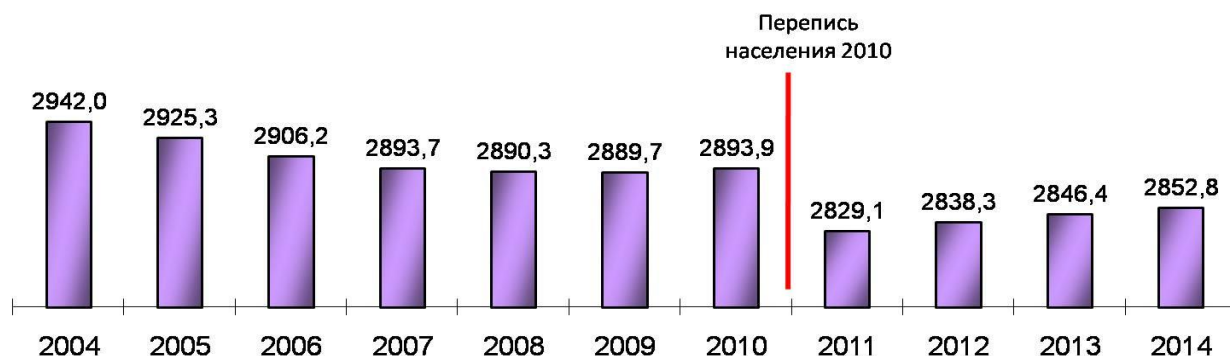


Рисунок 1 – Численность постоянного населения Красноярского края (на начало года; тыс. человек)

Численность и плотность населения в районах Красноярского края неоднородна. Это обусловлено географическими, экономическими и социальными причинами. Наибольшую численность населения имеют районы, наиболее развитые в экономическом плане. Низкая плотность населения наблюдается в районах, имеющих большую площадь, занятую горными массивами, тундрой, таежными лесами (Эвенкийский муниципальный район).

Плотность населения в городах (число жителей на 1 кв.км.) колеблется от 2929,0 в г. Красноярске до 0,02 в Эвенкийском муниципальном районе

По состоянию на 01.01.2014 в составе Красноярского края находились: городские округа – 17, муниципальные районы – 44, городские поселения – 27, сельские поселения – 490.

Таблица 1 – Группировка по численности населения городских и сельских поселений, городов, рабочих поселков, городских округов и муниципальных районов Красноярского края на 1 января 2014 года

Наименование	Единиц	Численность населения в них, человек
Число городских округов	17	1 946 690
Число муниципальных районов	44	906 120
Число городских поселений	27	241 073
Число сельских поселений	490	650 960
Число городов	23	1 997 536
Число рабочих поселков городского типа	29	183 303

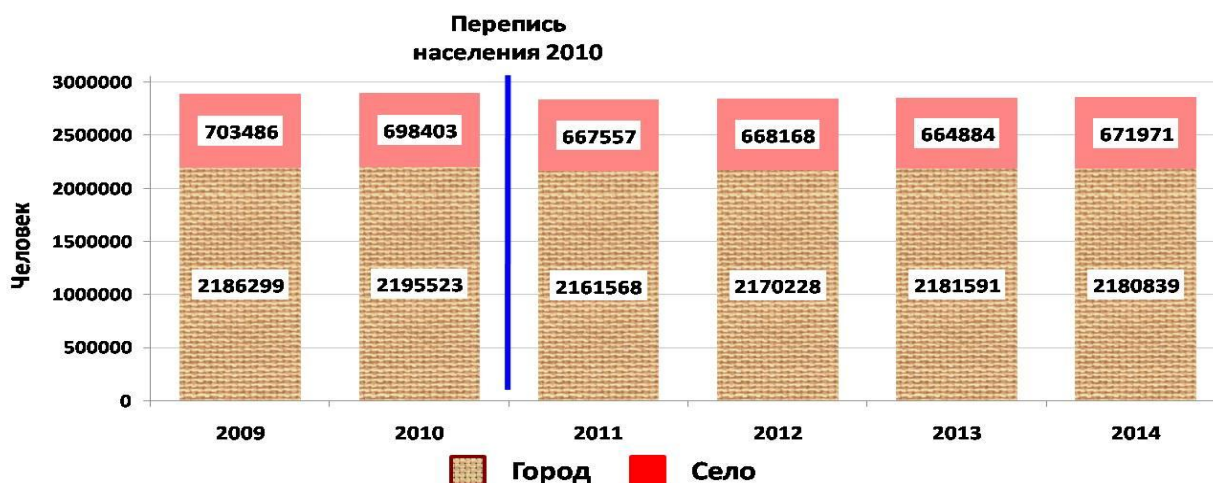


Рисунок 2 – Численность городского и сельского населения Красноярского края (на начало года)

По состоянию на 01.01.2014 в Красноярском крае в сельской местности проживало – 671 971 человек.

Численность сельского населения составляет 23,6 % от общей численности населения края.

За последние 10 лет, с 2004 по 2014 годы, численность сельского населения Красноярского края сократилась на 12,8 % (36,1 тыс. человек).

На демографическую ситуацию в крае активно влияют миграционные процессы. В 2013 году 10 территорий края имели положительное сальдо миграции (число выбывших было меньше числа прибывших). В 2013 году в Красноярском крае прибыло 110 347 человек (2012 год – 102 529 человек), убыло 108 956 человек (2012 год – 98 736 человек), миграционный прирост составил 1 391 человек (2012 год – 3 793 человек).

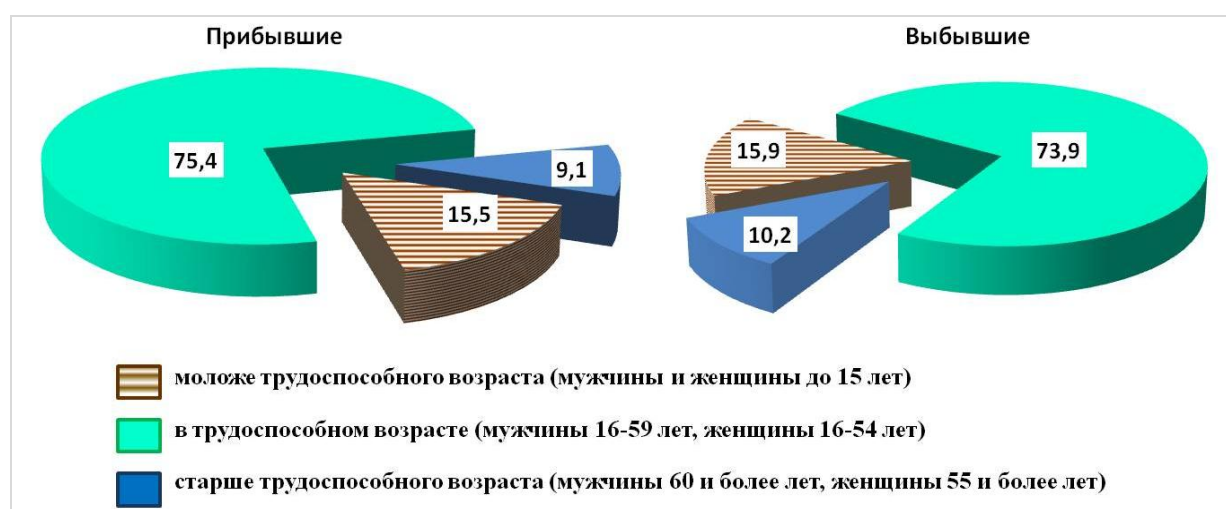


Рисунок 3 – Возрастная структура мигрантов Красноярского края за 2013 год (%)

В составе мигрантов в основном преобладает население в трудоспособном возрасте, на долю которого приходится 3/4 от общего

их числа. В детском и трудоспособном возрасте среди мигрантов преобладают мужчины, и только в старшей возрастной группе преобладают женщины.

В 2013 году общий коэффициент рождаемости в Красноярском крае составил – 14,4 на 1 000 человек населения, а коэффициент общей смертности – 12,7 на 1 000 человек населения.

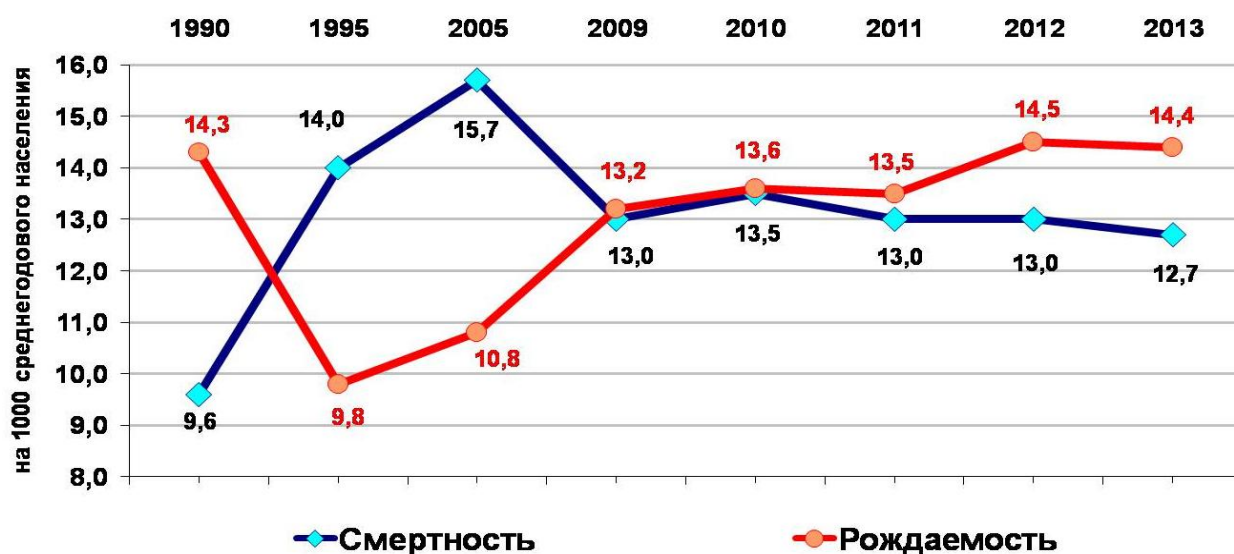


Рисунок 4 – Рождаемость и смертность населения Красноярского края за 1990-2013 годы

В целом по Красноярскому краю с 2009 года отмечается положительный естественный прирост населения.

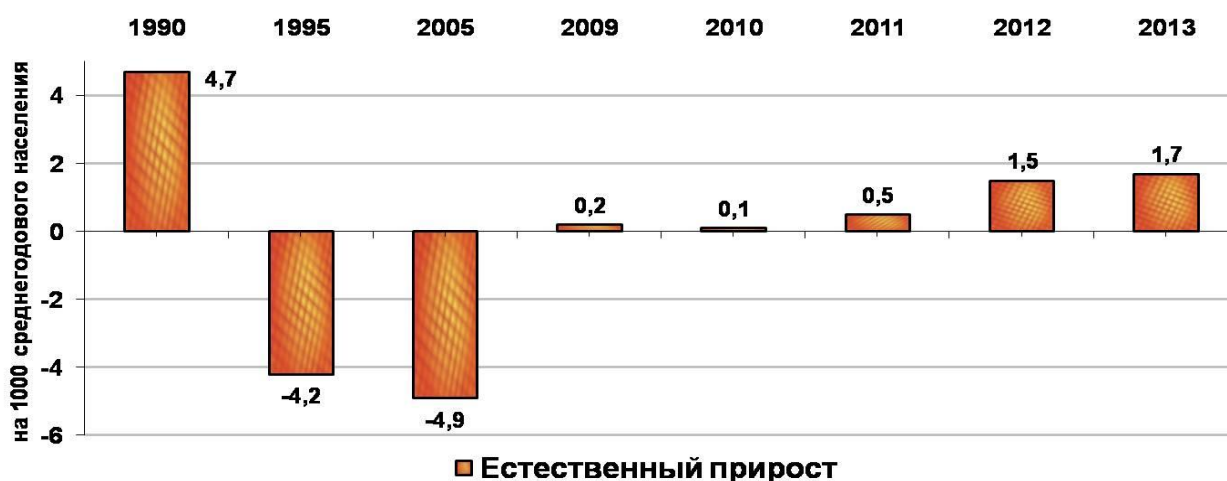


Рисунок 5 – Естественный прирост населения Красноярского края за 1990-2013 годы

Увеличение показателей рождаемости и уменьшение показателей смертности в последние годы обусловили благоприятную тенденцию уменьшения коэффициента естественной убыли населения Красноярского края. Величины показателя естественного движения населения по территориальным образованиям Красноярского края в 2013 году варьировали от плюс 9,0 до минус 5,9 на 1 000 человек населения.

Демографическая нагрузка – это обобщенная количественная характеристика возрастной структуры населения, показывающая нагрузку на общество непроизводительным населением.

Демографическая нагрузка может иметь различное значение: положительное – когда нагрузка детьми превышает нагрузку пожилыми и, наоборот, отрицательное – в случае преобладания нагрузки пожилыми. В Красноярском крае в настоящий момент доминирует отрицательный компонент. Начиная с 2007 года происходит систематическое снижение демографической нагрузки детьми. В 2006 году их доля в общей нагрузке составляла – 50,4 % и к 2013 году сократилась до 46,2 процентов. Доля пожилых, напротив, выросла с 49,6 % в 2006 году до 53,7 % в 2013 году.

В 2013 году демографическая нагрузка на трудоспособное население края лицами старше трудоспособного возраста превысила демографическую нагрузку лицами моложе трудоспособного возраста.

В целом демографическая нагрузка на начало 2013 года по Красноярскому краю составила 626 человек (289 – в возрасте моложе трудоспособного возраста, 336 – в возрасте старше трудоспособного) на 1 000 человек трудоспособного возраста.

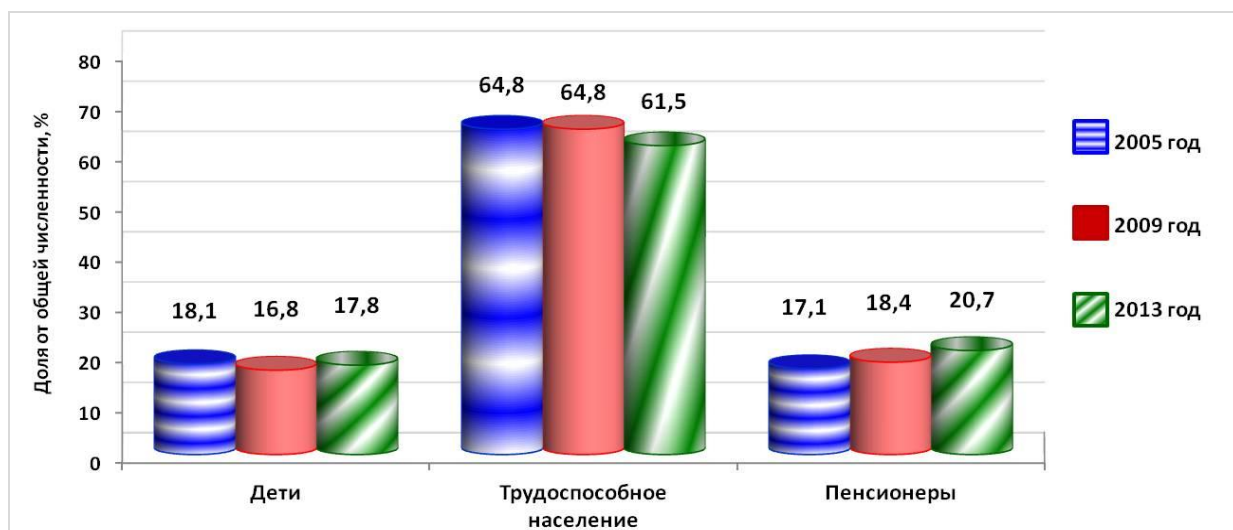


Рисунок 6 – Соотношение основных возрастных групп населения Красноярского края в 2005, 2009 и 2013 годах

Представленная возрастная структура свидетельствует, что в Красноярском крае идет процесс старения населения: возраст почти каждого четвертого жителя старше трудоспособного, то есть на трех человек в трудоспособном возрасте приходится один в пенсионном возрасте.

Возрастной состав населения Красноярского края характеризуется существенной гендерной диспропорцией. По состоянию на 01.01.2013 численность мужчин составила – 1 327,9 тыс. человек,

☹ В Красноярском крае сложился регрессивный тип населения, когда доля лиц старше трудоспособного возраста (20,7 %) превышает долю лиц моложе трудоспособного возраста (17,8 %)

женщин – 1 518,5 тыс. человек (женщин на 190,9 тыс. человек, или на 14,4 % больше). Соотношение полов за прошедший год не изменилось: к началу 2013 года на 1 000 мужчин приходилось 1 144 женщины.

Но, в Красноярском крае есть и территории, где мужское население преобладает над женским. К ним относится г. Норильск, Богучанский, Емельяновский, Кежемский и Северо-Енисейский муниципальные районы. В данных территориях имеется спрос на профессии, характерные в большей степени для мужского населения.

Очень заметен разрыв между численностью мужчин и женщин в городах. Доля мужчин в структуре городского населения составляет – 46,0 %, женщин – 54,0 процента.

Отмечается различные соотношения полов в зависимости от возраста. Среди новорожденных больше мальчиков, но мальчиков в детском возрасте и умирает намного больше.

В Красноярском крае идет тенденция к уменьшению подросткового населения. За 2013 год по отношению к 2012 году численность подростков уменьшилась на 5,5 % и составила – 85 544 человека. За период 2009-2013 годы снижение составило 22,3 процента (2009 год – 110 044 человек). В структуре населения Красноярского края подростки составляют 3,0 процента.

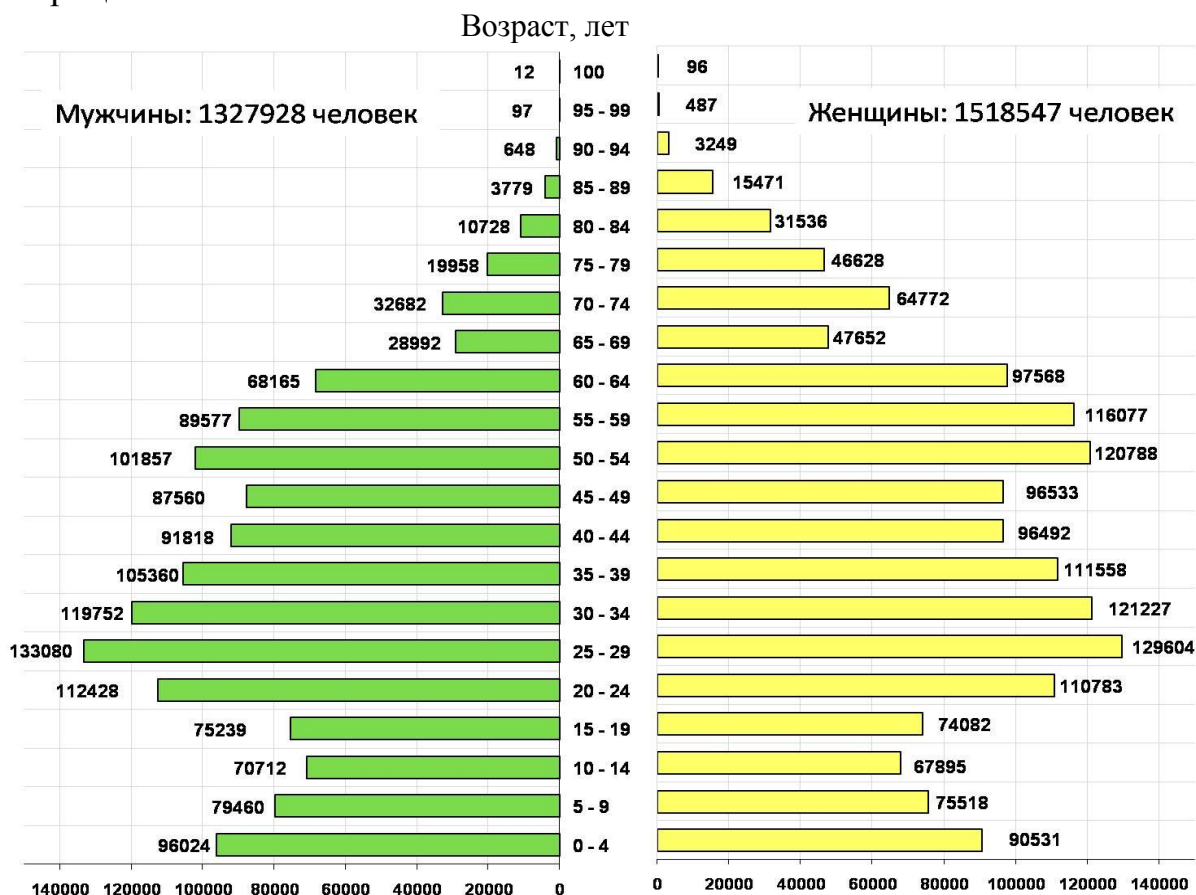


Рисунок 7 – Возрастно-половая структура населения Красноярского края на 1 января 2013 года

Половозрастная структура населения Красноярского края характеризуется небольшим преобладанием мужского населения в возрастной группе от рождения до 29 лет, с 30 лет ситуация изменяется в сторону преобладания женского населения. И чем старше, тем больше этот перевес становится. Таким образом, преобладание в 190,9 тыс. человек достигается в основном за счет превышения женщин 40-50 и более лет над мужчинами этих возрастов.

В целом доля мужчин в структуре населения Красноярского края составляет – 46,7 %, женщин – 53,3 процента. Такое неблагоприятное соотношение полов сложилось из-за высокой преждевременной смертности мужчин.

1.2. Рождаемость

В 2013 году показатель рождаемости в Красноярском крае составил – 14,4 на 1 000 человек населения. В крае родилось 41 106 детей (2012 год – 41 214 детей), общее число родившихся детей по отношению к 2012 году ниже на 0,3 процента.

За период с 2003 по 2013 годы в Красноярском крае произошел рост показателя на 29,7 %, с 11,1 до 14,4 на 1 000 человек населения.

В 2013 году среди всех субъектов Российской Федерации (далее – РФ) по общему коэффициенту рождаемости Красноярский край занимает 27 место. Если же рассматривать место края внутри Сибирского федерального округа (далее – СФО), то по общему коэффициенту рождаемости Красноярский край занимает 8 место.

Уровень рождаемости в различных территориальных образованиях Красноярского края существенно отличается. Сельские районы отличаются более высокими коэффициентами, так коэффициент рождаемости в сельской местности колеблется от 11,4 ‰ (Северо-Енисейский район) до 19,0 ‰ (Шарыповский район), в городах от 12,1 ‰ (г. Дивногорск) до 15,8 ‰ (г. Боготол).

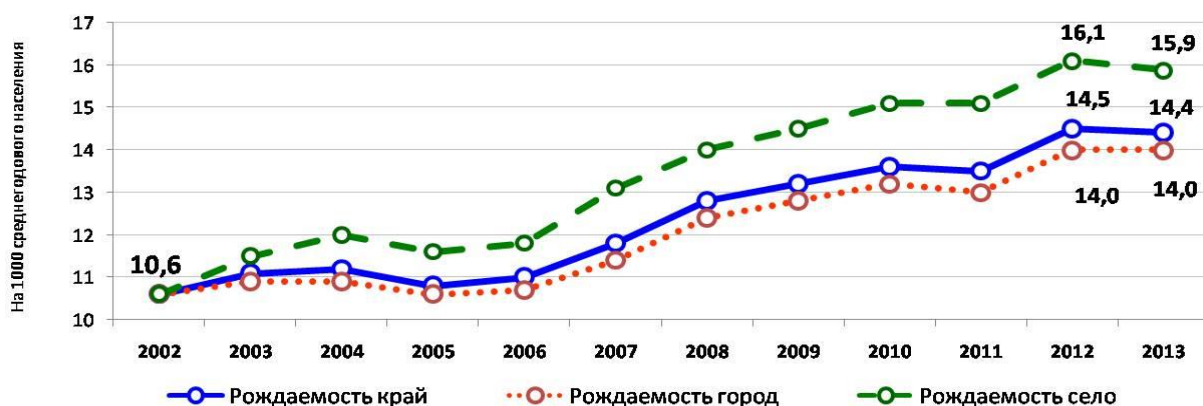


Рисунок 8 – Рождаемость в городской и сельской местности Красноярского края за 2002 - 2013 годы

Процесс рождаемости населения и воспроизводства популяции существенно зависит от численности женского населения репродуктивного возраста.

В последние годы в Красноярском крае сформировались негативные тенденции, связанные с изменением численности женского населения фертильного возраста.

За период 2009-2013 годы численность женского населения

Как обстоят дела в 2013 году:

Показатель рождаемости - **14,4** на 1 000 человек населения.
РФ – **13,3** на 1 000 человек населения;
СФО – **14,9** на 1 000 человек населения.



Численность женского населения фертильного возраста уменьшилась за 5 лет на 8,3 %, за последний год – на 1,4 процента.

фертильного возраста в Красноярском крае уменьшилась на 8,3 %, за последний год – на 1,4 процента. В 2013 году в фертильном возрасте (15-49 лет) пребывает – 48,7 % от числа женского населения и 26,0 % от всего населения.

Таблица 2 – Численность женщин фертильного возраста в Красноярском крае за 2009 – 2013 годы

Годы	Все население		Городское население		Сельское население	
	Человек (15-49)	доля (%) в общей численности женщин	Человек (15-49)	доля (%) в общей численности женщин	Человек (15-49)	доля (%) в общей численности женщин
2009	807 107	52,3	638 575	54,1	168 532	46,6
2010	796 560	51,6	632 880	53,3	163 680	45,7
2011	760 037	50,3	608 376	52,0	151 661	44,4
2012	750 663	49,5	603 032	51,4	147 631	43,2
2013	740 279	48,7	597 527	50,7	142 752	42,0

Тенденция увеличения рождаемости достаточно последовательно повторяют изменения в числе зарегистрированных браков.

В Красноярском крае число зарегистрированных браков за пятилетний промежуток увеличилось на 8,3 % и за 2013 год составило – 9,8 на 1 000 человек населения. При этом

на 20,7 % уменьшилось число разводов: за 2013 год число регистрируемых разводов составило – 4,7 на 1 000 человек населения. Следует отметить, что показатель разводимости снижается, в Красноярском крае в 2003 году на 1 000 браков приходилось 873 развода, в 2013 году – уже 481 развод.

Для обеспечения простого воспроизводства населения необходимо, чтобы в среднем у одной женщины в возрасте 15-49 лет рождалось не менее 2,15 детей (суммарный коэффициент рождаемости).



Рисунок 9 – Число браков и разводов, зарегистрированных в Красноярском крае на 1 000 человек населения и соотношение разводов и браков за 2003-2013 годы

1.3. Смертность

Важным индикатором состояния демографической ситуации являются показатели смертности.

В Красноярском крае в 2013 году умерло 36 162 человека (2012 год – 36 928 человек), смертность населения составила 12,7 случая на 1 000 человек населения, что на 2,3 % ниже уровня предыдущего года.

В 2013 году среди всех субъектов РФ по общему коэффициенту смертности Красноярский край занимает 29 место. Внутри СФО по общему коэффициенту смертности Красноярский край занимает 6 место.

Как обстоят дела в 2013 году:

*Показатель смертности – 12,7 на 1 000 человек населения;
РФ – 13,1 на 1 000 человек населения;
СФО – 13,3 на 1 000 человек населения.*

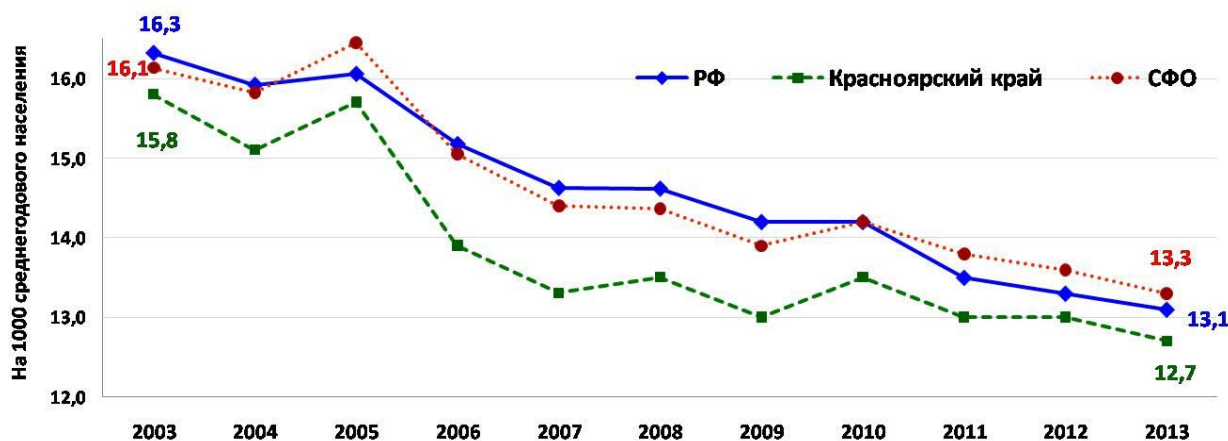


Рисунок 10 – Общая смертность по Красноярскому краю, РФ, СФО за 2003-2013 годы

Основной причиной смертности в Красноярском крае в 2013 году являются болезни системы кровообращения – 48,1 % умерших, новообразования – 17,9 % умерших и внешние причины – 13,0 % умерших.

В целом по Красноярскому краю на эти три основных класса причин смерти приходится 79 % смертей.

В Красноярском крае в 2013 году от болезней системы кровообращения умерло – 17 399 человек (2012 год – 17 466 человек), смертность населения составила 610,6 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 614,5 случая на 100 тыс. человек населения).

Среди болезней системы кровообращения выделяется ишемическая болезнь сердца, которая является причиной смерти более половины умерших от болезней системы кровообращения. В структуре смертности от болезней системы кровообращения наибольшие удельные веса имеют ишемическая болезнь сердца – 60,3 %, цереброваскулярные заболевания – 27,8 процента.

В 2013 году по отношению к 2012 году смертность от болезней системы кровообращения уменьшилась на 0,6 %, от цереброваскулярных болезней на 5,8 процента. Однако смертность от инфаркта миокарда в 2013 году по отношению к 2012 году увеличилась на 9,0 процентов.

Отсутствие значимой динамики смертности от инфаркта миокарда связано с низкой частотой проведения реваскуляризации, как фармакологической (тромболитическая терапия), так и катетерной (первичные чрескожные коронарные вмешательства).

Второе место по числу обусловленных ими смертей занимают новообразования. В 2013 году от новообразований умерло – 6 484 человека (2012 год – 6 316 человек), смертность населения составила – 227,5 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 222,2 случая на 100 тыс. человек населения), в том числе злокачественные новообразования – 223,5 случая на 100 тыс. человек населения.

В структуре смертности от злокачественных новообразований преобладает онкопатология пищеварительной системы – 35,0 %, органов дыхания – 22,9 % и женских половых органов – 6,9 процента.

В Красноярском крае смертность от злокачественных новообразований в 2013 году по отношению к 2012 году увеличилась на 2,4 процента.

В структуре смертности число умерших от злокачественных новообразований органов дыхания увеличилось на 4,9 процента. Вместе с тем, отмечается незначительное снижение числа умерших от злокачественных новообразований органов пищеварения на 0,7 процента.



Рисунок 11 – Структура общей смертности населения в Красноярском крае за 2012 - 2013 годы

Третье место среди причин смертности по Красноярскому краю занимают внешние причины.

В Красноярском крае в 2013 году от внешних причин умерло 4 684 человека (2012 год – 5 050 человек), смертность населения составила – 164,4 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 177,7 случая на 100 тыс. человек населения). В 2013 году по отношению к 2012 году смертность от внешних причин уменьшилась на 7,5 процента.

До 2008 года в Красноярском крае смертность от внешних причин выходила на второе место среди основных классов причин смерти.

В 2009 году она опустилась ниже уровня 1992 года (17,6 % против 15,4 % умерших), в 2013 году – до 13,0 процентов. Такая тенденция благоприятна, тем не менее, смертность от внешних причин в Красноярском крае пока еще остается слишком высокой.

В структуре смертности от внешних причин преобладают повреждения с неопределенными намерениями – 27,2 %, транспортные несчастные случаи – 14,3 %, самоубийства – 13,5 %, случайные отравления алкоголем – 11,1 %, убийства – 9,2 процента.

В 2013 году в структуре смертности населения от внешних причин по сравнению с 2012 годом произошли некоторые изменения. Количество самоубийств уменьшилось на 1,1 %, убийств на 8,3 процента. Число умерших от случайного отравления алкоголем уменьшилось на 23,3 %, от случайного утопления на 16,5 процента.

Пока еще остается высокой смертность от транспортных несчастных случаев. За 2013 год по отношению к 2012 году число умерших от транспортных несчастных случаев уменьшилось на 1,5 % (2013 год – 671 человек, 2012 год – 681 человек).

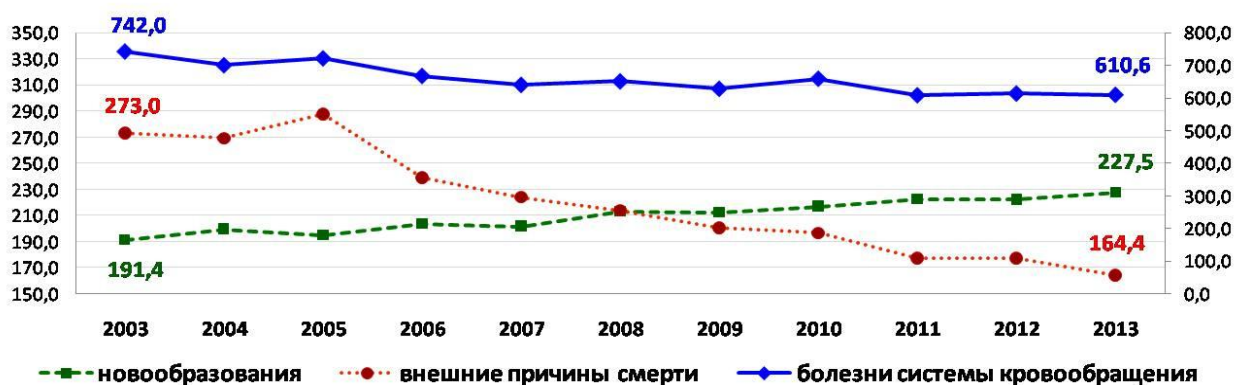


Рисунок 12 – Смертность от болезней системы кровообращения, новообразований и внешних причин в Красноярском крае за 2003 - 2013 годы (на 100 тыс. человек населения)

В 2013 году в Красноярском крае от болезней органов пищеварения умерло 1 974 человека, смертность населения составила 69,3 случая на 100 тыс. человек населения.

В структуре смертности от болезней органов пищеварения наибольшие удельные веса имеют болезни печени – 43,8 %, острый панкреатит и другие болезни поджелудочной железы – 15,6 %, язвенная болезнь (всех форм) – 11,8 процента.

В 2013 году по отношению к 2012 году смертность от болезней органов пищеварения снизилась на 4,5 процента.

В 2013 году в Красноярском крае от болезней органов дыхания умерло 1 981 человек, смертность населения составила 69,5 случая на 100 тыс. человек населения. Смертность населения от болезней органов дыхания в 2013 году в сравнении с 2012 годом увеличилась на 3,6 процента.

В смертности населения от болезней органов дыхания ведущую роль играют пневмонии. В структуре смертности пневмонии имеют – 73,3 %, хронические болезни нижних дыхательных путей – 22,2 процента.

Доля умерших от острых респираторных заболеваний и гриппа составляет – 0,4 % умерших от болезней органов дыхания.

Таблица 3 – Коэффициенты смертности населения по основным классам болезней и отдельным причинам в Красноярском крае за 2009-2013 годы (на 100 тыс. человек населения)

Причины смерти	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Всего, в т.ч.:	1328,6	1346,9	1304,3	1299,2	1269,0
болезни системы кровообращения, из них:	642,3	658,6	609,3	614,5	610,6
<i>ишемическая болезнь сердца</i>	339,0	372,9	351,0	341,1	368,4
<i>в том числе от инфаркта миокарда</i>	55,7	65,1	67,2	67,7	73,8
<i>цереброваскулярные болезни</i>	213,5	186,2	171,4	180,5	170,0
новообразования, из них:	216,7	216,7	222,6	222,2	227,5
<i>злокачественные</i>	214,2	213,7	219,8	219,1	223,5
внешние причины смерти, из них:	204,9	196,6	177,5	177,7	164,4
<i>все виды транспортных травм</i>	25,5	23,8	23,8	24,0	23,5
<i>самоубийства</i>	29,7	25,0	23,3	22,6	22,2
<i>убийства</i>	21,6	20,3	17,6	16,6	15,2
болезни органов дыхания	61,4	67,5	69,2	67,1	69,5
болезни органов пищеварения	71,2	76,7	75,1	72,6	69,3
болезни эндокринной системы	14,9	12,0	12,4	12,9	9,9
болезни мочеполовой системы	10,2	10,7	11,2	12,1	10,8
некоторые инфекционные и паразитарные болезни, из них:	30,9	31,3	32,3	30,0	32,5
<i>туберкулез</i>	23,1	21,5	20,0	18,5	19,2

В 2013 году в Красноярском крае смертность населения от инфекционных и паразитарных болезней составила 32,5 случая на 100 тыс. человек населения.

Особая роль принадлежит туберкулезу, на который приходится более половины умерших от этого класса причин – 59,0 процентов. Смертность населения от туберкулеза составила 19,2 случая на 100 тыс. человек населения, и в сравнении с 2012 годом увеличилась на 3,8 процента.

В начале 2000-х годов доля умерших от туберкулеза среди умерших в классе инфекционных и паразитарных болезней составляла – 89,5 %, но постепенно стала снижаться. Одновременно стала увеличиваться доля умерших от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), от 0 в 1995 году до 24,9 % в 2013 году среди умерших в этом классе.

Не все так просто!

Показатели смертности являются важнейшими медико-демографическими критериями, характеризующими состояние здоровья населения. На величину показателя смертности оказывает влияние множество природных и социальных факторов. При этом вклад природных факторов может изменяться под влиянием социальных условий жизни. Это, прежде всего, уровень и образ жизни населения, вредные привычки, качество медицинской помощи.

Справочно

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), уровень потребления спиртных напитков начинает представлять опасность для страны, если в год на душу населения потребляется более 8 литров алкоголя (в переводе на чистый спирт).

По официальным данным Роспотребнадзора, душевое потребление в РФ поднялось до 18 литров чистого алкоголя в год

(Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2010 году»).

Употребление населением суррогатной алкогольной продукции, поддерживает высокий уровень смертности от алкогольных отравлений и несовместимых с жизнью осложнений. За 2013 год зарегистрировано 802 случая смерти обусловленные алкоголем (2012 год – 1020 случаев смерти), и 152 случая смерти связанные с наркотическими средствами (2012 год – 229 случая смерти).

Показатель смертности населения в 2013 году от причин смерти, обусловленные

алкоголем, составил 28,1 случая на 100 тыс. человек населения.

Показатель смертности населения в 2013 году от причин смерти, связанных с наркотиками, составил 5,3 случая на 100 тыс. человек населения.

Значительные различия показателей и их динамики отмечаются при анализе смертности городского и сельского населения Красноярского края.

В 2013 году смертность городского населения по отношению к 2012 году снизилась на 2,5 % и составила 11,8 случая на 1 000 населения соответствующего пола и возраста. Смертность среди сельского населения снизилась на 1,9 %, и составила 15,6 случая на 1 000 населения соответствующего пола и возраста.

Как обстоят дела в 2013 году:

Показатель смертности городского населения – 11,8 на 1000 человек населения;

Показатель смертности сельского населения – 15,6 на 1000 человек населения.



Рисунок 13 – Динамика смертности городского и сельского населения в Красноярском крае за 2009-2013 годы (умерших на 1 000 человек населения)

За пятилетний период наблюдается снижение смертности городского населения на 3,3 %, среди сельского населения снижение смертности на 7,1 процента.

Основной причиной смертности городского населения в 2013 году являются болезни системы кровообращения – 47,9 % умерших, новообразования – 19,0 % и внешние причины – 12,2 процента.

В структуре смертности сельского населения на первом месте болезни системы кровообращения – 48,7 %, на втором месте новообразования – 15,3 %, внешние причины занимают третье место – 15,0 процентов.

Почему смертность сельского населения больше городского?

Причин много. Это личное хозяйство, которое нельзя надолго оставить без присмотра. Удаленность медицинских учреждений от села. Дороговизна транспортных услуг. Неправильное питание и алкоголизм. Низкое качество медицинских услуг. Большинство сельских жителей никогда не проходило нормального медицинского обследования и не может себе позволить полноценного лечения.

В настоящее время смертность мужчин в 1,2 раза превышает смертность женщин.

В 2013 году смертность мужского населения составила 14,6 умерших на 1 000 мужского населения. За пятилетний период смертность снизилась на 5,1 %, по отношению к 2012 году произошло снижение на 2,6 процента.

Смертность женского населения составила 11,1 умерших на 1 000 человек женского населения. За период с 2009 по 2013 годы смертность женского населения

Как обстоят дела в 2013 году:

Показатель смертности мужского населения – 14,6 на 1000 мужского населения;

Показатель смертности женского населения – 11,1 на 1000 женского населения.

снизилась на 3,5 %, по отношению к 2012 году произошло снижение смертности на 0,9 процента.

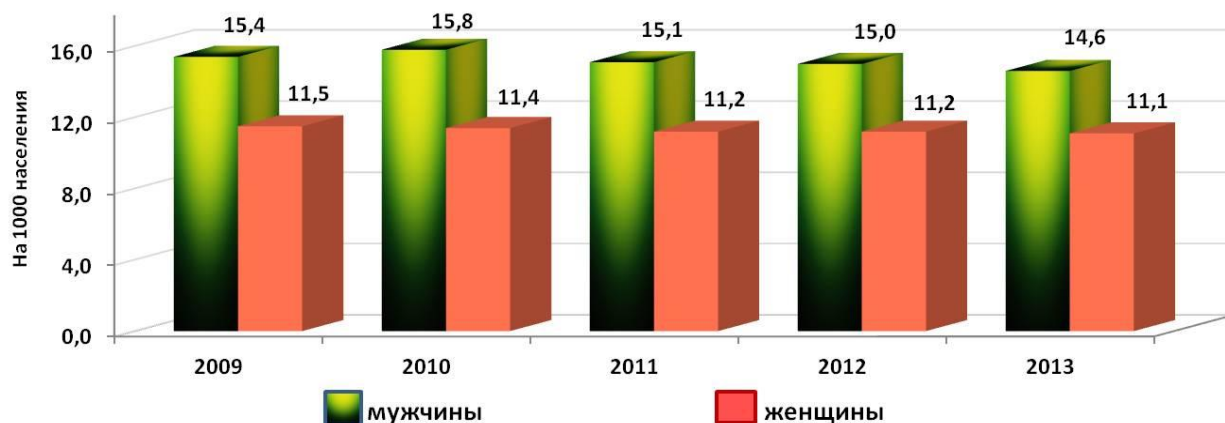


Рисунок 14 – Общие коэффициенты смертности мужчин и женщин в Красноярском крае за 2009-2013 годы (на 1000 человек населения соответствующего пола)

В структуре причин смертности мужского населения в 2013 году первое место занимают болезни системы кровообращения – 40,7 %, на втором – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов – 18,6 %, на третьем злокачественные новообразования – 18,3 процента.

В смертности женского населения больше половины смертей приходится на болезни системы кровообращения. В структуре смертности болезни системы кровообращения имеют – 56,6 %, на втором месте новообразования – 17,5 %, на внешние причины приходится – 6,5 процента.

Смертность от внешних причин у мужчин в 3,2 раза выше, чем у женщин. Почти каждый седьмой из умерших от несчастных случаев мужчин покончил жизнь самоубийством, каждый десятый был убит и каждый двенадцатый случайно отравился.



Вы это знаете?

В трудоспособном возрасте в Красноярском крае ежегодно умирает такое количество человек, которое сопоставимо с населением небольшого района (Бирилюсский, Казачинский район).

Одна из наиболее серьезных проблем – смертность мужчин и женщин в трудоспособном возрасте. Она оказывает самое неблагоприятное воздействие на формирование и состав трудовых ресурсов.

В 2013 году смертность населения в трудоспособном возрасте составила 6,3 случая на 1 000 трудоспособного населения, что на 1,8 % ниже уровня предыдущего года.

В 2013 году в трудоспособном возрасте (мужчины 16-59 лет, женщины 16-54 года) умерло 11,0 тыс. человек, а их доля в общем числе умерших

всех возрастов составила – 30,5 процента. Подавляющее большинство умерших в трудоспособном возрасте мужчины – 78,1 %.

Число умерших мужчин в трудоспособном возрасте в 3,5 раза превышает число умерших женщин данного возраста.



Рисунок 15 – Смертность в трудоспособном возрасте по Красноярскому краю за 2009-2013 годы (на 1000 человек населения соответствующего возраста)

За период с 2009 по 2013 годы в Красноярском крае смертность населения в трудоспособном возрасте снизилась на 7,8 процента.

В структуре смертности населения в трудоспособном возрасте в 2013 году на первом месте стоят внешние причины смерти – 31,8 %, на втором месте болезни системы кровообращения – 26,8 %, новообразования занимают третье место – 15,1 процента.

Высокий уровень смертности от травм и отравлений остается главным фактором потерь населения в трудоспособном возрасте.

В 2013 году смертность населения в трудоспособном возрасте от внешних причин смертности составила – 200,3 случая на 100 тыс. трудоспособного населения.

В структуре смертности населения трудоспособного возраста от внешних причин в 2013 году наибольшие удельные веса имеют повреждения с неопределенными намерениями – 25,6 %, самоубийства и убийства – 25,0 %, транспортные несчастные случаи – 15,6 %, случайные отравления алкоголем – 11,0 процентов.

В 2013 году по сравнению с 2012 годом смертность от всех видов транспортных несчастных случаев уменьшилась на 2,5 процента.

Показатель смертности в 2013 году от причин смерти, обусловленные алкоголем, составил 33,0 случая на 100 тыс. трудоспособного населения.

Показатель смертности населения



В 2013 году от случайного отравления алкоголем умерло 802 человека, из них в трудоспособном возрасте – 71,9 процентов.

в 2013 году от причин смерти, связанных с наркотиками, составил 8,7 случая на 100 тыс. трудоспособного населения.

Таблица 4 – Коэффициенты смертности трудоспособного населения по основным классам болезней и отдельным причинам в Красноярском крае за 2009-2013 годы (на 100 тыс. человек населения)

Причины смерти	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Всего, в т.ч.:	683,8	699,6	668,0	642,4	630,6
болезни системы кровообращения, из них:	169,2	190,6	170,5	161,5	168,9
<i>ишемическая болезнь сердца</i>	106,8	123,8	109,9	105,5	112,4
<i>в том числе от инфаркта миокарда</i>	21,9	25,3	24,4	24,1	24,1
<i>цереброваскулярные болезни</i>	36,9	41,7	35,4	33,0	34,8
новообразования, из них:	95,5	95,3	94,3	89,9	94,9
<i>злокачественные</i>	94,1	93,8	92,6	89,0	93,5
внешние причины смерти, из них:	245,1	231,7	208,5	211,8	200,3
<i>все виды транспортных травм</i>	33,3	30,8	30,2	32,1	31,3
<i>самоубийства</i>	35,8	30,9	27,9	28,4	28,7
<i>убийства</i>	29,4	27,6	23,6	22,8	21,4
болезни органов дыхания	32,9	33,8	35,1	30,6	29,6
болезни органов пищеварения	49,5	53,3	51,0	51,0	44,8
некоторые инфекционные и паразитарные болезни, из них:	36,9	37,9	40,8	37,7	40,0
<i>туберкулез</i>	28,8	26,2	24,0	23,0	22,8

В 2013 году смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения составила – 168,9 случая на 100 тыс. трудоспособного населения.

В 2013 году по отношению к 2012 году смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения увеличилась на 4,6 %, в том числе смертность от цереброваскулярной болезни на 5,5 %, от ишемической болезни сердца на 6,5 процента.

В 2013 году смертность населения трудоспособного возраста от новообразований составила – 94,9 случая на 100 тыс. трудоспособного населения.

В структуре смертности от злокачественных новообразований в 2013 году наибольшие удельные веса имеют онкопатология пищеварительной системы – 28,9 %, органов дыхания – 27,4 % и злокачественные новообразования женских половых органов – 8,6 процента.

В 2013 году по сравнению с 2012 годом произошло увеличение смертности населения трудоспособного возраста от злокачественных новообразований на 5,6 процента.

1.4. Материнская смертность

Показатель материнской смертности в Красноярском крае имеет нестабильный характер. В 2013 году он составил – 12,2 случая на 100 тыс. детей родившихся живыми.

За 12 месяцев 2013 года зарегистрировано 5 случаев материнской смерти в муниципальных образованиях: г. Красноярск, г. Назарово, Минусинский, Емельяновский и Иланский районы.

Таблица 5 – Материнская смертность в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Годы	умерло всего	в том числе:				показатель на 100000 родившихся живыми		
		в стационаре		вне стационара		Красноярский край	РФ	СФО
	абс. число	абс. число	%	абс. число	%			
2009	8	7	87,5	1	12,5	20,9	22,0	29,6
2010	8	7	87,5	1	12,5	20,7	16,5	18,4
2011	10	8	80	2	20	26,2	16,2	17,3
2012	3	3	100	-	-	7,3	11,5	12,8
2013	5	4	80	1	20	12,2	12,5	н/д

Рост показателя материнской смертности в 2013 году по отношению к 2012 году (на 65,7 %) произошел за счет женщин из группы социального риска, не состоящих на диспансерном учете по беременности, ведущих асоциальный образ жизни, скрывших факт беременности и обратившихся за медицинской помощью уже при развитии смертельных осложнений. В 60 % случаи материнской смерти произошли от непредотвратимых причин.

Случаи материнской смертности зафиксированы в многопрофильном стационаре клинического уровня КГБУЗ «Краевая клиническая больница» – 1 случай и многопрофильном специализированном стационаре клинического уровня КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1» – 1 случай, а также в учреждениях родовспоможения 2 группы – 2 случая.

Один случай материнской смертности произошел вне стационара по причине септического осложнения после внебольничного инфицированного выкидыша. Женщина из группы социального риска, скрывавшая факт беременности, не состояла на диспансерном учете по беременности и не обращалась за медицинской помощью, находилась в критическом состоянии при развитии смертельных осложнений.

В структуре причин материнской смертности соматические заболевания составляют 40 % (2 случая). Причинами материнских смертей послужили: генерализованная форма туберкулеза с поражением легких по типу казеозной пневмонии, туберкулеза лимфатических узлов средостения, печени, почек и клещевой энцефалит с тяжелым прогрессирующим течением.

Таблица 6 – Причины материнской смертности в Красноярском крае за 2009-2013 годы (с учетом умерших вне стационара)

Причины смертности	2009	2010	2011	2012	2013
	год	год	год	год	год
Умерло всего, абс. число	8	8	10	3	5
Внематочная беременность (%)	-	-	-	-	-
Аборты (%)	-	-	20,0	-	-
Кровотечения при беременности, в родах и послеродовом периоде (%)	-	-	10,0	33,3	-
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (%)	-	-	-	-	-
Сепсис во время и после родов (%)	-	25,0	20,0	-	20,0
Разрыв матки (%)	-	-	10,0	-	-
Непрямые акушерские причины (экстрагенитальные заболевания) (%)	62,5	25,0	40,0	33,3	40,0
Другие осложнения беременности и родов (%)	37,5	37,5	-	-	-
из них: осложнения анестезии (%)	-	-	-	-	20,0
акушерская эмболия (%)	12,5	37,5	-	33,3	20,0
анафилактический шок (%)	12,5	-	-	-	-

Причинами других материнских смертей послужили: акушерская эмболия околоплодными водами – 1 случай (20 %), осложнения анестезии – 1 случай (20 %).

1.5. Перинатальная смертность

Показатель перинатальной смертности в Красноярском крае в 2013 году составил – 9,6 умерших на 1 000 родившихся живыми и мертвыми.

Таблица 7 – Перинатальная смертность по Красноярскому краю за 2009-2013 годы

Годы	Умершие в перинатальный период			Коэффициент перинатальной смертности (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)		
	Всего	Мертворожденные	Умершие от 0-6 дн.	Всего	Мертворожденные	Умершие от 0-6 дн.
2009	343	187	156	9,0	4,9	4,1
2010	336	219	117	8,7	5,7	3,0
2011	283	189	94	7,4	4,9	2,4
2012	442	299	143	10,7	7,2	3,4
2013	396	270	126	9,6	6,5	3,1

В 2013 году показатель перинатальной смертности в Красноярском крае снизился по отношению к 2012 году на 10,4 % за счет снижения показателя ранней неонатальной смертности на 11,8 % и мертворождаемости на 9,7 процента.

В 2013 году доля мертворождаемости в общем числе случаев перинатальной смерти составила 68,2 % и по отношению к 2012 году уменьшилась на 9,7 % (2012 год – 67,6 %). Доля ранней неонатальной смертности в общем числе случаев перинатальной смертности составила

32,4 процента и по отношению к 2012 году уменьшилась на 11,9 % (2012 год – 32,4 %).

В Красноярском крае в 2013 году:

среди рожденных детей с экстремально низкой массой тела перинатальная смертность составила – 2,9 на 1 000 родившихся живыми и мертвыми, мертворождаемость – 1,8 на 1 000 родившихся живыми и мертвыми, ранняя неонатальная смертность – 1,0 на 1 000 родившихся живыми;

доля случаев перинатальной смертности в учреждениях 1 группы составила 27,2 % (2012 год – 24,8 %); 2 группы – 49,2 % (2012 год – 51,7 %); 3 группы – 23,6 % (2012 год – 23,4 %);

доля случаев мертворождаемости в учреждениях 1 группы составила 16,6 % (2012 год – 15,6 %); 2 группы – 33,9 % (2012 год – 41,1 %); 3 группы – 17,1 % (2012 год – 11,3 %);

доля случаев ранней неонатальной смертности в учреждениях 1 группы составила 10,6 % (2012 год – 9,2 %); 2 группы – 15,3 % (2012 год – 10,6 %); 3 группы – 6,5 % (2012 год – 12,2 %).

В 2013 году по отношению к 2012 году отмечаются следующие изменения:

доля мертворождаемости при доношенной беременности уменьшилась на 6,2 % и составила 27,2 % (71 человек). В 2012 году – 33,4 % (99 человек);

доля антенатальной смерти ребенка при доношенной беременности уменьшилась на 3,9 % и составила 28 % (58 человек). В 2012 году 31,9 % (78 человек);

доля интранатальной смерти ребенка при доношенной беременности уменьшилась на 21 % и составила 19,4 % (13 человек). В 2012 году 40,4 % (21 человек).

1.6. Младенческая смертность, детская смертность

Показатель младенческой смертности в 2013 году составил 8,2 умерших до 1 года на 1 000 родившихся живыми. По отношению к 2012 году произошло снижение на 15,5 процента.

Как обстоят дела в 2013 году:

Младенческая смертность – 8,2‰.



Рисунок 16 – Младенческая смертность по Красноярскому краю и РФ за 2001-2013 годы

За период с 2009 по 2013 годы младенческая смертность в городе уменьшилась на 18,3 процента. В сельской местности младенческая смертность уменьшилась на 22,9 процента.

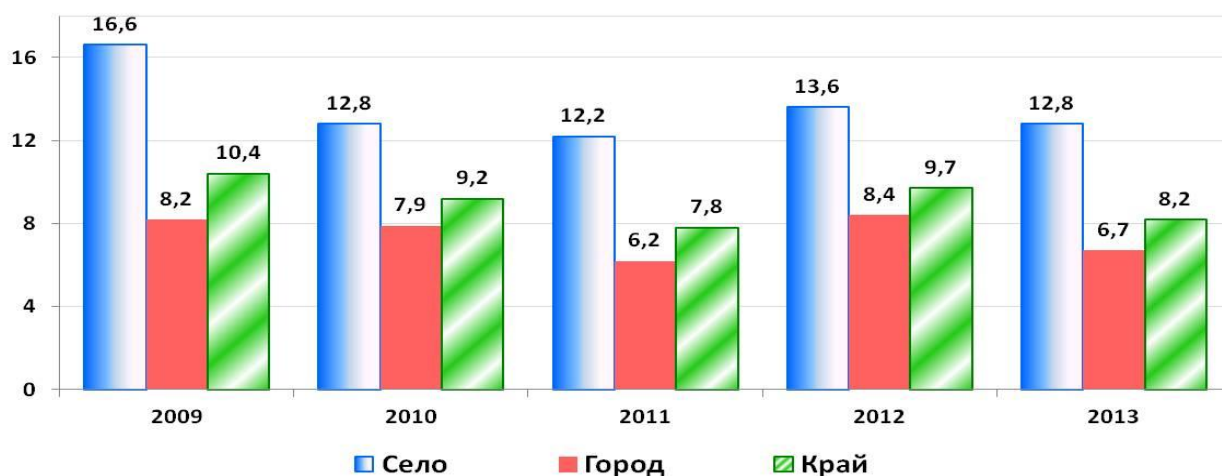


Рисунок 17 – Младенческая смертность в Красноярском крае за 2009-2013 годы (на 1000 родившихся живыми)

В 2013 году по отношению к 2012 году в возрастной структуре младенческой смертности отмечается снижение ранней неонатальной на 11,9 %, постнеонатальной смертности на 10,6 процента.

Таблица 8 – Возрастная структура младенческой смертности по Красноярскому краю за 2009-2013 годы

Показатель	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Младенческая смертность	10,4	9,2	7,8	9,7	8,2
Ранняя неонатальная	4,1	3,0	2,4	3,4	3,1
Неонатальная смертность	5,5	4,5	4,3	5,7	4,7
Постнеонатальная смертность	4,8	4,6	3,5	3,9	3,5
Количество умерших	396	353	299	397	339

Младенческая смертность в Красноярском крае имеет устойчивую структуру, которая не отличается от Российской Федерации и Сибирского федерального округа.

В структуре младенческой смертности в 2013 году первое место принадлежит отдельным состояниям, возникающим в перинатальный период – 53,7 % (2012 год – 55,2 %), на втором месте врожденные аномалии – 18,0 % (2012 год – 14,4 %), на третьем месте находятся внешние причины смерти (травмы и отравления) – 10,0 % (2012 год – 12,8 %).

В структуре отдельных состояний перинатального периода основное место занимают респираторные нарушения – 37,9 %, сепсис новорожденного – 20,9 %, геморрагические нарушения плода и новорожденного – 9,3 %, другие перинатальные состояния составляют – 18,7 процента.

Таблица 9 – Динамика причин младенческой смертности в Красноярском крае за 2009 - 2013 годы (на 10 тыс. родившихся живыми)

Показатель	Единица измерения	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Все причины	на 10 тыс. %	104,4 100,0	91,8 100,0	78,4 100,0	97,3 100,0	81,9 100,0
Инфекционные болезни	на 10 тыс. %	6,3 6,1	6,8 7,4	2,1 2,7	2,9 3,0	3,4 4,1
Болезни органов дыхания	на 10 тыс. %	6,3 6,1	9,4 10,2	6,3 8,0	6,1 6,3	3,4 4,1
Врожденные аномалии	на 10 тыс. %	21,1 20,2	17,2 18,7	14,4 18,4	14,0 14,4	14,8 18,0
Состояния перинатального периода	на 10 тыс. %	48,2 46,0	36,5 39,7	36,0 46,2	53,7 55,2	44,3 53,7
Травмы и отравления	на 10 тыс. %	12,7 12,1	13,5 14,7	9,7 12,4	12,5 12,8	8,3 10,0

В 2013 году среди всех возрастных периодов по отношению к 2012 году отмечается рост смертности детей в возрасте 10 – 14 лет на 32,5 процента. Показатель смертности в данной возрастной группе составил – 46,9 случая на 100 тыс. человек соответствующего возраста.

Таблица 10 – Возрастная структура детской смертности по Красноярскому краю за 2009-2013 годы

Показатель		2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Младенческая смертность	абс.	396	353	299	397	339
	‰	10,4	9,2	7,8	9,7	8,2
Смертность детей 1 - 4 лет	абс.	76	66	84	93	91
	‰	59,2	49,7	63,2	66,1	62,4
Смертность детей 5 - 9 лет	абс.	52	55	39	52	41
	‰	39,6	36,9	26,1	34,2	26,5
Смертность детей 10 - 14 лет	абс.	55	56	50	48	65
	‰	37,9	41,1	35,6	35,4	46,9
Смертность детей 15 - 19 лет	абс.	252	141	163	167	152
	‰	124,3	81,4	87,6	103,9	101,8

В причинной структуре смертности детей возрастной группы 10 – 14 лет наибольшие удельные веса имеют смертность от внешних причин (травм и отравлений) – 66,2 %, смертность от болезней нервной системы – 10,8 %, смертность от новообразований – 6,2 процента.

В структуре смертности от внешних причин выделяются повреждения с неопределенными намерениями – 15 случаев (34,9 %), случайные утопления – 8 случаев (18,6 %), дорожно-транспортные происшествия – 7 случаев (16,3 %).

Выводы:

В целом по большинству показателей развития отрасли здравоохранения достигнуты положительные результаты. Несмотря на сокращение числа женщин активного репродуктивного возраста удалось сохранить позитивные демографические тренды.

В 2013 году продолжались благоприятные сдвиги в уровне рождаемости. За период с 2002 по 2013 годы в Красноярском крае произошел рост показателя рождаемости с 10,6 до 14,4 случаев на 1 000 человек населения, отмечается положительное значение естественного прироста населения, которое составило +1,7.

За 2013 год общая смертность населения составила 12,7 случая на 1 000 человек населения, что на 2,3 % ниже уровня предыдущего года.

Структура смертности населения в последние годы не претерпела существенных изменений. Ведущими причинами смертности населения Красноярского края по-прежнему являются болезни системы кровообращения – 48,1 % умерших, новообразования 17,9 % умерших и внешние причины – 13,0 % умерших.

Красноярский край по-прежнему несет большие потери за счет наиболее экономически активной части населения (среди умерших 30,5 % составляют лица трудоспособного возраста, из них мужчины составляют 78,1 %). Остается высокая смертность лиц трудоспособного возраста от насильственных и неестественных причин.

Сохранению смертности на высоком уровне способствуют несвоевременное обращение за медицинской помощью; условия низкого качества жизни, хронического стресса, медленно меняющегося в положительную сторону состояния социальной сферы; недостаточное внимание к воспитанию здорового образа жизни и медицинской активности населения; недостаточное внимание к повышению качества обслуживания больных в лечебных учреждениях на уровне первичного звена; постоянно возрастающая стоимость медикаментов.

Главным и обязательным условием для снижения смертности населения является улучшение социально-экономического положения населения Красноярского края.

Мероприятия по улучшению демографической ситуации будут продолжены, в 2014 году акцент в первую очередь будет сделан на снижение преждевременной смертности от предотвратимых причин, особенно в трудоспособном возрасте.

Необходимо обратить особое внимание на эффективность экспертного анализа смертности на уровне всех звеньев первичного звена, с разбором каждого случая смерти от предотвратимых причин, с выявлением факторов и условий, приведших к смерти, включая дефекты медицинского обслуживания.

Необходимо продолжить работу по повышению доступности и качества медицинской помощи населению, по созданию условий и формированию

мотивации для ведения здорового образа жизни населения, при этом уделять особое внимание профилактической работе с алкогольной и наркотической зависимостью населения Красноярского края, в т.ч. молодежи и лиц трудоспособного возраста, особенно в сельских районах.

Совершенствование системы ранней диагностики рака, в том числе в условии первичного звена здравоохранения и развитии профилактического направления в онкологии.

Совершенствование медицинской помощи на всех этапах ее оказания, решение вопросов безопасности дорожного движения, снижение травматизма, в том числе на производстве.

Для дальнейшей стабилизации и содействию снижению смертности населения необходимо обеспечить выполнение приоритетных задач, как на региональном, так и на муниципальном уровнях:

обеспечить доступность для всех слоев населения высококвалифицированной и эффективной медицинской помощи, как специализированной, так и общего профиля;

обеспечить широкое внедрение современных технологий медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, новообразованиями, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях;

продолжить модернизацию ресурсной базы краевых и муниципальных учреждений здравоохранения межрайонного уровня;

повысить информированность населения о необходимости наблюдения, заботы за своим здоровьем.

МАТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО



*Не знаю ничего красивей
Достойной матери счастливой
С ребенком малым на руках.*

Тарас Шевченко

2. Охрана материнства и детства

Ресурсы акушерско-гинекологической службы

Медицинская помощь женщинам Красноярского края в период беременности, родов и послеродовом периоде и с гинекологическими заболеваниями осуществляется в 60 учреждениях: 7 самостоятельных родильных домах, 53 федеральных и муниципальных учреждениях здравоохранения, имеющих в своем составе 49 родильных отделений.

Для оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам на амбулаторном этапе организована сеть учреждений первичного звена: 15 женских консультаций в составе семи самостоятельных родильных домов, 123 акушерско-гинекологических кабинета, 86 смотровых кабинетов в составе поликлиник, 872 фельдшерско-акушерских пункта (далее – ФАП).

Для оказания стационарной помощи в Красноярском крае развернуто 783 койки для беременных и рожениц и 628 коек патологии беременности, 1 309 коек для гинекологических больных.

Развернуто 163 койки реанимации и интенсивной терапии для новорожденных: в учреждениях родовспоможения – 130 коек, в том числе в перинатальном центре КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница» – 24 койки, а также в детских больницах – 33 койки.

Развернуто 342 койки патологии новорожденных и недоношенных детей: в перинатальном центре КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница» – 50 коек, в детских больницах – 292 койки.

Количество учреждений здравоохранения первой группы для оказания стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде – 43 (71,6 %), второй группы – 16 (26,6 %).

Учреждением третьей группы службы родовспоможения является перинатальный центр в составе многопрофильного стационара клинического уровня КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница» (далее – перинатальный центр).

С целью обеспечения этапности оказания медицинской помощи беременным и роженицам средней группы риска в Красноярском крае функционируют 6 межрайонных центров в городах: Красноярск, Ачинск, Канск, Минусинск, Лесосибирск и Норильск.

С введением в эксплуатацию перинатального центра завершена организация трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам и их новорожденным детям, что позволило сформировать потоки пациентов в зависимости от степени риска их состояния.

В родовспомогательных учреждениях первой группы в 2013 году число родов уменьшилось по отношению к 2012 году на 9,4 % (в 2012 году – 6 583 родов; в 2013 году – 5 956 родов) и составило 15,2 % от общего количества родов.

В родовспомогательных учреждениях второй группы число родов в 2013 году увеличилось по отношению к 2012 году на 13,2 % (в 2012 году –

29 666 родов; в 2013 году – 30 240 родов) и составило 77,0 % от общего количества родов.

В межрайонных центрах в 2013 году число родов увеличилось на 1,8 % по отношению к 2012 году (2012 год – 27 404 родов; 2013 год – 27 863 родов) и составило 71,0 % от общего количества родов.

В учреждении третьей группы (перинатальный центр) в 2013 году произошло 3 047 родов (7,8 % от общего количества родов), в 2012 году – 3 104 родов (7,9 % от общего количества родов).

Реанимационная помощь женщинам и детям оказывается анестезиолого - реанимационными акушерскими и неонатальными выездными бригадами, специалистами дистанционного консультативного центра, организованного на базе перинатального центра. Радиус обслуживания – от 10 км до 2 000 км (санавиация – от 250 км до 2 000 км; автомобильным транспортом – от 10 км до 250 км). Женщин, нуждающихся в госпитализации в учреждение III уровня, транспортируют санавиацией в 70% случаев, автомобильным транспортом – 30% процентов.

В 2013 году в Красноярском крае проведено 4°267 консультаций женщинам и 2°446 консультаций детям, находящимся на интенсивном лечении в муниципальных учреждениях здравоохранения.

На аппаратной вентиляции легких в лечебные учреждения города Красноярска транспортировано 221 женщины и 325 детей.

В межрайонных центрах (в городах: Канск, Ачинск, Минусинск, Лесосибирск, Норильск) организованы дистанционные консультативные центры с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими и неонатальными бригадами, которые обеспечены реанимобилем для транспортировки женщин в период беременности и родов и новорожденных. В случае необходимости транспортировки женщин или новорожденных из медицинских учреждений с удаленностью свыше 250 километров эвакуация производится силами санитарной авиации.

Справочно

Профили родовспоможения:

- КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница» **перинатальный центр;**

- МБУЗ «Городская клиническая больница №20 им. И.С. Берзона», в составе которой функционирует городская кардиологический центр - заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной системы и крови;

- МБУЗ «Родильный дом № 2» – для лечения невынашивания беременности и родоразрешения женщин с преждевременными родами;

- МБУЗ «Родильный дом № 5» – для женщин с резус-конфликтной беременностью и заболеваниями нервной системы;

- МБУЗ «Родильный дом № 1» – для женщин с гестозами и рубцами на матке;

- МБУЗ «Родильный дом № 4» – для женщин с патологией дыхательной системы.

Для работы с женщинами группы социального риска во всех учреждениях здравоохранения Красноярского края организованы и функционируют 73 кабинета медико-социальной помощи. В 2013 году в консультативной поликлинике перинатального центра организован «Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации», целью создания которого является организация и координация работы кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций.

Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

В 2013 году охват беременных женщин ранним наблюдением (до 12 недель) составил – 80,0% (2012 год – 81,6%).

В межрайонных кабинетах пренатальной диагностики беременным женщинам, проживающим на территории медицинского округа, в срок от 11 до 14 недель проводится экспертный пренатальный ультразвуковой скрининг и забор материала для биохимического скрининга в 1 триместре беременности. Беременным женщинам, вставшим на учет в женской консультации после 14 недель беременности, ультразвуковое исследование и забор крови на биохимический скрининг проводится по месту жительства.

Доставка материала для биохимического скрининга производится централизованно 1 раз в 3 дня в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики». В случае подозрения на наличие врожденной патологии или наследственного заболевания беременные женщины направляются в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» на проведение инвазивных методов диагностики.

В 2013 году охват беременных женщин биохимическим скринингом составил – 87,4 % (в 2012 году – 88,3 %), ультразвуковым обследованием – 96,3 %, из них трехкратным ультразвуковым скринингом – 77,1 % (в 2012 году – 77,2 %).

В женских консультациях и кабинетах врачей акушеров-гинекологов формируются потоки беременных женщин на госпитализацию в случае отягощенной беременности и родоразрешения (низкая, средняя и высокая группа риска).

В Красноярском крае организовано дистанционное наблюдение беременных женщин группы высокого риска на базе консультативной поликлиники перинатального центра и беременных женщин группы среднего риска в межрайонных центрах по программе «Пренатальный мониторинг». Данный мониторинг введен с целью соблюдения этапности оказания медицинской помощи беременным женщинам. В 2013 году по программе «Пренатальный мониторинг» состояло на учете 7 500 беременных женщин группы высокого риска и 6 225 женщин группы среднего риска.

Таблица 11 – Коечный фонд акушерско-гинекологического профиля в Красноярском крае за 2009 – 2013 годы

Коечный фонд	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Акушерские и гинекологические койки, всего	3087	3115	2786	2770	2720
в том числе: для беременных и рожениц	853	880	826	804	783
для патологии беременности	680	687	611	637	628
для производства абортов	127	130	121	-	-
для гинекологических больных	1427	1418	1228	1329	1309
Удельный вес коек патологии беременности в общем числе акушерских коек (%)	44,4	43,8	42,5	44,2	44,5
Койки дневного стационара	460	487	556	566	532
в том числе: при больничных учреждениях	199	238	310	307	255
при поликлиниках	261	249	246	259	277
Удельный вес коек дневного стационара в общем числе акушерских и гинекологических коек (%)	13,0	15,6	16,6	16,9	19,6

В течение последних лет на территории Красноярского края проводятся мероприятия по оптимизации сети учреждений здравоохранения, переводу оказания медицинской помощи со стационарной на амбулаторно-поликлиническую, развитию стационарозамещающих технологий.

В целом за последние 5 лет имеет место изменение числа и структуры акушерско-гинекологических коек. Общее число этих коек уменьшилось на 11,9% процента. Изменилась структура коечного фонда.

В 2013 году обеспеченность койками составила:

для беременных и рожениц – 10,6 на 10 тыс. населения;

патологии беременности – 8,5 на 10 тыс. населения;

для гинекологических больных – 8,6 на 10 тыс. населения.

Количество коек реанимации новорожденных в родовспомогательных учреждениях и детских больницах достигло нормативного уровня (4 койки на 1 000 родов).

Отмечается дефицит коек патологии новорожденных, что не позволяет обеспечить проведение ранних реабилитационных мероприятий новорожденным с проблемами в состоянии здоровья. В настоящее время функционируют 342 койки патологии новорожденных, обеспеченность ими составляет 8,3 на 1 000 родов и не соответствует требуемому нормативу – не менее 12 коек на 1 000 родов.

Средняя занятость в году койки для беременных и рожениц уменьшилась и составила в 2013 году 265,5 дня (в РФ в 2012 году – 276 дней). Средняя длительность пребывания на койке для беременных и рожениц составила в 2013 году 6,5 дня (в РФ в 2012 году – 6,4 дня).

Средняя занятость в году койки патологии беременности уменьшилась на 11,4 % и составила в 2013 году 277,8 дня (в РФ в 2012 году – 311 дней). Средняя длительность пребывания на койке патологии беременности составила в 2013 году 8,2 дня (в РФ в 2012 году – 9,2 дня).

Средняя занятость гинекологической койки в 2013 году составила 270,7 дня (в РФ в 2012 году – 322 дня). Средняя длительность пребывания на гинекологической койке составила в 2013 году 5,6 дня (в РФ в 2012 году – 6,9 дня).

В 2013 году в учреждениях (подразделениях) родовспоможения занятость койки составила:

в отделении для беременных и рожениц – 265,5 дня: в учреждениях 1 группы – 181,5 дня; 2 группы – 279,0 дня; 3 группы – 322,0 дня;

в отделении патологии беременности – 277,8 дня: в учреждениях 1 группы – 290,0 дня; 2 группы – 265,0 дня; 3 группы – 333,8 дня.

Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами остается на низком уровне, что ведет к снижению качества и доступности медицинской помощи женскому населению.

В 2013 году обеспеченность врачами акушерами-гинекологами составила 4,8 на 10 тыс. женского населения. Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами в сельской местности (1,2 – 3,6 на 10 тыс. женского населения) значительно ниже показателя в городской местности (6,0 – 6,6 на 10 тыс. женского населения). Обеспеченность акушерками в учреждениях родовспоможения составила в 2013 году 7,5 на 10 тыс. женского населения.

В 2013 году имели категорию 67,2 % врачей акушеров-гинекологов. Удельный вес врачей акушеров-гинекологов, имеющих высшую категорию, составляет 57,1 %, первую категорию – 29,3 %, вторую категорию – 13,6 % от числа всех врачей, имеющих категорию.

Заболеваемость женского населения

За последние 5 лет уровень гинекологической заболеваемости на 100 тыс. женского населения увеличился: эндометриоз – на 20,8 %, расстройства менструации – на 32,3 %, бесплодие – на 67,8 процента.

Таблица 12 – Гинекологическая заболеваемость в Красноярском крае за 2009 – 2013 годы (на 100 тыс. соответствующего возраста)

Заболеваемость	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Сальпингит и оофорит	1391,5	1226,1	1508,7	1564,4	1375,4
Эндометриоз	410,8	373,5	471,3	511,6	496,3
Расстройства менструации	1114,3	1198,1	2033,8	2520,7	2257,8
Женское бесплодие	549,2	550,4	690,6	741,4	921,6
Беременность, роды и послеродовой период	8183,7	8382,4	7803,7	9248,1	9544,8

В структуре гинекологической заболеваемости у детей и подростков ведущее место занимают расстройства менструации. На рост показателя заболеваемости расстройствами менструации у детей в возрасте 10–14 лет и подростков 15–17 лет существенное влияние оказывают соматические заболевания.

Одним из резервов сохранения уровня рождаемости является увеличение объемов медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

Высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «акушерство и гинекология», в том числе при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий – экстракорпоральное оплодотворение (далее – ЭКО) – осуществляется за счет квот федерального бюджета в федеральных государственных учреждениях РФ в городах: Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург и Томск.

За период с 2009 года по 2013 год высокотехнологичную медицинскую помощь по акушерству и гинекологии получила 321 пациентка.

В федеральных государственных учреждениях высокотехнологичная медицинская помощь при лечении бесплодия с применением экстракорпорального оплодотворения оказана 226 женщинам (в 2009 году – 22 человека; в 2010 году – 26 человек; в 2011 году – 61 человек; в 2012 году – 79 человек; в 2013 году – 38 человек). Среди 38 пациентов, пролеченных в федеральных государственных учреждениях в 2013 году за счет квот федерального бюджета по профилю «акушерство и гинекология/ЭКО», беременность наступила в 26,3 % случаев (10 человек).

По иным видам высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» медицинская помощь оказана 95 женщинам (в 2009 году – 13 человек; в 2010 году – 18 человек; в 2011 году – 14 человек; в 2012 году – 25 человек; в 2013 году – 25 человек).

С 2013 года лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий по программе ЭКО оказывается в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае в двух негосударственных медицинских организациях города Красноярска.

На базе перинатального центра формируется база данных пациентов с бесплодием, и организовывается мониторинг по лечению пациентов с бесплодием. На этапе женских консультаций и кабинетов врачей акушеров-

Справочно

Высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «акушерство и гинекология» в федеральных государственных учреждениях Российской Федерации:

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» (г. Москва);

ГОУ ВПО «Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова» (г. Москва);

ФГУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» (г. Москва);

ФГУ «Эндокринологический научный центр» (г. Москва);

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» (г. Екатеринбург);

ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр» (г. Новосибирск).

гинекологов формируются потоки женщин с бесплодием для направления на обследование и лечение в межрайонных центрах и перинатальном центре.

Что необходимо сделать!

Мероприятия по охране и восстановлению репродуктивного здоровья женского населения, в т.ч. подростков:

Организовать во всех женских консультациях (поликлиниках) специализированный приём для подростков;

Увеличить объемы медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

Состояние здоровья беременных

Продолжает ухудшаться состояние здоровья беременных женщин, что является следствием низкого уровня общесоматического здоровья женщин.

Таблица 13 – Динамика здоровья беременных женщин в Красноярском крае за 2009-2013 годы (% к числу закончивших беременность)

Заболеваемость	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Анемия	26,3	26,5	25,3	27,0	27,0
Болезни мочеполовой системы	13,2	12,5	12,2	11,9	11,3
Болезни системы кровообращения	9,4	9,2	8,3	10,6	9,6
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства,	13,6	13,7	11,9	11,7	11,3
в том числе преэклампсия и эклампсия	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1

За период с 2009 года по 2013 год число беременных женщин, страдающих заболеваниями системы кровообращения, увеличилось на 2,1 %, число беременных женщин, страдающих анемией на 2,6 процента.

Таблица 14 – Исходы беременности в Красноярском крае (из числа состоящих на диспансерном учете) за 2009-2013 годы

Исходы беременности	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Закончили беременность родами всего:	35051	35902	35790	38207	37900
в том числе: родами в срок, %	89,6	89,5	89,0	89,3	89,6
преждевременными родами, %	4,5	4,6	4,9	5,6	5,2
абортами, %	6,0	5,9	6,4	5,4	5,2
в том числе: в сроке 22-27 недель, %,	0,9	1,0	0,9	0,4	0,3

За период с 2009 года по 2013 год удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в ранние сроки (до 12 недель), увеличился на 5,4%, составил в 2013 году – 83,0% (2012 год – 81,6%).

Доля преждевременных родов из числа женщин, закончивших беременность, в Красноярском крае в 2013 году составила 5,2 процента.

Рост показателя преждевременных родов произошел за счет учета с 2012 года родов с 22 недель беременности.

Таблица 15 – Частота нормальных (без патологии) родов в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Частота родов	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Число родов всего (включая родивших вне родильного отделения)	35 286	36 448	36 409	39 353	39 243
Принято родов в стационаре	35 085	36 255	36 234	39 134	38 996
Число родивших вне родильного отделения	201	193	217	219	247
Число нормальных родов, принятых в стационаре (абсолютное число)	12 569	12 316	11 741	13 247	12 581
Доля нормальных родов (% от общего числа родов)	35,8	34,0	32,4	33,9	32,1

Что необходимо сделать!

С целью снижения показателя преждевременных родов необходимо:

- обеспечить раннее выявление и лечение гинекологических и соматических заболеваний женского населения;
- организовать специализированный прием для подростков в женской консультации;
- осуществлять предгравидарную подготовку женщинам, планирующим беременность;
- организовать специализированные кабинеты по невынашиванию в женских консультациях межрайонных центров;
- выделять среди беременных женщин группы риска по невынашиванию;
- внедрять современные технологии диагностики и лечения при оказании медицинской помощи женщинам группы риска по невынашиванию;
- обеспечить современными тестами прогнозирования преждевременных родов (партус-тест) и несвоевременного излития околоплодных вод (амни-тест);
- соблюдать этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов с учетом группы пренатального риска;

За период с 2009 года по 2013 год заболеваемость, осложнившая течение родов и послеродового периода (на 1 000 родов), увеличилась по следующим классам болезней: болезни системы кровообращения на 15,4 %, анемия на 17,4 процента.

В 2013 году по отношению к 2009 году заболеваемость мочеполовой системы, осложнившая течение родов и послеродового периода, уменьшилась на 17,5 процента.



В акушерских стационарах края только каждые третьи роды являются нормальными, что связано с высокой заболеваемостью беременных женщин.

В 2013 году по отношению к 2009 году отеки, протеинурия, гипертензионные расстройства, осложнившие течение родов и послеродового периода, уменьшились на 19,3 процента.

Таблица 16 – Динамика заболеваемости, осложнившая течение родов и послеродового периода в Красноярском крае за 2009-2013 годы (на 1 000 родов)

Заболеваемость	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Анемии	223,3	204,7	225,1	262,5	262,1
Болезни системы кровообращения	71,3	68,6	68,9	83,9	82,3
Болезни мочеполовой системы	90,8	88,1	78,1	73,6	74,9
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	176,5	169,3	147,2	153,8	142,5
в том числе: преэклампсия и эклампсия	3,4	3,9	3,0	3,0	5,2

За период 2009–2013 годов уменьшилось число следующих осложнений при родах: кровотечения в последовом и послеродовом периоде на 26,9 %, кровотечения в последовом и послеродовом периоде на 26,1 %, нарушения родовой деятельности на 21,6 процента.

Таблица 17 – Осложнения при родах в Красноярском крае за 2009-2013 годы (на 1 000 родов).

Осложнения	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Кровотечения в связи с отслойкой плаценты	7,4	7,5	6,7	6,2	8,7
Кровотечения в связи с предлежанием плаценты	2,6	1,7	1,7	1,2	1,9
Аномалии родовой деятельности	161,5	163,4	132,4	142,2	126,6
Разрывы матки	0,11	0,08	0,11	0,2	0,2
Сепсис, в том числе:	0,6	0,49	0,25	0,4	0,7
перитонит после операции кесарево сечение (на 1000 оперированных)	-	0,7	0,14	0,33	0,08

За период с 2009 года по 2013 год число кровотечений в связи с отслойкой плаценты увеличилось на 17,5 %, число кровотечений в связи с нарушением свертываемости крови увеличилось на 0,5 %, число родов, осложненных патологией пуповины увеличилось на 25,5 процента.

Число разрывов матки при родах увеличилось в 2 раза.

В системе организации оказания медицинской помощи в родах важное место занимают оперативные технологии. В Красноярском крае частота оперативного родоразрешения ежегодно растет, в 2013 году она составила 46,1 случая на 1 000 родов, из них 95,6 % составляет кесарево сечение.

С целью снижения числа перитонитов после операции кесарево сечение необходимо:

осуществлять профилактику гнойно-септических осложнений после абдоминального родоразрешения, включающую до-, интра- и послеоперационные мероприятия;

применять медицинские технологии при оказании медицинской помощи женщинам в период родов: не допускать необоснованные внутренние исследования, выжидательную тактику при затяжном течении родов;

своевременно решать вопрос об абдоминальном родоразрешении;

адекватно восполнять кровопотерю в период родов и во время операции;

использовать рациональные методы операции и техники наложения швов на матку,

использовать современный шовный материал;

проводить интраоперационную антибиотикопрофилактику;

своевременно решать вопрос о переводе в многопрофильный стационар клинического уровня при возникших гнойно-септических осложнениях.

За период 2009-2013 годы число оперативного родоразрешения путем операции кесарево сечение увеличилось на 41,3 процента и составило в 2013 году 315,3 на 1 000 родов.

Таблица 18 – Объемы и структура оперативных вмешательств в акушерских стационарах Красноярского края за 2009-2013 годы (на 1000 родов)

Оперативные вмешательства	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Принято родов, абс. число	35085	36255	36409	39353	39243
с наложением щипцов	1,6	0,3	0,03	0,1	0,1
с использованием вакуум-экстракции	2,2	5,6	6,5	8,1	13,1
кесарево сечение	249,6	253,9	272,9	290,6	315,3
плодоразрушающие операции	0,03	0,03	0,08	-	0,02
Всего проведено операций (без прочих)	254,8	259,8	280,5	301,0	46,1
Экстирпация матки в родах и после них	1,4	2,5	2,3	2,2	1,4

Позитивным моментом является увеличение доли операций кесарева сечения, проведенных в плановом порядке, до 58 процентов. В 42 % случаев абдоминальное родоразрешение проведено по экстренным показаниям. В 82 % случаев операция кесарево сечение проводится с искусственной вентиляцией легких (далее – ИВЛ), в 18 % случаев под эпидуральной анестезией.

В учреждениях здравоохранения службы родовспоможения Красноярского края стали шире применять в родах вакуум-экстрактор. За период с 2009 года по 2013 год удельный вес родов с применением вакуум-экстракции возрос в 5,9 раза. Рост показателя связан с более широким применением вакуум-экстракторов нового образца, что приводит к снижению родовых травм новорожденных при родах с аномалиями родовой деятельности.

В 2013 году число плодоразрушающих операций уменьшилось по отношению к 2009 году на 33,3 % и составило 0,02 случая на 1 000 родов.

В структуре причин расширения объема оперативного вмешательства до экстирпации матки в родах и после них основными являются следующие:

кровотечения в родах и после родов (38,0 %),

миомы матки с множественными узлами и нарушением питания узлов (6,8 %),

гнойно-септические заболевания после родов.

С целью снижения числа экстирпаций матки в родах и после родов необходимо:

неукоснительно соблюдать протоколы оказания медицинской помощи при акушерских кровотечениях, гнойно-септических заболеваниях и гестозах;

соблюдать этапность и последовательность мероприятий по остановке кровотечения;

шире применять проведение интраоперационной антибиотикотерапии;

в случае возникновения воспалительных заболеваний после родов и оперативного родоразрешения пациентов **своевременно** (на 3-4-е сутки) госпитализировать в многопрофильный стационар клинического уровня.

Скрининг новорожденных

По программе профилактики врожденных пороков развития (далее – ВПР) и наследственных заболеваний (далее – НЗ) на территории Красноярского края проводится работа по следующим направлениям:

В 2013 году охват скринингом новорожденных составил 99,6 процентов

Пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребёнка;

Массовое обследование новорожденных на пять наследственных заболеваний: фенилкетонурия (далее – ФКУ), врожденный гипотиреоз (далее – ВГ), муковисцидоз (далее – МВ), адреногенитальный синдром (далее – АГС) и галактоземия (далее – ГАЛ);

Медико-генетическое консультирование;

Подтверждающая диагностика;

Диспансеризация семей с наследственной патологией;

Периконцепционная профилактика;

Мониторинг врожденных пороков развития у детей и плодов.

Неонатальный скрининг

В 2013 году массовое обследование новорожденных проводилось в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на пять наследственных заболеваний: ФКУ, ВГ, МВ, АГС и ГАЛ. Для проведения обследования новорожденных на территорию Красноярского края поступили тест-системы, приобретенные за счет средств федерального бюджета на общую сумму 7 043,2 тыс. рублей. Дополнительно за счет средств

краевого бюджета в пределах выделенных ассигнований приобретены тест-системы на сумму 3 232,4 тыс. рублей. В 2013 году за счет средств федерального бюджета приобретен анализатор флуориметрический «АвтоДельфия» на сумму 4 500,0 тыс. рублей.

В 2013 году всего обследовано 40 901 новорожденных Красноярского края, охват скринингом новорожденных составил 99,6 процента. Выявлено 10 новорожденных с ВГ, 7 с ФКУ, 10 с АГС, 7 с МВ, 1 с ГАЛ.

В 2013 году частота наследственных заболеваний по Красноярскому краю составила: ФКУ – 1: 6 500 – 7 500; ВГ – 1:3 500 – 4 000; МВ – 1: 5 500 – 6 000; АГС – 1: 7 000 – 7 500; ГАЛ – 1:20 000 – 25 000.

Всем новорожденным, вошедшим в группу риска, проведена подтверждающая диагностика (молекулярно-генетические исследования и электролиты пота на приборе «НАНОДАКТ» – при подозрении на МВ, определение активности фермента ГАЛТ – при подозрении на ГАЛ, определение сывороточного 17-ОНР и молекулярно-генетические исследования – при подозрении на АГС, молекулярно-генетические исследования – при подозрении на ФКУ, определение сывороточных тиреоидных гормонов – при подозрении на врожденный ВГ).

В 2013 году для детей, больных ФКУ, за счет средств краевого бюджета приобретено лечебное питание на сумму 3 300,5 тыс. рублей.

По состоянию на 01.01.2014 на диспансерном учете в КГБУЗ «Красноярский краевой медико-генетический центр» состояли: больные с врожденным ВГ – 133 ребенка; больные с ФКУ – 83 ребенка; больные с МВ – 33 ребенка; больные с АГС – 39 детей; больные с ГАЛ – 6 детей.

Пренатальная диагностика

В 2013 году с целью обеспечения проведения мероприятий, направленных на выявление нарушений развития ребенка:

1. Предоставлены субсидии из федерального бюджета на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка (федеральный бюджет – 13 401,6 тыс. рублей; краевого бюджет – 3 782,5 тыс. рублей). На средства федерального и краевого бюджета для КГБУЗ «Красноярский краевой медико-генетический центр» приобретено оборудование (система ультразвуковая диагностическая медицинская Voluson E6 с принадлежностями), реагенты и расходные материалы.

2. Функционируют центры телемедицинского консультирования и кабинеты по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка в межрайонных центрах с возможностью телемедицинских консультаций в режиме on-line с КГБУЗ «Красноярский краевой медико-генетический центр».

3. В 2012–2013 годах организовано 8 межмуниципальных кабинетов пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка

в территориях с удаленностью от краевого и межрайонного центра, с трудной транспортной доступностью. В 2013 году в 15 учреждений здравоохранения Красноярского края поставлены аппараты ультразвуковой диагностики с высокой разрешающей способностью.

Проводимые мероприятия позволили приблизить специализированную медицинскую помощь к месту проживания беременных женщин и обеспечить охват пренатальной (дородовой) диагностикой нарушений развития ребенка в 1 триместре беременности (от числа вставших на учет по беременности до 12 недель) в 2013 году в 83 % случаев.

В 2013 году по биохимическому скринингу на хромосомные заболевания и врожденные пороки развития плода обследовано 35 851 беременная женщина (из них в 1 триместре беременности – 29 252 женщины), что составило 87,4 % от вставших на учет по беременности. В 2013 году охват биохимическим скринингом составил 87,4 % (в 2012 году – 88,3 %).

В 2013 году женщинам во время беременности проведено 169 168 ультразвуковых исследований (в 2012 году – 167 061 исследование).

Кратность ультразвуковых исследований по Красноярскому краю в среднем составила 4,6 раза за период беременности (в 2012 году – 4,0 раза). Охват ультразвуковым исследованием беременных женщин в 2013 году составил 96,3 % и увеличился по отношению к 2012 году на 1,9 % (в 2012 году – 94,4 %). При этом охват трехкратным ультразвуковым скринингом в 2013 году составил 77,1 % (в 2012 году – 77,2 %).

Количество врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений плода, не выявленных во время беременности, составило в 2013 году 9,9 % (в 2012 году – 10,5 %).

В 2013 году проведено 314 диагностических инвазивных процедур (аспирация ворсин хориона, плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез) с целью выявления хромосомных заболеваний плода, что составило 0,8 % от числа беременных женщин, состоящих на учете. При этом выявлено 73 случая хромосомной патологии плода (синдром Дауна – 34 случая; синдром Патау – 8 случаев; синдром Эдвардса – 10 случаев; другая хромосомная патология плода – 21 случай). Процент выявления

Справочно

Пренатальная диагностика проводится с целью выявления плодов с врожденными пороками развития и хромосомными аномалиями и предупреждения рождения больных детей:

УЗИ исследование беременных женщин в скрининговые сроки 11-13, 20-22, 32 недель;

биохимическое исследование крови беременных на сывороточные маркеры (1 триместр - РАРР, бета-ХГЧ; 2 триместр - АФП/ХГЧ, НЭ) с 11 по 13 неделю беременности и с 15 по 20 неделю беременности соответственно - медико-генетическое консультирование беременных женщин из группы высокого риска по генетическим заболеваниям;

инвазивная диагностика хромосомных болезней плода (кордоцентез, плацентоцентез, аспирация ворсин хориона).

хромосомной патологии плода составил в 2013 году 23,2 % (в 2012 году – 24,7 %).

При проведении пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в 2013 году выявлено 909 плодов с пороками развития и хромосомными заболеваниями (в 2012 году – 856 плодов), при этом первично диагностированы в КГБУЗ «Красноярский краевой медико-генетический центр» 389 плодов с врожденной патологией развития ребенка, подтверждена патология у 189 детей (в 2012 году у 413 детей).

По заключению Пренатального консилиума в 279 случаях (30,6 %) беременности прерваны по показаниям со стороны плода при наличии грубых врожденных пороков развития (в 2012 году прервано 288 беременностей – 33,6 %). Во всех случаях прерывания беременности проведена патологоанатомическая верификация генетического диагноза.

Пролонгировано 630 беременностей – 69,4 % (в 2012 году – 568 беременностей – 66,4 %) с диагностированными пренатально ВПР плода, из них в 81 случае (12,8 %) диагноз снят при дообследовании новорожденного. Среди снятых после рождения ВПР – мелкие дефекты интракардиальных перегородок, умеренный гидронефроз, аномальная установка стоп, частичная агенезия червя мозжечка.

В 2013 году в 99,3 % случаев пороки развития плодов выявлялись и прерывались до 22 недель беременности (в 2012 году – 97,6 %).

В структуре пренатально выявленной патологии плода наибольший процент занимают врожденные пороки сердца – 36,7 %, второе место – врожденные аномалии мочевыделительной системы – 14,4 %, третье место – пороки центральной нервной системы – 13,2 %, четвертое место – хромосомные аномалии – 8,0 процентов.

Мониторинг врожденных пороков развития у детей:

По мониторингу врожденных пороков развития у детей до года (далее – ВПР) работают все учреждения здравоохранения Красноярского края.

По данным мониторинга за 12 месяцев 2013 года зарегистрировано 1 476 ВПР у детей, родившихся на территории Красноярского края (в 2012 году – 1 464 ВПР), из которых 291 порок строгого учета (в 2012 году – 324 ВПР).

Частота ВПР по Красноярскому краю в 2013 году составила 3,6 % (в 2012 году – 3,5 %).

Таблица 19 – Частота врожденных пороков развития на территории Красноярского края за 2009-2013 годы

Показатель	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Родилось всего (абс. числа)	38425	38783	38545	41393	41525
Число родившихся с врожденной патологией, (абс. число)	1264	1198	1202	1464	1476
Частота ВПР (%)	3,29	3,08	3,11	3,5	3,56
Из них ВПР строгого учета (абс. число)	288	316	305	324	291
Частота ВПР строгого учета (%)	0,7	0,8	0,7	0,8	0,7

В 2013 году зарегистрированные врожденные пороки развития (1 476 случаев) по структуре распределились следующим образом:

I место – врожденные пороки развития сердечно-сосудистой системы – 628 случаев (42,5 %);

II место – врожденные пороки развития мочеполовой системы – 358 случаев (24,3 %);

III место – врожденные пороки развития костно-мышечной системы – 224 случая (15,2 %).

Всего из 1 476 случаев рождения детей с ВПР подлежало пренатальной диагностике 348 ВПР (в 2012 году – 330 случаев). Пренатальная диагностика была затруднена или невозможна в 1 128 случаях (в 2012 году – 1 134 случая).


В 31 случае пренатальная диагностика не проводилась у женщин, не состоявших на диспансерном учете по беременности в женской консультации (в 2012 году – 40 случаев).

В 2013 году, по данным мониторинга ВПР, в 54 случаях ВПР явились непосредственной причиной смерти детей в возрасте до одного года. Смерть наступила от врожденных пороков сердца и других аномалий органов кровообращения в 44,4 % (24 случая); от ВПР центральной нервной системы – в 12,9 % (7 случаев); от хромосомных аномалий – в 3,7 % (2 случая). Другие врожденные аномалии составили 39 % (21 случай).

Уровень аборт в крае и их профилактика

Проводимая в Красноярском крае работа по профилактике абортов обеспечила стойкую тенденцию к снижению абсолютного их числа во всех возрастных группах.

За период с 2009 по 2013 годы абсолютное число абортов уменьшилось на 5 347, по отношению к 2012 году – на 912.

 За 5 лет число абортов снизилось на **9,7 %**.

В 2013 году показатель абортов на 1 000 женщин фертильного возраста (15–49 лет) по отношению к 2012 году снизился на 2,2 процента. Соотношение числа родов и абортов изменяется в сторону снижения числа абортов. В 2011 году число родов превысило число абортов на 10 837, в 2012 году – на 14 149, в 2013 году – на 15 211.

Таблица 20 – Динамика абортов в Красноярском крае за 2009-2013 годы.

Показатель	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Число родов	37 880	38 129	37 932	40 951	41 101
Общее число абортов (включая мини аборты)	31 237	30 161	27 095	26 802	25 890
Число абортов (на 1000 женщин фертильного возраста)	38,7	37,9	35,6	35,2	34,9
Показатель (включая мини аборты) (на 100 родившихся живыми и мертвыми)	87,6	81,9	73,7	67,3	65,3
Число мини абортов (абс. число)	8 123	6 441	5 066	4 682	5 917
Удельный вес мини абортов в общем числе абортов (%)	26,0	21,4	18,7	17,5	22,9

В 2013 году в Красноярском крае на 100 родившихся живыми и мертвыми производилось 65,3 абортов.

В 38 муниципальных учреждениях здравоохранения края организован специализированный прием для подростков в женской консультации. Проводится работа по организации телефонов доверия в муниципальных учреждениях здравоохранения края. В настоящее время работает 20 телефонов доверия.

В 2013 году на территории Красноярского края осуществляло свою деятельность 73 кабинета медико-социальной помощи с наличием в штате специалистов по социальной работе (60 человек), психологов (63 человека). В 2013 году осуществлено консультаций в кабинетах медико-социальной помощи: психологами – 22 792, специалистами по социальной работе – 21 422, юристами – 1 357.

В 2013 году специалистами кабинетов медико-социальной помощи в женских консультациях (при акушерско-гинекологических кабинетах поликлиник) осуществлено 25 991 консультаций, из них: женщинам фертильного возраста – 13 672 человек, беременным женщинам – 12 316 человек.

Проведено 730 консультации подросткам, что составило 3,0 % от общего числа женщин, проконсультированных в кабинете медико-социальной помощи.

Выявлено 764 семьи, находящихся в социально опасном положении, что составило 3,0 % от общего числа женщин, проконсультированных в кабинетах медико-социальной помощи. Прошли индивидуальную программу реабилитации 394 пациентки (51,5 %).

Доабортное консультирование проведено 13 392 женщинам, из них от прерывания беременности отказались 10 % (1 114 пациенток).

Возрастная структура абортов в течение последних лет стала заметно меняться. За период 2009-2013 годы на 48,5 % уменьшилось количество абортов в возрастной группе 15-19 лет и составило в 2013 году – 5,3 % от общего количества абортов. Прослеживается тенденция к уменьшению количества абортов в активном репродуктивном возрасте 20-24 года. В 2013 году показатель в группе 20-24 года составил 20,7 % от общего количества абортов. Максимум абортов впервые за 5 лет переместился в возрастную группу 25-34 года, в 2013 году составил 52,4 процента.

Таблица 21 – Аборты по возрастному составу женского населения в Красноярском крае за 2009 – 2013 годы

Год	Всего	До 14 лет включ.	15-19 лет	20-24 лет	25-29 лет	30-34 лет	35-39 лет	40-44 лет	45-49 лет	50 лет и старше
2009	31 237	22	3 196	8 832	8 843	6 574	3 959	1 357	182	3
2010	30 161	22	2 666	8 289	8 374	6 521	3 886	1 346	129	4
2011	27 095	21	2 371	7 721	8 287	6 319	3 999	1 332	106	4
2012	26 802	20	1 468	6 223	7 397	6 136	3 979	1 481	92	6
2013	25 890	17	1 372	5 352	7 291	6 266	4 088	1 403	99	2

В структуре аборт в 2013 году основную долю составляют легальные медицинские аборты – 68,7 процента.

Ежегодно снижается число аборт у первобеременных женщин. В 2013 году к уровню 2009 года их число уменьшилось на 37,8 % (2009 год – 2 878 аборт; 2013 год – 1 794 аборт).

В 2013 году в 49,1 % случаев прерывания беременности по медицинским показаниям производилось в связи с выявленными врожденными пороками (аномалиями) развития плода.

В 2013 году по отношению к 2009 году число самопроизвольных аборт увеличилось на 63,7 процента. В общем числе аборт всех возрастов доля самопроизвольных аборт в 2013 году составила 23,2 процента.

Число криминальных аборт с 2009 года по 2013 год уменьшилось на 61,5 %, их доля в общем числе аборт в 2013 году составила 0,02 процента.

Профилактика нежелательной беременности

Действенной мерой профилактики аборт является использование современных методов контрацепции. Наиболее распространенным методом учтенной контрацепции является внутриматочная контрацепция. В 2013 году внутриматочной контрацепцией пользовались 12,6 % женщин фертильного возраста.

Таблица 22 – Профилактика аборт в Красноярском крае на основе современных методов контрацепции за 2009-2013 годы

Показатель	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Число женщин фертильного возраста	801 187	796 560	761 779	760 037	740 279
Введено ВМС в амбулаторных и стационарных условиях	7 349	10 634	6 533	9 089	6 713
Число женщин применяющих ВМС	107 662	106 486	98 039	97 018	93 401
Использование ВМС (на 100 женщин фертильного возраста)	13,3	13,4	12,9	12,7	12,6
Число женщин фертильного возраста использующих гормональные средства	137 749	141 129	136 275	132 982	129 570
Использование гормональных средств (на 100 женщин фертильного возраста)	17,1	17,7	17,9	17,5	17,5
Всего женщин использующих эти методы контрацепции	245 418	247 615	234 314	230 000	222 971

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ от матери к плоду

Проблема распространения ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности и родов остается актуальной. Среди ВИЧ-инфицированных, выявленных в 2009–2013 годах, доля женщин репродуктивного возраста составляет 94,1 процента.

В 2013 году медицинский аборт произведен 146 ВИЧ-инфицированным женщинам.

В 2013 году по отношению к 2009 году число родов у ВИЧ-инфицированных женщин увеличилось на 76,5 % и составило 360 родов (в 2012 году – 267 родов).

Отмечается рост информированности ВИЧ-позитивных женщин о возможностях антиретровирусной терапии, значительно снижающей риск инфицирования ребенка. В 2013 году 71,1 % беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин закончились родами.

Особое внимание уделяется проведению перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции, которая снижает вероятность инфицирования ребенка с 60 % до 3–5 процентов.

В 2013 году из числа родивших ВИЧ-позитивный статус до беременности был известен у 60 % женщин (в 2012 году – 80 %). Во время беременности ВИЧ-инфекция выявлена в 2013 году в 35 % случаев.

В 2013 году не наблюдались по беременности в женских консультациях 17,5 % ВИЧ-инфицированных женщин (в 2011 году – 19,3 %, в 2012 году – 7,3 %), из них у 52 % женщин ВИЧ-инфекция выявлена во время родов, что не позволило провести полную трехкомпонентную профилактику вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.

Из числа родивших ВИЧ-инфицированных матерей в 2013 году 1,9 % (7 человек) отказались от своего новорожденного ребенка (в 2012 году – 1,5 %, или 4 человека).

В 2013 году не проведена вертикальная профилактика беременным женщинам во время беременности и родов в 9 случаях, что составило 2,5 %, соответственно вертикальной профилактикой охвачено 97,5 % женщин. Профилактика новорожденным проведена в 98,4 % случаев.

Охват трехэтапной химиопрофилактикой передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку за последние 5 лет увеличился на 5,8 процента.

В 2013 году антиретровирусная терапия проведена ВИЧ-инфицированным беременным женщинам в 100 % случаев (в 2012 году – 91,2 %).

В Красноярском крае организована комплексная система оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям. Для оказания стационарной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам в крае развернуто 1 046 коек по профилю «инфекционные болезни».

В 2013 году учреждения здравоохранения Красноярского края обеспечивались тест-системами и препаратами для проведения профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

1. Обеспеченность тест-системами.

За счет бюджетных ассигнований федерального и краевого бюджетов обеспеченность экспресс-тестами для своевременной диагностики ВИЧ-инфекции у рожениц в родильных домах (при поступлении беременной женщины для родоразрешения с неизвестным ВИЧ-статусом) составила 72 процента. На выделенные из федерального бюджета субсидии закуплены экспресс-тесты на сумму 335,2 тыс. рублей на 3 300 определений, на средства

краевого бюджета в сумме 209,5 тыс. рублей закуплены экспресс-тесты на 1 900 определений.

Недостающая потребность обеспечена остатками диагностических средств 2012 года и закупкой за счет средств муниципальных бюджетов и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края.

2. Обеспеченность антиретровирусными препаратами за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета для проведения вертикальной профилактики ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Красноярском крае в 2013 году составила 100 процентов.

В 2013 году закупка антиретровирусных препаратов осуществлялась министерством здравоохранения Красноярского края за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в размере 350 344 тыс. рублей, выделенных в рамках трансферта. Закупка диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, осуществлялась за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и краевого бюджетов (субсидий), что составило 60 % от потребности.

Реализация национального проекта «Здоровье» по направлению «родовые сертификаты»

В Красноярском крае в национальном проекте «Здоровье» по направлению «родовые сертификаты» участвуют 88 учреждений здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности «акушерство и гинекология» и «педиатрия».

Красноярскому краю за счет средств федерального бюджета в 2013 году на оплату медицинской помощи в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни было предусмотрено финансирование на общую сумму 409,24 млн рублей.

В 2013 году службой детства и родовспоможения в целом получено 387,8 млн рублей: женскими консультациями по талону № 1 (35 858 штук) – 107,6 млн рублей; родильными домами (отделениям) по талону № 2 (38 546 штук) – 231,3 млн рублей; детскими поликлиниками по талону № 3 – 48,9 млн рублей.

Итоги реализации направления «родовые сертификаты» в 2013 году:

талон № 1 (число женщин, которым оказана амбулаторно-поликлиническая помощь в период беременности) – 32 858 человек;

талон № 2 (число женщин, которым оказана стационарная помощь в период родов и в послеродовой период) – 33 358 человек;

талон № 3 (число детей первого года жизни, прошедших диспансерное наблюдение) – 30 857 человек.

Выполнение плановых показателей составило: по талону № 1 – 109,1 %, по талону № 2 – 115,6 процента.

Число родов в 2013 году составило 41 101, что на 0,4 % больше по отношению к 2012 году (в 2012 году – 40 951 роды).

В 2013 году учреждения службы родовспоможения приобрели оборудование на сумму 39,7 млн рублей, лекарственные препараты на сумму 41,6 млн рублей, изделия медицинского назначения на сумму 13,9 млн рублей, мягкий инвентарь на сумму 1,5 млн рублей. Беременные женщины в женских консультациях обеспечены лекарственными средствами на сумму 23,8 млн рублей, в родильных домах (отделениях) дополнительным питанием на сумму 9,1 млн рублей.

В 2013 году улучшены качественные показатели службы родовспоможения по отношению к 2012 году:

показатель материнской смертности составил 12,2 случая на 100 тыс. родившихся живыми;

удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в ранние сроки (до 12 недель), увеличился на 1,4 % (в 2012 году – 81,6 %; в 2013 году – 83,0 %);

показатель распространенности абортос уменьшился на 1,9 % (в 2012 году – 35,0 на 1000 женщин фертильного возраста);

число родов превысило число абортос на 15 211 (число родов – 41 101; число абортос – 25 890);

охват пренатальной (дородовой) диагностикой нарушения развития ребенка в 1 триместре беременности составил 83 % от числа вставших на учет по беременности до 12 недель (в 2012 году – 83 %).

Здоровье детей



Дети — это наше будущее, и обеспечение их здорового роста и развития должно быть важнейшей задачей всех сообществ.

3. Состояние здоровья детей

Заболеваемость детей

Показатель общей заболеваемости детей по отношению к 2009 году снизился на 5,6 % (с 2 318,5 до 2 189,4 на 1 000 детей). Отмечается существенное снижение темпа прироста заболеваемости.

Структура заболеваемости не изменилась. Ведущие места в ней занимают болезни органов дыхания, болезни органов зрения и болезни органов пищеварения.

Наибольший прирост показателей произошел в классе новообразований (24,4 %), болезней глаз (4,4 %), болезней нервной системы (3,9 %), болезней эндокринной системы (3,4 %). По всем остальным профилям заболеваний отмечается снижение показателей.

Таблица 23 – Динамика общей заболеваемости детей по Красноярскому краю за 2009-2013 годы (на 1 000 детского населения 0-14 лет)

Классы болезней	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Всего	2318,5	2225,4	2332,5	2259,7	2189,4
Инфекционные болезни	105,5	89,9	93,4	97,9	83,8
Новообразования	9,0	9,3	10,6	10,7	11,2
Болезни эндокринной системы	32,8	30,5	38,7	39,8	33,9
Болезни крови и кроветворных органов	25,5	24,2	22,1	20,7	18,4
Психические расстройства	60,9	60,5	61,3	61,9	60,9
Болезни нервной системы	94,9	103,8	105,5	100,8	98,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	121,9	123,5	136,2	137,3	127,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	65,2	63,6	65,8	66,0	60,5
Болезни системы кровообращения	38,6	36,6	38,9	31,4	34,9
Болезни органов дыхания	1151,3	1111,2	1178,9	1134,5	1135,0
Болезни органов пищеварения	135,4	132,1	118,7	107,1	95,9
Болезни мочеполовой системы	57,0	56,4	62,4	58,5	53,5
Болезни кожи и п/кожной клетчатки	124,2	103,9	105,8	114,8	109,6
Болезни костно-мышечной системы	75,7	73,6	78,4	76,4	69,5
Врожденные аномалии	30,1	28,3	30,0	27,7	28,8
Отдельные состояния перинатального периода	38,0	27,6	25,9	24,8	21,2
Неточно обозначенные состояния	45,8	47,2	43,9	38,2	39,7
Травмы и отравления	106,6	103,1	115,9	111,2	105,6

В связи с вступлением в силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», изменилась схема

и перечень специалистов при проведении профилактических осмотров несовершеннолетних. С учетом действия нового приказа по результатам профилактических осмотров в 2013 году заболеваемость детей составила 326,8 ‰, в том числе в группе 0-4 года – 244 ‰, 5-9 лет – 285,1 ‰, 10-14 лет – 401,9 ‰, 15-17 лет – 466,9 ‰. В структуре общей заболеваемости ведущие места принадлежат болезням органов дыхания – 22,5 %, второе место болезням глаз – 14,8 %, третье и четвертое места – болезням органов пищеварения – 10,0 % и нервной системы – 8,8 процента.

По итогам диспансеризации 24,0 % детей признаны здоровыми, 63,0 % имеют функциональные отклонения, хронически больными в разной степени компенсации процесса признаны 13,0 % детей, что несколько выше, чем показатели по РФ: здоровы – 25,8 % детей, имеют функциональные отклонения – 59,2 % детей, хронически больными в разной степени компенсации процесса признаны 15,0 % детей.

В 2013 году в клиниках федерального подчинения получил лечение 981 ребенок, что на 18,3 % больше, чем в 2012 году (829 человек). Наиболее востребованными из высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи являются: кардиохирургия, ортопедия, педиатрия, кохлеарная имплантация, нейрохирургия.

Таблица 24 – Динамика заболеваемости новорожденных детей по Красноярскому краю за 2009-2013 годы (на 1 000 родившихся живыми)

	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Общая заболеваемость, в т.ч.	607,7	611,4	560,1	541,7	536,9
замедление роста и недостаточность питания	142,3	132,6	174,8	139,4	139,6
синдром респираторных расстройств	27,4	26,8	26,0	29,8	26,7
внутричерепная родовая травма	47,3	38,1	41,2	38,4	32,9
внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	76,2	64,8	66,5	67,1	70,4
врожденные аномалии	29,5	28,0	25,7	26,6	24,9
сепсис	0,17	0,51	0,57	0,79	1,3
гемолитическая болезнь	7,1	9,4	9,4	8,3	9,4
другие нарушения церебрального статуса новорожденного	129,7	126,2	103,3	92,1	85,3

В 2013 году отмечается снижение заболеваемости новорожденных по всем классам заболеваний за исключением гемолитической болезни и сепсиса.

В течение 2013 года в полном объеме осуществляется неонатальный и аудиологический скрининги новорожденных.



За период с 2009 по 2013 годы общая заболеваемость детей уменьшилась на 5,6%.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2010 № 1140 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на закупку оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения» и распоряжением Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 2551-р в 2013 году Красноярскому краю за счет федерального бюджета были предоставлены субсидии общим объемом 13 092,1 тыс. рублей для проведения неонатального и аудиологического скрининга.

Правительством Красноярского края заключено соглашение с Министерством здравоохранения Российской Федерации о закупке в 2013 году оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения на общую сумму 16 830,6 тыс. рублей с учетом софинансирования из средств краевого бюджета в сумме 3738,5 тыс. рублей. За счет выделенных средств по итогам конкурсных процедур для обеспечения неонатального скрининга произведена закупка оборудования для КГБУЗ «Красноярский краевой медико-генетический центр» на сумму 4500,0 тыс. рублей и расходных материалов на сумму 7023,3 тыс. рублей. Для проведения аудиологического скрининга закуплено оборудование для 7 муниципальных учреждений здравоохранения на общую сумму 1973,1 тыс. рублей и расходных материалов на сумму 424,6 тыс. рублей.

Таблица 25 – Динамика заболеваемости детей 1 года жизни по Красноярскому краю за 2009-2013 годы (на 1 000 детей, достигших одного года)

Классы болезней	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Всего	2822,3	2721,9	2475,7	2536,0	2481,8
Инфекционные болезни	77,4	70,3	60,5	68,1	54,0
Болезни эндокринной системы	88,9	82,0	76,5	77,7	67,2
Болезни крови и кроветворных органов	104,5	98,2	90,5	82,4	76,8
Болезни нервной системы	168,1	225,8	224,7	247,1	279,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	86,9	103,6	104,8	114,5	107,2
Болезни уха и сосцевидного отростка	63,2	58,9	46,0	52,0	49,9
Болезни органов дыхания	1105,8	1098,0	995,9	1002,9	1048,6
Болезни органов пищеварения	200,4	195,5	157,7	182,0	168,2
Болезни мочеполовой системы	83,3	81,2	80,1	74,2	56,7
Врожденные аномалии	33,4	31,9	29,2	34,8	30,9
Отдельные состояния перинатального периода	522,3	369,9	306,0	301,4	241,2
Травмы и отравления	18,0	18,6	14,8	14,8	13,8

На патологию слуха в 2013 году обследовано 39 745 новорожденных детей. Охват скринингом составил 97,0 % от числа родившихся в 2013 году.

Выявлено 65 детей с патологией слуха. Все дети с нарушением слуха находятся под диспансерным наблюдением в сурдологическом центре КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница». В 2013 году 23 детям данной группы проведена операция кохлеарной имплантации.

За период с 2009 года по 2013 год отмечается снижение заболеваемости детей первого года жизни на 12,0 процентов. Снижение зарегистрировано во всех классах заболеваний за исключением болезней нервной системы и заболеваний глаз. Рост показателя в данных классах заболеваний обусловлен ростом выживаемости детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, которая достигла 77,0 процентов.

Питание детей

В Красноярском крае продолжается работа, направленная на поддержку и поощрение грудного вскармливания. Доля детей, находившихся на грудном вскармливании более 6 месяцев, составила 55,8% процента.

Таблица 26 – Доля детей, находящихся на грудном вскармливании, к числу детей, достигших возраста 1 год, в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Возраст	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
С 3 до 6 месяцев	26,5	25,8	25,7	24,6	23,5
С 6 до 12 месяцев	48,1	48,4	48,7	53,0	55,8

Обеспечение полноценного питания детей первого и второго года жизни, проживающих в семьях с доходом ниже прожиточного минимума, на территории Красноярского края в 2013 году осуществлялось в рамках Закона края от 20.12.2005 № 17-4269 «О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов края государственными полномочиями по обеспечению детей первого и второго года жизни специальными молочными продуктами детского питания» (далее – Закон края). Общая сумма средств, предусмотренных на реализацию Закона края в 2013 году, составила 85 749,8 тыс. рублей. В 2013 году обеспечено полноценным питанием 9 674 ребенка первого года жизни и 8 052 ребенка второго года жизни.

Ресурсы педиатрической службы. Дома ребенка

На территории Красноярского края функционирует 5 домов ребенка с общим числом мест 627.

Продолжается работа по содействию семейному устройству детей. Общая численность детей, переданных на семейные формы устройства, по отношению к 2012 году увеличилась на 20,0 % за счет детей, возвращенных кровным родителям и устроенным на иные формы семейного устройства (опека, попечительство, приемная семья).

Таблица 27 – Дети, выбывшие из домов ребенка Красноярского края за 2009 - 2013 годы

Дети, выбывшие из дом. ребенка	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Передано в семьи всего	371	338	347	320	384
из них: взято родителями	70	71	59	60	73
усыновлено	205	166	168	117	78
в т.ч. российскими гражданами	81	63	29	37	31
иностранцами гражданами	124	103	139	80	47
взяты под опеку	85	92	93	109	166
устроены в приемную семью	10	9	27	34	55
Переведено в интернатные учреждения системы образования	58	82	40	37	48
Переведено в учреждения социальной защиты населения	42	35	34	30	41

В 2013 году продолжена диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты населения. В 2013 году диспансеризации подлежал 6 131 ребенок из числа детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях. Фактически осмотрено 6 207 детей, что составляет 101,2 % от запланированного.

По итогам диспансеризации заболеваемость детей в возрасте 0 – 17 лет составляет – 2 864,8 случая на 1 000 детей, что выше показателя по краю в данной возрастной категории (Красноярский край – 2 259,7 случая на 1 000 детей в 2012 году). Среди всех возрастных групп наиболее высокий показатель зарегистрирован в группе детей от 5 до 9 лет – 2 926,1 случая на 1 000 детей.

В структуре общей заболеваемости детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, первое место принадлежит психическим расстройствам и расстройствам поведения – 24,2 %, второе место болезням нервной системы – 13,2 %, третье место болезням костно-мышечной системы – 11,2 % и четвертое место эндокринным заболеваниям – 10,9 процента.

В структуре психических расстройств и расстройств поведения умственная отсталость составляет 70,0 процентов. В 219 случаях отмечено расхождение диагнозов до и после проведения диспансеризации, в том числе в 103 случаях отмечено улучшение психиатрического статуса ребенка, установлена более легкая степень умственной отсталости, в 116 случаях усилились психические отклонения, степень умственной отсталости. Для данной категории детей проводится коррекция образовательных программ.

В дополнительных обследованиях в условиях стационара нуждалось 109 детей.

Лечение рекомендовано 4 431 детям, в том числе 4 173 детям в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений и дневного стационара, 258 детям в стационаре.

Реабилитация в амбулаторных условиях рекомендована 924 детям, в стационарных условиях 53 детям, в том числе 17 детям в условиях санатория.

Из числа осмотренных детей 22,2 % (1 377 детей) относятся к категории детей-инвалидов. В ходе проведения диспансеризации инвалидность установлена впервые 22 детям, что составляет 0,4 % от числа осмотренных. Индивидуальная программа реабилитации разработана всем детям, выполнена полностью 1195 детям (86,8 %), в процессе выполнения у 180 детей.

Все дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, пребывающие в стационарных учреждениях, вакцинируются в соответствии с Национальным и региональным календарями профилактических прививок. Из числа осмотренных детей привито в соответствии с планом 6 147 человек (99 %). Не привиты по медицинским показаниям 55 детей, по иным причинам 5 детей.

Из числа детей, прошедших диспансеризацию, нормальное физическое развитие имеют 79,2 % детей. Дисгармоничное физическое развитие зарегистрировано у 1 296 детей (20,8 % от числа осмотренных), в том числе дефицит массы тела отмечен у 9,1 % детей, избыток массы тела у 3,0 % детей, недостаток роста зафиксирован у 588 детей (11,6 %), высокий рост для своей возрастной категории отмечен у 33 детей (0,7 %).

По итогам диспансеризации 5,8 % детей признаны здоровыми, 39,9 % имеют функциональные отклонения, хронически больными в разной степени компенсации процесса признаны 54,3 % детей.

Лечебно-профилактические учреждения

В Красноярском крае сохраняется сеть основных детских лечебно-профилактических учреждений и их мощность.

Таблица 28 – Сеть службы охраны здоровья детей в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Виды учреждений (абс.)	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Детские краевые больницы	1	1	1	1	1
Детские городские больницы	7	7	7	7	7
Детские поликлиники (самостоятельные)	5	5	5	5	5
Молочные кухни	6	6	6	5	5
Детские санатории	4	3	3	3	3

Общее количество педиатрических коек продолжает уменьшаться за исключением коек для новорожденных и недоношенных.

Уровень госпитализации детей снизился с 249,9 на 1 000 детей в 2009 году до 197,8 на 1 000 детей в 2013 году. Показатель больничной летальности сохраняется на уровне 2009 года, и составляет 0,3 процента.

Показатель досуточной летальности детей первого года жизни в 2013 году по отношению к 2009 году уменьшился на 11,5 % и составил 23,8 процента.

Таблица 29 – Структура коечного фонда для детей в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Структура коек	Показатель	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Число стационарных коек для детей	Абс.	3576	3461	3139	2929	2866
	На 10000 детей 0-17 лет	62,4	61,7	57,3	52,1	50,7
в т.ч. педиатрические	Абс.	1572	1529	1370	1340	1339
	На 10000 детей 0-17 лет	27,9	27,3	25,0	24,1	23,7
инфекционные	Абс.	555	557	497	462	450
	На 10000 детей 0-17 лет	9,8	9,9	9,1	8,3	8,0
специализированные	Абс.	1449	1375	1272	1127	1077
	На 10000 детей 0-17 лет	25,3	24,5	23,2	20,3	19,0
Для недоношенных и новорожденных детей	Абс.	297	300	268	315	333
	На 10000 новор. детей	83,7	77,8	70,2	79,7	84,9

Численность врачей-педиатров в крае постепенно снижается.

Таблица 30 – Обеспеченность врачами-педиатрами в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Наименование	Показатель	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Число врачей-педиатров	Абс.	1222	1217	1203	1132	1105
	На 10тыс. детей	21,7	21,7	21,9	20,0	19,5
Имеют категорию всего	Абс.	746	731	691	651	613
в т.ч. высшую категорию		473	465	441	421	396
I категорию	Абс.	213	208	195	176	169
II категорию		60	58	55	54	48
Удельный вес аттестованных врачей	%	61,1	60,1	57,4	57,5	55,5
Имеют сертификат специалиста	Абс	1045	1019	1046	1026	1025
Удельный вес сертифицированных врачей	%	85,5	83,7	86,9	90,6	92,8

Отмечается постоянное снижение удельного веса врачей, имеющих квалификационную категорию, но возрастает число врачей, имеющих сертификат специалиста.

Таблица 31 – Обеспеченность врачами-неонатологами в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Наименование	Показатель	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Число врачей-неонатологов	Абс.	95	98	111	109	115
	На 10 тыс. новорожденных	26,8	26,8	28,7	26,6	27,9
Имеют категорию всего	Абс.	76	83	93	87	86
в т.ч. высшую категорию		46	50	55	54	60
I категорию	Абс.	18	17	20	22	17
II категорию		12	16	18	11	9
Удельный вес аттестованных врачей	%	80,0	84,7	89,5	79,8	74,8
Имеют сертификат специалиста	Абс	84	85	103	105	113
Удельный вес сертифицированных врачей	%	88,4	86,7	92,8	96,3	98,3

Общая численность врачей-неонатологов за 5 лет выросла на 21,1 %, но за счет увеличения числа родившихся детей с 38150 до 41254 человек, обеспеченность врачами-неонатологами не претерпела значительных изменений.

Санаторно-курортное лечение детей

Для оказания санаторно-курортной помощи детям в настоящее время в Красноярском крае функционирует три детских санатория системы здравоохранения на 505 мест, в том числе: детский противотуберкулезный санаторий

В санаториях Красноярского края ежегодно получают лечение более 9000 детей

«Пионерская речка» на 275 мест, детский противотуберкулезный санаторий «Салют» на 105 мест, детский ревматологический санаторий «Березка» на 125 мест для детей с кардиоревматологической патологией, патологий ЛОР-органов и нарушением осанки.

В 2013 году получили санаторно-курортное лечение 9 173 ребенка, в том числе:

в санаториях, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации – 859 детей;

в краевых санаторно-курортных учреждениях – 6510 детей, из них:

в санаториях министерства здравоохранения Красноярского края – 3010 детей;

в санатории министерства социальной политики Красноярского края КГАУ «Комплексный центр социального обслуживания «Тесь» – 3500 детей.

Что необходимо сделать!

1. Достижение показателя младенческой смертности к 2020 году 6,4 на 1000 родившихся живыми с учетом детей, родившихся с 22 недель массой от 500 г.

2. Строгое соблюдение оказания медицинской помощи детям в соответствии с утвержденными порядками и стандартами.

3. Своевременное обеспечение детей высокотехнологичной помощью, в том числе в краевых учреждениях.

4. Достижение охвата неонатальным и аудиологическим скринингом 98%.

5. Повышение квалификации медицинских работников, оказывающих помощь детям, в том числе с экстремально низкой массой тела при рождении.

6. Проведение медицинских осмотров детей и диспансеризации отдельных групп детского населения

Заболееаемость населения



«Summum bonum medicinae sanitas»

«Высочайшее благо медицины — здоровье»

4. Заболеваемость населения

4.1. Заболеваемость населения в Красноярском крае

Общая заболеваемость

В 2013 году по Красноярскому краю общая заболеваемость населения составила 1 658,2 случая на 1 000 человек населения (2012 год – 1 668,6 случая на 1 000 человек населения). Снижение общей заболеваемости по отношению к 2012 году составляет 0,6 %, за пятилетний период 2009-2013 годы отмечается прирост заболеваемости на 0,7 процента.

Общая заболеваемость населения в 2012 году по РФ составила – 1 605,8 случая на 1 000 человек населения, СФО – 1 722,7 случая на 1 000 человек населения.

Всего в крае зарегистрировано 4 720 068 случаев заболеваний (2012 год – 4 736 087 случаев заболеваний, 2009 год – 3 498 187 случаев заболеваний).

Как обстоят дела в 2013 году:

Общая заболеваемость населения – **1658,2** случаев на 1000 человек населения.

Первичная заболеваемость населения – **808,7** случаев на 1000 человек населения.

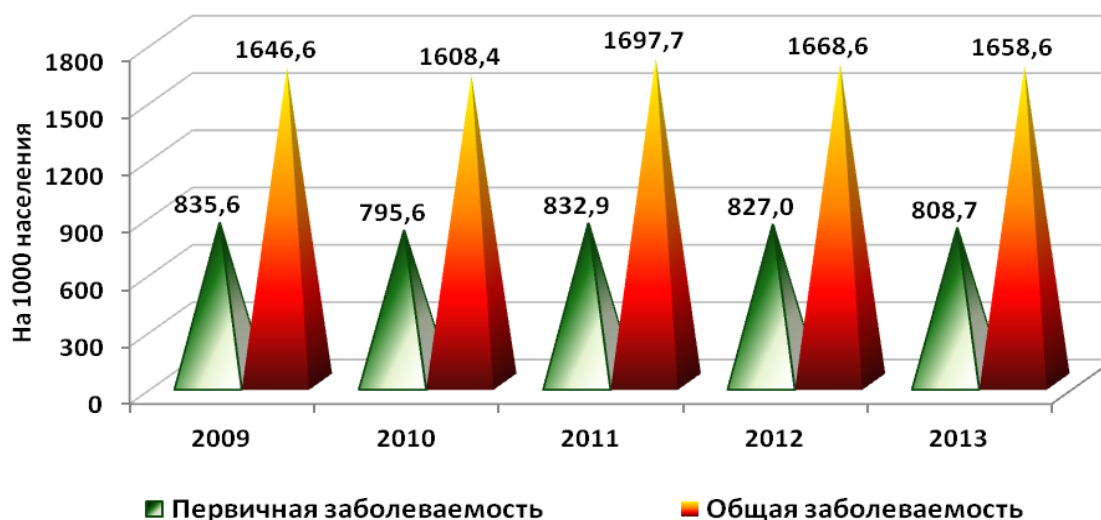


Рисунок 18 – Общая заболеваемость населения Красноярского края за 2009-2013 годы

В структуре общей заболеваемости в 2013 году первое место занимают болезни органов дыхания – 344,6 случая на 1 000 человек населения (в структуре – 20,8 %) (2012 год – 343,2 случая на 1 000 человек населения). По отношению к 2012 году отмечается незначительный рост на 0,4 процента. В РФ и СФО заболеваемость органов дыхания также занимает ведущее место. В 2012 году показатель общей заболеваемости по РФ составил – 382,0 случаев на 1 000 человек населения, СФО – 367,7 случая на 1 000 человек населения.

В структуре общей заболеваемости класса «Болезни органов дыхания» ведущее место традиционное занимают острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей – 256,0 случаев на 1 000 человек населения (74,3 %), ларингиты и трахеиты – 21,5 случая на 1 000 человек населения, бронхиты – 17,5 случая на 1 000 человек населения, бронхиальная астма – 12,5 случая на 1 000 человек населения.

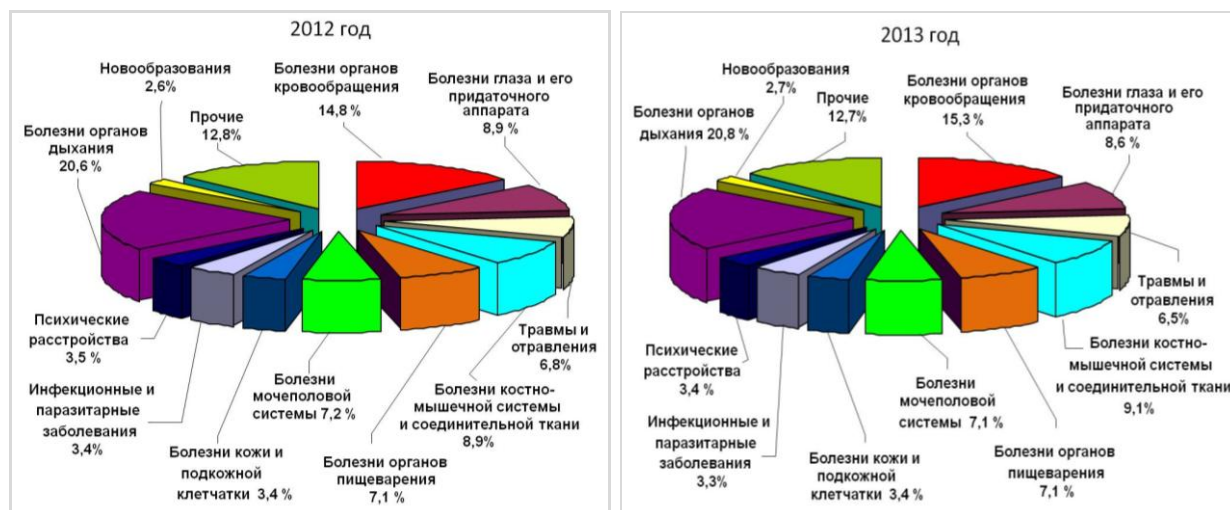


Рисунок 19 – Структура общей заболеваемости (все население) Красноярского края за 2012-2013 годы

Второе место занимают болезни системы кровообращения, в структуре общей заболеваемости в 2013 году данный класс занимает 15,3 процента.

В 2013 году зарегистрировано 253,3 случая на 1 000 человек населения (2012 год – 247,6 случая на 1 000 населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается рост на 2,3 процента. В 2012 году показатель общей заболеваемости болезнями системы кровообращения по РФ составил – 248,6 случая на 1 000 человек населения, СФО – 250,8 случая на 1 000 человек населения.

За период 2009-2013 годы отмечается прирост заболеваемости от болезней системы кровообращения на 5,2 процента.

В структуре общей заболеваемости класса «Болезни системы кровообращения» ведущее место занимают – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением – 109,7 случая на 1 000 человек населения или 43,3 % среди всех зарегистрированных болезней системы кровообращения. За период 2009-2013 годы прирост составляет 11,6 %. Следующим по вкладу является ишемическая болезнь сердца – 54,2 случая на 1 000 человек населения (21,4 %) и цереброваскулярные заболевания – 47,1 случая на 1 000 человек населения (18,6 %).

Третье место по краю в 2013 году в структуре общей заболеваемости принадлежит классу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани – 150,3 случая на 1 000 человек населения (в структуре – 9,1 %). В структуре болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани основное место занимают деформирующие дорсопатии, артропатии

и артрозы. В 2012 году показатель общей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани по РФ составил – 133,5 случая на 1 000 человек населения, СФО – 145,5 случая на 1 000 человек населения.

На четвертом месте в 2013 году находятся болезни глаз и придаточного аппарата. Общая заболеваемость болезнями глаз и придаточного аппарата составила – 142,6 случая на 1 000 человек населения (в структуре 8,6 %). В структуре болезней глаз и придаточного аппарата лидирующее положение занимают миопия и катаракта. За пятилетний период отмечается снижение заболеваемости на 1,1 %, по отношению к 2012 году снижение на 3,6 %. В 2012 году по РФ показатель общей заболеваемости болезнями глаза и придаточного аппарата составил – 112,9 случая на 1 000 человек населения, СФО – 130,3 случая на 1000 человек населения.

Пятое и шестое места в структуре общей заболеваемости Красноярского края в 2013 году занимают болезни органов пищеварения – 118,5 случая на 1 000 человек населения (в структуре 7,1 %), практически на том же уровне находятся болезни мочеполовой системы – 118,1 случая на 1 000 человек населения (в структуре 7,1 %).

Существенного изменения в динамике заболеваемости по данным классам не произошло.

В структуре органов пищеварения преобладают гастриты, гастродуодениты, желчнокаменная болезнь и панкреатиты, в структуре болезней мочеполовой системы – пиелонефриты и гломерулонефриты, мочекаменная болезнь.

На седьмом месте в 2013 году в Красноярском крае находятся травмы и отравления. Показатель общей заболеваемости от травм и отравлений составил – 107,3 случая на 1 000 человек населения (в структуре 6,5 %). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается незначительное снижение на 5,1 процента.

Общая заболеваемость всего населения от новообразований (в структуре 2,7 %) составила – 44,4 случая на 1 000 человек населения (2012 год – 43,3 случая на 1 000 человек населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается прирост заболеваемости на 2,5 процента.

Рост заболеваемости от новообразований в 2013 году при наметившейся тенденции к снижению смертности от новообразований обусловлен проводимой работой по раннему выявлению злокачественных новообразований.

Общая заболеваемость населения болезнями эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ в 2013 году составила – 58,2 случая на 1 000 человек населения (2012 год – 56,9 случая на 1 000 человек населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается прирост заболеваемости на 2,4 процента.

Общая заболеваемость населения от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний в 2013 году составила – 54,2 случая на 1 000 человек населения (2012 год – 57,4 случая на 1 000 человек населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается снижение на 5,5 процента.

Приоритетные направления!

Снижение заболеваемости населения возможно только при целенаправленной работе органов здравоохранения по формированию здорового образа жизни населения и воспитания культуры здоровья среди взрослого населения. Основная нагрузка по проведению профилактической работы в интересах снижения заболеваемости населения ложится на врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, осуществляющих диспансерное наблюдение за больными, диспансеризацию населения и формирование у населения мотивации к здоровому образу жизни.

Первичная заболеваемость

В 2013 году по Красноярскому краю первичная заболеваемость составила – 808,7 случая на 1 000 человек населения (2012 год – 827,0 случаев на 1 000 человек населения).

За 2013 год по отношению к 2012 году отмечается рост уровня первичной заболеваемости населения в классе: новообразований на 8,1%, болезней системы кровообращения на 5,2%, нервной системы на 4,4 процента. Данный рост связан с реализацией проекта по диспансеризации населения, как взрослого, так и детского.

В структуре первичной заболеваемости в 2013 году лидируют болезни органов дыхания – 295,3 случая на 1 000 человек населения (в структуре 36,5 %). За период 2009-2013 годы отмечается снижение на 2,7 процента.

Несчастные случаи, травмы и отравления занимают второе место – 107,3 случая на 1 000 человек населения (в структуре 13,3 %). За период 2009-2013 годы отмечается прирост на 0,4 процента.

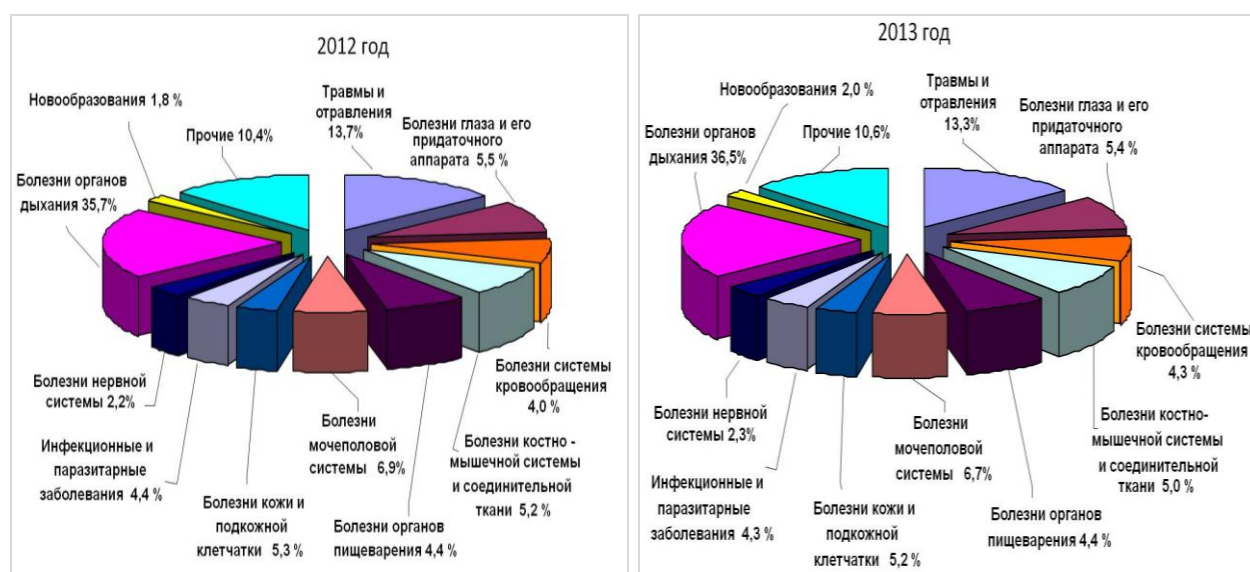


Рисунок 20 – Структура первичной заболеваемости (все население) Красноярского края за 2012 -2013 годы

Третье место в структуре первичной заболеваемости занимают болезни мочеполовой системы – 54,4 случая на 1 000 человек населения (в структуре 6,7 %).

Последующие места занимают болезни глаза и его придаточного аппарата – 44,0 случая на 1 000 человек населения (в структуре 5,4 %), болезни кожи и подкожной клетчатки – 42,3 случая на 1 000 человек населения (в структуре 5,2 %), болезни костно-мышечной системы – 40,3 случая на 1 000 человек населения (в структуре 5,0 %), болезни системы кровообращения – 34,4 случая на 1 000 человек населения (в структуре 4,3 %).

Что необходимо сделать!

Для **снижения** уровня заболеваемости населения:

постоянная целенаправленная работа по формированию здорового образа жизни;

сокращение потребления алкоголя и табака;

комплексное решение проблем профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

4.1.1. Заболеваемость подростков

Состояние здоровья подростков в Красноярском крае имеет тенденцию к улучшению за счет снижения уровня заболеваемости за последние 2 года.

В Красноярском крае за 2013 год общая заболеваемость подростков составила – 1939,9 случая на 1 000 подросткового населения.

В структуре общей заболеваемости подростков в 2013 году на первом месте находятся болезни органов дыхания – 618,7 случая на 1 000 подросткового населения (в структуре – 31,9 %) (2012 год – 618,9 случая на 1 000 подросткового населения). За период 2009-2013 годы отмечается рост заболеваемости на 2,0 процента.

На втором месте в структуре общей заболеваемости подростков в 2013 году находятся болезни глаза и его придаточного аппарата – 198,2 случая на 1 000 подросткового населения (в структуре – 10,2 %) (2012 год – 217,3 случая на 1 000 подросткового населения). По отношению к 2012 году отмечается снижение заболеваемости на 8,8 процента. За период 2009-2013 годы отмечается рост заболеваемости на 16,3 процента.

Третье место в структуре общей заболеваемости подростков в 2013 году занимают травмы и отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 165,8 случая на 1 000 подросткового населения (в структуре – 8,5 %) (2012 год – 167,6 случая на 1 000 подросткового

Как обстоят дела в 2013 году:

Общая заболеваемость подростков – 1938,9 случаев на 1 000 человек населения.

Первичная заболеваемость подростков – 1269,1 случаев на 1 000 человек населения.

населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается снижение заболеваемости на 1,1 процента. За период 2009-2013 годы отмечается рост заболеваемости на 13,3 процента.

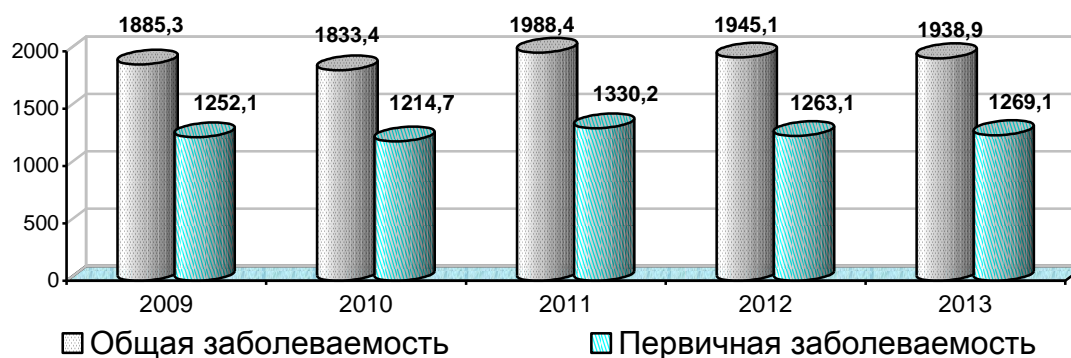


Рисунок 21 – Показатели общей и первичной заболеваемости подростков за 2009 - 2013 годы (на 1000 населения соответствующего возраста)

В Красноярском крае за 2013 год первичная заболеваемость подростков составила – 1270,0 случаев на 1 000 подросткового населения.

Структура первичной заболеваемости подростков несколько отличается от структуры общей заболеваемости подростков.

На первом месте в структуре первичной заболеваемости подростков в 2013 году находятся болезни органов дыхания – 563,5 случая на 1 000 подросткового населения (в структуре – 44,4 %) (2012 год – 569,0 случаев на 1 000 подросткового населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается рост заболеваемости на 0,5 процента. За период 2009-2013 годы отмечается рост заболеваемости на 1,4 процента.

Второе место в структуре первичной заболеваемости подростков в 2013 году занимают травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 165,8 случая на 1 000 подросткового населения (в структуре – 13,1 %) (2012 год – 167,6 случая на 1 000 подросткового населения). По отношению к 2012 году отмечается снижение заболеваемости на 1,1 процента. За период 2009-2013 годы прирост заболеваемости составил 15,5 процента.

На третьем месте в структуре первичной заболеваемости подростков в 2013 году – болезни кожи и подкожной клетчатки. Показатель заболеваемости составил 76,6 случая на 1 000 подросткового населения (в структуре – 6,0 %) (2012 год – 69,2 случая на 1 000 подросткового населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается прирост заболеваемости на 10,7 процента. За период 2009-2013 годы снижение заболеваемости на 23,2 процента.

Ежегодно возрастает число подростков, состоящих на диспансерном учете.

Заболевания кожи и подкожной клетчатки являются значимой проблемой, хотя и имеют тенденцию к снижению. В структуре болезней кожи и подкожной клетчатки дерматозы занимают 29,3 процента. Ведущими

заболеваниями среди хронических дерматозов на протяжении 2009-2013 годов являются атопический дерматит – 53,5 %, контактный дерматит – 46,5 %, псориаз – 4,4 процента.

Психические расстройства и расстройства поведения в структуре общей заболеваемости составили 4,7 процента. За период 2009-2013 годы произошел рост заболеваемости на 5,0 %. Среди психических расстройств по нозологическим группам наибольший удельный вес имеют: непсихотические психические расстройства – 42,6 %, умственная отсталость – 25,4 %, психозы – 2,9 процента. Отмечается увеличение и количества пациентов психиатрического профиля, входящих в группу консультативно-лечебного наблюдения на 3,5 % по сравнению с тем же периодом. Это связано с ростом выявляемой патологии и заболеваемости в основном за счет психозов и умственной отсталости, которые в большинстве случаев являются причиной постановки пациентов на диспансерный учет.

Что необходимо сделать!

1. Продолжить работу по формированию установки на здоровый образ жизни, внедрение оздоровительных мероприятий в учреждениях образования.
2. Обеспечить охват подростков профилактическими осмотрами не ниже 95 %.
3. Обеспечить методическое сопровождение проведения первичной профилактики употребления психоактивных веществ несовершеннолетними в образовательных учреждениях.

4.1.2. Заболеваемость взрослого населения

В Красноярском крае в 2013 году заболеваемость взрослого населения как общая, так и первичная снизилась.

За 2013 год общая заболеваемость взрослого населения (18 лет и старше) по Красноярскому краю составила – 1 535,4 случая на 1 000 взрослого населения (2012 год – 1 536,9 случая на 1 000 взрослого населения). За 2013 год по отношению к 2012 году отмечается снижение на 0,1 процента. Первичная

заболеваемость взрослого населения за 2013 год составила – 583,1 случая на 1 000 взрослого населения (2012 год – 599,2 случая на 1 000 взрослого населения). По отношению к 2012 году отмечается снижение на 2,7 процента.

Общая заболеваемость взрослого населения за 2012 год по РФ составила – 1 438,5 случая на 1 000 взрослого населения, по СФО – 1 609,2 случая на 1 000 взрослого населения.

Как обстоят дела в 2013 году:

Общая заболеваемость взрослого населения – 1535,4 случаев на 1 000 человек населения.

Первичная заболеваемость взрослого населения – 583,1 случаев на 1 000 человек населения.

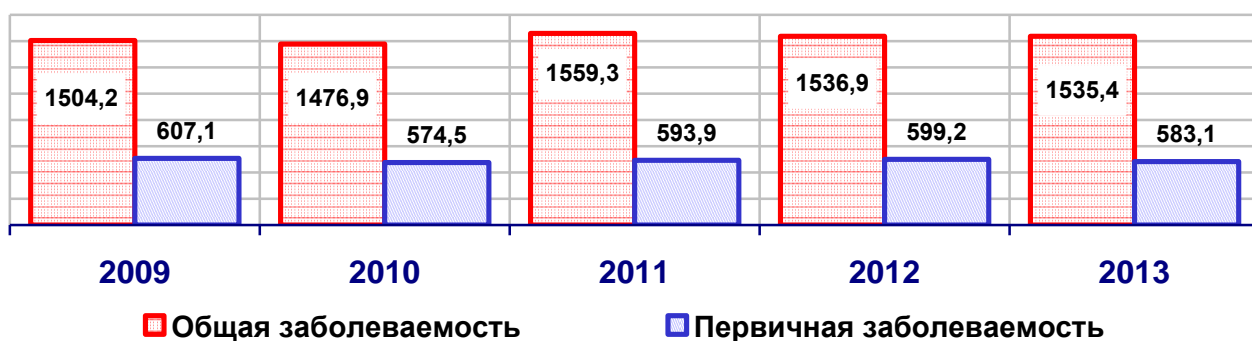


Рисунок 22 – Показатели общей и первичной заболеваемости взрослого населения за 2009 - 2013 годы (на 1 000 взрослого населения).

Общая заболеваемость

В структуре общей заболеваемости взрослого населения в 2013 году на первом месте находятся болезни системы кровообращения – 306,1 случая на 1 000 взрослого населения (в структуре – 19,9 %) (2012 год – 299,1 случая на 1 000 взрослого населения). По отношению к 2012 году отмечается незначительный прирост на 2,3 %. За период 2009-2013 годы отмечается прирост на 6,1 процента.

*Единственная красота,
которую я знаю,— это
здоровье.*

Генрих Гейне

В Красноярском крае за 2013 год зарегистрировано 698 055 человек с заболеваниями системы кровообращения, из них с диагнозом, установленным в первые в жизни – 86 388 человек. Состоит под диспансерным наблюдением на конец 2013 года – 249 720 человек или 35 % от числа зарегистрированных заболеваний.

Наибольший удельный вес в структуре болезней системы кровообращения взрослого населения составляют болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением – 44,5 %, ишемическая болезнь сердца – 22,1 %, цереброваскулярные болезни – 19,2 процента.

В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается прирост по болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением на 3,9 % (преимущественно гипертонической болезни), за период 2009-2013 годы отмечается прирост на 12,1 процента.

Второе место в 2013 году в структуре общей заболеваемости взрослого населения занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 168,1 случая на 1 000 взрослого населения (в структуре – 10,9 %) (2012 год – 164,6 случая на 1 000 взрослого населения). По отношению к 2012 году отмечается прирост на 2,1 %, за период 2009-2013 годы отмечается прирост на 6,5 процента.

В Красноярском крае за 2013 год зарегистрировано 383 358 человек с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани, из них с диагнозом, установленным в первые в жизни – 89 748 человек. Состоит под

диспансерным наблюдением на конец 2013 года – 20 846 человек или 5 % от числа зарегистрированных заболеваний.

Анализируя заболеваемость костно-мышечной системы и соединительной ткани, следует отметить, что рост имеет пятилетнюю тенденцию и обусловлен деформирующими дорсопатиями и спондилопатиями с поражением межпозвоночных дисков, в основном остеохондрозом. В меньшей степени отмечается рост артрозов. Системные поражения соединительной ткани (системная склеродермия, системная красная волчанка, системы васкулиты) имеют отрицательный прирост.

Третье место в структуре общей заболеваемости взрослого населения в 2013 году занимают болезни органов дыхания – 167,9 случая на 1 000 взрослого населения (в структуре – 10,9 %) (2012 год – 170,6 случая на 1 000 взрослого населения). По отношению к 2012 году отмечается снижение на 1,6 процента.

В Красноярском крае за 2013 год зарегистрировано 382 835 человек с заболеваниями органов дыхания, из них с диагнозом, установленным в первые в жизни – 269 196 человек. Состоит под диспансерным наблюдением на конец 2013 года – 47 061 человек или 12,3 % от числа зарегистрированных заболеваний.

В структуре общей заболеваемости взрослого населения в 2013 году на четвертом месте находятся болезни глаза и придаточного аппарата – 143,7 случая на 1 000 взрослого населения (в структуре – 9,4 %) (2012 год – 147,3 случая на 1 000 взрослого населения). По отношению к 2012 году отмечается снижение на 2,4 процента, за период 2009-2013 годы отмечается снижение на 2,0 процента.

Внутри данного класса следует отметить прирост заболеваемости глаукомой – на 11,5 % по отношению к 2012 году и на 29,9 % по отношению к 2009 году.

На пятом месте в структуре общей заболеваемости взрослого населения в 2013 году находятся болезни мочеполовой системы – 132,0 случая на 1 000 взрослого населения (в структуре – 8,6 %) (2012 год – 133,7 случая на 1 000 взрослого населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается снижение на 1,3 %, за период 2009-2013 годы отмечается рост на 7,9 процента.

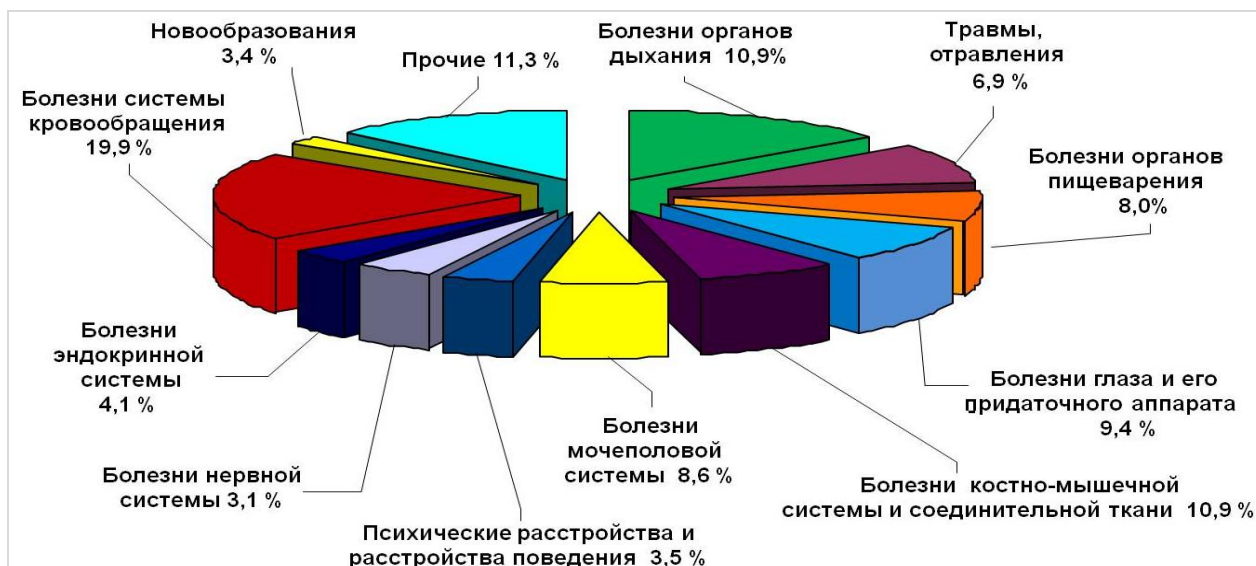


Рисунок 23 – Структура общей заболеваемости взрослого населения Красноярского края в 2013 году

Первичная заболеваемость

Структура первичной заболеваемости взрослого населения в Красноярском крае в 2013 году не изменилась.

В структуре первичной заболеваемости взрослого населения в 2013 году на первом месте находятся болезни органов дыхания – 118,0 случаев на 1 000 взрослого населения (в структуре – 20,2 %) (2012 год – 121,6 случая на 1 000 взрослого населения). По отношению к 2012 году отмечается снижение на 3,0 %. За период 2009-2013 годы отмечается снижение на 13,2 процента.

Внутри данного класса отмечается незначительное увеличение пневмоний, хронических обструктивных болезней легких и существенное снижение бронхитов, гнойных заболеваний легких.

Второе место в 2013 году в структуре первичной заболеваемости взрослого населения занимают травмы и отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 105,5 случая на 1 000 взрослого населения (в структуре – 18,1 %) (2012 год – 111,6 случая на 1 000 взрослого населения). По отношению к 2012 году отмечается снижение на 5,1 %. За период 2009-2013 годы отмечается снижение на 0,3 процента.

На третьем месте в структуре первичной заболеваемости взрослого населения в 2013 году находятся болезни мочеполовой системы – 58,2 случая на 1 000 взрослого населения (в структуре – 10,0 %) (2012 год – 60,8 случая на 1 000 взрослого населения) В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается снижение на 4,3 %. За период 2009-2013 годы отмечается снижение на 0,2 процента.

В структуре первичной заболеваемости взрослого населения в 2013 году на четвертом месте находятся болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 39,3 случая на 1 000 взрослого населения (в структуре – 6,7 %) (2012 год – 42,8 случая на 1 000 взрослого населения).

По отношению к 2012 году отмечается снижение на 8,2 %. За период 2009-2013 годы отмечается снижение на 8,0 процента.

На пятом месте в структуре первичной заболеваемости взрослого населения в 2013 году находятся болезни системы кровообращения – 37,9 случая на 1 000 взрослого населения (в структуре – 6,5 %) (2012 год – 36,2 случая на 1 000 взрослого населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается рост на 4,7 %. За период 2009-2013 годы отмечается снижение на 2,6 процента.

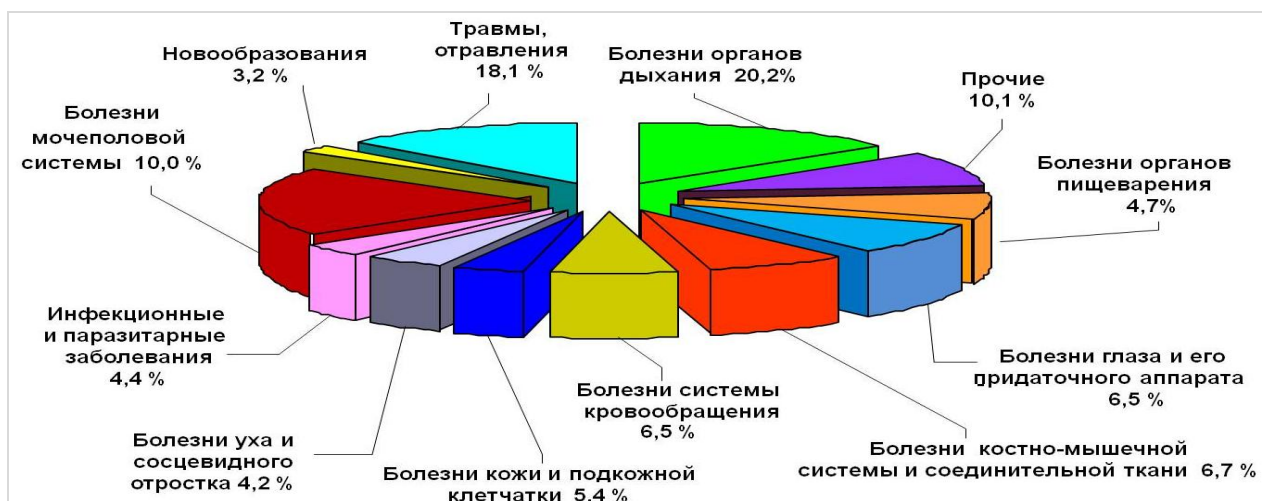


Рисунок 24 – Структура первичной заболеваемости взрослого населения Красноярского края в 2013 году

В целом, говоря о первичной заболеваемости взрослого населения, следует отметить, что снижение заболеваемости произошло практически по всем классам. Рост заболеваемости за прошедший год отмечен по новообразованиям (преимущественно злокачественным), болезням нервной системы (различные виды вегетативных расстройств), болезням системы кровообращения (гипертоническая и ишемическая болезни сердца).

4.1.3. Профессиональная заболеваемость

Организация медицинской помощи

В Красноярском крае в медицинских организациях работают 106 врачей профпатологов (в 2012 году работало 76 врачей профпатологов).

На крупных предприятиях Красноярского края первичное звено представлено врачебными (фельдшерскими) здравпунктами (64 здравпункта).

На проведение предварительных и периодических медицинских осмотров и экспертизу профессиональной пригодности имеют лицензии 97 медицинских организаций.

В случае подозрения у работника профессионального заболевания при проведении периодического осмотра медицинская организация выдает работнику направление в Краевой центр профессиональной патологии (далее – Краевой центр профпатологии) КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Краевой центр профпатологии является основным организационно-функциональным звеном в системе профпатологической службы края, оказывающий специализированную профпатологическую помощь работающим во вредных условиях труда.

Краевой центр профпатологии имеет в своей структуре:

отделение профессиональной патологии на 30 коек (в год обследуется более 800 человек, 30 % – первичные больные, 60 % – повторные больные, 10 % – сложные случаи экспертизы профпригодности);

амбулаторный приём врача-профпатолога в консультативно-диагностической поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

отделение медицинских осмотров и экспертизы профпригодности для проведения медицинских осмотров стажированных работников промышленных предприятий.

В 2013 году по Красноярскому краю осмотрено 3 351 человек (в 2012 году – 3 036 человек). Медосмотры проводятся не только в городе Красноярске, но и в районах Красноярского края (ОАО «Ачинский глинозёмный комбинат»).

В 2013 году с подозрением на профзаболевание выявлено – 42 человека (2012 год – 15 человек). Выявлено с противопоказаниями к работе – 70 человек (2012 год – 56 человек). Выявлено с временными противопоказаниями к работе – 14 человек (2012 год – 5 человек). Выявлено с постоянными противопоказаниями к работе – 56 человек (2012 год – 51 человек).

Справочно
 Врачебные (фельдшерские) здравпункты:
 ОАО «ГМК «Норильский никель» – 31 фельдшерский,
 ОАО «СУЭК-Красноярск» – 8 (3 врачебных, 5 фельдшерских),
 ОАО «РУСАЛ Ачинский Глинозёмный комбинат» – 6 фельдшерских,
 Красноярское нефтяное управление ОАО «Транссибирьнефть» – 5 (1 врачебный и 4 фельдшерских),
 КГБУЗ «Краевая клиническая больница», МБУЗ «Городская поликлиника № 1 г.Норильска, МБУЗ «Кежемская ЦРБ», МБУЗ «Мотыгинская ЦРБ», МБУЗ Тасеевская ЦРБ», ФГБУЗ «Сибирский клинический центр ФМБА», ФГБУЗ «Клиническая больница № 51 ФМБА», ООО «РУСАЛ Медицинский центр», ООО «МСЧ «Угольщик», ООО «Центр квантовой медицины») – 10 кабинетов врача-профпатолога.

Справочно
 Основным поставщиком профессиональных заболеваний в Красноярском крае является ЗФ ОАО «ГМК «Норильский Никель» и его дочерние предприятия. Количество работающих во вредных условиях труда составляет – 49 700 человек. Ежегодно диагностируется более 150 случаев профессиональных заболеваний, что составляет около 70 % всех диагностированных профессиональных заболеваний в Красноярском крае.

В Краевом центре профпатологии ведётся регистр профессиональных больных, на учёте состоит 3 054 человека с профессиональными заболеваниями.

Профессиональная заболеваемость

В 2013 году в Красноярском крае диагностировано 266 случаев профессиональных заболеваний у 229 человек (2012 год – диагностировано 288 случаев профессиональных заболеваний), из них установлено 2 случая острого профессионального отравления, остальные 264 случая относятся к хроническим профессиональным заболеваниям. В 14,8 % случаев (34 работника) диагностировано по 2 профессиональных заболевания. В 1,3 % случаев (3 работника) диагностировано по 3 профессиональных заболевания.

В Красноярском крае показатель профессиональной заболеваемости в 2013 году составил – 2,54 случая на 10 тыс. работающих (2012 год – 2,75 случая на 10 тыс. работающих).

Среди 83 субъектов РФ по уровню профессиональной заболеваемости Красноярский край в 2012 году занимал 16 место (в 2007 году – 51 место).

В Красноярском крае необходимо отметить прослеживающуюся закономерность:

у мужчин профессиональные заболевания наиболее часто регистрируются в профессиях: проходчик, машинист погрузочно-доставочной машины, бурильщик шпуров, пилот, горнорабочий очистного забоя, машинист буровой установки, слесарь-ремонтник;

у женщин профессиональные заболевания наиболее часто регистрируются в профессиях: медицинский персонал противотуберкулезных диспансеров, сельскохозяйственные работники, контролер, машинист, водитель.

Таблица 32 – Структура профессиональной заболеваемости в Красноярском крае по нозологическим формам за 2012 -2013 годы

Профессиональные заболевания	2013 год		2012 год	
	Абс.	%	Абс.	%
1. Заболевания от воздействия физических факторов (вибрационная болезнь, тугоухость, вегето-сенсорная полинейропатия конечностей)	183	68,8	185	64,2
2. Заболевания, связанные с физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем (радикулопатии)	39	14,7	52	18,1
3. Заболевания от воздействия химических факторов (токсическая остеопатия, профессиональный бронхит, аллергические заболевания)	33	12,4	42	14,6
4. Заболевания от воздействия биологических факторов (бруцеллез, туберкулез)	11	4,1	9	3,1
Итого	266	100,0	288	100,0

4.2. Социально значимые заболевания

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 N 715 (ред. от 13.07.2012) "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» к социально значимым заболеваниям относятся следующие заболевания:

Таблица 33 - Социально значимые заболевания

Код заболеваний по МКБ-10 <*>	Наименование заболеваний
1. А 15-А 19	туберкулез
2. А 50-А 64	инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
3. В 16; В 18.0; В 18.1	гепатит В
4. В 17.1; В 18.2	гепатит С
5. В 20-В 24	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
6. С 00-С 97	злокачественные новообразования
7. Е 10-Е 14	сахарный диабет
8. F 00-F 99	психические расстройства и расстройства поведения
9. I 10-I 13.9	болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением

<*> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр)

4.2.1. Болезни системы кровообращения

Болезни системы кровообращения являются основной причиной смертности населения в Красноярском крае и составляют – 48,1 % умерших.

Общая заболеваемость болезнями системы кровообращения (далее – БСК) в Красноярском крае растет.

В 2013 году по Красноярскому краю общая заболеваемость населения БСК составила – 253,3 случая на 1 000 человек населения (2012 год – 247,6 случая на 1 000 человек населения). Прирост общей заболеваемости БСК по отношению к 2012 году составил – 2,3 %, за пятилетний период 2009-2013 годы отмечается прирост общей заболеваемости БСК на 5,2 процента.

В структуре общей заболеваемости БСК ведущее место занимают – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением – 109,7 случая на 1 000 человек населения или 43,3 % среди всех зарегистрированных болезней системы кровообращения. За период 2009-2013 годы прирост составил 11,6 процента. Следующим по вкладу является ишемическая болезнь

Как обстоят дела в 2013 году:

Общая заболеваемость населения болезнями системы кровообращения – 253,3 случая на 1000 человек населения.

Первичная заболеваемость населения болезнями системы кровообращения – 34,4 случая на 1000 человек населения.

сердца – 54,2 случая на 1 000 человек населения (21,4 %) и цереброваскулярные заболевания – 47,1 случая на 1 000 человек населения (18,6 %).

Данная структура заболеваемости является типичной для большинства развитых стран мира. Увеличение продолжительности жизни и старение населения будут способствовать дальнейшему росту числа БСК.

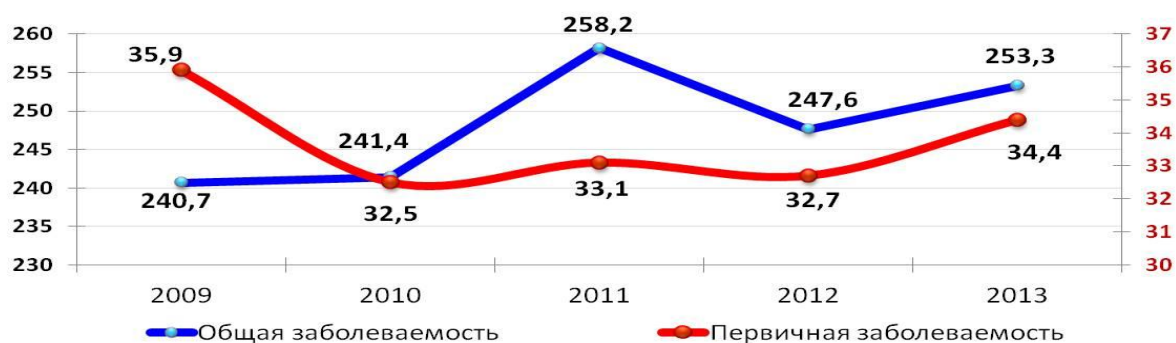


Рисунок 25 – Динамика общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения в Красноярском крае за 2009-2013 годы (на 1 000 человек населения)

За 2013 год общая заболеваемость БСК среди взрослого населения (18 лет и старше) по Красноярскому краю составила – 306,1 случая на 1 000 человек взрослого населения (2012 год – 299,1 случая на 1 000 человек взрослого населения). За 2013 год по отношению к 2012 году отмечается прирост заболеваемости на 2,3 процента.

Наибольший удельный вес в структуре общей заболеваемости БСК среди взрослого населения составляют болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением – 44,5 %, ишемическая болезнь сердца – 22,1 %, цереброваскулярные болезни – 19,2 процента.

В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается прирост по болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением на 3,9 % (преимущественно гипертонической болезни), за период 2009-2013 годы отмечается прирост на 12,1 процента.

Таблица 34 – Динамика первичной и общей заболеваемости среди взрослого населения болезнями системы кровообращения в Красноярском крае за 2009-2013 годы (на 1 000 взрослого населения)

Показатель/годы	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
<i>Первичная заболеваемость:</i>	38,9	35,1	35,2	36,2	37,9
Артериальная гипертония	9,9	8,7	8,2	7,7	8,3
ИБС	7,6	7,2	7,5	7,2	8,4
Цереброваскулярные болезни	8,2	8,8	9,5	10,2	10,0
<i>Общая заболеваемость:</i>	288,4	289,3	309,1	299,1	306,1
Артериальная гипертония	121,4	127,5	133,8	131	136,1
ИБС	63,6	63,4	68,8	64,6	67,7
Цереброваскулярные болезни	51	55,9	59,7	58,3	58,8

В Красноярском крае первичная заболеваемость БСК среди взрослого населения за 2013 год составила – 37,9 случая на 1 000 человек взрослого населения (2012 год – 36,2 случая на 1000 человек взрослого населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается прирост заболеваемости на 4,7 процента.

Кадровое обеспечение

По состоянию на 01.01.2014 в Красноярском крае работает 222 врача кардиолога (в 2012 году – 203 врача кардиолога, в 2009 году – 172 врача кардиолога), из них – 23 врача кардиолога работает в учреждениях подготовки кадров, НИИ и аппаратах органов управления, в амбулаторной службе – 45 врачей кардиологов. За 2013 год по отношению к 2009 году отмечается увеличение врачей кардиологов на 18,0 процентов.

В Красноярском крае показатель обеспеченности врачами кардиологами в 2013 году составил – 0,8 на 10 тыс. человек населения.

По состоянию на 01.01.2014 в Красноярском крае работает 390 врачей неврологов (в 2012 году – 396 врачей неврологов, в 2009 году – 397 врачей неврологов).

В 2013 году показатель обеспеченности врачами неврологами составил – 1,4 на 10 тыс. человек населения.

Существующая система оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями кардиологического и неврологического профиля

В рамках реализации Программы модернизации в Красноярском крае проведены структурные преобразования и сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи, мероприятия по совершенствованию системы проведены на каждом уровне.

Первый уровень – система профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленная на раннее выявление сердечно-сосудистых заболеваний, особенно касающихся острых фатальных форм – инфаркта миокарда и мозгового инсульта.

В Красноярском крае функционирует 14 центров здоровья, которые являются опорными базами для формирования навыков здорового образа жизни среди населения близлежащих территорий; регулярно проводятся телевизионные передачи, посвященные пропаганде здорового образа жизни; раздаются тематические брошюры.

Первый уровень – догоспитальный этап, амбулаторно-поликлиническая помощь

На догоспитальном этапе оказания медицинской помощи мероприятия направлены на диагностику острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST и, соответственно, возможно раннюю реваскуляризацию миокарда (тромболизис или чрескожное вмешательство), для чего во всех

муниципальных образованиях внедрена система догоспитального тромболизиса.

На базе регионального сосудистого центра КГБУЗ «Краевая клиническая больница» создан и работает в круглосуточном режиме центр дистанционного ЭКГ-консультирования, 196 бригад скорой медицинской помощи оснащены ЭКГ-регистраторами, позволяющими передавать электрокардиограмму (далее – ЭКГ) пациента с места вызова в центр теле-ЭКГ по каналам сотовой связи или по обычной телефонной линии.

Кроме этого, в приемные, терапевтические отделения районных больниц, ФАПы, врачебные амбулатории, участковые больницы передано 96 ЭКГ-регистраторов без функции распечатки ЭКГ («слепые»). Ежедневно центр принимает от 50 до 100 ЭКГ.

За 2013 год передано и обработано 20⁰48 дистанционных ЭКГ, в 350 случаях рекомендовано проведение тромболитической терапии (далее – ТЛТ). В 2013 году из 1⁰06 пациентов получивших ТЛТ по поводу острого инфаркта миокарда с подъемом ST, догоспитальный тромболизис применялся у 327 пациентов, или 32,5% (в 2012 году – 208 пациентов (24,4%), из 852 пациентов получивших ТЛТ).

Второй уровень – оказание специализированной медицинской помощи в межрайонных центрах.

В рамках сосудистого проекта с 2008 года в Красноярском крае функционируют один региональный (в г. Красноярске) и три первичных (города: Красноярск, Норильск, Минусинск) сосудистых центра, включающих в себя зеркальные составляющие из подразделений по оказанию медицинской помощи при ОКС и ОНМК. В рамках Программы модернизации созданы еще 4 первичных сосудистых центра в межрайонных центрах (города: Красноярск, Ачинск, Канск, Лесосибирск). Пересмотрена маршрутизация и логистика оказания медицинской помощи с ориентацией на оказание медицинской помощи в сосудистых центрах пациентам, находящимся в «терапевтическом окне», как при ОКС, так и при ОНМК. Региональный сосудистый центр, являясь организационно-методическим центром по оказанию медицинской помощи при ОКС и ОНМК, в регулярном режиме проводит on-line-планерки с первичными сосудистыми центрами, что позволяет оказывать организационно-методическую и консультативно-диагностическую помощь, принимать решения в оперативном режиме.

С 1 октября 2013 года в рамках государственно-частного партнерства открылся еще один первичный сосудистый центр в ООО «Железнодорожная больница».

Таким образом, в зоне сосудистых центров коечной мощностью 370 коек для лечения ОКС и 318 коек для лечения ОНМК находится 92 % населения, то есть охват специализированной медицинской помощью составит не менее 92 процентов. Достичь в крае 100 % охвата специализированной медицинской помощью в «терапевтическом окне» у больных ОКС и ОНМК не представляется возможным ввиду

географических особенностей региона, где часть населенных пунктов находятся на очень большом территориальном отдалении от районных и городских центров, не имеют автомобильного транспорта и доступны только для санитарной авиации.

По итогам 2013 года в сосудистых центрах пролечено 22 957 пациентов.

Внедрению малоинвазивных рентгенохирургических эндоваскулярных технологий – коронароангиографии и чрескожных коронарных вмешательств (баллонная ангиопластика со стентированием коронарных артерий), созданию и развитию инвазивных центров уделяется большое внимание. В настоящее время в крае 9 ангиографов в 6 отделениях и кабинетах: в региональном сосудистом центре КГБУЗ «Краевая клиническая больница», двух крупных многопрофильных больницах г. Красноярска, КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница», ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также ФГБУЗ «Сибирский клинический центр ФМБА России».

В данных учреждениях в 2013 году осуществлено – 10 250 коронароангиографий (из них 74,6 % в КГБУЗ «Краевая клиническая больница»), 2 493 чрескожных коронарных вмешательств (2012 год – 11 760 коронароангиографий, 2 311 чрескожных коронарных вмешательств).

Общее количество выполненных диагностических и лечебных вмешательств в 2012 году составило: в Красноярском крае – 17 329 (32 % от выполненных вмешательств в СФО), в СФО – 54 088, в РФ – 323 918.

Показатель обеспеченности внутрисосудистыми (эндоваскулярными) реваскуляризирующими операциями при ишемической болезни сердца в Красноярском крае является достаточно высоким и составляет 1 532 на 1 млн человек населения (в СФО – 730 на 1 млн человек населения, в целом по РФ – 531 на 1 млн человек населения).

Межтерриториальное взаимодействие.

С открытием регионального сосудистого центра на базе республиканской больницы г. Абакана планируется активно развивать межтерриториальное взаимодействие по направлению в это центр пациентов, проживающих в южных районах края, территориально находящихся более 500 км от г. Красноярска, но в 50-150 км от столицы Республики Хакасия.

Внедрение системы on-line-мониторинга больных с ОКС госпитализированных в медицинские организации Красноярского края.

Информация о больных с ОКС в оперативном режиме поступает в региональный сосудистый центр КГБУЗ «Краевая клиническая больница», где сконцентрированы квалифицированные кадры врачей-кардиологов. Все пациенты распределены в соответствии с группами риска, и врачи, в первую очередь центральных районных и городских больниц, имеют возможность получить консультацию квалифицированных кардиологов при ведении данной категории больных.

Медицинская реабилитация больных, перенесших сосудистые катастрофы.

В течение 3 лет в Красноярском крае в рамках государственно-частного партнерства за счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края в двух специализированных санаториях, находящихся на территории края – ЗАО «Санаторий «Красноярское Загорье», ОАО Санаторий «Енисей» - организована система этапной реабилитации работающих граждан, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт, для чего работа санаториев соответствующим образом переформатирована с учетом требований по оказанию медицинской и лекарственной помощи данной категории пациентов.

Таблица 35 – Количество прошедших медицинскую реабилитацию в Красноярском крае за 2012-2013 годы

Показатель	2012 год (январь–декабрь)	2013 год (январь–декабрь)
Количество прошедших медицинскую реабилитацию с ОКС, человек	164	142
Количество прошедших медицинскую реабилитацию с ОНМК, человек	722	702
Количество прошедших медицинскую реабилитацию после проведенных операций на сердце и магистральных сосудах, человек	913	1024

Третий уровень – оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи медицинской помощи.

Специализированная высокотехнологичная медицинская помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями оказывается в региональном сосудистом центре КГБУЗ «Краевая клиническая больница», ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, федеральных клиниках за пределами Красноярского края. В 2013 году выполнено 4 628 оперативных вмешательств, в том числе 3 478 в ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В рамках перевода некоторых тиражированных видов (методов) лечения (в первую очередь это касается стентирования коронарных сосудов, имплантации однокамерных кардиостимуляторов) в настоящее время проведена работа по включению данных видов территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2014 год.

Таблица 36 – Количество пациентов, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь в 2012-2013 годах

Показатель	2012 год	2013 год	2014 год (план)	
			федеральный бюджет	средства ОМС
Количество пациентов, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь	5 926	5 741	6 339	4 150

На территории Красноярского края в 2014 году объемы ВМП за счет средств обязательного медицинского страхования определены для ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБУЗ «Сибирский клинический центр ФМБА России» по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (рентгенэндоваскулярные лечебные вмешательства на коронарных артериях).

Имеющаяся материально-техническая база и подготовленные специалисты в двух краевых и двух федеральных медицинских организациях позволят обеспечить доступность данных видов медицинской помощи для жителей Красноярского края. Часть пациентов будут по-прежнему направлена в федеральные клиники за пределами Красноярского края, в первую очередь в г. Новосибирск.

Пациенты, перенесшие операции на сердце и крупных сосудах, также имеют возможность пройти медицинскую реабилитацию в специализированных санаториях.

Дальнейшие перспективы совершенствования специализированной медицинской помощи связаны с развитием рентгенэндоваскулярных технологий в межрайонных центрах и с перепрофилированием неврологических и кардиологических отделений для работы по типу сосудистых центров.

Основные проблемы и их причины!

Недостаточная санитарно-просветительная работа с населением, приводящая к поздней обращаемости больных с острым расстройством кровообращения.

Низкая приверженность больных к предписываемой обязательной лекарственной терапии.

Недостаточный охват реабилитационными мероприятиями больных перенесших острые расстройства кровообращения и оперативные вмешательства на сердце и сосудах.

4.2.2. Новообразования

Одним из видов специализированной медицинской помощи и сложнейшим разделом здравоохранения является предупреждение, диагностика и лечение онкологических заболеваний.

В 2013 году на территории Красноярского края зарегистрирован 10 291 случай злокачественных новообразований (далее – ЗНО). Заболеваемость составила 361,5 случая на 100 тыс. человек населения (в 2012 году – 350,4 случая на 100 тыс. человек населения).

В 2013 году по сравнению с 2009 годом заболеваемость ЗНО выросла на 15,1 %, а по сравнению с 2012 годом выросла на 3,2 процента. Рост заболеваемости связан с увеличением в крае доли населения старшего возраста и улучшением выявления ЗНО за счет широкого внедрения современных методов диагностики.

Как обстоят дела в 2013 году:

Заболеваемость злокачественными новообразованиями – **361,5** случаев на 100 тыс. человек населения.

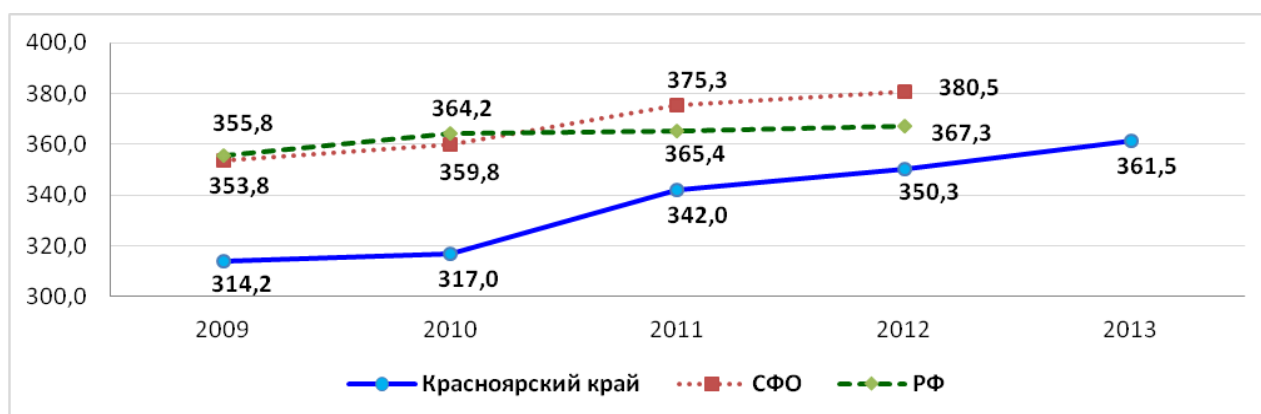


Рисунок 26 - Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Красноярском крае, РФ и СФО за 2009-2013 годы (на 100 тыс. населения)

Среди заболевших доля мужчин составила 46,1 %, женщин – 53,9 процента. Максимальное число заболевших приходится на возрастные группы 55–59 лет и 60–64 года: у мужчин 15,6 % и 18,9 %, у женщин 13,2 % и 16,0 % соответственно. У мужчин в возрастной группе 60 лет и старше диагностируются 62,9 % случаев заболевания, у женщин – 57,7 процента.

В 2013 году по сравнению с 2009 годом отмечается рост заболеваемости ЗНО предстательной железы на 72,3 % (с 30,2 случая до 52,0 случаев на 100 тыс. мужского населения), кожи на 62,3 % (с 22,8 случая до 37,0 случаев на 100 тыс. человек населения), щитовидной железы на 34,6 % (с 5,3 случая до 7,1 случая на 100 тыс. человек населения), тела матки на 28,4 % (с 19,7 случая до 25,3 случая на 100 тыс. женского населения), шейки матки на 26,8 % (с 18,8 случая до 23,8 случая на 100 тыс. женского населения), молочной железы на 22,2 % (с 66,8 случая до 81,1 случая на 100 тыс. женского населения).

Ведущими локализациями в общей (оба пола) структуре ЗНО в 2013 году являются: рак легкого – 13,2 %, рак молочной железы – 12,0 %, кожи – 10,3 %, рак предстательной железы – 6,7 процента.

В структуре заболеваемости населения РФ лидируют рак кожи – 12,6 %, молочной железы – 11,1 %, легкого – 10,7 процента.

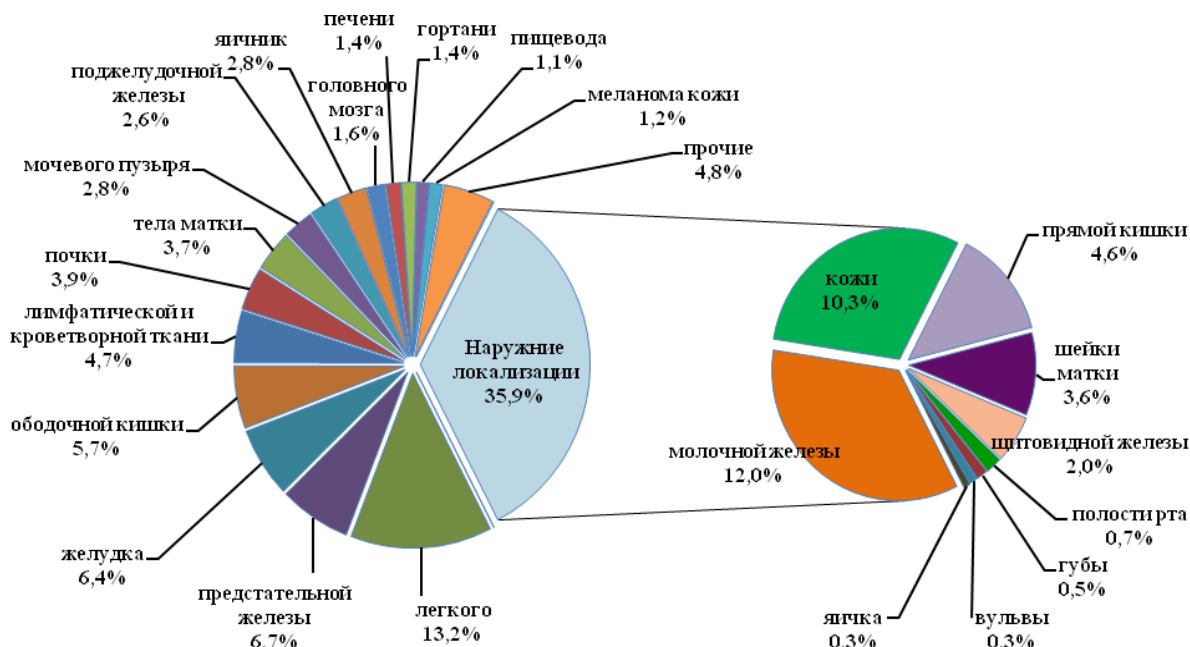


Рисунок 27 – Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями в Красноярском крае за 2013 год

В 2013 году на I-II стадии ЗНО были диагностированы 44,8 процента. В сравнении с 2012 годом этот показатель вырос на 6,3 %, а в сравнении с 2009 годом на 39,6 процента.

В 2013 году по сравнению с 2009 годом наибольшее увеличение доли ЗНО I-II стадии отмечается при ЗНО желудка (136,9 %), ободочной кишки (135,2 %), прямой кишки (155,6 %). С целью раннего выявления ЗНО в Красноярском крае продолжено проведение медицинских осмотров лиц с риском развития ЗНО.

В 2013 году осмотрено более 40 тысяч человек старше 50 лет, не прошедшие в 2013 году диспансеризацию. При осмотрах выявлено 379 лиц со ЗНО, эффективность составила 0,94 процента. Также в 2013 году произведено 10 выездов врачебных бригад КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» в территории Красноярского края (17 территорий), где специалистами-онкологами осмотрено 1 546 пациентов. Для уточнения диагноза 240 человек с подозрением на ЗНО направлено в онкологический диспансер.

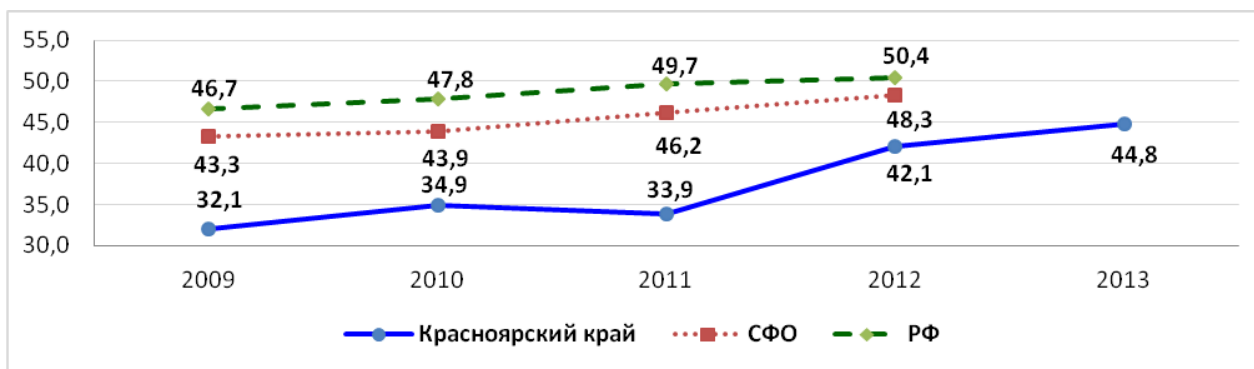


Рисунок 28 – Динамика выявления злокачественных новообразований на I-II стадии в Красноярском крае, РФ и СФО за 2009-2013 годы (%)

Увеличение количества маммографов в Красноярском крае с 33 в 2010 году до 54 в 2013 году (в 2013 году введено в эксплуатацию 8 маммографов), и количества проведенных исследований с 84 273 в 2010 году до 184 832 в 2013 году, привело к росту выявления ЗНО молочных желез на I-II стадии на 24,3 процента.

Включение теста на PSA (простатспецифический антиген) в стандарт профилактических осмотров, позволило увеличить выявление ЗНО предстательной железы на I-II стадии на 69,3 % (с 24,1 % в 2009 году до 40,8 % в 2013 году).

Низкий уровень выявления на ранних стадиях ЗНО таких локализаций, как пищевод – 18,8 %, поджелудочной железы – 11,0 %, легкого – 15,3 % объясняется не только трудностями диагностики, но и часто скрытым течением этих заболеваний.

В 2013 году ЗНО запущенной формы, с учетом ЗНО визуальных локализаций выявленных на III стадии, диагностированы у 26,6 % пациентов. За пятилетний период этот показатель снизился на 6,0 процентов. В 2013 году показатели несвоевременной диагностики были максимальны при новообразованиях поджелудочной железы – 63,7 %, желудка – 39,5 %, легкого – 38,5 %. В 2013 году по сравнению с 2009 годом отмечается снижение показателей запущенности ЗНО визуальных локализаций: полости рта на 22,4 % (с 74,4 % до 57,7 %), прямой кишки на 8,7 % (с 66,4 % до 60,6 %), шейки матки на 32,7 % (с 41,9 % до 28,2 %).



Запущенность в диагностике злокачественных новообразований (III-IVст.) составляет **26,6 %**.

Показатель активной диагностики ЗНО в Красноярском крае в 2013 году составил – 14,5 %, в сравнении с 2009 годом увеличился на 13,3 процента. Учитывая наличие и широкое применение скрининговых методов диагностики, чаще всего активно выявляются ЗНО молочной железы – 41,9 %, шейки матки – 36,8 %, и предстательной железы – 27,6 процента. Как низкий следует рассматривать показатель активной выявляемости видимых локализаций: кожи – 14,4 %, полости рта – 19,1 %, прямой кишки – 4,8 процента.

В 2013 году в Красноярском крае доля больных, умерших в течение года с момента установления диагноза составила 26,0 % (2009 год – 29,5 %). Наименьший уровень догодичной летальности отмечается при новообразованиях кожи – 0,8 % (2009 год – 0,9 %), щитовидной железы – 4,4 % (2009 год – 7,3 %), молочной железы – 8,5 % (2009 год – 10,7 %), предстательной железы – 9,6 % (2009 год – 13,0 %). Наибольший уровень догодичной летальности отмечается при ЗНО пищевода – 54,9 % (2009 год – 55,6 %), желудка 69,9 % (2009 год – 54,6 %), легкого – 54,5 % (2009 год – 48,1 %).

Причины несвоевременного выявления злокачественных новообразований:

низкая информированность населения о проявлениях злокачественных новообразований и как следствие позднее обращение к врачу;
 низкая «онкологическая настороженность» врачей первичного звена;
 неполный охват населения профосмотрами;
 низкая нагрузка в смотровых кабинетах, в которых не производится осмотр мужского населения, не производится пальцевое ректальное исследование;
 недостаточно проводится работа с диспансерной группой больных с предопухолевыми заболеваниями (нерегулярные осмотры).

Организация онкологической помощи

Плановая медицинская помощь пациентам с онкологической патологией оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения и их структурных подразделениях – центральных районных больницах, центральных городских больницах, общих врачебных практиках, участковых больницах, врачебных амбулаториях, фельдшерско-акушерских пунктах, женских консультациях.

Специализированную онкологическую медицинскую помощь в Красноярском крае оказывают следующие учреждения:

КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», коечный фонд которого составляет 495 коек круглосуточного стационара (310 хирургических, 120 радиотерапевтических, 65 химиотерапевтических) 3 дневных стационара общей численностью 240 пациенто-мест, МБУЗ «Канская центральная городская больница» – 20 коек, МБУЗ «Норильская городская больница №1» – 40 коек, МБУЗ «Ачинская центральная районная больница» – 22 койки, МБУЗ «Лесосибирская центральная городская больница» – 8 коек, МБУЗ «Минусинская центральная районная больница» – 2 койки, ФГБУЗ «Сибирский клинический центр ФМБА России» – 6 коек; ФГБУЗ «Клиническая больница № 51 ФМБА России» – 10 коек. Кроме того, специализированная медицинская помощь больным с онкологическими заболеваниями осуществляется в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» на койках нейрохирургического, травматологического и гематологического

профиля. Специализированная онкологическая помощь больным со злокачественными новообразованиями кроветворной системы осуществляется в МБУЗ «Городская клиническая больница № 7» и КГБУЗ «Краевая клиническая больница», костно-мышечной и нервной системы – в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», кишечника – в КГБУЗ «Городская клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона». Специализированная онкологическая помощь детям оказывается в КГБУЗ «Красноярская краевая детская клиническая больница» (34 койки.)

В 2013 году в стационаре КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» пролечено – 11 325 больных (в 2012 году – 11 691 больной, в 2009 году – 10 970 больных). Среднее пребывание больного на койке составило 15,3 дня (2012 год – 14,7 дня, 2009 год – 15,9 дня). Увеличение среднего койко-дня связано с ростом доли больных со злокачественными новообразованиями среди пролеченных больных с 87,3 % в 2012 году до 89,3 % в 2013 году (2009 год – 82,5 %), увеличением хирургической активности с 92,2 % до 95,7 % (2009 год – 92,6 %).

В 2013 году по сравнению с 2009 годом в условиях круглосуточного стационара проведено 4 344 курсов химиотерапии (2009 год – 2 378 курсов химиотерапии), 6 830 операций (2009 год – 4 526 операций). В 2013 году в дневном радиотерапевтическом стационаре пролечено 1 461 больных (2012 год – 1 654 больных). В 2013 году созданы тарифы для проведения лечения таргетными препаратами в дневном стационаре противоопухолевой лекарственной терапии, с чем связано увеличение количества курсов химиотерапии – 3 904 (2012 год – 3 161, 2009 год – 1 187), в хирургическом дневном стационаре – 3 918 (2012 год – 3 551, 2009 год – 1 787).

В соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 04.08.2013 №401-орг «О проведении медицинских осмотров граждан в возрасте 50 лет и старше на предмет выявления развития злокачественных новообразований», в 2013 году было осмотрено 40 276 человек, количество выявленных лиц с ЗНО составило 379 человек (112 мужчин и 267 женщин), что составило 0,94 % от числа осмотренных пациентов.

В Красноярском крае продолжает действовать программа по поощрению медицинских работников за выявление ЗНО на I-II стадиях. За период 2012-2013 годы премировано 4 609 медработников разных специальностей (фельдшера, медсестры, врачи) на общую сумму более 5 млн рублей.

Основные проблемы и их причины!

Дефицит врачебных кадров в территориях края.

Недостаточный уровень контроля результативности профилактических осмотров.

Недостаточная информированность населения о проявлениях злокачественных новообразований, методах диагностики и лечения, и как следствие позднее обращение к врачу.

Низкая обращаемость в смотровые кабинеты, в которых практически не производится осмотр мужского населения, не проводится пальцевое ректальное исследование;

Плохо организована работа в медицинских организациях с диспансерной группой пациентов с предопухолевыми заболеваниями (нерегулярные диспансерные осмотры или невыполнение стандарта осмотра).

4.2.3. Туберкулез

Туберкулез – заболевание имеющее ярко выраженную связь с качеством жизни населения, поэтому изменение социально-экономической обстановки отражается на эпидемической ситуации по туберкулезу.

По итогам 2013 года ситуация по туберкулезу в Красноярском крае сохраняется стабильной.

Заболеваемость всеми формами туберкулеза за 2013 год составила 94,4 случая на 100 тыс. человек населения, что на 1 % ниже уровня 2012 года (2012 год – 95,3 случая на 100 тыс. человек населения).

По-прежнему среди впервые выявленных случаев туберкулеза 96,2 % составляет туберкулез органов дыхания, на другие локализации туберкулеза в структуре заболевших приходится менее 4-х процентов. Мужчины болеют туберкулезом в 1,9 раза чаще женщин, рецидивы среди мужчин отмечены в 3,8 раза чаще, чем среди женщин, что объясняется наличием большего числа факторов «риска» (как медицинских, так и социальных) по заболеваемости туберкулезом у мужчин, чем у женщин.

Туберкулез является не только медико-социальной, но и экономической проблемой, так как поражает наиболее экономически активную часть населения.

Как обстоят дела в 2013 году:

Заболеваемость туберкулезом – 94,4 случая на 100 тыс. человек населения.

Почему заболеваемость туберкулезом выше у мужчин?

1. Высокая распространенность вредных привычек и патологических зависимостей (табакокурение, пьянство и алкоголизм, наркомания).
2. Более высокая, чем у женщин распространенность хронических заболеваний, создающих риск для развития и рецидива туберкулеза (ХОБЛ, язвенная болезнь желудка и ДПК, хронический гепатит и цирроз печени).
3. Мужчин отличает более невнимательное отношение к своему здоровью, пренебрежение профилактическими мероприятиями

Максимальные показатели заболеваемости туберкулезом отмечаются в экономически наиболее активном возрасте – от 25 до 54 лет, составляет среди заболевших 68,8 процента.

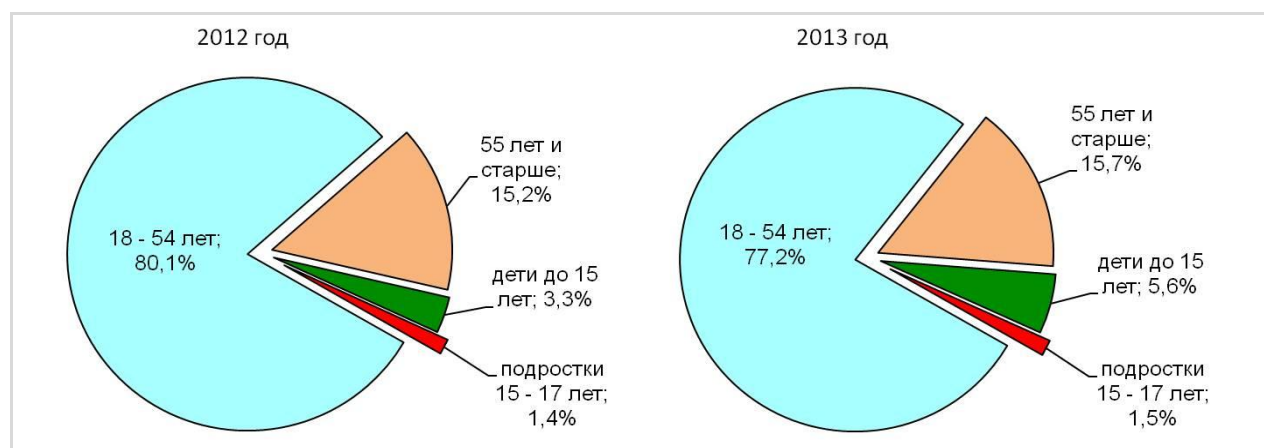


Рисунок 29 – Возрастная структура заболеваемости туберкулезом в Красноярском крае за 2012-2013 годы

Среди впервые зарегистрированных больных туберкулезом лица из мест лишения свободы в 2013 году составляют 10 % (2012 год – 11,0 %). Уменьшилось число случаев туберкулеза у иностранных граждан, выявленных на территории Красноярского края, за 2013 год – 46 человек, (2012 год – 67 человек, 2011 год – 78 человек).

Заболеваемость туберкулезом детского населения возросла по сравнению с 2012 годом на 21 % и составила в 2013 году 31,2 случая на 100 тыс. детского населения. Рост заболеваемости объясняется улучшением диагностики малых форм туберкулеза у детей в связи с более широким применением в обследовании детей компьютерной томографии и пробы с диаскинтестом.

Наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу сохраняется в районах: Абанском, Березовском, Большемуртинском, Держинском, Емельяновском, Партизанском, Уярском, Шушенском, где уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза значительно превышает краевые показатели.

Таблица 37 – Заболеваемость туберкулезом в Красноярском крае, РФ и СФО за 2009 – 2013 годы (на 100 тыс. человек населения)

Заболеваемость	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Красноярский край. Заболеваемость всего	104,1	97,5	99,6	95,6	94,4
Красноярский край. Заболеваемость детей	18,1	18,9	20,7	26,1	31,2
СФО	129,0	121,5	119,4	109,3	104,8
РФ	82,6	77,4	73,0	68,1	н/д

По состоянию на 01.01.2014 в противотуберкулезных учреждениях Красноярского края состоит на учете 6 540 больных активными формами туберкулеза, из них 95,2 % приходится на туберкулез с поражением органов дыхания; 40,3 % с бактериовыделением. Число бактериовыделителей уменьшилось за 5 лет на 417 человек и по состоянию на 01.01.2014 составило 2 483 человека.

Наряду с уменьшением общего числа бактериовыделителей возрастает проблема распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (далее – МЛУ), когда возбудитель туберкулеза устойчив

В Красноярском крае в 2013 году состоит на учете 6 540 больных активными формами туберкулеза.

по меньшей мере к двум противотуберкулезным препаратам первой линии – изониазиду и рифампицину. В 2013 году МЛУ была зарегистрирована у 18 % впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии, и у 44,9 % среди общего числа бактериовыделителей. За 5 лет общее число больных туберкулезом с МЛУ в Красноярском крае возросло на 105 человек и по состоянию на 01.01.2014 составило 1 114 человек.

Растет число больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, так как туберкулез является основным вторичным заболеванием на стадии клинических проявлений ВИЧ-инфекции. За 5 лет число таких больных увеличилось на 372 человека и по состоянию на 01.01.2014 составило 633 человека. За 2013 год выявлено 305 новых случаев туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией (за 2012 год выявлено – 322 случая, за 2011 год – 264 случая).

Лечение туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией и множественной лекарственной устойчивостью значительно длительнее, требует больших финансовых затрат, организации отдельных палат и отделений для этой категории больных, совместной работы фтизиатров, инфекционистов, наркологов, психологов.

Организация противотуберкулезной помощи

По состоянию на 01.01.2014 в Красноярском крае общее число круглосуточных туберкулезных коек составляет – 1 857, санаторных коек – 380. Обеспеченность противотуберкулезными койками в крае составляет 0,7 на 1 000 человек населения.

С целью оптимизации коечного фонда, рационального его использования за 5 лет сокращено 280 стационарных коек. Наряду с этим 165 стационарных коек в трех учреждениях реорганизованы в отделения сестринского ухода. При противотуберкулезных диспансерах функционирует также 180 коек дневного пребывания.

По состоянию на 01.01.2014 в Красноярском крае фтизиатров 156 человек, что составляет 0,6 на 10 тыс. человек населения и соответствует уровню 2009 года. Укомплектованность врачами фтизиатрами районов Красноярского края неудовлетворительная (менее 50 %), в 16 районах работают совместители на 0,25 – 0,5 ставки, что отражается на качестве проводимой противотуберкулезной работы.

Низким остается уровень укомплектованности врачами фтизиатрами краевых противотуберкулезных учреждений, от 30 % в КГКУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 6» (Рыбинский район) до 58,0 % в КГКУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 2» (г. Красноярск).

Как обстоят дела в 2013 году:

В 2013 году фтизиатрическую помощь населению оказывали:
противотуберкулезные диспансеры краевого подчинения – 10;
краевые туберкулезные больницы – 3;
краевые детские противотуберкулезные санатории – 2;
туберкулезные отделения (при ЦРБ, ГБ) – 6;
туберкулезные кабинеты(при ЦРБ) – 42.

Основные проблемы и их причины

1. Кадровая проблема вследствие низкой оплаты труда, низкой престижности профессии, риска профессионального заражения.
2. Неудовлетворительная материально-техническая база противотуберкулезных учреждений, большинство из которых расположены в приспособленных зданиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам; недостаток площадей.
3. Потребность в приобретении современного оборудования для противотуберкулезных учреждений края и обновлении имеющегося оборудования.
4. Недостаточная эффективность лечения больных туберкулезом вследствие несвоевременного выявления заболевания, что находится в прямой зависимости от организации профилактических мероприятий (осмотры населения на туберкулез, профилактические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции). Причиной недостаточной эффективности лечения является также низкая приверженность больных туберкулезом к лечению.

По итогам работы 2013 года охват населения Красноярского края профилактическими флюорографическими осмотрами на туберкулез повысился и составил 65,5 % от всего населения (2009 год – 54,4 %).

В 5 территориях края этот показатель не превышает 50 %: Богучанский район – 42,3 %, Емельяновский район – 35,5 %, Иланский район – 39,1 %, г.Минусинск и Минусинский район – 49,0 %, Мотыгинский район – 46,8 процента.

Таблица 38 – Охват профилактическими осмотрами на туберкулез в Красноярском крае за 2009 – 2013 годы

Осмотрено (в % от численности населения)	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Всего	57,6	60,4	63,5	64,1	70,1
в т. ч. флюорографически	54,4	53,4	56,0	57,0	65,6
в т. ч. туберкулиновыми пробами детей	79,3	97,9	97,7	98,0	88,7

С 1999 года в Красноярском крае реализуется краевая целевая программа по борьбе с туберкулезом. В 2013 году краевая целевая программа «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями» на 2011 – 2013 годы по разделу «Туберкулез» профинансирована на 100,0 процентов. Всего в рамках программы на общую сумму 44 272,6 тыс. рублей приобретены противотуберкулезные препараты, препараты для сопроводительной терапии, которые распределены в учреждения здравоохранения края в соответствии с количеством больных активными формами туберкулеза, нуждающихся в проведении химиотерапии; с количеством лиц из групп риска, нуждающихся в проведении химиопрофилактики.

В 2013 году на общую сумму 3 069,5 тыс. рублей в рамках программы приобретен туберкулин для проведения туберкулинодиагностики и распределен во все учреждения здравоохранения Красноярского края.

За счет средств предоставленного в 2013 году бюджету Красноярского края из федерального бюджета трансферта в размере 100 902,5 тыс. рублей проведены конкурсные процедуры на приобретение противотуберкулезных препаратов второго ряда для лечения больных туберкулезом с МЛУ возбудителя и диагностических средств для выявления, определения чувствительности микобактерий туберкулеза и мониторинга лечения больных туберкулезом с МЛУ возбудителя.

В рамках ведомственной программы по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения края финансировались мероприятия по установке пожарноохранной сигнализации, изготовлению проектно-сметной документации и проведению капитального ремонта краевых противотуберкулезных учреждений.

Таблица 39 – Объем финансирования в Красноярском крае за 2009-2013 годы (тыс. рублей)

	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Фин.средства	17 284,1	39 181,8	24 000,5	30 204,4	15 850,2

В 2013 году улучшилось качество микробиологической диагностики туберкулеза, на что указывает увеличение соотношения больных, выделяющих микобактерии туберкулеза и имеющих полость распада – 106,3 % (в 2009 году – 100,6 %).

В 2013 году освоены и внедрены в работу методы ускоренной диагностики туберкулеза:

молекулярно-генетическое исследование биологического материала с целью выявления ДНК микобактерий туберкулеза и определения лекарственной чувствительности возбудителя к рифампицину в течение суток;

метод посева биологического материала на жидкие питательные среды с использованием автоматизированной системы «ВАСТЕС».

В 2013 году внедрены новые методы лечения больных туберкулезом: лимфотропная терапия, клапанная бронхоблокация.

За 2013 год с целью привлечения к госпитализации больных, злостно уклоняющихся от лечения, в органы прокуратуры учреждениями здравоохранения Красноярского края подан 171 иск.

Проведен анализ использования коечного фонда всех противотуберкулезных учреждений с целью дальнейшей оптимизации его структуры. За 2013 год сокращено 29 коек для лечения взрослых больных.

Мероприятия для совершенствования системы оказания медицинской помощи больным туберкулезом

1. Увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез, совершенствование системы своевременного выявления туберкулеза.

2. Организация и проведение заседаний санитарно-противоэпидемических комиссий при главах администраций территорий по вопросам увеличения уровня охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез и профилактики туберкулеза.

3. Совершенствование выездных форм работы специалистов краевых противотуберкулезных учреждений с целью проверки организации профилактических осмотров на туберкулез, оказания организационно-методической помощи.

4. Совершенствование системы межведомственного взаимодействия (Роспотребнадзор, УФМС, МВД) по своевременному выявлению туберкулеза среди отдельных групп населения.

5. Оснащение медицинских учреждений края современной цифровой флюорографической техникой, в том числе передвижной.

6. Создание и эффективное функционирование электронных флюоротеков во всех лечебно – профилактических учреждениях края.

7. Бесперебойное обеспечение медицинских учреждений края иммунобиологическими препаратами для диагностики туберкулеза.

8. Повышение санитарной грамотности населения Красноярского края по вопросам профилактики туберкулеза (создание и тиражирование материалов по профилактике туберкулеза среди населения, проведение просветительской работы среди различных групп населения, организация выступлений специалистов противотуберкулезных учреждений в средствах массовой информации).

9. Обучение специалистов первичного звена, фельдшеров туберкулезных кабинетов общей лечебной сети вопросам своевременного выявления туберкулеза.

Мероприятия для предупреждения распространения туберкулеза, снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза

1. Реорганизация фтизиатрической службы края с эффективным функционированием трехуровневой системы оказания противотуберкулезной помощи населению края.

2. Развитие современных организационных форм лечения больных туберкулезом (отделения сестринского ухода, дневные стационары и т.д.).

3. Создание единой базы данных больных туберкулезом.

4. Внедрение стандартов лечения больных туберкулезом в круглосуточном стационаре терапевтического и хирургического профилей.

5. Внедрение системы телемедицинского консультирования во все противотуберкулезные учреждения края.

6. Реализация долгосрочных краевых целевых программ по обеспечению учреждений здравоохранения края противотуберкулезными препаратами, препаратами для сопроводительной терапии; приобретение новых препаратов для этиологического и патогенетического лечения больных туберкулезом.

7. Внедрение ускоренных методов бактериологической и иммунологической диагностики туберкулеза; современных рентгенологических, эндоскопических, хирургических методов диагностики и лечения туберкулеза.

8. Оснащение противотуберкулезных учреждений края современным медицинским оборудованием для диагностики и лечения больных туберкулезом.

9. Приведение материально – технической базы противотуберкулезных учреждений в соответствие нормам санитарного законодательства. Строительство оперативно – реанимационного блока хирургического корпуса КГКУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер №1».

10. Обучение и повышение квалификации медицинских кадров противотуберкулезных учреждений (фтизиатров, рентгенологов, торакальных хирургов, лаборантов и др.).

11. Совершенствование системы межведомственного взаимодействия с учреждениями ФСИН по преемственности в лечении и диспансерном наблюдении больных туберкулезом.

4.2.4. Инфекции, передаваемые половым путем

Анализ эпидемиологической ситуации в Красноярском крае по распространенности инфекций, передаваемых половым путем (далее – ИППП), показал не только стабилизацию процесса, но и положительную тенденцию к дальнейшему снижению заболеваемости.

В Красноярском крае за период 2009-2013 годы отмечается снижение заболеваемости в целом по всем инфекциям, передающимся половым путем, на 36,3 %, так и практически по всем основным нозологическим формам. Снижение заболеваемости сифилисом – на 32,3 %, гонореей – на 46,4 %, трихомонозом – на 29,2 %, хламидиозом – на 70,9 %, урогенитальным герпесом – на 31,8 процента.

Неблагоприятные последствия инфекций передаваемых половым путем, заключаются в значительном увеличении числа лиц, страдающих бесплодием.

В структуре первичной заболеваемости ИППП, наибольший удельный вес приходится на трихомоноз – 49,2 % (3099 человек), сифилис – 20,7 % (1302 человека), гонорею – 16,9 % (1065 человек), хламидиоз – 6 % (380 человек), герпес урогенитальный – 3 % (187 человек), аногенитальные бородавки – 4,2 % (266 человек).

Таблица 40 – Структура заболеваемости ИППП в Красноярском крае за 2009-2013 годы (на 100 тыс. человек населения)

Заболевания	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Всего ИППП	372,9	313,3	283,6	257,0	221,3
Сифилис	67,37	66,8	62,7	58,2	45,7
Гонококковая инфекция	69,83	67,1	58,03	52,3	37,4
Трихомоноз	153,7	122,8	113,4	103,5	108,9
Хламидиоз	45,7	32,1	24,4	20,9	13,3
Герпес урогенитальный	9,68	8,3	10,3	9,5	6,6
Аногенитальные бородавки	26,6	16,2	14,8	13,1	9,3

Ретроспективный анализ эпидемиологии сифилиса за период 2009 - 2013 годы выявил устойчивые положительные тенденции, наметившиеся в динамике заболеваемости сифилисом населения Красноярского края:

снижение интенсивного показателя заболеваемости на 32,3 % (с 67,4 случая до 45,7 случая на 100 тыс. человек населения);

снижение заболеваемости всеми формами сифилиса детей (от 0 до 14 лет) на 55 % (с 4,2 случая до 1,9 случая на 100 тыс. детского населения);

снижение заболеваемости врожденным сифилисом в 3,6 раза;

снижение заболеваемости среди подростков на 16,4 % (с 47,5 случая до 39,7 случая на 100 тыс. соответствующего населения).

Тем не менее, сохраняется и ряд негативных аспектов распространенности сифилитической инфекции среди населения Красноярского края:

заболеваемость сифилисом в крае в 1,4 раза превышает данные по РФ (33,0 случая на 100 тыс. человек населения);

стагнация удельного веса беременных, больных сифилисом к общему числу впервые инфицированных (2009 год – 8,6 %, 2013 год – 8,8 %).

В 2013 году первичная заболеваемость сифилисом городского населения составила – 46,3 случая на 100 тыс. человек населения, что на 6 % выше заболеваемости сельского населения – 43,8 случая на 100 тыс. человек населения. Активность выявления больных сифилисом стабильно высокая (79 %), число обследованных контактов на 1 больного сифилисом – 2,5 человек.

В Красноярском крае за период 2009 - 2013 годы заболеваемость гонореей уменьшилась на 54 % (с 69,8 случая до 37,4 случая на 100 тыс. человек населения). За пятилетний период заболеваемость трихомонозом уменьшилась в 1,4 раза и составила 108,9 случая на 100 тыс. человек населения.

В 2013 году в Красноярском крае с болезнями кожи и подкожной клетчатки зарегистрировано – 119 978 человек, показатель заболеваемости составил – 4214,96 случая на 100 тыс. человек населения, что на 25 % ниже данных прошлого года.

Существующая сеть и система оказания медицинской помощи

Дерматовенерологическая служба Красноярского края представлена КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1» (далее - КГБУЗ КККВД № 1) с головным диспансером в г. Красноярске и филиалами в городах: Ачинск, Лесосибирск, Минусинск, Канск. Кроме того, в медицинских учреждениях Красноярского края имеются 72 дерматовенерологических кабинета.

Мощность круглосуточных стационаров дерматовенерологического профиля составила – 260 коек, в том числе в КГБУЗ КККВД № 1 – 193 койки. Число мест дневного стационара – 242 койки, в том числе в КГБУЗ КККВД №1 – 175 коек. Функция врачебной должности в 2013 году составила – 4 484 посещения.

Что необходимо сделать!

Централизация микологической лаборатории на базе КГБУЗ КККВД №1;

Централизация исследований, в том числе бактериологических на обнаружение инфекций, передаваемых половым путем;

Внедрение методики терапии торпидных форм псориаза, биологическими препаратами, созданными с применением генно-инженерных методов - инфликсимаб (ремикейд);

Организация электронного заполнения, доставки по защищенному каналу VipNet из территорий Красноярского края учетной формы № 089/у - кв. «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки».

4.2.5. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

По состоянию на 01.01.2014 общее число ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных в Красноярском крае составляет – 19 105 человек, кумулятивный показатель заболеваемости составил – 675,3 случая на 100 тыс. человек населения, что на 17,3 % ниже показателя СФО (816,1 случая на 100 тыс. человек населения).

По уровню суммарной заболеваемости наиболее

неблагополучными территориями являются города: Норильск, Красноярск, Лесосибирск, Енисейск; районы: Уярский, Березовский, Кежемский, Таймырский, Рыбинский, на которые приходится 82,0 % от всех случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в Красноярском крае.

Справочно

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) – это вирус, который поражает клетки иммунной системы, в результате чего организм теряет способность защищаться от инфекций.

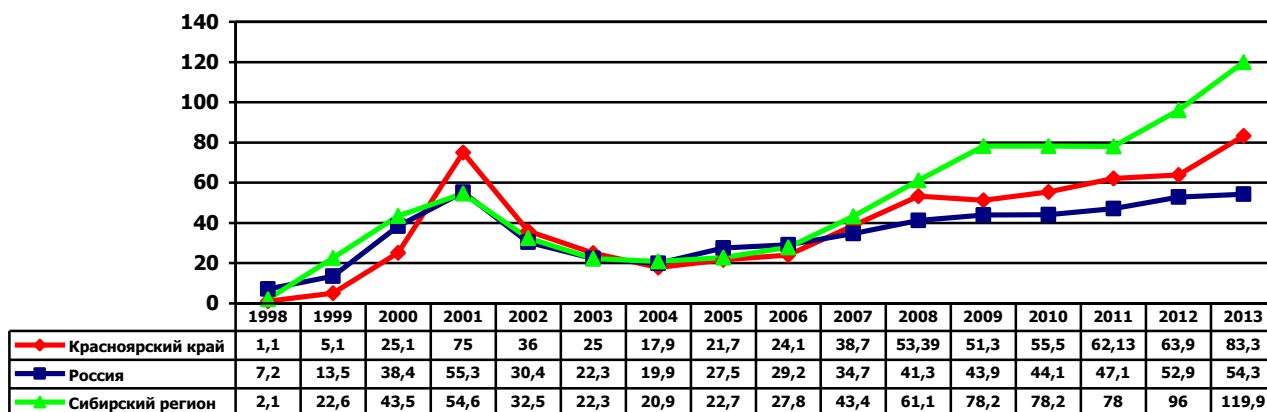


Рисунок 30 – Годовая динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России, Сибирском регионе и Красноярском крае

В Красноярском крае в 2013 году зарегистрировано – 2 688 случаев заболевания, из них – 2 371 с впервые в жизни установленным диагнозом. Показатель заболеваемости в 2013 году составил – 83,3 случая на 100 тыс. человек населения, что на 30,0 % больше, чем в 2012 году (63,9 случая на 100 тыс. человек населения) и на 53,4 % превышает аналогичный показатель РФ (54,3 случая на 100 тыс. человек населения).

Из числа вновь выявленных ВИЧ-инфицированных пациентов в 10–12 % регистрируются манифестные стадии ВИЧ-инфекции (в 2013 году СПИД зарегистрирован у 211 пациентов, в 2012 году – 229 пациентов, в 2011 году – 209 пациентов).

Рост заболеваемости отмечается в 28 территориях Красноярского края: в городах Минусинск рост в 5,1 раза, Бородино в 3,8 раза, Сосновоборск в 2,3 раза, Красноярск на 51,1 %, Назарово на 33,3 %, в Козульском

и Пировском районах в 2,5 раза, Ермаковском и Партизанском районах в 2 раза, в Богучанском районе на 91,6 процента.

Снижение заболеваемости, зарегистрированной в 2013 году, отмечено в городе Норильске на 2,4% и Уярском районе на 31,8 процента.

Причиной сформировавшегося высокого уровня заболеваемости является активное вовлечение населения территорий, характеризующихся относительным социальным благополучием, в эпидемию наркомании и активизацией полового пути передачи.



В течение последних 5 лет в 1,9 раза увеличилось число женщин с зарегистрированным диагнозом ВИЧ-инфекция (2009 год – 591; 2013 год – 1107).

В 55,2 % ВИЧ-инфицированных пациентов, выявленных в 2013 году, основным фактором риска инфицирования послужило употребление инъекционных наркотиков нестерильным инструментарием. В 44,3 % случаев заражения ВИЧ-инфекцией причиной инфицирования явились половые контакты, в 0,4 % случаев состоялась перинатальная передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

В 2013 году в числе выявленных ВИЧ-инфицированных по прежнему преобладают мужчины (58,8 %). Из числа ВИЧ-инфицированных женщин, выявленных в 2013 году, 94,1 % находились в репродуктивном возрасте, 58,8 % из них инфицировались ВИЧ при половых контактах, 41,2 % при инъекционном употреблении наркотиков нестерильным инструментарием.

В общем числе ВИЧ-инфицированных преобладают люди молодого возраста. За весь период эпидемии доля лиц, инфицированных в возрасте до 30 лет, составляет 63,0 % от общего числа ВИЧ-инфицированных, от 30 до 50 лет – 37,8 %, старше 50 лет – 2,2 процента. В 2013 году сохраняется тенденция роста доли ВИЧ-инфицированных в возрастной группе от 30 до 50 лет (до 60,4 %).

В 2013 году число впервые выявленных сочетанных случаев туберкулеза и ВИЧ-инфекции составило 371 против 322 в 2012 году; на диспансерном учете в 2013 году состояло 1 152 больных с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, из них 84,2 % с активными формами туберкулеза.

В течение последних 5 лет в 1,9 раза увеличилось число женщин с зарегистрированным диагнозом ВИЧ-инфекция (в 2009 году – 591 человек; в 2013 году – 1 107 человек). Число родов у ВИЧ-инфицированных женщин в 2013 году составило – 363, в сравнении с 2009 годом число родов увеличилось на 70,4 % (в 2009 году – 213 родов).

За период с 2011 года по 2013 годы доля случаев отсутствия вертикальной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку уменьшилась на 1,5 % (в 2011 году – 2,8 %; в 2013 году – 1,3 %), охват трехэтапной химиопрофилактикой передачи ВИЧ от матери ребенку составил в 2013 году 82,0 % (в 2012 году – 87,6 %). Показатель охвата пар «мать-дитя» химиопрофилактикой составил 98,7 % от общего числа детей, рожденных

ВИЧ-инфицированными женщинами. В соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» показатель охвата пар «мать-дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами должен составлять не менее 95,5 процентов.

В 2013 году отмечается снижение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку на 0,8 % по отношению к 2011 году (в 2011 году – 6,1 %; в 2013 году – 5,3 %). За период регистрации ВИЧ-инфекции на территории Красноярского края с 1990 года число детей, заразившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, составило 125 человек (в 2012 году – 12 детей; в 2013 году – 10 детей), из них 9 прибыло из других территорий с ранее установленным диагнозом ВИЧ-инфекция.

Показатель смертности среди ВИЧ-инфицированных в Красноярском крае за весь период наблюдения составил 93,9 случая на 100 тыс. человек населения, в 2013 году 17,9 случая на 100 тыс. человек населения.

Основными причинами высокой смертности ВИЧ-инфицированных является прогрессирование клинических форм заболевания, в том числе СПИД в 27,5 % случаев от общего числа умерших ВИЧ-инфицированных в 2013 году и сочетанное поражение ВИЧ и туберкулез в 27,9 % случаев.

С осени 2012 года на территории Красноярского края отмечается употребление немедицинского синтетического наркотика, именуемого на сленге потребителей наркотиков «скорость». Данный наркотик крайне рискован в плане инфицирования ВИЧ из-за большого количества инъекций в

В 2013 году женщины инфицировались ВИЧ преимущественно при половых контактах – 58,8 % (в 2012 году – 68,6 %) и в 41,2 % – при инъекционном употреблении наркотиков. У мужчин соотношение этих путей заражения составляет 34,9 % и 65,1 %.

сутки в течение нескольких дней, с использованием общего инъекционного оборудования и практикой употребления группой 5-10 человек. Кроме того, синтетический наркотик повышает сексуальную активность, поэтому помимо парентеральных контактов имеются многочисленные незащищенные половые контакты с различными партнерами, нередко практикуются ранее не применявшиеся гомосексуальные отношения.

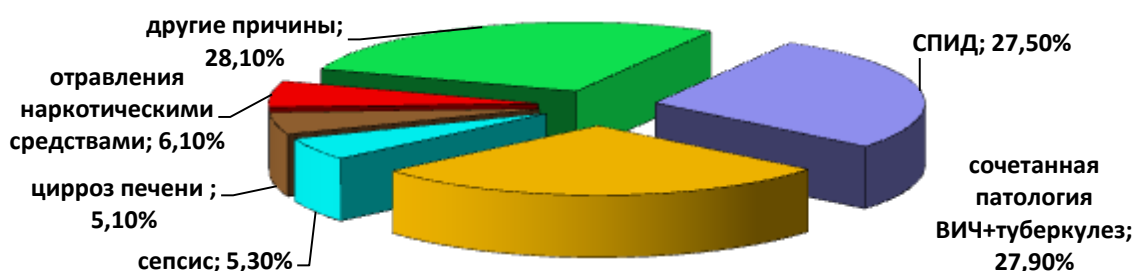


Рисунок 31 – Причины летальных исходов в Красноярском крае у ВИЧ-инфицированных в 2013 году

Существующая сеть и система оказания медицинской помощи

Первичная медико-санитарная помощь в отдаленных территориях Красноярского края оказывается в кабинетах инфекционных заболеваний медицинских учреждений. В городах: Ачинск, Лесосибирск, Норильск, Минусинск и Канск открыто 5 специализированных кабинетов для ВИЧ-инфицированных пациентов. Жителям города Красноярска и центральной группы районов первичную медико-санитарную специализированную помощь оказывает КГБУЗ «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД», который является специализированным медицинским учреждением, осуществляющим и координирующим мероприятия, направленные на предупреждение распространения заболевания ВИЧ-инфекцией на территории Красноярского края.

Стационарная помощь оказывается на круглосуточных инфекционных койках (426 коек) в краевых учреждениях здравоохранения.

Специализированная медицинская помощь осуществляется в инфекционных отделениях КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича» и КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 1», выполняющих функции межрайонных центров для центральной группы районов края, а также в КГБУЗ «Канская межрайонная больница», КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница № 2», КГБУЗ «Ачинская межрайонная детская больница», КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница № 2», КГБУЗ «Норильская городская больница № 2» и КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница».

Другие виды медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам оказываются в медицинских учреждениях (отделениях) в соответствии с профилем заболевания.

В 2013 году госпитализировано по поводу ВИЧ-инфекции 756 ВИЧ-инфицированных (в 2012 году – 636), из них 157 ВИЧ-инфицированных проходили стационарное лечение более двух раз в год.

В результате активного выявления ВИЧ-инфицированных, динамического диспансерного наблюдения, прогрессирования клинических форм заболевания, регистрации пациентов с поздними клиническими проявлениями в Красноярском крае в течение последних 5 лет произошло увеличение числа нуждающихся в госпитализации в 2,7 раза (с 996 человек в 2009 году до 2 697 человек в 2013 году).

Ежегодный охват скрининговыми и подтверждающими исследованиями на выявление ВИЧ-инфекции составляет более 20 % от численности населения Красноярского края:

- в 2011 году – 24,4 % (705 659 человек),
- в 2012 году – 24,2 % (684 287 человек),
- в 2013 году – 23,4 % (667 647 человек);

на вирусные гепатиты В и С:
в 2011 году – 19,0 % (538 729 человек),
в 2012 году – 20,2 % (570 689 человек),
в 2013 году – 20,4 % (579 915 человек).

Обеспечена доступность дорогостоящего лечения ВИЧ-инфекции и оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных пациентов. В 2013 году лечение, профилактику вторичных заболеваний и коррекцию нежелательных явлений получили 964 пациента. Лечение антиретровирусными препаратами получили 3 313 человек. Доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учете составила 30,0 % против 27,6 % в 2012 году при рекомендуемом показателе не ниже 20,0 % в соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

На диспансерном учете по состоянию на 31.12.2013 состояло 90,6 % ВИЧ-инфицированных пациентов из числа подлежащих учету (10 627 человек из 11 725 ВИЧ-инфицированных, подлежащих диспансерному учету). Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» установлена доля ВИЧ-инфицированных состоящих на диспансерном учете от числа выявленных не менее 75 процентов. Удельный вес ВИЧ-инфицированных, прошедших диспансерное обследование, составил 74,0 %, из них прошли обследование по определению иммунного статуса и вирусной нагрузки 97,4 % и 80,0 % соответственно.

В 2013 году приобретено оборудование на сумму 10 591,2 тыс. рублей, в том числе проточный цитофлюориметр для иммунологических исследований, 2-х и 4-х планшетные анализаторы для иммуноферментных исследований, датчик к аппарату «Фиброскан» для проведения неинвазивных диагностических исследований печени.

Основные проблемы и их причины!

1. Основной проблемой остается высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией и не снижающиеся темпы прироста новых случаев заболевания, активизация выхода эпидемии из наиболее уязвимых групп населения в общую популяцию при отсутствии признаков стабилизации эпидемии среди наркопотребителей

2. Дефицит кадров в медицинских учреждениях первичного звена, имеющих подготовку по инфекционным заболеваниям и ВИЧ-инфекции.

3. Низкая приверженность ВИЧ-инфицированных к диспансерному наблюдению, обследованию и лечению, в связи с отсутствием у пациентов обеспокоенности о состоянии своего здоровья.

4. Острый дефицит производственных площадей (1475,5 кв. метров) в КГБУЗ «Краевой Центр СПИД», не позволяющий расширить номенклатуру и объемы молекулярно – генетических исследований, организовать кабинет флюорографического обследования, прием фтизиатра и узких специалистов.

4.2.6. Наркологическая заболеваемость

За 2013 год специализированными наркологическими учреждениями Красноярского края зарегистрировано 43 840 больных наркологическими расстройствами (1540,1 случая на 100 тыс. человек населения). По сравнению с 2012 годом показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами в крае снизился на 4,7 процента. Как и в предыдущие годы большинство зарегистрированных – это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями (78,2 % от общего числа зарегистрированных).

Число зарегистрированных потребителей алкоголя, включая алкогольную зависимость и алкогольные психозы, в 2013 году составило 34 462 человека или 1210,7 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 35 898 человек или 1264,7 случая на 100 тыс. человек населения), снизившись на 4 %, а число потребителей наркотических средств составило 8 807 человек или 309,4 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 9 329 человек или 328,6 случая на 100 тыс. человек населения), снизившись на 5,9 процента.

Наиболее уязвимыми к потреблению наркотических веществ и алкоголя являются женщины и дети, что влечет за собой отрицательные демографические последствия (снижение рождаемости и ухудшение здоровья новорожденных, рост младенческой смертности) и снижение психического здоровья населения.

При этом данные по зарегистрированным в Красноярском крае больным с алкогольными психозами превышают показатель в РФ на 8,0 % (Красноярский край в 2013 году – 65,1 %), что в целом характеризует наркологическую ситуацию в крае, как неблагополучную.

Таблица 41 – Первичная наркологическая заболеваемость в Красноярском крае за 2012-2013 годы (абс./показатель на 100 тыс. человек населения)

	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под диспансерное наблюдение наркологическими учреждениями края									
	в том числе с диагнозом:									
	Всего больных		психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя+ синдром зависимости от алкоголя		из них: психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя		синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)		синдром зависимости от не наркотических веществ (токсикомания)	
	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.
Красноярский край	6090/ 214,6	5542/ 194,7	3596/ 126,7	3544/ 124,5	1177/ 41,5	1097/ 38,5	592/ 20,9	453/ 15,9	11/ 0,4	26/ 0,9

В 2013 году впервые в жизни обратилось за наркологической помощью 2 447 больных алкоголизмом (86,0 случая на 100 тыс. человек населения),

в 2012 году – 2 419 больных (85,0 случая на 100 тыс. человек населения). Число больных алкогольными психозами с впервые в жизни установленным диагнозом уменьшилась с 1 177 человек в 2012 году до 1 097 человек в 2013 году. Первичная заболеваемость алкогольными психозами в Красноярском крае снизилась на 7,2 процента (с 41,5 случая до 38,5 случая на 100 тыс. человек населения).

Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости алкогольными психозами отмечаются в городах: Норильск – 138,9 случая на 100 тыс. человек населения, Дудинка – 52,8 случая на 100 тыс. человек населения, Ачинск – 66,3 случая на 100 тыс. человек населения; районах: Партизанском – 448,6 случая на 100 тыс. человек населения, Назаровском – 76,1 случая на 100 тыс. человек населения, Туруханском – 72,7 случая на 100 тыс. человек населения, Богучанском – 64,3 случая на 100 тыс. человек населения, Шарыповском – 55,9 случая на 100 тыс. человек населения, Емельяновском – 52,6 случая на 100 тыс. человек населения.

В Красноярском крае на протяжении ряда лет отмечается снижение уровня первичной заболеваемости наркоманией. Показатель первичной заболеваемости наркоманией в 2013 году составил 15,9 случая на 100 тыс. человек населения, что ниже показателя 2012 года на 23,9 процента. Снижению первичной заболеваемости наркоманией в крае способствовала активизация проводимых профилактических мероприятий, направленных на своевременное выявление лиц, начинающих употреблять наркотические средства.

Наиболее высокая первичная заболеваемость наркоманией сохраняется в районах: Идринском – 82,5 случая на 100 тыс. человек населения, Боготольском – 47,0 случаев на 100 тыс. человек населения, Манском – 43,9 случая на 100 тыс. человек населения, Саянском – 43,7 случая на 100 тыс. человек населения и в г. Норильске – 30,2 случая на 100 тыс. человек населения.

За 2013 год впервые в жизни обратилось за наркологической помощью 26 больных токсикоманией, что составило 0,9 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 0,4 случая на 100 тыс. человек населения). Первичная заболеваемость токсикоманией в 2013 году превысила уровень 2012 года в 2,2 раза, что связано с распространением среди молодежи курительных смесей.

Знаете ли вы, что на уровень психического здоровья ребенка влияет:

употребление наркотических веществ или алкоголя матерью в период беременности;

пьянство родителей, неблагоприятная обстановка в семье;

отсутствие навыков здорового образа жизни;

низкий уровень духовно-нравственного воспитания ребенка в семье и школе.

Таблица 42 – Заболеваемость наркологическими расстройствами по возрастам в Красноярском крае за 2012-2013 годы (абс./показатель на 100 тыс. человек населения)

	Год	Наркологическая заболеваемость (первичная)					Распространенность	Темп прироста (убыли)
		Всего выявлено	Взрослые 18-60 лет	60 лет и старше	дети 0-14 лет	дети 15-17 лет		
Красноярский край	2012	6090/ 214,6	4893/ 270,6	309/ 65,4	153/ 33,7	735/ 779,4	45880/ 1616,4	- 4,0%
	2013	5542/ 194,7	4624/ 255,6	299/ 63,3	139/ 28,9	480/ 561,1	43840/ 1540,1	- 4,5%

В структуре возрастного состава первичной наркологической заболеваемости преобладают больные в возрасте от 18 до 60 лет – 83,4 %, лица старше 60 лет составляют 5,4 %, дети до 14 лет – 2,5 %, а дети 15–17 лет – 8,7 процента. В структуре заболеваемости несовершеннолетних превалирует алкогольная патология. Из вновь обратившихся в 2013 году за наркологической помощью детей в возрасте от 0 до 17 лет 50,0 % составляют потребители алкоголя, 31,0 % потребители наркотических средств и 19,0 % потребители токсических веществ. Уровень первичной заболеваемости несовершеннолетних за 2013 год снизился относительно 2012 года на 30,3 % за счет своевременности проводимых профилактических и диагностических мероприятий.

Почему это происходит?

Заболеваемость наркоманией:

активная деятельность наркобизнеса, доступность наркотических средств; отсутствие у детей и подростков навыков противостояния агрессивной окружающей среде; низкая степень социальной адаптации молодых людей в обществе.

Заболеваемость алкоголизмом:

отсутствие контроля со стороны государства за реализацией некачественной и суррогатной алкогольной продукции; неблагоприятная социально-экономическая обстановка.

Организация медицинской помощи

Существующая в Красноярском крае сеть наркологических учреждений имеет в своем составе 84 врачебных наркологических кабинета, из них 2 кабинета федерального подчинения, 5 стационаров дневного пребывания и 518 наркологических коек круглосуточного пребывания.

В структуру амбулаторной наркологической помощи в Красноярском крае входят 57 кабинетов амбулаторного приема для взрослых, 13 подростковых кабинетов, 13 кабинетов медицинского освидетельствования на состояние опьянения, 1 кабинет наркологической профилактики, 2 кабинета амбулаторного приема (город: Зеленогорск и Железногорск), а также 65 мест в стационаре дневного пребывания при диспансерных отделениях (город: Красноярск, Ачинск, Лесосибирск, Минусинск, Канск) и 10 коек дневного пребывания при круглосуточном стационаре (г. Норильск).

Стационарная наркологическая помощь оказывается на койках круглосуточного пребывания в структуре стационаров краевых учреждений здравоохранения (город: Красноярск, Норильск, Ачинск, Лесосибирск, Минусинск, Канск) и муниципальных учреждений здравоохранения при центральных городских больницах (город: Дудинка, Назарово), а также при центральных районных больницах (Богучанский район и Эвенкийский муниципальный район). В 2013 году открыт реабилитационный наркологический центр на 25 круглосуточных реабилитационных коек при КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер №1» в г. Красноярске.

Показатель обеспеченности населения края специализированными наркологическими койками в 2013 году составил – 1,8 на 10 тыс. человек населения, что соответствует показателю 2012 года.

В 2013 году в Красноярском крае на наркологических койках пролечено 11 322 больных, из них с алкоголизмом 6 992, с алкогольными и наркотическими психозами 2 394 больных, с наркоманией 591 больных, с токсикоманией 26 больных. Относительно 2012 года произошел рост стационарно пролеченных больных на 2,7 процента. Внедрение в лечебный процесс наркологических учреждений современных, в том числе реабилитационных технологий, позволило оказывать больным более качественную и своевременную медицинскую помощь. Показатель летальности от наркологических расстройств в период 2011-2013 годов остается на уровне 0,3 процента.

Об эффективности проводимых в наркологических учреждениях Красноярского края лечебно-реабилитационных мероприятиях свидетельствует число больных, снятых с диспансерного учета с выздоровлением. В 2013 показатель суммарной ремиссии (процент больных воздерживающихся от употребления психоактивных веществ от 6 месяцев до 2-х лет и более) составил 36,4 % (в 2012 году – 35,0 %). Ремиссия от 2 лет и выше у больных наркоманией в 2013 году составила 9,2 % (в 2012 году – 10,9 %). Снято с диспансерного учета с выздоровлением в 2013 году 3 172 человека (в 2012 году – 2 704 человека).

Кадровое обеспечение

По состоянию на 01.01.2014 в Красноярском крае работает 86 врачей психиатров-наркологов (в 2012 году – 95 врачей), из них в амбулаторной службе – 46 врачей, в стационарной – 40 врачей. По отношению к 2012 году отмечается снижение на 9,5 процента.

Все работающие врачи имеют сертификаты специалиста. Показатель обеспеченности врачами психиатрами-наркологами составляет 0,3 на 10 тыс. человек населения. Укомплектованность штатных должностей психиатров-наркологов физическими лицами в 2013 году составила 46,2 % (2012 год – 51,0 %), а коэффициент совместительства 1,9. Высокий коэффициент совместительства и низкая укомплектованность физическими лицами

указывает на то, что потребность в специалистах данного профиля в учреждениях здравоохранения края не удовлетворена.

На начало 2014 года в 10 районах Красноярского края работают специалисты совмещающие должность врача психиатра-нарколога менее чем на 1,0 ставку.

Меры по повышению качества оказания наркологической помощи

В Красноярском крае во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» в части модернизации наркологической службы:

открыт реабилитационный наркологический центр для больных наркоманией и алкоголизмом при КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1», оснащенный реабилитационным оборудованием и медицинской мебелью;

приобретено лабораторное оборудование для химико-токсикологической лаборатории КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5», (г. Норильск);

оснащены оборудованием и мебелью кабинеты психотерапии филиалов КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» в городах: Канск, Лесосибирск, Минусинск;

приобретены лекарственные средства (блокаторы опиатных рецепторов) для краевых государственных бюджетных учреждений здравоохранения;

проведен капитальный ремонт структурного подразделения КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1» в г. Ачинск.

Формирование здорового образа жизни

В целях исполнения профилактических мероприятий и подготовки кадров, работающих в поле профилактики наркологических расстройств, в Красноярском крае:

проведен краевой Форум профилактикологов, направленный на повышение компетентности и обмен опытом специалистов, работающих в сфере профилактики наркопотребления;

за 2013 год в профилактические мероприятия вовлечены 10 тыс. подростков и молодежи в возрасте от 8 до 19 лет, в том числе в рамках Международного дня борьбы с наркоманией;

повысили уровень профессиональной компетенции 250 специалистов, работающих с несовершеннолетними и молодежью в поле профилактики наркомании, пьянства и алкоголизма.

Тестирование на наличие наркотических средств

В Красноярском крае с 2010 года проводится добровольное анонимное тестирование учащихся образовательных учреждений Красноярского края в рамках краевой государственной программы «Комплексные меры

противодействия распространению наркомании, пьянства и алкоголизма в Красноярском крае».

За 2012-2013 годы обследовано 27 306 учащихся начального, среднего, высшего профессионального учреждений образования и общеобразовательных учреждений Красноярского края. Выявлено 148 положительных результатов.

На призывных комиссиях в 2012 – 2013 годах на предмет употребления наркотических средств протестировано 1 000 призывников, выявлено 25 положительных результатов.

Основные проблемы и их причины.

В настоящее время актуальной проблемой наркологической службы является решение кадрового вопроса. Остается дефицит врачей психиатров-наркологов в территориях края. Причины: низкая оплата труда врачей и отсутствие жилья в территориях края.

4.2.7. Психические расстройства и расстройства поведения

В 2013 году по Красноярскому краю количество больных психическими расстройствами всех возрастных групп населения составляет 115 377 человек (4,1 % населения края), в том числе 30 246 детей и подростков.

Таблица 43 – Зарегистрировано больных психическими расстройствами по Красноярскому краю за 2009-2013 годы (человек)

Количество больных	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Количество больных психическими расстройствами всех возрастных групп населения	110 762	115 414	116 187	117 519	115 377

Анализ динамики показателей заболеваемости населения Красноярского края психическими расстройствами показывает рост заболеваемости в период с 2009 года по 2012 год и некоторое снижение показателей в 2013 году. Изменения показателей заболеваниями психическими болезнями напрямую связаны с социально-бытовыми условиями жизни населения РФ.

Таблица 44 – Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами в Красноярском крае за 2009-2013 годы (на 100 тыс. человек населения).

Нозология/годы	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Всего:	3833,0	3988,1	4014,9	4140,3	4064,9
Психозы	666,0	687,0	704,0	714,5	714,1
Из них шизофрения	352,0	355,7	356,6	358,5	352,1
Непсихотические психические расстройства	2168,0	2259,3	2263,1	2347,4	2261,6
Умственная отсталость	999,0	1041,8	1047,8	1078,5	1089,1

В популяции населения Красноярского края в 2013 году происходит некоторое снижение количества больных, страдающих различными формами психических расстройств.

В крае с 2010 года отмечается снижение первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами. Однако заболеваемость умственной отсталостью в 2013 году выросла до уровня 2010 года.

В Красноярском крае в 2013 году впервые выявлено с психическими расстройствами детей – 5230 (2012 год – 5389 детей), подростков – 607 (2012 год – 553 подростка). Все дети и подростки взяты в группу консультативно-лечебного и диспансерного наблюдения.

Рост показателей заболеваний психическими болезнями напрямую связан с социально - бытовыми условиями жизни населения. Нестабильность в обществе, социальная напряженность, все более усиливающееся расслоение общества на богатых и бедных дает регулярный рост непсихотических форм психиатрических заболеваний.

Таблица 45 – Впервые выявлено психических расстройств по Красноярскому краю за 2009-2013 годы(на 100 тыс. человек населения)

Нозология/годы	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
ВСЕГО:	431,0	444,0	432,5	408,9	404,0
Психозы	53,0	53,7	61,8	53,2	56,2
Из них шизофрения	12,0	12,0	16,8	10,2	10,2
Непсихотические психические расстройства	318,0	323,7	311,2	300,7	281,4
Умственная отсталость	60,0	66,5	59,5	55,0	66,4

В 2013 году показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами детей составляет – 1 122,3 случая на 100 тыс. детского населения (2012 год – 1 156,4 случая на 100 тыс. детского населения), первичной заболеваемости психическими расстройствами подростков составляет – 670,4 случая на 100 тыс. подросткового населения (2012 год – 611,0 случая на 100 тыс. подросткового населения).

В 2013 году по сравнению с 2012 годом в Красноярском крае отмечается снижение показателя инвалидности вследствие психических заболеваний.

Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие психических заболеваний в Красноярском крае в 2013 году составил – 28,2 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 27,5 случая на 100 тыс. человек населения).

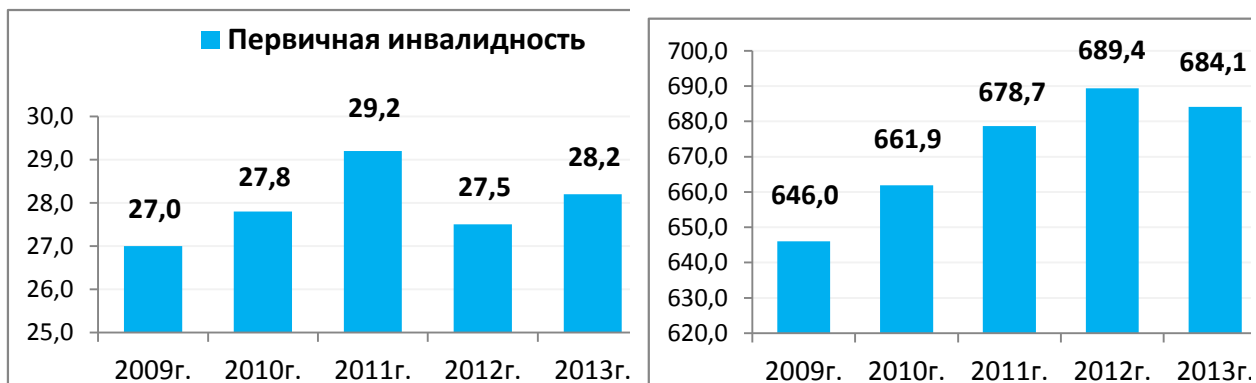


Рисунок 32 – Показатели инвалидизации населения по психическим заболеваниям и первичного выхода на инвалидность вследствие психических заболеваний по Красноярскому краю за 2009-2013 годы (на 100 тыс. человек населения).

В Красноярском крае проводится активная работа по профилактике общественно опасных действий среди психических больных. В 2013 году созданы и оказывают специализированную помощь кабинеты активного диспансерного наблюдения в городах: Красноярск, Ачинск.

Таблица 46 – Количество социально-опасных больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении в Красноярском крае за 2009-2013 годы (человек)

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Количество социально-опасных больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении	1 901	1 923	1 856	1 801	1 724

В Красноярском крае количество совершенных случаев общественно опасных действий психически больными в 2013 году составило – 138 случаев (2012 год – 171 случай, 2011 год – 201 случай).

Общественно-опасные действия по причине психических расстройств, в первую очередь совершенных против личности (кражи, грабежи), во многом обусловлены серьезными препятствиями для трудового устройства лиц с психическими расстройствами, сложностью организации их социально-трудовой и психосоциальной реабилитации в новых условиях рынка труда.

Организация медицинской помощи населению

Структура психиатрической службы Красноярского края представлена внебольничной и стационарной помощью, оказываемой детскому, подростковому и взрослому населению на всей территории края.

Фактическая мощность амбулаторной службы Красноярского края в 2013 году – 2 708,1 посещения в день (в 2012 году – 2 747,4 посещения в день) или 674 308 посещений в год (в 2012 году – 686 861 посещение в год): число посещений на одного жителя составило 0,24 (в 2012 году – 0,24);

доля посещений с профилактической целью – 56,7 % (в 2012 году – 56,3 %);

обеспеченность населения медицинскими работниками, оказывающими первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, на 10 тысяч населения составила 0,43 (в 2012 году – 0,46).

Кроме того, внебольничная психиатрическая помощь оказывается в дневных стационарах для взрослого и детско-подросткового контингента.

Стационарная помощь представлена психиатрическими стационарами круглосуточного пребывания больных общей коечной мощностью 2 843, из них: психиатрических 2 278 коек (в том числе детских – 145 коек, взрослых – 2 133 койки), наркологических 150 коек, а также 415 психиатрических коек сестринского ухода. Из общего количества коек 2 669 развернуты в составе психоневрологических диспансеров и 174 в шести территориальных муниципальных образованиях (Богучанский, Туруханский и Шарыповский районы, Эвенкийский и Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный районы, г. Назарово).

На территории Красноярского края функционирует головное психиатрическое учреждение – КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1» (Далее КГБУЗ – ККПНД № 1) общей мощностью 450 мест, стационаром круглосуточного пребывания больных на 2409 коек (в т.ч. детских коек – 115). В учреждении имеется отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы для осуществления амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз по уголовным и гражданским делам, 2 судебно-психиатрических стационарных отделения для стражных (на 25 коек) и нестражных (на 25 коек) испытуемых.

На базе КГБУЗ ККПНД №1 организовано медико-психологическое отделение, центр психотерапевтической помощи, отделение первого психотического эпизода.

КГБУЗ ККПНД №1 осуществляет все виды психиатрической помощи для жителей г.Красноярска и лечебно-консультативную помощь для всех жителей Красноярского края.

В структуру КГБУЗ ККПНД №1 входят 3 больницы и 4 диспансера, расположенные в районах края. В муниципальных образованиях Красноярского края при многопрофильных больницах работают 6 психиатрических отделений общей мощностью 149 коек.

Лечение больных на психиатрической койке стало более интенсивным и более продуктивным, о чем свидетельствуют сокращение средней продолжительности пребывания больного на койке. В 2013 году средняя продолжительность пребывания больного на койке составила – 54,0 дня (2012 год – 56,0 дней).

С целью повышения качества оказания психиатрической помощи населению Красноярского края в 2010 году начата, а в 2011–2013 годах продолжена модернизация психиатрической службы. В основу ее реализации положена структурная перестройка системы организации службы путем объединения в единое учреждение основных краевых лечебно-

профилактических учреждений психиатрического профиля, оптимизация специализированной помощи, предусматривающая изменение приоритетов, объема и качества лечебно-диагностического процесса и социально-реабилитационных мероприятий, направленных на эффективное использование имеющихся ресурсов.

Таблица 47 – Обеспеченность населения врачами-психиатрами в Красноярском крае и РФ за 2011-2013 годы

Годы	Врачи-психиатры		
	число занятых должностей	на 100 тыс. человек населения	
		Красноярский край	РФ
2011	314,5	10,9	13,4
2012	314,5	11,0	13,4
2013	316,5	11,1	н/д

По состоянию на 01.01.2014 врачи-психиатры отсутствуют в трех районах: Дзержинском, Северо-Енисейском, Ирбейском.

В 2013 году имели квалификационную категорию 207 врачей-психиатров, что составляет 82,8 % от общего числа врачей. Из общего числа аттестованных специалистов категорию имели: высшую – 137 человек, первую – 40 человек, вторую – 30 человек.

В Красноярском крае сертификаты специалиста имеют 243 врача-психиатра, что составляет 96,8 % от общего числа специалистов.

Укомплектовано врачами-психиатрами большинство кабинетов при центральных районных больницах. Отработана преемственность со службой социальной защиты населения края по оперативному взаимодействию при оформлении инвалидов в дома-интернаты психоневрологического профиля. Активизирована служба социальных работников в психиатрических учреждениях Красноярского края.

Важным направлением является дальнейшее развитие совместной деятельности с органами образования по вопросам психопрофилактики, ранней диагностики и реабилитации детей с психической патологией.

Упорядочен бесплатный отпуск лекарственных препаратов психотропной группы в аптечных учреждениях Красноярского края для психических больных, пользующихся льготами.

Основные проблемы и их причины.

Укрепление материально-технической базы психиатрической службы (40 % стационарных коек находятся в приспособленных барачных корпусах в деревянном исполнении, площадь на одного больного составляет от 2,2 кв.м.).

Низкая укомплектованность учреждений врачами-психиатрами.

Низкий уровень медико-социальной и трудовой реабилитации лиц с психическими расстройствами.

4.3. Инфекционная и паразитарная заболеваемость

Эпидемиологическая ситуация в Красноярском крае в 2013 году была стабильной.

В 2013 году зарегистрировано 624 914 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний, показатель заболеваемости составил – 21 954,0 случая на 100 тыс. человек населения, что на 0,98 % выше показателя заболеваемости 2012 года – 21 739,6 случая на 100 тыс. человек населения.

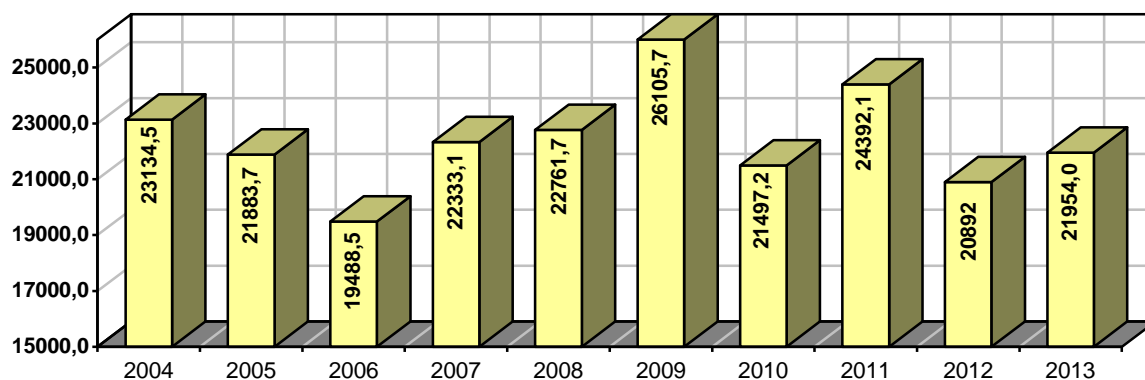


Рисунок 33 – Инфекционная и паразитарная заболеваемость населения Красноярского края за 2004-2013 годы (на 100 тыс. населения).

На фоне снижения заболеваемости инфекционными болезнями на 1,7 % (в 2013 году – 20 534,1 случая на 100 тыс. человек населения, в 2012 году – 20 887,7 случая на 100 тыс. человек населения), стабилизации на уровне 2012 года показателя заболеваемости паразитарными болезнями (в 2013 году – 571,8 случая на 100 тыс. человек населения, в 2012 году – 583,6 случая на 100 тыс. человек населения), увеличение случаев инфекционных и паразитарных заболеваний в сравнении с 2012 годом произошло в связи с введением с 2013 года учета укусов клещей в форму статистического наблюдения.

В 2013 году в структуре инфекционных и паразитарных заболеваний преобладают воздушно-капельные инфекции (92,4 %), на втором месте – кишечные инфекции (3,0 %), на третьем месте – паразитарные болезни (2,5 %).

Таблица 48 – Структура инфекционных и паразитарных заболеваний в Красноярском крае за 2011- 2013 годы

Наименование	2011 год		2012 год		2013 год	
	Всего случаев	%	Всего случаев	%	Всего случаев	%
Воздушно-капельные инфекции, всего	648 265	93,9	548 308	92,62	554 406	92,4
Паразитарные болезни	14 424	2,0	14 695	2,50	14 810	2,5
Кишечные инфекции	17 893	2,6	19 222	3,23	17 774	3,0
Социально обусловленные заболевания	7 428	1,1	7 807	1,32	12 278	2,0
Природно-очаговые заболевания	1 131	0,16	955	0,16	815	0,1
Прочие инфекции	943	0,14	958	0,17	28	0,005

В 2013 году в Красноярском крае не регистрировались случаи заболеваний брюшным тифом, паратифами, острым паралитическим полиомиелитом, дифтерией, гемофильной инфекцией, столбняком, туляремией, сибирской язвой, лептоспирозом, бешенством, орнитозом, малярией.

В Красноярском крае в 2013 году выявлены единичные случаи токсоплазмоза, трихоцефалеза, гименолепидоза, альвеококкоза. Кроме того, началась регистрация случаев клещевых инфекций – моноцитарного эрлихиоза человека и гранулоцитарного анаплазмоза человека.

4.4.1. Инфекции, управляемые средствами специфической профилактики

Краснуха

В Красноярском крае отмечается выраженная тенденция к снижению уровня заболеваемости населения краснухой.

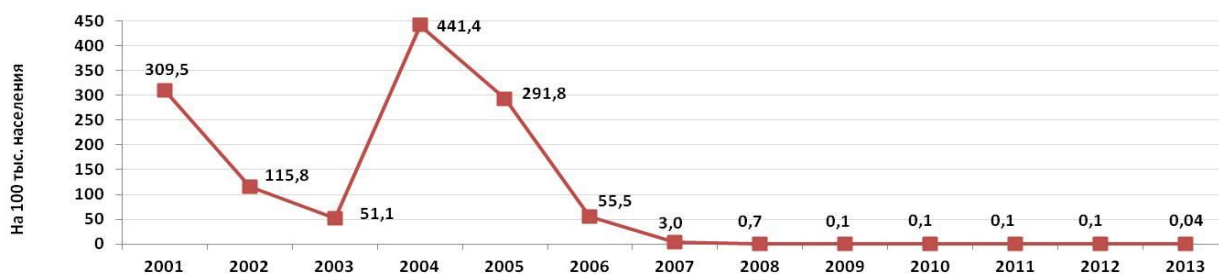


Рисунок 34 – Динамика заболеваемости краснухой населения Красноярского края за 2001-2013 годы

В 2013 году в Красноярском крае зарегистрирован 1 случай заболевания краснухой. Показатель заболеваемости составил 0,04 случая на 100 тыс. человек населения, что на 60,0 % ниже уровня 2012 года (0,1 случая на 100 тыс. человек населения).

Случай заболевания краснухой зарегистрирован на территории г. Красноярска, лабораторно подтвержден, среди заболевших взрослых в возрастной группе 20-29 лет с неизвестным прививочным анамнезом.

В результате массовых прививок против краснушной инфекции в Красноярском крае заболеваемость краснухой с 2005 по 2013 годы снижена более чем в 400 раз (2005 год – 291,8 случая на 100 тыс. человек населения).

Показатели охвата прививками против краснухи во всех декретированных группах населения соответствуют критериям ВОЗ.

Таким образом, на территории Красноярского края созданы условия, обеспечивающие стабилизацию и поддержание благоприятной эпидемиологической обстановки по краснухе.

Полиомиелит, острый вялый паралич, энтеровирусные инфекции

В Красноярском крае последний случай полиомиелита, подтвержденный вирусологически выделением полиовируса II типа, регистрировался в 1989 году в г. Красноярске у 2-х летнего непривитого ребенка из семьи цыган.

Одним из элементов системы мероприятий по профилактике полиомиелита является выявление и диагностика синдрома острого вялого паралича (далее – синдром ОВП).

По данным формы государственного статистического наблюдения № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», в Красноярском крае зарегистрировано 5 случаев синдрома ОВП (показатель составил 1,0 случая на 100 тыс. детей до 15 лет), при ожидаемых 5 случаях на 480 140 человек в возрасте до 15 лет.

В 2013 году показатель заболеваемости с синдромом ОВП в Красноярском крае составил 0,17 случая на 100 тыс. человек населения, что ниже показателя заболеваемости по РФ на 26,1 % (0,23 случая на 100 тыс. человек населения).

В 2013 году случаи заболеваний с синдромом ОВП зарегистрированы: г. Красноярск – 3 случая, Таймырский (Долгано-Ненецкий) муниципальный район (г. Дудинка) – 1 случай, Дзержинский район – 1 случай.

Случаи заболевания с синдромом ОВП по возрастным группам распределились следующим образом: дети 3-6 лет – 2 человека (показатель – 1,5 случая на 100 тыс. контингента), дети 7-14 лет – 3 человека (показатель – 1,3 случая на 100 тыс. контингента).

В структуре нозологических форм проявлений синдрома ОВП выявлены: 1 случай травматического неврита, 4 случая полирадикулонейропатии.

Таблица 49 – Охват иммунизацией детского населения против полиомиелита в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Наименование показателя	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Охват вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев (%)	97,1	96,5	96,7	95,6	96,3
Охват ревакцинацией детей в возрасте 2 года (%)	96,6	95,3	95,9	95,2	95,2
Охват ревакцинацией детей в возрасте 14 лет (%)	98,6	98,7	97,9	99,6	96,6

Для эпидемиологического благополучия необходимо:

1. Поддержание статуса территории Красноярского края свободной от полиомиелита.
2. Поддержание высокого уровня охвата профилактическими прививками детского населения края – не менее 95 процентов.
3. Проведение качественного активного эпидемиологического надзора за полиомиелитом с целью активного выявления случаев синдрома ОВП.
4. Организация вирусологических обследований детей групп риска с целью выявления завоза диких полиовирусов.

Дифтерия

В характеристике эпидемического процесса дифтерийной инфекции в Красноярском крае в 2013 году изменений не произошло. Заболеваемость

носит спорадический характер с регистрацией единичных случаев заболеваний дифтерией на протяжении последних 10 лет. В 2013 году не выявлено случаев заболевания дифтерией. Прогноз заболеваемости дифтерией на 2014 год – не более 0,1 случая на 100 тыс. человек населения.

Таблица 50 – Охват детского и взрослого населения профилактическими прививками против дифтерии в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Наименование показателя	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Охват вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев (%)	97,3	96,7	96,0	95,9	96,4
Своевременность вакцинации детей (%)	97,1	96,3	95,7	95,6	96,2
Охват ревакцинацией детей в возрасте 2 лет (%)	97,2	96,5	96,1	95,8	96,0
Своевременность ревакцинации детей (%)	98,3	95,6	95,7	95,7	95,9
Охват ревакцинацией детей в возрасте 7 лет (%)	97,4	97,3	97,5	97,0	96,9
Охват ревакцинацией детей в возрасте 14 лет (%)	96,9	97,4	96,3	96,1	99,6
Охват ревакцинацией взрослого населения (%), в том числе:	92,4	97,8	98,5	97,6	98,3
охват ревакцинацией лиц старше 60 лет (%)	94,8	97,7	96,2	97,5	97,3

В 2013 году на территории Красноярского края обеспечено эпидемиологическое благополучие по дифтерийной инфекции: достижение рекомендуемого показателя заболеваемости – 0,1 случая на 100 тысяч населения (в 2013 году нет случаев), поддержание достаточного уровня охвата профилактическими прививками, отсутствие летальных случаев на протяжении последних 10 лет.

Для эпидемиологического благополучия необходимо:

1. Поддержание высоких уровней охвата профилактическими прививками населения края: детского населения – не менее 95 %, взрослых – не менее 90 %, обратив особое внимание на иммунизацию лиц старших возрастов.
2. Проведение полного комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах в соответствии с требованиями нормативных документов.
3. Раннее выявление дифтерии при проведении бактериологического обследования больных ангиной, паратонзиллярным абсцессом, стенозирующим ларинготрахеитом, инфекционным мононуклеозом.
4. Проведение «активной» санитарно-просветительной работы среди населения по вопросам иммунопрофилактики дифтерии.

Эпидемический паротит

В Красноярском крае отмечается выраженная тенденция к снижению уровня заболеваемости населения эпидемическим паротитом.

В 2013 году в Красноярском крае зарегистрировано 5 случаев заболевания эпидемическим паротитом. Показатель заболеваемости составил 0,18 случая на 100 тыс. человек населения, что в 4,5 раза выше уровня

заболеваемости 2012 года (0,04 случая на 100 тыс. человек населения). Групповая заболеваемость эпидемическим паротитом не регистрировалась. Случаи заболевания паротитом регистрировались на 3-х территориях Красноярского края: в г. Красноярске, Кежемском районе, г. Лесосибирске.

Таблица 51 – Охват детей прививками против эпидемического паротита в Красноярском крае за 2009 -2013 годы

Наименование показателя	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Охват вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев (%)	96,2	96,2	95,2	96,1	96,1
Охват ревакцинацией детей в возрасте 2 года (%)	98,5	96,5	97,9	97,7	97,6
Охват ревакцинацией детей в возрасте 6 лет (%)	96,8	98,1	95,8	98,3	98,6

Достигнуты и поддерживаются нормативные показатели охвата профилактическими прививками в декретированных группах детского населения Красноярского края.

Основной задачей по поддержанию заболеваемости эпидемическим паротитом на спорадическом уровне является обеспечение охвата профилактическими прививками детей декретированных возрастов на уровне не ниже 95 процентов.

Корь

На территории Красноярского края с каждым годом увеличивается риск завоза кори благодаря развивающимся международным связям, прежде всего туристическим (выезд жителей края в неблагополучные по кори страны), а также значительному потоку мигрантов из стран, неблагополучных по кори (Китай, страны СНГ).

В 2013 году в Красноярском крае выявлено 11 случаев заболевания корью, показатель заболеваемости составил 0,4 случая на 100 тыс. человек населения, что в 5,7 раза выше уровня 2012 года (2012 год – 0,07 случая на 100 тыс. человек населения).

Таблица 52 – Заболеваемость корью в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Число случаев	17	0	23	2	11
На 100 тыс. человек населения	0,58	0	0,8	0,07	0,4
из них: завозных случаев	1	0	3	2	6

Случаи заболевания корью регистрировались в 3-х территориях Красноярского края: г. Красноярск (8 случаев), г. Норильск (2 случая), г. Минусинск (1 случай). Прививочный статус заболевших корью выявил, что случаи кори регистрировались преимущественно среди лиц с неизвестным прививочным анамнезом – 45,4 процента. В 27,3 % случаи кори зарегистрированы среди лиц, двукратно привитых, что является показателем дефектов в проведении иммунизации.

Для эпидемиологического благополучия необходимо:

1. Стабилизация уровня заболеваемости корью на показателе 0,01 случая на 100 тыс. человек населения.
2. Поддержание уровня охвата профилактическими прививками против кори среди детского населения в декретированные сроки не менее 95,0 %, взрослого населения в возрасте 18-35 лет, ранее не привитых, не болевших корью, однократно привитых и не имеющих сведений о прививках против кори – не менее 90,0 % по каждой амбулаторно-поликлинической организации.
3. Обеспечение проведения иммунизации против кори контингентов из групп риска: студентов высших и средних учебных заведений, работников медицинских и образовательных учреждений, призывников, работников сферы обслуживания, торговли, транспорта, а также мигрантов и труднодоступных групп населения (цыган, членов религиозных общин и др.) с охватом не менее 95,0 процентов.
4. Обеспечение своевременного проведения комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий при возникновении очагов кори в соответствии с требованиями действующих нормативно-методических документов.

Грипп и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)

В Красноярском крае самыми распространенными вирусными инфекциями среди населения являются грипп и ОРВИ, доля которых в общей структуре инфекционной заболеваемости составляет 82,8 процента.



Рисунок 35 – Заболеваемость гриппом и охват иммунизацией против гриппа населения Красноярского края за 2009-2013 годы

В 2013 году в Красноярском крае зарегистрировано 517 289 случаев заболеваний гриппом и ОРВИ, показатель заболеваемости составил 18 173,0 случая на 100 тыс. человек населения, что на 1,4 % ниже показателя заболеваемости 2012 года – 18 427,9 случая на 100 тыс. человек населения.

Доля гриппа в структуре острых респираторных вирусных заболеваний снизилась с 1,35 % в 2011 году до 0,14 % в 2013 году.

В 14 территориях уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ превысил средний показатель по Красноярскому краю. Наиболее высокие уровни заболеваемости гриппом и ОРВИ, превышающие в 1,5 раза показатель Красноярского края, регистрировались в городах: Зеленогорск, Железногорск, Норильск, Ачинск, Шарыпово, Заозерный. Показатель заболеваемости гриппом и ОРВИ городского населения в 2013 году составил 20 655,3 случая на 100 тыс. человек населения, что в 2 раза выше показателя заболеваемости гриппом и ОРВИ сельского населения (10 027,9 случая на 100 тыс. человек населения). Таким образом, городские жители Красноярского края являются «группой риска» по заболеваемости гриппом и ОРВИ

Показатель заболеваемости гриппом и ОРВИ детского населения в 2013 году составил 69 041,0 случаев на 100 тыс. детского населения, и превышал в 12,4 раза показатель заболеваемости гриппом и ОРВИ взрослого населения – 5 556,6 случая на 100 тыс. взрослого населения.

Анализ заболеваемости гриппом и ОРВИ различных возрастных групп населения Красноярского края показал, что возрастными «группами риска» являются дети в возрасте 1-2 лет и 3-6 лет.

Для эпидемиологического благополучия необходимо:

1. Эпидемиологический и вирусологический мониторинг за заболеваемостью гриппом и ОРВИ с расшифровкой этиологии заболеваний, в первую очередь, у лиц с тяжелым и нетипичным течением, а также в организованных коллективах детей и взрослых.

2. В предэпидемический период сезонную вакцинацию населения против гриппа на уровне более 30,0 % населения на всех территориях Красноярского края с привлечением внебюджетных источников финансирования.

3. Выполнение руководителями соответствующих служб, предприятий, учреждений, организаций, независимо от форм собственности, расположенных на территории края, комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий в соответствии с действующим санитарным законодательством.

4. Проведение разъяснительной работы с населением о мерах личной и общественной профилактики.

Менингококковая инфекция

За последние 10 лет заболеваемость менингококковой инфекцией (далее – МИ) на территории Красноярского края имеет тенденцию к снижению.

В Красноярском крае в 2013 году показатель заболеваемости МИ составил 1,5 случая на 100 тыс. человек населения, что в 1,5 раза выше уровня заболеваемости 2012 года (0,99 случая на 100 тыс. человек населения).

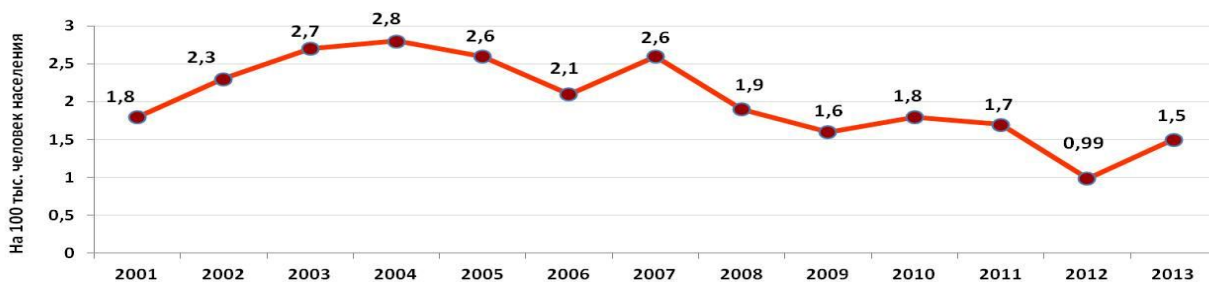


Рисунок 36 – Динамика заболеваемости менингококковой инфекцией в Красноярском крае на 100 тысяч населения за 2001 - 2013 годы

Заболеваемость городского населения на 16,7 % ниже уровня заболеваемости населения сельской местности и составила соответственно 1,5 случая и 1,8 случая на 100 тыс. человек населения. Определяет заболеваемость МИ детское население: дети болеют в 12,1 раза чаще взрослых. Наиболее высокий показатель заболеваемости МИ регистрируется среди детей до года.

Таблица 53 – Заболеваемость менингококковой инфекцией по возрастным группам населения Красноярского края за 2012-2013 годы

Возраст	2012 год			2013 год		
	Число случаев	%	‰	Число случаев	%	‰
до 1 года	9	32,14	0,25	11	25,0	0,27
1-2 года	7	25,0	0,1	14	31,8	0,18
3- 6 лет	3	10,7	0,024	4	9,1	0,03
7-17 лет	5	17,86	0,016	4	9,1	0,013
Всего детей	24	85,7	0,044	33	75,0	0,058
Всего взрослых	4	14,3	0,0017	11	25,0	0,0048
Итого	28	100,0	0,0099	44	100,0	0,015

Неорганизованные дети болеют чаще организованных детей и школьников.

Таблица 54 – Заболеваемость менингококковой инфекцией по контингентам в Красноярском крае за 2012-2013 годы

Контингенты	2012 год			2013 год		
	Число случаев	%	‰	Число случаев	%	‰
Неорганизованные дети	26	59,1	0,14	18	64,3	0,1
Дети детских учреждений	3	6,8	0,03	1	3,6	0,01
Школьники	4	9,1	0,018	3	10,7	0,0135
Прочие	11	25,0	0,0055	6	21,4	0,003
Итого	44	100,0	0,015	28	100,0	0,0099

В Красноярском крае в 2013 году зарегистрировано 8 случаев летального исхода от заболевания менингококковой инфекцией (в 2012 году – 6 случаев), причиной которых была поздняя обращаемость за медицинской помощью

Таблица 55 – Заболеваемость и смертность от менингококковой инфекции населения в Красноярском крае за 2004-2013 годы

Нозология	Год	Заболело		из них умерло			
		Число случаев	‰	Число случаев	%	в т.ч. детей	
						Всего случаев	‰
Менингококковая инфекция	2004	76	2,8	12	15,7	11	2,4
	2005	70	2,6	10	14,2	8	0,02
	2006	55	2,07	6	10,9	4	0,71
	2007	69	2,5	7	10,1	7	1,2
	2008	56	1,94	2	3,6	2	0,3
	2009	47	1,63	9	19,1	7	1,2
	2010	53	1,83	5	9,4	4	0,7
	2011	48	1,7	1	2,08	1	0,18
	2012	28	0,99	6	21,4	5	0,92
	2013	44	1,5	8	18,2	8	1,41
в т.ч. генерализованная форма	2004	58	2,1	12	20,6	11	2,4
	2005	57	2,1	10	17,5	8	0,02
	2006	34	1,28	6	0,23	4	0,71
	2007	53	1,9	7	13,2	7	0,25
	2008	41	1,4	2	4,9	2	0,3
	2009	44	1,5	9	19,1	7	1,2
	2010	29	1,00	4	13,8	4	0,7
	2011	39	1,38	1	2,6	1	0,18
	2012	25	0,88	6	24,0	5	0,92
	2013	39	1,4	8	18,2	8	1,41

4.4.2. Паразитарные заболевания

Ежегодно в Красноярском крае регистрируется от 14 428 до 19 486 случаев паразитарных болезней. Паразитарные болезни в общей структуре инфекционных и паразитарных заболеваний в 2013 году занимали третье место и составили 2,4 процента. В 2013 году в крае зарегистрировано 14 810 случаев паразитарных болезней (2012 год – 14 695 случаев, 2011 год – 14 428 случаев). В структуре паразитарных болезней преобладают гельминтозы, доля которых в 2013 году составила 72,6 % (10 751 случаев), протозоозы – 27,4 % (4 059 случаев).

Таблица 56 – Структура гельминтозов в Красноярском крае в 2013 году

Виды гельминтозов	Число случаев заболеваний	Доля от общего числа гельминтозов
Энтеробиоз	5912	55,0
Дифиллоботриоз	1633	15,2
Описторхоз	1611	15,0
Аскаридоз	1361	12,7
Прочие	234	2,1
Всего	10751	100,0

Энтеробиоз

В Красноярском крае в 2013 году зарегистрировано 5 912 случаев энтеробиоза (2012 год – 6 438 случаев, 2011 год – 6 135 случаев). В 2013 году по сравнению с 2012 годом отмечено снижение заболеваемости энтеробиозом на 8,4 %, показатель заболеваемости составил 207,7 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 226,8 случая на 100 тыс. человек населения).

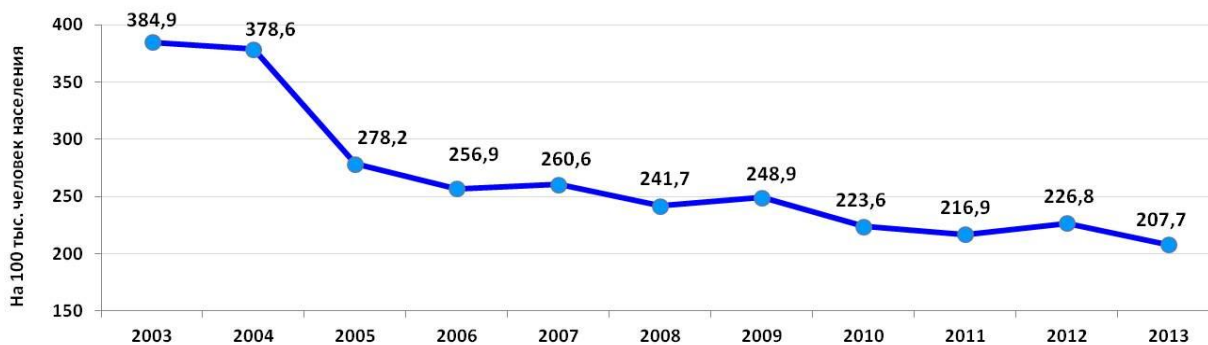


Рисунок 37 – Динамика и тенденция заболеваемости энтеробиозом в Красноярском крае за 2003-2013 годы

Преимущественно энтеробиоз регистрируется среди детского населения – 98,1 %. Показатель заболеваемости энтеробиозом среди детей до 17 лет составил 1 025,0 случаев на 100 тыс. человек населения и превысил показатель среди взрослых в 205 раз (5,0 случаев на 100 тыс. человек населения). Наиболее высокий уровень заболеваемости энтеробиозом регистрируется среди детей в возрасте 3-6 лет (1 618,1 случая на 100 тыс. человек населения), среди детей школьного возраста 7-14 лет (1 409,3 случая на 100 тыс. человек населения).

В Красноярском крае организовано и проводится ежегодное планово-профилактическое обследование детей дошкольного и школьного возраста. Анализ состояния очагов энтеробиоза в детских «организованных» коллективах выявил, что в дошкольных учреждениях сохраняется эпидемиологическое неблагополучие по энтеробиозу.

Что необходимо сделать!

Ежегодно заболеваемость энтеробиозом детей характеризуется высокими показателями в детских дошкольно-образовательных учреждениях, что свидетельствует о **недостаточной эффективности** проводимых санитарно-противоэпидемических мероприятий в данных учреждениях. Необходимо активизировать санитарно-просветительную работу по вопросам профилактики и обучению гигиеническим навыкам детей дошкольного и школьного возраста (СанПиН 3.2.1317-03).

Биогельминтозы

Красноярский край относится к территориям с высокими уровнями заболеваемости природно-очаговыми гельминтозами. Из природно-очаговых гельминтозов дифиллоботриоз и описторхоз остаются одной из самых актуальных и социально значимых проблем на эндемичных территориях.

Дифиллоботриоз

В 2013 году в Красноярском крае в структуре гельминтозов дифиллоботриоз по распространенности занимает третье место и составляет 15,0 процентов. В последние 10 лет отмечается умеренная тенденция снижения заболеваемости дифиллоботриозом, темп снижения составил 4,0 процента.

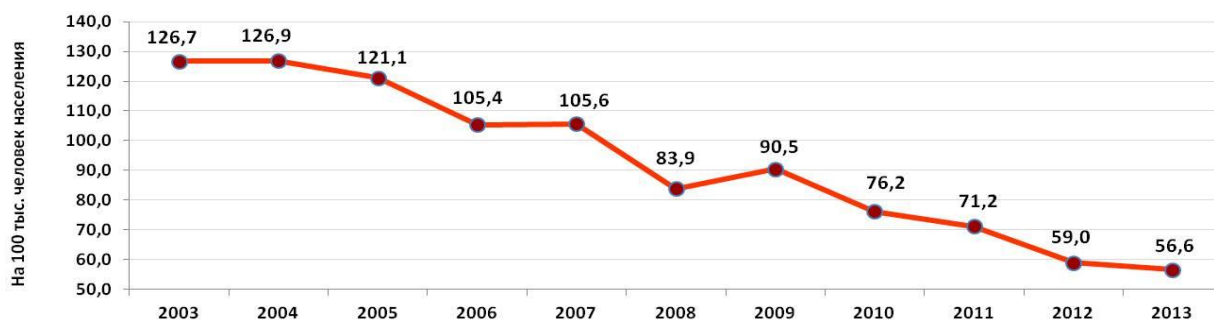


Рисунок 38 – Динамика и тенденция заболеваемости дифиллоботриозом в Красноярском крае за 2003-2013 годы

В Красноярском крае в 2013 году отмечено снижение заболеваемости дифиллоботриозом на 4,1 процента. Зарегистрировано 1 611 случаев заболеваний (2012 год – 1 675 случаев, 2011 год – 2 015 случаев), показатель заболеваемости дифиллоботриозом составил 56,6 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 59,0 случаев на 100 тыс. человек населения).

В 2013 году 63,6 % больных дифиллоботриозом выявлено в 13 территориях, население которых проживает в природных очагах дифиллоботриоза, связанных с Красноярским водохранилищем (города: Дивногорск, Минусинск; районы: Минусинский, Балахтинский, Новоселовский, Краснотуранский, Шушенский); рекой Енисей (районы: Туруханский, Таймырский, Эвенкийский, Енисейский) и очагами дифиллоботриоза озерно-речной системы реки Казыр, притока реки Тубы.

Преимущественно дифиллоботриозом (87,6 %) болеет взрослое население. Показатель заболеваемости составил в 2013 году 61,9 случая на 100 тыс. человек населения и превысил показатель заболеваемости среди детского населения в 1,7 раза (35,4 случая на 100 тыс. человек населения).

Что необходимо сделать!

С целью профилактики – охрана водоемов от сточных вод, термически обработанная рыба. А также обследование и лечение инвазированных, особенно в природных очагах данного гельминтоза.

Описторхоз

В Красноярском крае в 2013 году в структуре выявленных гельминтозов описторхоз занимает второе место (15,2 %). В последние 10 лет наблюдается умеренная тенденция снижения заболеваемости описторхозом, темп снижения составил 1,12 процента.

В 2013 году в Красноярском крае зарегистрировано 1 633 случая описторхоза (2012 год – 1 505 случаев, 2011 год – 1 361 случай), показатель заболеваемости составил 57,4 случая на 100 тыс. человек населения, что выше уровня 2012 года на 8,2 % (2012 год – 53,0 случая на 100 тыс. человек населения).

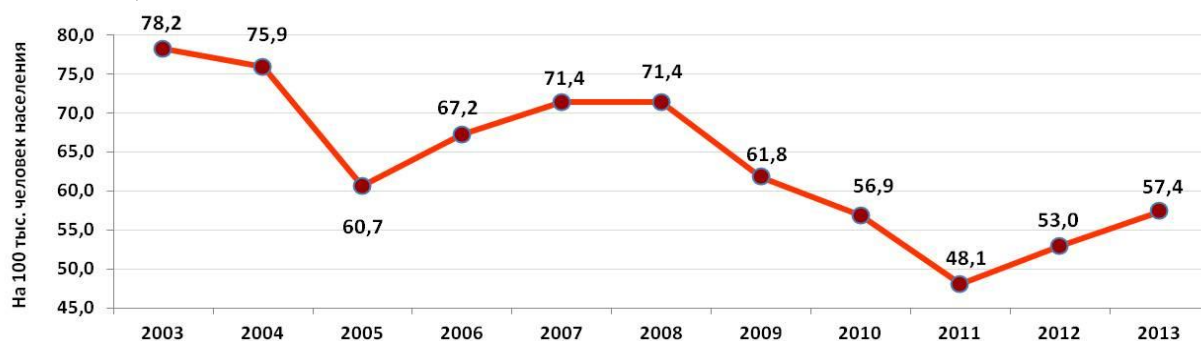


Рисунок 39 – Динамика и тенденция заболеваемости описторхозом в Красноярском крае за 2003-2013 годы

Доля взрослого населения в общей структуре заболевших описторхозом составила 85,1 %, детей до 17 лет – 14,9 процентов.

Заражение населения описторхозом происходит при употреблении в пищу малосоленой рыбы карповых пород, добытой в реке Чулым (43,3 %), в основном ельца (37,9 %), плотвы и сороги (22,3 %), леща (17,1 %), язя (7,0 %) и завозной рыбы с рек Оби, Иртыша, Бирюсы. В 55,0 % случаев больные, либо члены их семей занимаются любительской рыбной ловлей, в 14,1 % приобретают рыбу у частных лиц и в местах не санкционированной торговли. В большинстве случаев (64,1 %) население употребляет рыбу и рыбопродукты, приготовленные в домашних условиях.

Аскаридоз

В структуре гельминтозов в крае аскаридоз занимает 4 место, доля аскаридоза в сумме гельминтозов в 2013 году составила 12,7 процента. В 2013 году зарегистрировано 1 361 случай аскаридоза (2012 год – 1 372 случая). Показатель заболеваемости аскаридозом составил 47,8 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 48,3 случая на 100 тыс. человек населения).

Самый высокий уровень заболеваемости аскаридозом зарегистрирован в Эвенкийском муниципальном районе, где заболеваемость аскаридозом в последние 5 лет возросла в 2,8 раза (2009 год – 858,0 случаев на 100 тыс. человек населения, 2013 год – 2418,0 случаев на 100 тыс. человек населения).

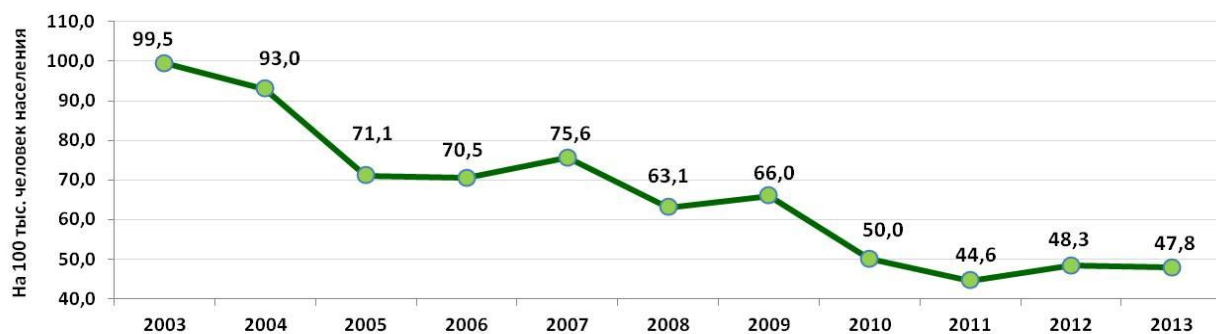


Рисунок 40 – Динамика и тенденция заболеваемости аскаридозом в Красноярском крае за 2003-20132 годы

Население, проживающее в сельской местности, является основной группой «риска», доля которого составила 53,3 процента. В 2013 году показатель заболеваемости среди сельского населения составил – 109,0 случаев на 100 тыс. человек населения, в 3,7 раза выше показателя заболеваемости среди городского населения – 29,2 случая на 100 тыс. человек населения.

Эпидемиологическое неблагополучие по заболеваемости аскаридозом связано с развитием огородничества, увеличением числа дачных участков вокруг поселков, циркуляцией возбудителя во внешней среде.

Наиболее частыми факторами передачи, способствующими заражению населения аскаридозом, являются овощи, фрукты, ягоды, зелень, загрязненные яйцами гельминтов.

Трихинеллез

В 2013 году в Красноярском крае зарегистрирован 1 случай заболевания трихинеллезом (2012 год – 25 случаев). Показатель заболеваемости составил 0,04 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 0,88 случая на 100 тыс. человек населения), заболеваемость в сравнении с 2012 годом уменьшилась в 22 раза.

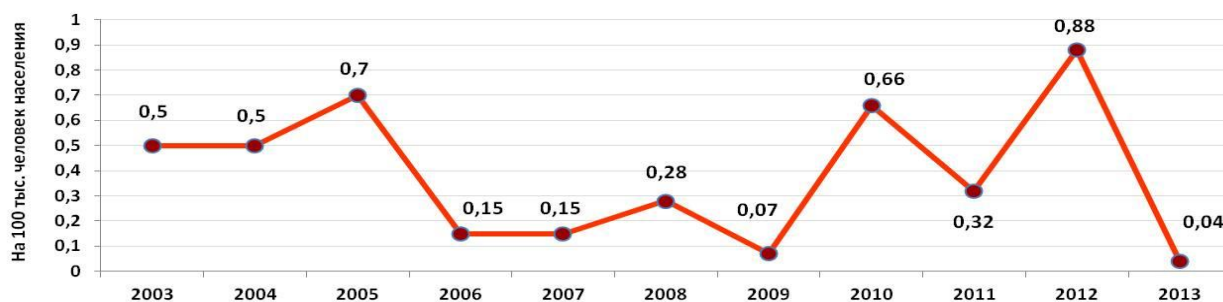


Рисунок 41 – Динамика и тенденция заболеваемости трихинеллезом в Красноярском крае за 2002-2012 годы

Трихинеллез средней степени тяжести зарегистрирован в 2013 году в Тюхтетском районе у женщины в возрасте 23 лет. Причиной возникновения заболевания послужило употребление мяса барсука в тушеном виде, барсук добыт на охоте, ветеринарно-санитарная экспертиза не проводилась.

Тениоз

В 2013 году зарегистрировано 4 случая заболеваний тениоза среди взрослого населения в 4 территориях Красноярского края (г. Норильск, г. Шарыпово, Балахтинский, Березовский районы), в 2012 году 9 случаев тениоза.

В 2013 году показатель заболеваемости составил – 0,14 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 0,35 случая на 100 тыс. человек населения). В 2013 году по сравнению с 2012 годом заболеваемость тениозом уменьшилась в 2,5 раза.

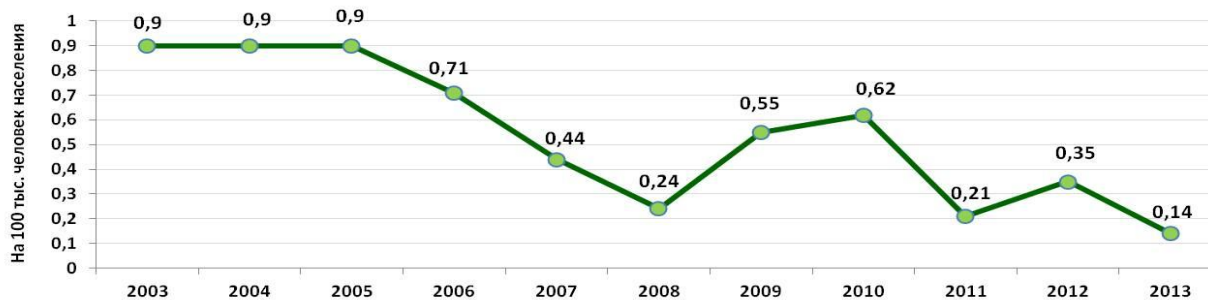


Рисунок 42 – Динамика и тенденция заболеваемости тениозом в Красноярском крае за 2003-2013 годы

Заражение населения в 3 случаях происходило на территории Красноярского края, 1 случай завозной (р. Алтай). Основной причиной возникновения заболеваний явилось употребление в пищу недостаточно термически обработанного свиного мяса и сала с прослойками мяса, не прошедшего санитарно-ветеринарной экспертизы. Во всех случаях мясо приобреталось у частных лиц, употреблялись также шашлыки, приобретенные в местах несанкционированной торговли

Эхинококкозы

В Красноярском крае в 2013 году зарегистрировано 15 случаев эхинококкозов, из них 3 случая альвеококкоза (2012 год – 11 случаев, из них 3 случая альвеококкоза).

В 2013 году показатель заболеваемости составил – 0,53 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 0,39 случая на 100 тыс. человек населения). В 2013 году по сравнению с 2012 годом заболеваемость увеличилась на 35,8 процента.

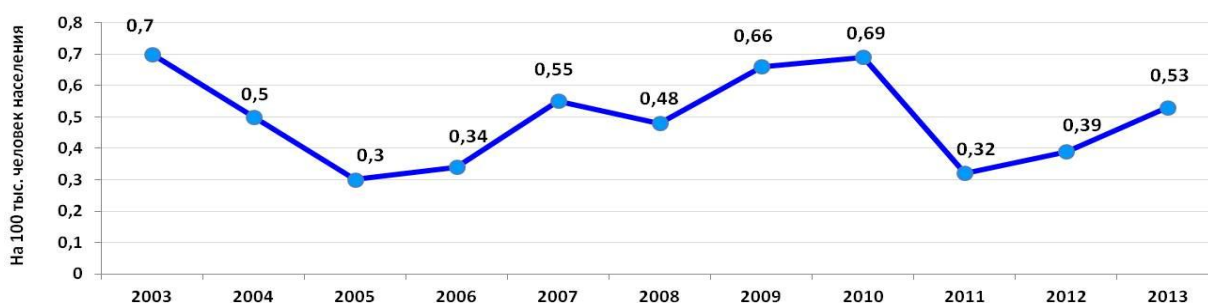


Рисунок 43 – Динамика и тенденция заболеваемости эхинококкозом в Красноярском крае за 2003-2013 годы

В Красноярском крае в 2013 году зарегистрировано 3 случая эхинококкоза со смертельным исходом (2012 год – 1 случай), показатель смертности составил 0,11 случая на 100 тыс. человек населения (2012 год – 0,04 случая на 100 тыс. человек населения).

В 13 случаях (86,7 %) заражения произошли на территории Красноярского края, в 2 случаях за пределами края (Казахстан, Кемеровская область). В 5 случаях заражение произошло у лиц, проживающих в частных домах в сельской местности и имеющих длительные контакты с дворовыми и бродячими собаками. В 3 случаях заболевания связаны с постоянными контактами с домашними собаками в городской местности, в 3 случаях контакт с охотничьими собаками и выделкой шкур, в 1 случае с вязанием из овечьей и собачьей шерсти, в 1 случае уходом за дикими животными. В 2 случаях заболевания выявлены у лиц, ведущих асоциальный образ жизни и не имеющих постоянного места проживания.

4.4.3. Острые кишечные инфекции

В общей структуре инфекционной и паразитарной заболеваемости острые кишечные инфекции (далее – ОКИ) занимают второе место. Динамика многолетней заболеваемости ОКИ характеризуется периодическими подъемами и тенденцией к снижению.

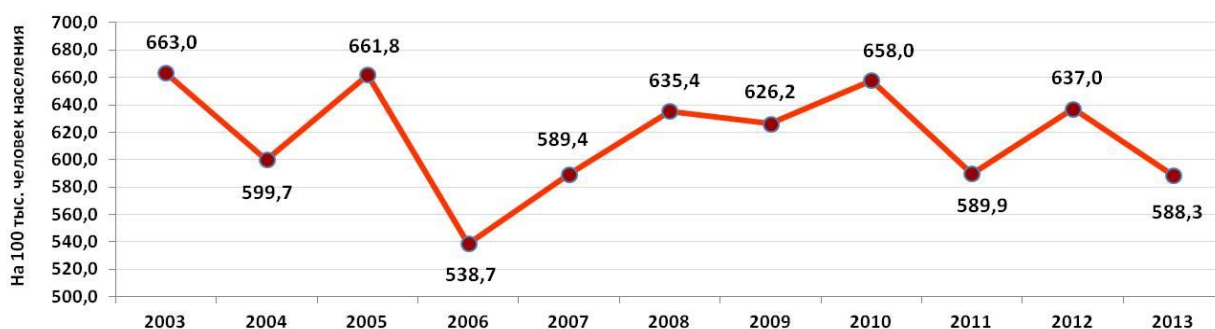


Рисунок 44 – Динамика заболеваемости острыми кишечными инфекциями в Красноярском крае за 2003-2013 годы

В 2013 году в Красноярском крае зарегистрировано – 16 747 случаев ОКИ, показатель заболеваемости составил – 588,3 случая на 100 тыс. человек населения, что на 7,6 % ниже уровня 2012 года (2012 год – 637,0 случаев на 100 тыс. человек населения).

В общей структуре острых кишечных инфекций основную долю составляют кишечные инфекции, вызванные неустановленными возбудителями – 78,0 %, ОКИ установленной этиологии – 19,4 %, дизентерия – 2,6 процента.

Дизентерия

В Красноярском крае показатель заболеваемости дизентерией в 2013 году составил – 15,5 случая на 100 тыс. человек населения, что на 65,8 %

выше показателя 2012 года (2012 год – 9,34 случая на 100 тыс. человек населения).

В 2013 году показатель заболеваемости дизентерией сельского населения (21,8 случая на 100 тыс. человек населения) превышает в 1,6 раза показатель заболеваемости дизентерией среди городских жителей (13,6 случая на 100 тыс. человек населения).

Определяет заболеваемость дизентерией детское население, которое болеет в 7,9 раза чаще взрослых.

В 2013 году зарегистрировано 2 очага групповой заболеваемости дизентерией среди населения г. Канска и Емельяновского района.

Ротавирусная инфекция

В структуре острых кишечных инфекций, вызванных вирусами, основную долю составляют ОКИ, вызванные ротавирусами – 87,9 процента. Показатель заболеваемости ротавирусной инфекцией в 2013 году в сравнении с 2012 годом вырос на 3,4 % и составил – 54,7 случая на 100 тыс. человек населения.

Детские дошкольные учреждения остаются объектами высокого эпидемического риска. В 2013 году зарегистрировано 3 очага групповой заболеваемости ротавирусной инфекцией в дошкольных образовательных учреждениях г. Красноярска.

Иерсиниоз

В 2013 году в Красноярском крае показатель заболеваемости иерсиниозной инфекцией в сравнении с 2012 годом увеличился на 13,8 % и составил – 2,3 случая на 100 тыс. человек населения.

Наибольшие уровни заболеваемости иерсиниозной инфекцией регистрировались в Енисейском и Курагинском районах.

Показатель заболеваемости иерсиниозом детского населения (8,3 случая на 100 тыс. детского населения) в 10,4 раза выше показателя среди взрослых (0,8 случая на 100 тыс. взрослого населения).

Сальмонеллез

В 2013 году в Красноярском крае зарегистрировано 828 случаев сальмонеллеза, показатель заболеваемости составил – 29,1 случая на 100 тыс. человек населения, что на 15,2 % ниже уровня 2012 года (2012 год – 34,3 случая на 100 тыс. человек населения).

В 2013 году заболеваемость сальмонеллезной инфекцией среди городского населения составила – 32,5 случая на 100 тыс. человек населения, и в 1,8 раза превысила заболеваемость среди сельского населения – 17,9 случая на 100 тыс. человек населения.

4.4.4. Вирусные гепатиты

Вирусные гепатиты (далее – ВГ) продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения со значительным социально-экономическим ущербом.

В 2013 году показатель заболеваемости острыми ВГ в Красноярском крае составил – 14,2 случая на 100 тыс. человек населения.

В структуре острых вирусных гепатитов наибольшую долю занимает вирусный гепатит А (далее – ВГА), на долю которого приходится от 70,1 % (2011 год) случаев среди всех острых вирусных гепатитов. В 2013 году на долю вирусного гепатита А приходится 79,2 % всех случаев заболевания, 10,1 % составляет вирусный гепатит С (далее – ВГС), 8,9 % – вирусный гепатит В (далее – ВГВ).

Гепатит А

В 2013 году в Красноярском крае показатель заболеваемости ВГА составил – 11,2 случая на 100 тыс. человек населения, что выше уровня 2012 года в 2,6 раза (2012 год – 4,3 случая на 100 тыс. человек населения).

Уровень заболеваемости ВГА в Красноярском крае в 2013 году выше показателя заболеваемости по РФ на 94,5 % (5,8 случая на 100 тыс. человек населения).

В 2013 году основная доля заболевших ВГА (52,8 %) выявлена в г. Красноярске. Заболеваемость ВГА среди городского населения в 1,5 раза выше уровня заболеваемости сельского населения.



На уровень заболеваемости гепатитом А в Красноярском крае оказывает негативное влияние неудовлетворительная организация систем питьевого водоснабжения.

Что необходимо сделать!

Улучшение санитарно-эпидемиологической обстановки в части обеспечения системного контроля за состоянием водоснабжения населенных мест.

Иммунизация населения против ВГА, составляющего «группу риска».

Гепатит В

В 2013 году в Красноярском крае показатель заболеваемости ВГВ составил – 1,4 случая на 100 тыс. человек населения, что выше уровня 2012 года на 80 % (2012 год – 0,8 случая на 100 тыс. человек населения).

Уровень заболеваемости ВГВ в Красноярском крае в 2013 году выше показателя заболеваемости по РФ на 8,3 % (1,3 случая на 100 тыс. человек населения).

В 2013 году основная доля заболевших ВГВ (68,3 %) выявлена в г. Красноярске. На остальных территориях Красноярского края регистрировались единичные случаи заболевания ВГВ. Заболеваемость ВГВ среди городского населения составила – 1,7 случая на 100 тыс. человек населения.

Уровень заболеваемости ВГВ определяет взрослое население, которое болеет чаще детей в 8,5 раза. В эпидемический процесс вовлекается молодое трудоспособное население в возрасте 20-40 лет, на долю которых

приходилось около 87,8 % заболевших, что обусловлено искусственным парентеральным (при лечебно-диагностических манипуляциях, внутривенное употребление наркотических препаратов) и половым путем передачи возбудителя инфекции среди данного контингента заболевших. В 2013 году парентеральный путь установлен в 51,6 % случаев заболеваний, половой – 35,5 % и контактно-бытовой – 12,9 процента.

В структуре парентерального пути передачи определяющим является парентеральные вмешательства в условиях учреждений здравоохранения – 56,2 %, внутривенное употребление наркотических препаратов – 43,7 процента.

Случаев заболеваний, связанных с переливанием крови в 2013 году не зарегистрировано.

Гепатит С

В 2013 году в Красноярском крае показатель заболеваемости ВГС составил – 1,3 случая на 100 тыс. человек населения, что выше уровня 2012 года на 18,2 % (2012 год – 1,1 случая на 100 тыс. человек населения).

В 2013 году уровень заболеваемости ВГС в Красноярском крае ниже показателя заболеваемости по РФ на 11,6 % (1,47 случая на 100 тыс. человек населения).

В 2013 году среди заболевших ВГС парентеральный путь установлен в 58,8 % случаев заболеваний, половой – 23,5 %, контактно-бытовой – 11,8 %, вертикальный – 5,9 процента.

Случаев заболеваний, связанных с переливанием крови в 2013 году не зарегистрировано.

4.4.5. Природно-очаговые трансмиссивные и зооантропонозные инфекции

В Красноярском крае широко распространены природные очаги инфекций, передаваемые иксодовыми клещами: клещевой вирусный энцефалит (далее – КВЭ), клещевой боррелиоз (далее – КБ), сибирский клещевой тиф (далее – СКТ). Актуальность проблемы определяется широтой распространения, преимущественным поражением взрослого работоспособного населения и летальностью.

Клещевой вирусный энцефалит

В 2013 году показатель заболеваемости КВЭ в Красноярском крае составил – 15,4 случая на 100 тыс. человек населения, что превышает показатель по РФ в 9,6 раза (1,6 случая на 100 тыс. человек населения). Показатель заболеваемости КБ в Красноярском крае составил – 9,8 случая на 100 тыс. человек населения, и превысил средний показатель по РФ в 2,4 раза (4,0 случая на 100 тыс. человек населения).

В структуре заболевших КВЭ доля взрослого населения составила 91,6 % (2012 год – 92,6 %), доля детей до 17 лет – 8,4 % (2012 год – 7,4 %).

В 2013 году по отношению к 2012 году заболеваемость среди взрослого населения снизилась на 15,4 %, показатель заболеваемости среди взрослого населения составил – 17,6 случая на 100 тыс. взрослого населения (2012 год – 20,8 случая на 100 тыс. взрослого населения).

В 2013 году зарегистрировано 5 случаев заболеваний КВЭ со смертельным исходом (2012 год – 5 случаев) среди взрослого не привитого населения (4 случая в г. Красноярске, 1 случай в Иланском районе). Летальность в 2013 году составила 1,1 % (2012 год – 0,9 %).

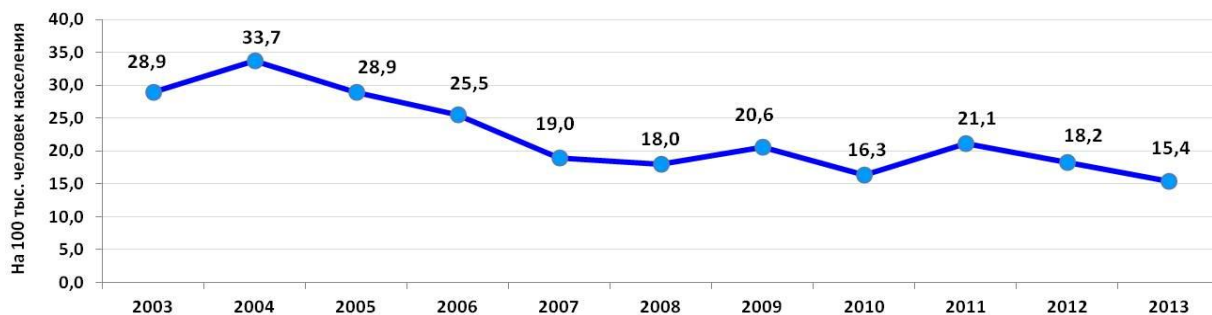


Рисунок 45 – Динамика заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом в Красноярском крае за 2003-2013 годы

В 98,8 % случаев причиной заражения в 2013 году послужили бытовые контакты населения при посещении природных очагов (2012 год – 98,2 %).

Клещевой боррелиоз

В 2013 году показатель заболеваемости КБ в Красноярском крае составил – 9,8 случая на 100 тыс. человек населения. По отношению к 2012 году заболеваемость снизилась на 17,6 процента (2012 год – 11,9 случая на 100 тыс. человек населения).

Среди больных КБ взрослое население в 2013 году составило 94,3 % (2012 год – 91,7 %). Доля городского населения в 2013 году составила 73,5 % (2012 год – 77,4 %).

Сибирский клещевой тиф

В 2013 году в 12 территориях Красноярского края зарегистрировано 79 случаев заболеваний СКТ (2012 год – 101 случай в 16 территориях). В 2013 году показатель заболеваемости СКТ составил – 2,8 случая 100 тыс. человек населения (2012 год – 3,6 случая 100 тыс. человек населения). В сравнении с 2012 годом заболеваемость СКТ снизилась на 22,2 процента.

Заболевания СКТ регистрировались преимущественно среди сельского населения, доля которого в 2013 году составила 68,3 % (2012 год – 63,4 %).

Что необходимо сделать!

Активизация деятельности страховых организаций для обеспечения увеличения объемов вакцинации населения и серопрофилактики;

Увеличение объемов проведения акарицидных обработок в зонах высокого риска заражения населения клещевым вирусным энцефалитом.

4.4.6. Иммунопрофилактика

В 2013 году в результате профилактических и противоэпидемических мероприятий, проводимых органами и учреждениями здравоохранения Красноярского края, были предотвращены массовые инфекционные заболевания, значительно уменьшены их последствия, заболеваемость по ряду инфекций доведена до спорадического уровня, а некоторые из них ликвидированы.

В 2013 году в Красноярском крае не регистрировались случаи заболеваний дифтерией, гемофильной инфекцией, столбняком, туляремией, бешенством, брюшным тифом, острым паралитическим полиомиелитом, в том числе ассоциированные с вакциной.

Трудовая миграция и туристические поездки способствуют глобализации распространения инфекционных заболеваний, в том числе в РФ и Красноярский край.

По прогнозам ВОЗ не исключается появление новых пандемических вирусов гриппа. В Красноярском крае организован постоянный мониторинг за циркуляцией вирусов, вызывающих острые респираторные инфекции, и заболеваемостью населения. В крае ежегодно иммунизируется против гриппа более 30,0 % населения.

Ежегодная реализация широкомасштабных противоэпидемических и профилактических мероприятий позволяют не допустить распространение полиомиелита на территории края, несмотря на массивный занос в РФ указанной инфекции с территории Республики Таджикистан, где в 2010 году отмечалась крупная эпидемия указанной инфекции. С учетом рекомендаций ВОЗ для сохранения статуса территории свободной от полиомиелита в соответствии с постановлением Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Красноярскому краю от 02.04.2013 в крае проводилась дополнительная иммунизация против полиомиелита в 6 учреждениях здравоохранения. Дополнительно привито 573 ребенка.

В 2013 году обеспечен высокий уровень (выше 95,0 %) охвата населения Красноярского края профилактическими прививками в рамках национального календаря профилактических прививок.

Показатели иммунизации в 2013 году достигли индикативных уровней государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»:

охват иммунизации населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки составляет от 96,0 % до 96,2 %, сохраняется на уровне не менее 95 процентов;

охват иммунизации населения против полиомиелита в декретированные сроки составляет от 95,2 % до 96,3 %, сохраняется на уровне не менее 95,0 процентов;

охват иммунизации населения против кори в декретированные сроки составляет 97,5 %, сохраняется на уровне не менее 95,0 процентов;

охват иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки составляет 97,5 %, сохраняется на уровне не менее 95,0 процентов;

охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки составляет 97,5 %, сохраняется на уровне не менее 95,0 процентов;

охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки составляет 96,2 %, сохраняется на уровне не менее 95,0 процентов.

С 2011 года в национальный календарь профилактических прививок включены прививки против гемофильной инфекции для детей из «групп риска» (5,0 % – 10,0 % от числа новорожденных). Учитывая высокий уровень носительства гемофильной палочки (от 30,0 % до 45,0 %) в закрытых учреждениях края, в Красноярском крае началась вакцинация всех новорожденных детей. В 2013 году привито 54 733 ребенка.

С 2013 года в рамках реализации регионального календаря профилактических прививок Красноярского края началась селективная иммунизация против пневмококковой инфекции (привито 5 226 человек), против ветряной оспы (привито 3 717 человек), против вируса папилломы человека (привито 238 человек).

Основными задачами в профилактике инфекций, управляемых средствами специфической профилактики на 2014 год являются:

1. Реализация национального календаря профилактических прививок, сохранение охвата прививками не менее 95,0 % контингентов, подлежащих вакцинации и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

2. Реализация и расширение регионального календаря профилактических прививок, внедрение вакцин, не содержащих консервантов, а также комбинированных препаратов (содержащих 5-6 компонентов против разных инфекций), позволяющих уменьшить число инъекций, расходов на администрирование, хранение и оборот медицинских иммунобиологических препаратов.

3. Обеспечение безопасности вакцинации для пациента, медицинского работника и населения.

4. Внедрение в практику инновационных технологий, приобретение программы «Управление иммунизацией», позволяющей обеспечить сохранность и достоверность сведений по иммунизации, возможность формировать отчетно-аналитические документы на различных уровнях управления.

5. Организация постоянной и активной пропаганды в средствах массовой информации о необходимости и целях иммунизации, привлечение внимания администрации территориальных органов власти и региональных лидеров к проблемам иммунопрофилактики, активное противодействие негативной информации, дискредитирующей профилактические прививки.

ИНВАЛИДНОСТЬ



5. Инвалидность населения

Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов являются важными элементами системы обеспечения инвалидам условий для преодоления ограничений жизнедеятельности, направленными на создание им равных возможностей для участия в жизни общества.

Целями и основными направлениями совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов являются повышение объективности, доступности и эффективности экспертных и реабилитационных мероприятий.

Достижение указанной цели в значительной степени зависит от успешного решения двух основных задач:

повышение уровня объективности оценок ограничений жизнедеятельности инвалидов и мер по их преодолению;

повышение доступности и эффективности предоставляемых реабилитационных услуг и технических средств реабилитации.

Медико-экспертная помощь населению Красноярского края оказывается Федеральным государственным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Красноярскому краю», организационная структура которого представлена следующими подразделениями:

8 – отделов (отдел экспертно-реабилитационных исследований и консультаций, юридический, организационно-методический, информационного обеспечения, отдел по организации работы с документами, отдел кадров, планово-финансовый, отдел по общим вопросам деятельности учреждения);

5 – экспертных состава;

43 – бюро.

По данным отделения Пенсионного Фонда Российской Федерации по Красноярскому краю общее количество инвалидов, зарегистрированных на 01.01.2014 составило – 192 157 человек, что составляет около 7,0 % жителей края. Из общего количества инвалидов, дети составляют – 5,5 %, взрослые – 94,5 процента.

В 2013 году по сравнению с 2012 годом общая численность инвалидов в Красноярском крае уменьшилась на 2 575 человек (1,3 %), за последние пять лет численность инвалидов сократилась на 7 127 человек (3,6 %).

В 2013 году количество взрослых инвалидов снизилось на 1,4 % (за пять лет снижение на 4,0 %), численность детей-инвалидов по отношению к 2012 году не изменилась (за пять лет произошло увеличение на 6,0 %).

Справочно

Инвалидность - это степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма.

Уровень общей инвалидности в 2013 году по Красноярскому краю составил – 675,1 случая на 10 тыс. человек населения, среди взрослых – 796,6 случая на 10 тыс. взрослого населения, среди детей – 185,2 случая на 10 тыс. детского населения.

Таблица 57 – Общее количество инвалидов, зарегистрированных в Красноярском крае (по данным отделения Пенсионного Фонда РФ по Красноярскому краю) (в абс. числах)

Наименование	На 01.01.10 год	На 01.01.11 год	На 01.01.12 год	На 01.01.13 год	На 01.01.14 год
Общее количество инвалидов	199 284	198 624	197 421	194 732	192 157
в т.ч. взрослых	189 403	188 532	186 969	184 255	181 680
детей	9 881	10 092	10 452	10 477	10 477

В Красноярском крае за 2013 год освидетельствовано – 63 090 человек, из них: взрослые – 55 577 человек (88,1%), дети – 7 513 человек (11,9 %).

В 2013 году по отношению к 2012 году численность освидетельствованных снизилась – на 1,7 %, а за последние пять лет снижение составило – 24,0 процента. Снижение за счет взрослого населения по отношению к 2012 году произошло на 2,1 % (за последние пять лет на 26,0 %), среди детей число освидетельствований по отношению к 2012 году возросло на 1,9 % (за 5 лет произошло снижение на 6,3 %).

В Красноярском крае в 2013 году признано инвалидами – 52 663 человек, из них: взрослые – 86,8 %, дети – 13,2 процента. Число признанных инвалидами в 2013 году соответствует уровню 2012 года (убыль менее 1,0 %), за пятилетний период наблюдается снижение на 20,4 процента.

Таблица 58 – Число освидетельствованных и признанных инвалидами граждан в Красноярском крае за 2009-2013 годы (в абс. числах)

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Всего освидетельствовано	82 973	78 322	67 716	64 171	63 090
в т.ч. взрослых	74 954	70 302	60 041	56 795	55 577
детей	8 019	8 020	7 675	7 376	7 513
Всего признано инвалидами	66 181	65 191	56 298	53 010	52 663
в т.ч. взрослых	59 145	57 921	49 215	46 242	45 735
детей	7 036	7 270	7 083	6 768	6 928

5.1. Инвалидность среди взрослого населения

В 2013 году в Красноярском крае всего освидетельствовано – 55 577 человек, в том числе на определение группы инвалидности – 47 799 человек (86,0 %).

Признано инвалидами – 45 735 человек (95,7 %), в том числе впервые – 12 543 человек (27,4 %), повторно – 33 192 человек (72,6 %).

Первичная инвалидность.

В 2013 году по отношению к 2012 году количество первично признанных инвалидов снизилось на 1,6 %, по отношению к 2009 году на 1,1 процента.

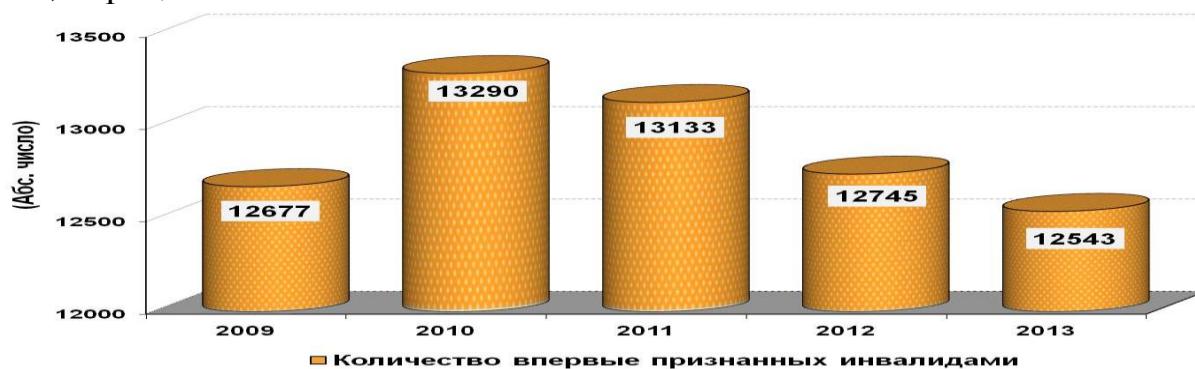


Рисунок 46 – Количество впервые признанных инвалидами среди взрослого населения по Красноярскому краю за 2009-2013 годы

Из общего числа впервые признанных инвалидов, инвалиды по общему заболеванию составляют – 95,7 %, инвалиды вследствие трудового увечья и профзаболевания – 1,8 %, инвалиды с детства – 1,2 %, инвалиды из числа бывших военнослужащих составляют – 1,3 процента.

Среди впервые признанных инвалидами мужчины составляют – 55,5 %, женщины – 44,5 процента.

Среди впервые признанных инвалидами, доля городских жителей составляет – 71,0 %, доля сельских жителей – 29,0 %, что отражает действительный состав населения края (30,0 % краевых поселений являются сельскими).

В Красноярском крае уровень первичной инвалидности среди взрослого населения в 2013 году составил – 58,6 случая на 10 тыс. человек населения. В РФ показатель составил 69,0 случаев на 10 тыс. человек населения, в СФО – 67,3 случая на 10 тыс. человек населения.

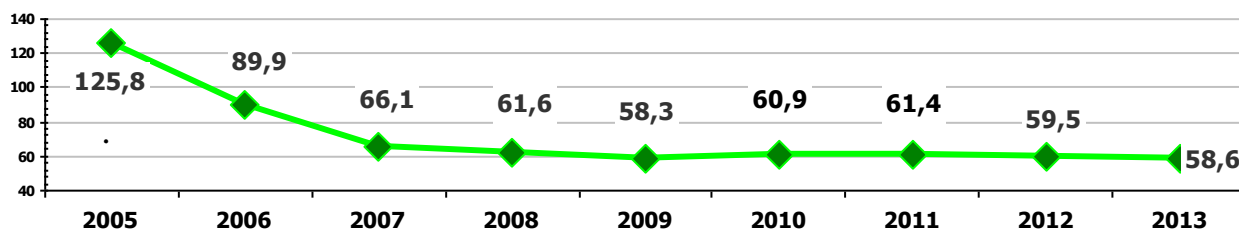


Рисунок 47 – Показатель первичного выхода на инвалидность лиц старше 18 лет в Красноярском крае за 2005-2013 годы

Снижение интенсивного показателя по отношению к 2012 году незначительное и составляет 1,5 процента.

Уровень первичной инвалидности в Красноярском крае среди трудоспособного населения в 2013 году составил – 41,2 случая на 10 тыс. трудоспособного населения.

Среди городского населения уровень первичной инвалидности взрослого населения составил – 54,7 случая на 10 тыс. человек населения, в 1,3 раза ниже, чем среди сельского населения (70,8 случая на 10 тыс. человек населения).

Уровень первичной инвалидности среди мужского населения в 1,5 раза выше, чем среди женского и составил – 71,7 случая на 10 тыс. человек населения (женское население – 47,8 случая на 10 тыс. человек населения).

В 2013 году по сравнению с 2012 годом доля инвалидов I группы возросла на 1,6 %, доля инвалидов II группы осталась на прежнем уровне, доля инвалидов III группы снизилась на 1,6 процента.

Таблица 59 – Результаты первичных освидетельствований среди взрослого населения в Красноярском крае за 2009 – 2013 годы (в абс. числах)

Категория освидетельствования	Общее число					в т.ч. в трудоспособном возрасте				
	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Освидетельствовано всего	13838	15042	14841	14463	14112	7915	8767	8493	8131	7801
признано инвалидами	12677	13290	13133	12745	12543	7066	7347	7135	6757	6571
в том числе:										
инвалиды I гр.	1917	2525	2486	2292	2463	625	840	845	758	757
инвалиды II гр.	6268	5649	5471	5207	5129	3666	3203	2954	2793	2793
инвалиды III гр.	4492	5116	5176	5246	4951	2775	3304	3336	3206	3021

В 2013 году в структуре первичной инвалидности взрослого населения в Красноярском крае ведущее место занимают болезни системы кровообращения – 31,1 %. В Красноярском крае отмечается тенденция к снижению числа инвалидов по данному классу, убыль по сравнению с 2012 годом составила – 4,2 %, за период 2009-2013 годы отмечается снижение на 4,5 процента.

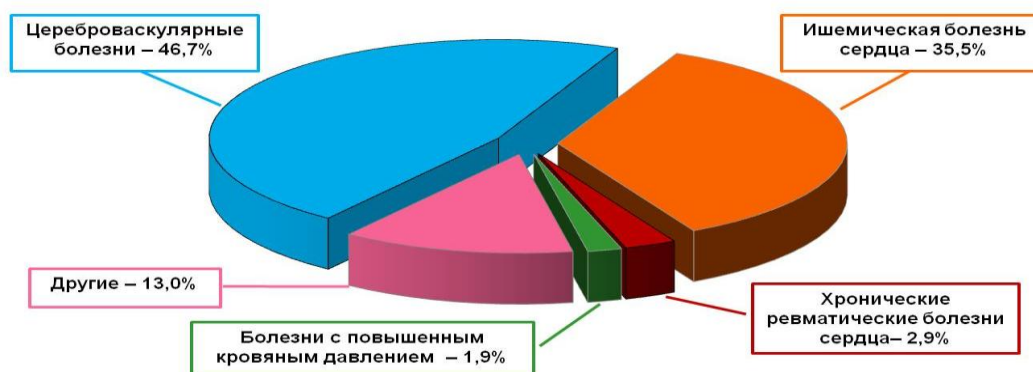


Рисунок 48 – Причины первичной инвалидности среди взрослого населения Красноярского края по классу болезней системы кровообращения в 2013 году

На втором месте в структуре первичной инвалидности взрослого населения в Красноярском крае находятся злокачественные новообразования – 27,6 %. В 2013 году по сравнению с 2012 годом произошло увеличение

числа инвалидов по данной нозологии на 7,0 %, за период 2009-2013 годы на 10,1 процента.

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в структуре первичной инвалидности взрослого населения занимают третье место – 7,8 %. Снижение числа инвалидов по данной патологии в 2013 году по сравнению с 2012 годом составило 8,5 %.

Четвертое место в структуре первичной инвалидности взрослого населения занимают последствия травм всех локализаций и причин – 7,4 %. Снижение числа инвалидов по данной патологии в 2013 году по сравнению с 2012 годом составило – 7,0 %, за период 2009-2013 годы отмечается снижение на 5,3 процента.

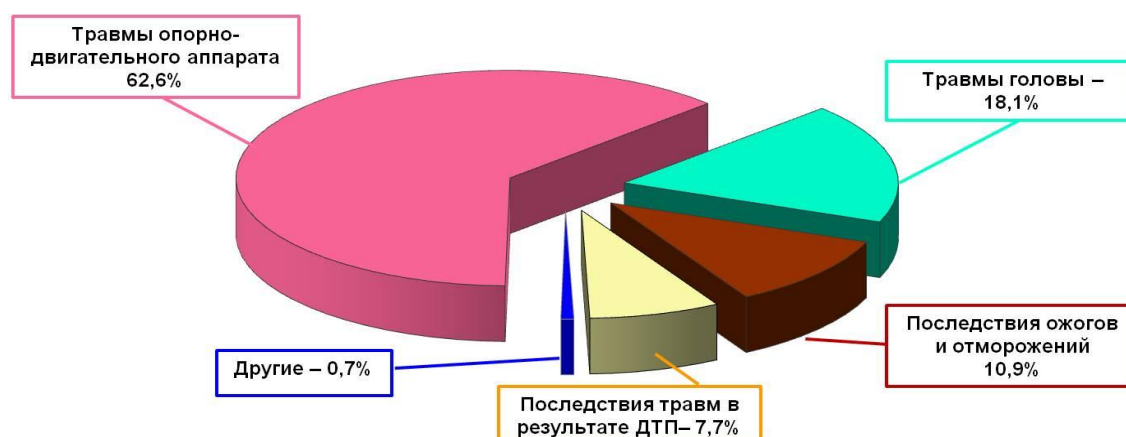


Рисунок 49 – Структура первичной инвалидности среди взрослого населения Красноярского края по последствиям травм всех локализаций и причин в 2013 году

Психические расстройства и расстройства поведения занимают пятое место – 5,7 %. В 2013 году число инвалидов по данной патологии по сравнению с 2012 годом снизилось на 2,5 процента. В 66,1 % психические заболевания поражают преимущественно людей молодого возраста.

Повторная инвалидность.

В Красноярском крае в 2013 году число переосвидетельствованных составило – 41 465 человек, что на 2,0 % меньше, чем в 2012 году и на 27,8 % меньше, чем в 2009 году.

Число повторных освидетельствований для определения группы инвалидности продолжает снижаться. В 2013 году по сравнению с 2012 годом произошло снижение на 1,3 % (за счет лиц трудоспособного возраста), за пятилетний период 2009-2013 годы на 30,9 процента.

В 2013 году признано инвалидами повторно – 33 192 человека, снижение к 2012 году составило менее 1,0 % (за счет лиц трудоспособного возраста), по отношению к 2009 году снижение на 28,6 процента.

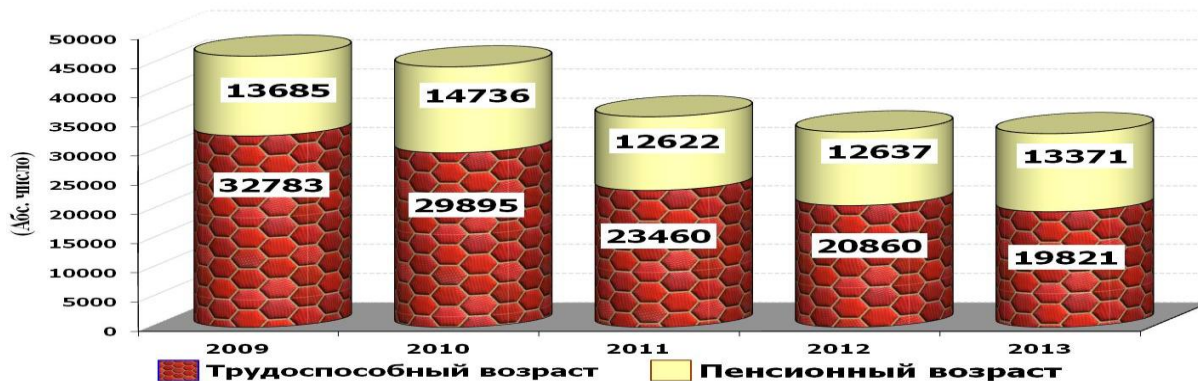


Рисунок 50 – Число повторно признанных инвалидами в пенсионном и трудоспособном возрасте в Красноярском крае за 2009-2013 годы

В Красноярском крае уровень повторной инвалидности среди взрослого населения в 2013 году составил – 155,0 случаев на 10 тыс. человек населения. В течение пяти лет отмечается тенденция к снижению показателя (2009 год – 213,6 случая на 10 тыс. человек населения). В РФ уровень повторной инвалидности среди взрослого населения составил – 144,4 случая на 10 тыс. человек населения, в СФО – 142,9 случая на 10 тыс. человек населения.

В 2013 году в трудоспособном возрасте уровень повторной инвалидности в Красноярском крае составил – 124,3 случая на 10 тыс. человек населения, в пенсионном возрасте – 244,7 случая на 10 тыс. человек населения.

По Красноярскому краю показатель повторной инвалидности трудоспособного возраста соответствует уровню РФ (127,6 случая на 10 тыс. человек населения), среди пенсионного возраста значительно превышает показатель по РФ (187,9 случая на 10 тыс. человек населения).

Уровень повторной инвалидности в Красноярском крае среди мужского населения в 1,6 раза выше, чем среди женского населения, как в трудоспособном, так и в пенсионном возрасте.

Ранговые места повторной инвалидности взрослого населения Красноярского края в 2013 году распределились следующим образом:

первое место занимают болезни системы кровообращения – 47,3 случая на 10 тыс. человек взрослого населения (30,5 %);

второе место занимают злокачественные образования – 26,2 случая на 10 тыс. человек взрослого населения (16,9 %);

третье место занимают психические расстройства – 18,3 случая на 10 тыс. человек взрослого населения (11,8 %);

четвертое место занимают болезни костно-мышечной системы – 14,6 случая на 10 тыс. человек взрослого населения (9,4 %);

пятое место занимают последствия бытовых и производственных травм – 11,9 случая на 10 тыс. человек взрослого населения (7,7 %).

В 2013 году по сравнению с 2012 годом доля инвалидов I группы снизилась на 0,7 %, доля инвалидов II группы осталась на прежнем уровне, удельный вес инвалидов III группы вырос на 0,7 процента.

В 2013 году среди взрослого населения разработано – 52 594 программ: индивидуальная программа реабилитации инвалидов (93,3 %) и программа реабилитации пострадавших в результате несчастного случая на производстве или профзаболевания (6,7 %).

Удельный вес полной и суммарной реабилитации в течение последних пяти лет постоянно снижается, показатели частичной реабилитации, утяжеления, и стабильности группы инвалидности практически соответствуют уровню 2011 года.

Таблица 60 – Реабилитационные показатели инвалидности в Красноярском крае за 2009 -2013 годы (%)

Показатели реабилитации	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Полная реабилитация	5,9	4,8	3,5	3,1	2,7
Частичная реабилитация	13,6	13,4	12,7	13,4	12,4
Суммарная реабилитация	12,8	11,3	9,6	9,5	8,5
Стабильность инвалидности	80,5	78,2	81,9	82,1	81,3
Утяжеление группы инвалидности	6,9	9,4	8,5	8,9	8,4

5.2. Детская инвалидность

По данным ООН, в мире насчитывается около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями. Ухудшение экологической обстановки, высокий уровень заболеваемости родителей (особенно матерей), ряд нерешенных социально-экономических, психолого-педагогических и медицинских проблем способствуют увеличению числа детей-инвалидов, делая эту проблему особенно актуальной.

Инвалидность у детей - более тяжёлое явление, чем инвалидность у взрослых, так как у детей она накладывается на процесс развития психики, приобретения навыков, усвоения знаний.

В Красноярском крае продолжает наблюдаться устойчивая тенденция к снижению общего числа освидетельствований детей. За период с 2009 года по 2013 год их число уменьшилось на 506 человек (6,3 %).

Количество освидетельствований детей для установления категории «ребенок-инвалид» за период 2009-2013 годы снизилось на 174 человека (2,4 %), по отношению к 2012 году отмечается снижение на 2,5 процента. Число детей, признанных инвалидами, в 2013 году по сравнению с 2009 годом уменьшилось на – 1,5 %, а по отношению к 2012 году выросло на – 2,4 процента.

Первичная инвалидность.

Удельный вес первично освидетельствованных детей на категорию «ребенок-инвалид» в 2013 году остался на уровне 2012 года. По отношению к 2009 году удельный вес увеличился на 2,7 процента.

В 2013 году количество впервые признанных инвалидами детей по сравнению с 2012 годом снизилось на 1,5 процента.

Таблица 61 – Результаты первичных освидетельствований детей в возрасте до 18 лет в Красноярском крае за 2009-2013 годы, (абс. число)

Наименование показателей	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Освидетельствовано всего	1 251	1 422	1 521	1 421	1 419
в том числе для определения категории «ребенок-инвалид»	1 251	1 422	1 518	1 421	1 418
из них признаны инвалидами по категории «ребенок-инвалид»	1 179	1 348	1 429	1 343	1 323

В 2013 году по Красноярскому краю уровень первичной инвалидности составляет – 24,7 случая на 10 тыс. детского населения (2012 год – 25,5 случая на 10 тыс. детского населения).

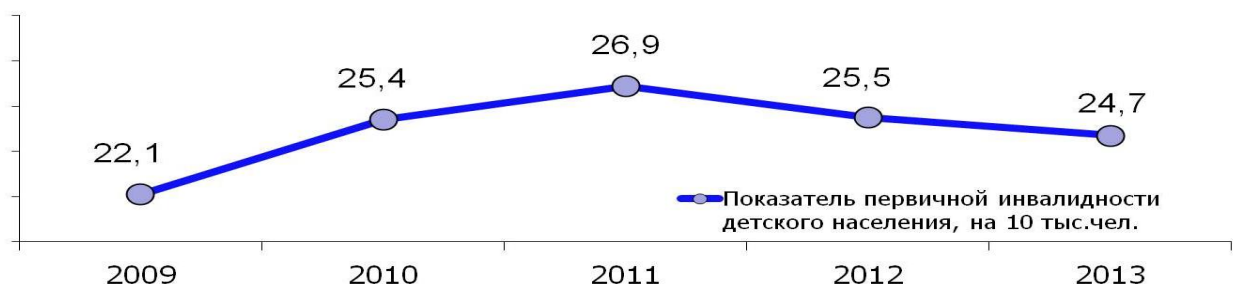


Рисунок 51 – Показатель первичного выхода на инвалидность детей до 18 лет в Красноярском крае за 2009 – 2013 годы (на 10 тыс. человек населения)

В 2013 году в структуре первичной инвалидности детского населения в Красноярском крае наибольший удельный вес имеют:

Психические расстройства и расстройства поведения – 27,8 % (2012 год – 27,1 %). В 2013 году показатель первичной инвалидности детского населения от психических расстройств и расстройств поведения составил – 6,9 случая на 10 тыс. детского населения;

Болезни нервной системы – 20,9 % (2012 год – 19,1 %). В 2013 году показатель первичной инвалидности детского населения от болезней нервной системы составил – 5,2 случая на 10 тыс. детского населения;

Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – 19,2 % (2012 год – 22,3 %). В 2013 году показатель первичной инвалидности детского населения от врожденных аномалий (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения составил – 4,7 случая на 10 тыс. детского населения.

В структуре первичной инвалидности, как и в предыдущие годы, преобладают дети от 0 до 3-х лет – 43,5 процента.

По-прежнему в половой структуре детской инвалидности преобладают мальчики – 58,4 процента.

Повторная инвалидность.

Продолжается ежегодное снижение общего количества переосвидетельствований детей. Количество повторных освидетельствований на категорию «ребенок-инвалид» за период 2009-2013 годы уменьшилось на 5,6 процента.

Таблица 62 – Результаты переосвидетельствований детей в возрасте до 18 лет в Красноярском крае за 2009-2013 годы, (абс. число)

Наименование показателей	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Переосвидетельствовано всего	6 768	6 598	6 154	5 955	6 094
в том числе для определения группы инвалидности	6 080	6 137	5 816	5 584	5 739
из них признаны инвалидами по категории «ребенок-инвалид»	5 857	5 922	5 654	5 425	5 605

Количество детей при переосвидетельствовании с установлением им категории «ребенок-инвалид» в 2013 году по отношению к 2012 году увеличилось на 3,3 процента. По отношению к 2009 году увеличение составило – 11,1 процента.

Основными причинами повторной детской инвалидности по прежнему остаются: врожденные аномалии – 25,2 %, психические расстройства – 25,1 %, болезни нервной системы – 21,2 процента.

Как и при первичном освидетельствовании преобладают дети мужского пола – 58,7 процента.

Самый высокий удельный вес мальчиков по годам в возрастной группе от 8 до 14 лет – 60,9 %. В структуре повторной инвалидности преобладают дети от 8 до 14 лет – 46,7 %.

В 2013 году разработано 7 258 индивидуальных программ реабилитации инвалидов (детей).

Показатель реабилитации детей в Красноярском крае имеет тенденцию к постоянному снижению.

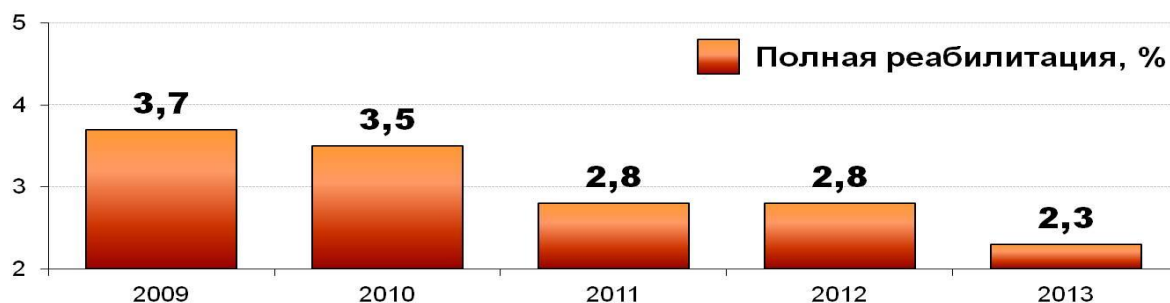


Рисунок 52 – Показатель реабилитации детей до 18 лет в Красноярском крае за 2009-2013 годы

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ



*Что требуется от медицины? Совсем «немного» -
правильной диагностики и хорошего лечения.*

Н.М. Амосов

РАЗДЕЛ 2. СОСТОЯНИЕ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

1. Организация медицинской помощи населению

В реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае (далее – Программа государственных гарантий) на 2013 год приняло участие:

224 организаций здравоохранения (2012 год – 220 организаций здравоохранения), в том числе 187 организаций здравоохранения (2012 год – 176 организаций здравоохранения), работающих в системе обязательного медицинского страхования (далее – система ОМС), из них:

учреждения муниципальной формы собственности – 141, в том числе, работающие в системе ОМС – 134 (95 %);

краевые государственные бюджетные учреждения – 41, в том числе, работающие в системе ОМС – 11 (26,8 %);

федеральные учреждения – 9, в том числе, работающие в системе ОМС – 9 (100 %);

негосударственные медицинские организации – 33, из них 28 организаций частной формы собственности и 5 организаций ОАО «РЖД», все медицинские организации работающие в системе ОМС, что в 2 раза превышает число медицинских организаций частной формы собственности, работавших в системе ОМС в 2012 году (2012 год – 14).

В 2013 году в Красноярском крае наибольший удельный вес составляют больничные учреждения – 106 медицинских организаций (47,3 % от общего числа), из них, подавляющее большинство медицинских организаций работали в 2012 году в системе ОМС.

Муниципальные учреждения здравоохранения – 141 учреждение, составили 62,9 % от общего числа медицинских организаций, участвовавших в реализации Программы государственных гарантий в 2013 году.

Как обстоят дела в 2013 году:

*В 2013 году медицинскую помощь населению оказывали **224** учреждений здравоохранения:*

*краевые учреждения здравоохранения **41**;*

*муниципальные учреждения здравоохранения **141**;*

*федерального подчинения **5**;*
*подчинения другим министерствам и ведомствам **4**;*

*частной системы здравоохранения **28**.*

Таблица 63 – Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь населению Красноярского края за 2009-2013 годы

Типы медицинских организаций/годы	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
<i>Больничные учреждения, из них</i>					
Краевые больницы	2	2	2	2	2
Госпиталь ветеранов войн	1	1	1	1	1
Городские больницы	25	25	25	25	25
Детские городские больницы	7	7	7	7	7
Родильные дома	7	7	7	7	7
Специализированные больницы	9	4	4	4	4
Центральные районные больницы	42	43	42	42	42
Районные больницы	5	5	6	6	7
Участковые больницы	18	17	15	15	11
Диспансеры	24	16	16	16	16
<i>Амбулаторно – поликлинические учреждения, из них</i>					
Поликлиники	14	14	14	13	12
Детские поликлиники	5	5	5	5	4
Стоматологические поликлиники взрослые	16	14	14	13	13
Амбулатории	7	8	6	6	2
Фельдшерско-акушерские пункты	928	905	877	872	872

*в 2010 году произошло объединение краевых учреждений здравоохранения: кожно-венерологических, наркологических, психоневрологических диспансеров, в результате которого численность учреждений сократилась

В Красноярском крае в 2013 году, из 224 организаций здравоохранения, участвовавших в реализации Программы государственных гарантий – 187 организаций работали в системе ОМС (83,5 %), из них:

больничные учреждения – 106, в том числе, работающие в системе ОМС – 103 (97,2 %);

амбулаторно-поликлинические учреждения – 62, в том числе, работающие в системе ОМС – 62 (100 %);

диспансеры – 16, в том числе, работающие в системе ОМС – 3 (18,7 %);

медицинские центры – 8, в том числе, работающие в системе ОМС – 6 (75,0 %);

учреждения охраны материнства и детства – 12, в том числе, работающие в системе ОМС – 7 (58,3 %);

скорой медицинской помощи – 8, в том числе, работающие в системе ОМС – 6 (75,0 %);

При анализе основных объемных показателей Программы государственных гарантий по видам медицинской помощи в 2013 году в Красноярском крае отмечена позитивная тенденция к дальнейшему сокращению объемов скорой медицинской помощи, круглосуточной стационарной медицинской помощи (за счет внедрения стационарозамещающих технологий), профилактической направленности работы амбулаторно-поликлинических учреждений.

Объем медицинской помощи, оказанной в 2013 году в круглосуточных стационарах, составил – 2,414 койко-дня на 1 жителя (в 2012 году – 2,501 койко-дня на 1 жителя), в том числе, в рамках системы ОМС – 1,917 койко-дня на 1 застрахованного (в 2012 году – 1,942 койко-дня на 1 застрахованного); при плане – 2,509 койко-дня на 1 жителя в год всего и, соответственно, в рамках системы ОМС – 1,743 койко-дня на 1 застрахованного.

В Красноярском крае за 2013 год фактическое выполнение койко-дней в круглосуточном стационаре составило – 6 858 472 (факт 2012 года – 7 100 236). Процент выполнения составил – 96,2 % от плана.

Недовыполнение плана койко-дней по стационарной медицинской помощи связано с проведением в больничных учреждениях капитального ремонта в рамках освоения средств, выделенных на эти цели по программе модернизации системы здравоохранения Красноярского края в 2013 году.

Для сокращения объемов стационарной круглосуточной медицинской помощи в Красноярском крае проводится работа по рациональному использованию коечного фонда, сокращению неэффективно работающих коек, внедрению новых интенсивных технологий диагностики и лечения, перепрофилированию больничных коек в койки дневного стационара, внедрению стационарозамещающих технологий, перепрофилированию круглосуточных коек в койки сестринского ухода.

Объем оказания амбулаторно-поликлинической помощи в 2013 году составил:

5,359 посещений на 1 жителя в год, в том числе, в рамках системы ОМС – 5,091 посещений на 1 застрахованного, при плане – 2,91 посещений на 1 жителя в год, в том числе, в рамках системы ОМС – 2,497 посещений на 1 застрахованного;

1,837 обращений по заболеваниям на 1 жителя в год, в том числе, в рамках системы ОМС – 1,711 обращений на 1 застрахованного, при плане – 2,111 обращений на 1 жителя в год, в том числе, в рамках системы ОМС – 1,903 обращений на 1 застрахованного.

В Красноярском крае за 2013 год фактическое выполнение объемов амбулаторно-поликлинической помощи составило – 15 221 907 посещений (при плане 8 266 762 посещения в год) и 5 218 669 обращений по заболеваниям (при плане – 5 996 748 обращений в год), в том числе, в рамках системы ОМС – 14 596 975 посещений (при плане – 7 159 789 посещений в год) и 4 906 203 обращения по заболеваниям (при плане – 5 457 453 обращения в год).

В Красноярском крае объем помощи в дневных стационарах всех типов в 2013 году составил 0,77 пациенто-дня на 1 жителя в год (в 2012 году – 0,732 пациенто-дня на 1 жителя в год), в том числе, в рамках системы ОМС – 0,674 пациенто-дня на 1 застрахованного в год (в 2012 году – 0,654 пациенто-дня на 1 застрахованного в год), при плане – 0,671 пациенто-дня на 1 жителя в год, в том числе, в рамках системы ОМС – 0,526 пациенто-дня на 1 застрахованного в год.

В 2013 году фактическое выполнение объема пациенто-дней составило – 2 187 172 пациенто-дней (план – 1 905 315 пациенто-дней), в том числе, в рамках системы ОМС – 1 931 518 пациенто-дней (план – 1 507 940 пациенто-дней).

В Красноярском крае объем оказания скорой медицинской помощи в 2013 году составил – 0,349 вызова на 1 жителя в год (в 2012 году – 0,361 вызова на 1 жителя в год), при плане – 0,322 вызова на 1 жителя в год.

За 2013 год фактическое выполнение вызовов составило – 991 024 вызова (в 2012 году – 1 024 312 вызова), при плане – 914 332 вызова в год. Плановое количество вызовов 2013 года выполнено на 108,4 процента.

Программой государственных гарантий предусматривается максимально полное обеспечение населения Красноярского края медицинской помощью. Обеспечение за счет повышения эффективности использования ресурсов на основе повышения структурной эффективности системы здравоохранения, перепрофилирования объема медицинских услуг круглосуточного стационара за счет развития паллиативной помощи, стационарозамещающих технологий, усиления роли первичного звена здравоохранения.

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению Красноярского края оказывается ФАПами, самостоятельными поликлиниками, поликлиниками, входящими в состав муниципальных бюджетных учреждений здравоохранения, краевых государственных бюджетных и казенных учреждений здравоохранения. В состав медицинских учреждений входят общие врачебные практики.

Организация оказания амбулаторной первичной медико-санитарной помощи пациентам в Красноярском крае осуществляется по территориально-участковому принципу.

В 2013 году первичную медико-санитарную помощь жителям Красноярского края оказывали – 364 амбулаторно-поликлинических учреждения.

Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений по числу посещений в смену составляет – 274,0 на 10 тыс. человек населения.

В медицинских учреждениях Красноярского края в 2013 году работают 105 отделений (кабинетов) врача общей практики. Всего в крае работает 80 врачей общей практики.

Главный принцип деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений - это профилактическая направленность системы медицинской помощи (активные посещения, патронаж, проведение всех профилактических осмотров для всех определенных нормативными документами контингентов).

Таблица 64 – Сеть амбулаторно-поликлинических учреждений Красноярского края в 2009-2013 годах

Наименование учреждений	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Всего АПУ (самостоятельных и входящих в больничные учреждения)	369	365	353	349	364
Число поликлиник (амбулаторий), детских поликлиник, женских консультаций, входящих в состав больничных учреждений	299	314	322	325	327
Самостоятельные амбулаторно-поликлинические учреждения, всего:	30	31	31	29	23
Из них: поликлиники	13	13	13	13	12
амбулатории	7	8	6	6	2
детские поликлиники	5	5	5	5	4
центр по профилактике и борьбе со СПИД	1	1	1	1	1
медико-генетический центр	1	1	1	1	1
прочие	1	1	3	3	3
Стоматологические поликлиники	16	16	14	14	14
Диспансеры	24	16	16	16	16
Кроме того: здравпункты врачебные	8	8	5	5	5
здравпункты фельдшерские	105	96	95	95	89
фельдшерско-акушерские пункты	928	905	877	872	872

С учетом амбулаторно-поликлинической сети учреждений укомплектованность врачебными кадрами составила 60,2 процента. Возросшая потребность в медицинской помощи сформировала сроки ожидания медицинской услуги (консультации врача специалиста, получения диагностических исследований) жителями Красноярского края на уровне установленных Программой государственных гарантий.

Врач общей практики (семейный врач) должен быть ориентирован на оказание медицинской помощи широкого спектра при наиболее распространенных заболеваниях как терапевтического (включая педиатрию), так и хирургического плана (с акушерством и гинекологией), а также по специализированным видам помощи.

С целью разрешения сложившейся ситуации по организации доступности первичной медико-санитарной помощи в 2013 году в крае была организована следующая работа:

в части анализа формирования потока пациентов внутри каждого амбулаторно-поликлинического учреждения посредством паспортизации амбулаторно-поликлинических учреждений края;

в части оптимизации работы регистратуры по формированию потока пациентов с назначением ответственных за работу регистратуры лиц из числа заместителей главного врача и ежедневным мониторингом сроков ожидания медицинской услуги с принятием управленческих решений;

в части организации кабинетов неотложной медицинской помощи;
формирование кабинетов доврачебного приема с возможностью выписки рецептов льготной категории граждан по решению врачебной комиссии на 3 месяца;

размещение параклинических исследований в частных медицинских организациях с оплатой за счет средств обязательного медицинского страхования.

С декабря 2013 года функционирует Передвижной консультативно–диагностический центр «Мобильная поликлиника» КГБУЗ «Красноярская краевая больница». «Мобильная поликлиника» укомплектована современным медицинским оборудованием, включая: флюорограф, маммограф, УЗИ-аппарат, оснащенные кабинеты отоларинголога, стоматолога, гинеколога, офтальмолога, клиничко-диагностическая лаборатория. В кабинетах поликлиники ежедневно возможен прием до 150 пациентов. За декабрь 2013 года осуществлены выезды в два муниципальных образования края и выполнены населению следующие исследования: 531 флюорограмма, 667 маммографий, 193 УЗИ-исследований брюшной полости.

В 2013 году продолжена работа по обеспечению взаимодействия медицинских учреждений частной формы собственности в системе здравоохранения Красноярского края, в том числе при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения.

В рамках государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Красноярского края по организации работы передвижного консультативно-диагностического центра «Доктор Войно-Ясенецкий (св. Лука)» (далее – ПКДЦ) ежегодно осматривается 17°400 пациентов, из них 63°% сельские жители. Ежегодно ПКДЦ осуществляет 12 выездов и работает на 52 станциях Красноярской железной дороги. В 2013 году ПКДЦ осуществлено 10 выездов, выполнено 53 815 посещений.

В марте 2013 года в Красноярском крае стартовал масштабный проект по диспансеризации определенных групп взрослого населения. В проведении I этапа диспансеризации активно задействованы ФАПы, участковые больницы и врачебные амбулатории. Все учреждения обеспечены скрининг-оборудованием. В учреждениях в 22°% случаев проводится следующие методы обследования: анкетирование, антропометрия, измерение артериального давления, клинические анализы, электрокардиограмма.

Плановый объем диспансеризации определенных групп взрослого населения на территории Красноярского края в 2013 году составил – 524 297 человек (23,3 % от прикрепленного взрослого населения). За 2013 год прошли I этап диспансеризации – 489 694 человека (93,4 % от годового плана).

1.1.1. Медицинская помощь сельскому населению

В 2013 году по Красноярскому краю общая заболеваемость сельского населения составила 945,4 случая на 1 000 сельского населения (2012 год –

967,9 случая на 1 000 сельского населения). Снижение общей заболеваемости сельского населения по отношению к 2012 году составляет 2,3 процента.

В 2013 году в сельских населенных пунктах Красноярского края зарегистрировано – 451 996 случаев заболеваний, в том числе впервые выявленных – 179 248 случаев заболеваний.

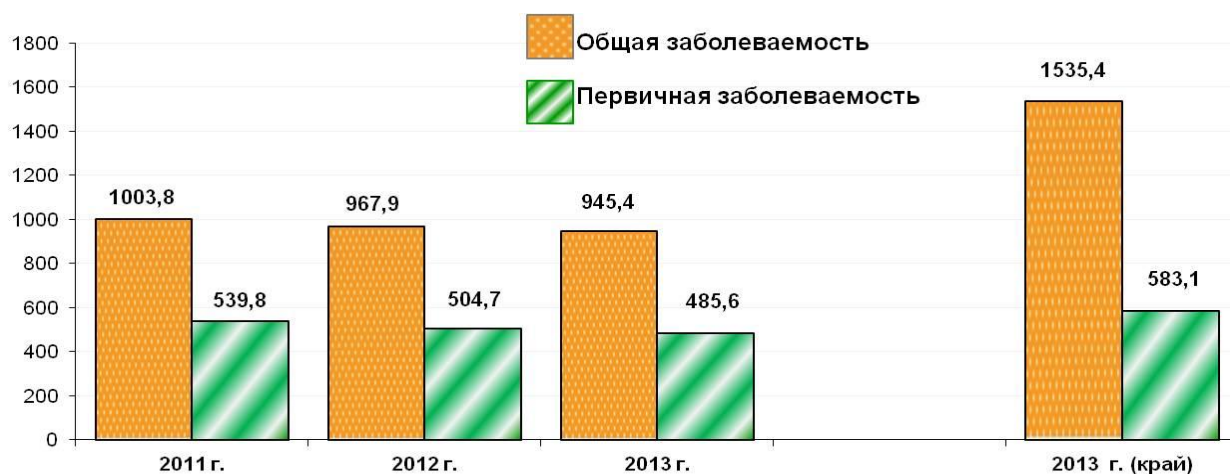


Рисунок 53 – Динамика общей и первичной заболеваемости сельского населения Красноярского края за 2011-2013 годы (на 1 000 сельского населения)

В структуре общей заболеваемости сельского населения в 2013 году первое место занимают болезни органов дыхания – 241,9 случая на 1 000 сельского населения (в структуре – 25,6 %) (2012 год – 247,9 случая на 1 000 сельского населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается снижение заболеваемости на 2,4 процента.

Второе место занимают болезни системы кровообращения – 169,3 случая на 1 000 сельского населения (2012 год – 170,2 случая на 1 000 сельского населения). В структуре общей заболеваемости сельского населения в 2013 году данный класс занимает 17,9 процента. В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается снижение заболеваемости на 0,5 процента.

В структуре общей заболеваемости сельского населения класса «Болезни системы кровообращения» ведущее место занимают – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением – 51 %. Следующим по вкладу является ишемическая болезнь сердца – 22,5 % и цереброваскулярные заболевания – 15,8 процента.

Третье место в структуре общей заболеваемости сельского населения занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 84,0 случая на 1 000 сельского населения (в структуре – 8,9 %) (2012 год – 84,8 случая на 1 000 сельского населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается снижение заболеваемости на 0,9 процента.

Первичная заболеваемость сельского населения по Красноярскому краю в 2013 составила 485,6 случая на 1 000 сельского населения (2012 год – 504,7 случая на 1 000 сельского населения). В 2013 году по отношению

к 2012 году первичная заболеваемость сельского населения снизилась на 3,9 процента.

В структуре первичной заболеваемости сельского населения в 2013 году первое место занимают болезни органов дыхания – 213,1 случая на 1 000 сельского населения (в структуре – 43,9 %) (2012 год – 218,5 случая на 1 000 сельского населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается снижение заболеваемости на 2,5 процента.

На втором месте в структуре первичной заболеваемости сельского населения травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 48,5 случая на 1 000 сельского населения (в структуре – 10,0 %) (2012 год – 51,2 случая на 1 000 сельского населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается снижение заболеваемости на 5,4 процента.

Третье место в структуре первичной заболеваемости сельского населения в 2013 году занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 28,0 случаев на 1 000 сельского населения (в структуре – 5,8 %) (2012 год – 30,0 случаев на 1 000 сельского населения). В 2013 году по отношению к 2012 году отмечается снижение заболеваемости на 6,6 процента.

Организация медицинской помощи

В 2013 году в Красноярском крае медицинскую помощь сельскому населению оказывали:

центральные районные больницы – 42;

участковые больницы – 71;

врачебные амбулатории – 75;

общие врачебные практики – 101 как самостоятельных, так и отделений в составе врачебной амбулатории;

ФАПы – 872.

В целях обеспечения оказания доврачебной медицинской помощи жителям сельских поселений с малой численностью населения (менее 100 человек проживающих) и не имеющих ФАПов созданы домовые хозяйства, на которые возложены функции по оказанию первой помощи. Домовые хозяйства

Труд доктора — действительно самый производительный труд: предохраняя или восстанавливая здоровье, доктор приобретает обществу все те силы, которые погибли бы без его забот.

Н. Г. Чернышевский

оснащены аптечкой первой помощи, носилками, шинами, а также средствами связи с ФАПами, отделением общеврачебных (семейных) практик или районной больницей в зоне ответственности, которых они располагаются. Всего в Красноярском крае создано 436 домовых хозяйств.

В 2013 году по Красноярскому краю число посещений к фельдшерам ФАПов, включая посещения на дому составило – 1 654 199 посещений (2012 год – 1 663 756 посещений).

В Красноярском крае для повышения доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению в 2013 году сформирована сеть медицинских учреждений в соответствии с численностью населения, удаленностью от районных больниц и транспортной доступностью. В 2013 году проведена работа по:

формированию потоков пациентов внутри каждого амбулаторно-поликлинического учреждения посредством паспортизации амбулаторно-поликлинических организаций Красноярского края и оптимизации работы регистратуры;

организации работы кабинетов доврачебного приема с возможностью выписки рецептов льготной категории граждан по решению врачебной комиссии на 3 месяца;

организации диспансеризации определенных групп взрослого населения по территориально-участковому принципу;

использовании дистанционных форм работы в виде дистанционного консультирования специалистами (интерпретации исследований – электрокардиографии, ультразвукового исследования).

С целью укрепления материально-технической базы ФАПов, в рамках реализации постановления Правительства Красноярского края от 14.02.2012 № 53-п «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Укрепление материально-технической базы краевых государственных, муниципальных учреждений здравоохранения и краевых государственных бюджетных образовательных учреждений среднего профессионального и дополнительного профессионального образования Красноярского края» на 2012-2014 годы» в 2013 году в муниципальные образования Красноярского края приобретены и установлены – 21 модульный ФАП (в 2012 году – 46 модульных ФАПов).

В Красноярском крае в 2013 году модульные здания ФАПов установлены в районах: Абанский, Ачинский, Балахтинский, Березовский, Бирилюсский, Енисейский, Канский, Кежеиский, Краснотуранский, Манский, Минусинский, Назаровский, Нижнеингашский, Рыбинский, Тасеевский, Тюхтетский, Ужурский, Шарыповский, Сухобузимский.

Кроме того, в п. Шила Сухобузимского района приобретено и установлено модульное здание офиса общей врачебной практики на общую сумму – 10°250,0 тыс. рублей.

Основные проблемы и их причины!

Основными проблемами сельского здравоохранения края являются:
кадровый дефицит как врачебного, так и среднего медицинского персонала;
недостаточная материально-техническая база;

отсутствие перспектив профессионального роста для медицинских работников и, как следствие, нежелание молодых врачей ехать работать в село;

сложная транспортная доступность в большинство удаленных территорий, отсутствие наземного транспортного сообщения в северных территориях.

Основной причиной выбытия молодых специалистов из учреждений здравоохранения находящихся в сельских территориях это: не решение жилищного вопроса, не предоставление мест в дошкольных учреждениях, низкое социальное и бытовое развитие сельских территорий.

В учреждениях здравоохранения Красноярского края оказывающих медицинскую помощь сельскому населению работают – 1 610 врачей и 6 994 средних медицинских работника.

Укомплектованность врачебных должностей составляет – 61,3%, укомплектованность должностей средних медицинских работников – 82,1%. Показатель соотношения численности врачей и средних медработников – 1:6,9. Обеспеченность врачами в сельских территориях Красноярского края составляет – 19,5 на 10 тыс. человек населения, средними медицинскими работниками – 86,6 на 10 тыс. человек населения.

В Красноярском крае с 2009 года трудоустроено молодых специалистов в учреждения здравоохранения сельских территорий – 318 врачей и 472 средних медицинских работника.

Что необходимо сделать!

С целью укрепления материально-технической базы ФАПов в 2014 году планируется:

приобретение 19 модульных ФАПов, в том числе 4 ФАПа за счет средств федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014 – 2017 годы и на период до 2020 года»;

создание при амбулаториях, отделениях общей врачебной практики дневных стационаров, стационаров на дому;

углубленная подготовка фельдшерско-акушерского персонала, расширение круга их полномочий по ведению больных, в том числе по профилактической работе с населением;

внедрение программы по скринингу и раннему выявлению злокачественных новообразований, начиная с ФАПов.

1.2. Скорая и неотложная медицинская помощь, деятельность службы медицины катастроф

Скорая и неотложная медицинская помощь.

Служба скорой медицинской помощи является частью первичного звена системы здравоохранения Красноярского края и в 2013 году представлена 9 самостоятельными станциями скорой медицинской помощи и 55 отделениями скорой медицинской помощи.

В 2013 году население Красноярского края обслуживает 240 общепрофильных бригад.

В 2013 году в результате реализации Постановления Правительства Красноярского края от 30.04.2013 № 223-п «Об утверждении программы «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013-2020 годы» было проведено укрепление материально-технической базы службы скорой медицинской помощи. Увеличился автопарк учреждений и подразделений скорой медицинской помощи на 21 автомобиль. В 2013 году количество автомобилей класса А составило – 194 автомобилей (2012 год – 185), количество автомобилей класса В составило – 212 автомобилей (2012 год – 204), автомобилей класса С составило – 28 автомобилей (2012 год – 24).

В 2013 году автопарк составил – 434 автомобиля, из них реанимобилей для новорожденных и детей раннего возраста – 2.

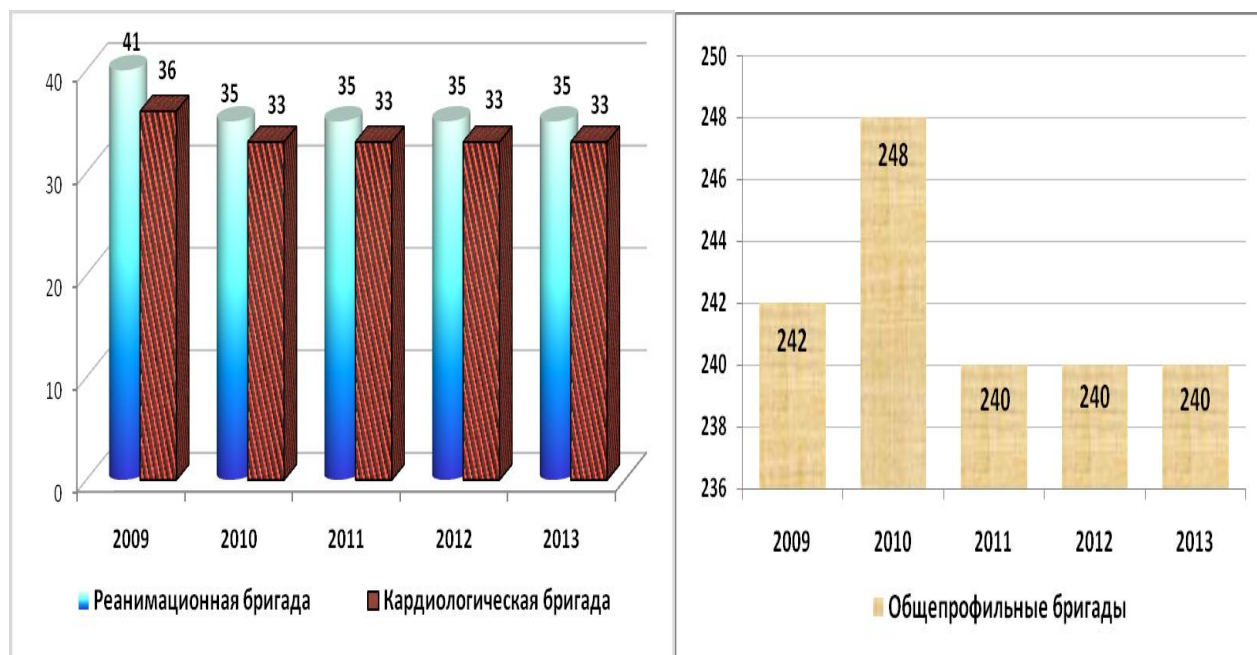


Рисунок 54 – Количество бригад скорой помощи в Красноярском крае за 2009-2013 годы

В 2013 году число станций (отделений) скорой медицинской помощи, оснащенных автоматизированной системой управления приема и обработки вызовов составило – 4.

В целом по Красноярскому краю в 2013 году штатной должности врача утверждено – 745,5 ставки (в 2012 году – 771,25). Укомплектованность

физическими лицами врачебных должностей составляет 50,7%, что на 6,6% ниже показателя 2012 года.

В 2013 году штатной должности фельдшера утверждено – 2 394 ставки (в 2012 году – 2 283,5).

Таблица 65 – Показатели выполненных выездов скорой помощи в Красноярском крае за 2009-2013 годы.

Показатель	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Число выполненных выездов с оказанием медицинской помощи (абс. числа)	1 023 443	1 013 540	1 022 311	1 048 867	988 304
Количество выездов скорой помощи (на 1000 населения)	354,16	350,23	361,32	369,53	350,31

Число лиц, которым в 2013 году оказана амбулаторная помощь – 63 426 человек (в 2012 году – 74 558 человек). В 2013 году число безрезультатных выездов составило – 35 947 выездов (в 2012 году – 29 448 выездов). Отказано за необоснованностью вызова – 4 287 (в 2012 году – 2 044), что свидетельствует о выполнении скорой медицинской помощью несвойственной ей функции неотложной помощи, являющееся прерогативой амбулаторно-поликлинических учреждений (ФАПов, УБ, ОВП и поликлиник).

В Красноярском крае в 2013 году число больных с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана скорая медицинская помощь, составила – 4 366 человек (в 2012 году – 4 782 человек). За 2013 год в значительной степени выросло количество больных с острым и повторным инфарктом миокарда, которым в автомобиле скорой медицинской помощи был проведен тромболизис – 416 (в 2012 году – 224).

Деятельность службы медицины катастроф.

Главной задачей по подготовке органов управления и сил Службы медицины катастроф и гражданской обороны учреждений, организаций и предприятий здравоохранения является совершенствование системы медицинского обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях (далее – ЧС), знаний и навыков, направленных на снижение рисков и уровня медико-санитарных последствий кризисных ситуаций, а также совершенствование системы медицинской защиты населения в мирное и военное время.

Служба медицины катастроф включает все учреждения краевого здравоохранения, привлекаемые к ликвидации медицинских последствий ЧС, КГБУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф» и специальные формирования.

Головным учреждением службы медицины катастроф является КГБУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф» (далее – КГКУЗ КТЦМК), выполняющий функции штаба службы медицины катастроф на территории Красноярского края.

Таблица 66 – Количество чрезвычайных ситуаций в Красноярском крае за 2009-2013 годы (абс. числа)

Наименование ЧС	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Всего	99	101	86	90	108
из них: техногенные	92	95	77	85	100
биолого-социальные	7	6	9	5	7
природные	-	-	-	-	1
Всего пострадавших	459	418	324	323	431
из них: детей	94	24	42	39	51
Всего погибших	217	252	209	213	238
из них: детей	16	14	29	28	29
Количество пораженных, которым оказана медицинская помощь	232	166	115	110	193
из них: детей	77	10	13	11	22

В 2013 году на территории Красноярского края зарегистрировано – 108 ЧС, что на 20% больше по отношению к 2012 году.

Ведущее место в структуре ЧС продолжают занимать техногенные катастрофы – 100 (92% от всех ЧС за год). В структуре техногенных катастроф на долю аварий на автодорогах приходится 63%, пожаров и взрывов – 29 процентов. В результате техногенных катастроф в 2013 году пострадало – 431 человек, в том числе – 51 ребенок. Из них – 238 человек погибли, в том числе – 29 детей.

В общем количестве ЧС биолого-социальные катастрофы составили – 6,5 процента.

Таблица 67 – Число ЧС и численность пострадавшего в них населения Красноярского края в 2012 – 2013 годах

Наименование ЧС	Число ЧС (абс. числа)		Прирост за год, %	Число пострадавших, человек		Прирост за год, %	Число погибших, человек		Прирост за год, %
	2012 год	2013 год		2012 год	2013 год		2012 год	2013 год	
Всего по Красноярскому краю	90	108	20	323	431	33,4	213	238	11,8
техногенные, в т.ч.:	85	100	17,6	289	414	43,3	204	222	8,8
аварии на автодорогах	50	63	26	192	280	45,8	127	134	5,5
пожары и взрывы	30	29	-3,3	74	113	52,7	68	72	5,9
биолого-социальные	5	7	40	34	15	-56	9	14	55,6

В 2013 году по сравнению с 2012 годом отмечается повышение количества аварий на автодорогах на 26%, а число пожаров и взрывов уменьшилось на 3,3% процента.

В Красноярском крае в 2013 году наибольшая численность пострадавших отмечается при техногенных катастрофах – 6,1% от всех пострадавших. Из техногенных ЧС максимальные потери населения регистрируются при авариях на автомобильных дорогах. Их удельный вес в общей численности пострадавших при техногенных ЧС составил

67,6 процента. Остается высокой численность пострадавших при пожарах и взрывах – 27,3% от всех пострадавших в результате техногенных ЧС.

Таблица 68 – Число выездов, осуществленных формированиями Службы медицины катастроф на ликвидацию последствий ЧС в Красноярском крае за 2011-2013 годы

Число выездов	2011 год	2012 год	2013 год
Число формирований, выезжавших на ликвидацию последствий ЧС всего	125	127	173
в том числе: штатными формированиями	2	6	23
Число выездов на ликвидацию последствий ЧС всего	128	129	174
в том числе: штатными формированиями	2	6	23

Количество выездов, осуществленных формированиями Службы медицины катастроф на ликвидацию последствий ЧС, возросло на 34,9 процента.

В связи с большим количеством ДТП на федеральных и краевых автодорогах, в целях совершенствования организации и оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим при ДТП утверждены зоны ответственности за медицинскими учреждениями Красноярского края на федеральных и краевых автодорогах по оказанию экстренной медицинской помощи лицам, пострадавшим при ДТП.

Цель установки ПОЭМП!

Это оказание медицинской помощи пострадавшим в ДТП в районах дислокации и зон выезда, транспортировка пострадавших в лечебно-профилактические учреждения, а также оказание экстренной неотложной помощи обратившимся пациентам.

Создана трассовая служба Красноярского края с открытием отделений скорой медицинской помощи на базе КГКУЗ КТЦМК. В местах наиболее частого возникновения аварийных ситуаций на дорогах края установлены 5 трассовых пунктов оказания экстренной медицинской помощи (далее – ПОЭМП). Медицинский персонал ПОЭМП включает в себя фельдшера и водителя – санитаря.

1. В Енисейском районе на трассе Красноярск-Енисейск в районе пос. Каргино на 241 км (зона выезда на ДТП от границы Енисейского района на южном направлении до 266 км. (пос. Абалаково).

2. В Балахтинском районе на трассе М 54 в районе кафе «Тайгана 136 км. (зона выезда на ДТП от границы Балахтинского района в северном направлении до 166 км. (поворот на пос. Балахта).

3. В Козульском районе на трассе М 53 в районе 728 км (зона выезда на ДТП в районе автомобильной трассы М 53 от границы Козульского района на западном направлении до 763 км. (пос. Мал. Кемчуг)

4. В Емельяновском районе на трассе Красноярск – Енисейск в районе пос. Придорожный на 20 км (зона выезда на ДТП от границы от границы

муниципального образования г. Красноярск до населенного пункта Шила Сухобузимского района).

5. В Манском районе на трассе М 53 в районе 878 км + 550 м. слева от федеральной трассы около комплекса дорожного сервиса «Медвежий угол» (зона выезда на ДТП от 855 км.в районе с. Вознесенское до 905 км (с. Никольское).

Таблица 69 – Показатели работы трассовой службы КГКУЗ КТЦМК за 2011-2013 годы

Показатель	2011 год	2012 год	2013 год
Количество обращений	1 362	1 401	2 013
Выездов на ДТП	312	366	360
Всего осмотрено человек	1 269	1 311	1 522
Госпитализировано с мест ДТП (чел)	197	241	247
Осмотрено самостоятельно обратившихся в ПОЭМП	903	1 311	1 522
Госпитализировано при самостоятельном обращении	88 (3 ребенка)	74 (5 детей)	63 (6 детей)
Всего госпитализировано	285	315	310

В 2013 году работниками ПОЭМП выполнено – 360 выездов на ДТП (в 2012 году – 366 выездов). Из числа лиц, пострадавших в ДТП, госпитализировано – 247 человек (в 2012 году – 241 человек).

В 2013 году количество амбулаторных обращений к медицинскому персоналу ПОЭМП составило – 1 091 человек (2012 год – 879 человек). По отношению к 2012 году число обслуженных лиц увеличилось на 24 процента.

Территориальный резерв КГКУЗ КТЦМК рассчитан на оказание помощи 500 пострадавшим, хранится на складе, находящемся в КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

В резерв заложены медикаменты на сумму 8 млн 362 тыс. рублей и изделия медицинского назначения на сумму 1 млн 863 тыс. рублей.

Всего в Красноярском крае заложен резерв медицинского имущества на общую сумму 32 млн 912 тыс. рублей.

Что необходимо сделать!

Совершенствование взаимодействия органов управления Службы на всех уровнях, сопряжение и развитие информационно-управляющих систем, обеспечивающих их работу;

Дальнейшее совершенствование системы мониторинга и прогнозирования медико-санитарных последствий ЧС;

Создание системы экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации в повседневной деятельности и в режиме ЧС;

Повышение укомплектованности центров медицины катастроф специалистами, наиболее востребованными при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;

Организации и проведении мероприятий по укреплению противопожарной, инженерно-технической и антитеррористической защищённости учреждений здравоохранения;

Усиление взаимодействия по совместной деятельности органов местного самоуправления, государственных органов контроля и надзора по вопросам обеспечения комплексной безопасности учреждений здравоохранения;

Приведение объектов здравоохранения в соответствие с правилами и нормами пожарной, инженерно-технической безопасности и требованиями охраны труда;

Повышение уровня знаний по пожарной, антитеррористической безопасности и охране труда.

1.3. Оказание специализированной скорой медицинской помощи (санитарная авиация)

Оказание специализированной скорой медицинской помощи (санитарная авиация) осуществляет отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (далее – ЭПКМП). Филиалы ЭПКМП находятся в Енисейской, Туруханской, Богучанской центральных районных больницах, в Ванаварской, Туринской, Байкитской районных больницах (Эвенкийский муниципальный район), Таймырской районной больнице № 1 г. Дудинка, Таймырской районной больнице в с.п. Хатанга (Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный район).

Для оказания экстренной медицинской помощи используется воздушный транспорт – вертолеты Ми-8, Ми-2, Robinson R-44, Еврокоптер AS-350, самолеты Ан-24, Ту-134, Як-42, Cessna-208В, рейсовые пассажирские самолеты, а также наземный санитарный автомобильный транспорт, в том числе реанимобиль «Фольксваген».

В 2013 году по условиям государственного контракта территории Туруханского, Богучанского, Енисейского и центральной группы районов – обслуживает авиакомпания «АэроГео», территорию Эвенкийского

муниципального района и с.п. Хатанга – обслуживает авиакомпания «КрасАвиа», г. Дудинка – обслуживает авиакомпания «Таймыр».

Общий налёт по выполненным санитарным заданиям за 2013 год составил 2 315,63 летных часа и 707 071,00 км против 2 388,47 летных часа и 653 741,00 км за 2012 год. Выполнено 3 451 санитарное задание, в том числе: 2 746 воздушным транспортом, 705 наземным транспортом.



Рисунок 55 – Количество вызовов отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в 2009-2013 годах

Экстренная специализированная медицинская помощь оказывается силами штатных врачей-специалистов отделения ЭПКМП, а также специалистами медицинских учреждений г. Красноярска, центральных лечебных учреждений северных районов.

В отделении ЭПКМП организована круглосуточная диспетчерская служба, которая принимает вызов из центральных районных больниц, участковых больниц, ФАПов (в северных районах).

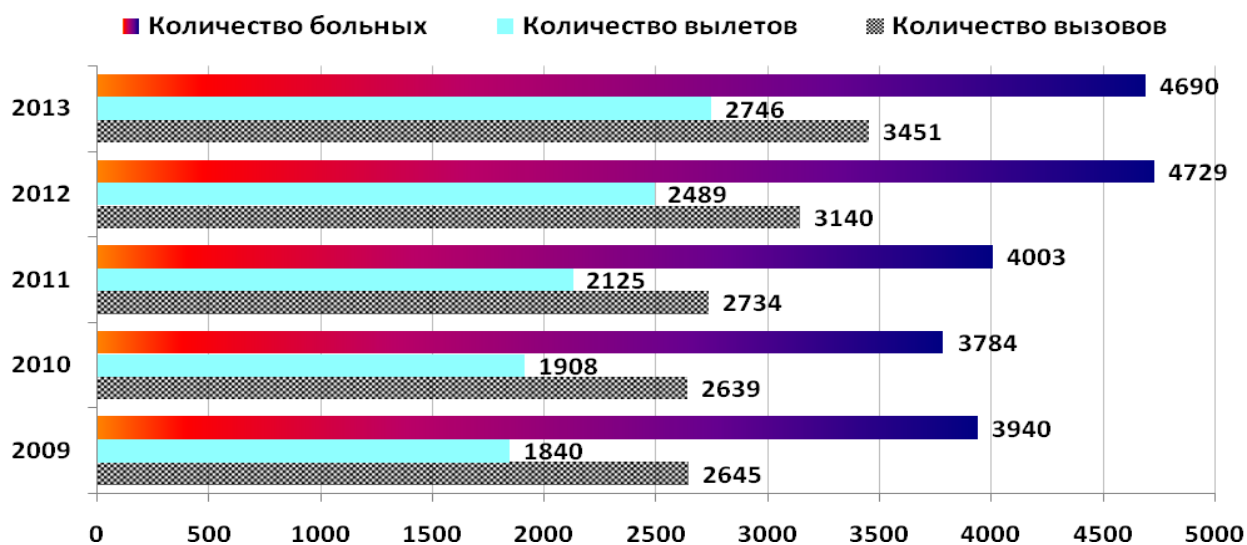


Рисунок 56 – Основные показатели работы отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с филиалами северных территорий за 2009-2013 годы

В Красноярском крае в 2013 году оказана помощь – 4 690 пациентам, транспортировано в лечебные учреждения – 3 558 пациентов, из них в 65 % случаев пациенты госпитализированы в КГБУЗ «Краевая клиническая больница», 25 % – в перинатальный центр, 10 % пациентов транспортированы в другие специализированные медицинские учреждения г. Красноярска.

В 2013 году по центральной группе районов преобладают вызовы специалистов реанимационно-анестезиологического и хирургического профилей – 45% от всех вызовов (врача анестезиолога-реаниматолога, ожогового реаниматолога, нейрохирурга, сердечно-сосудистого хирурга, аритмолога). Среди специалистов терапевтического профиля (22% от всех вызовов) – вызов врача невропатолога, кардиолога, аллерголога.

Вызов врачей педиатрического профиля (детский анестезиолог-реаниматолог, детский инфекционист, детский нейрохирург) составил – 18%, акушерско-гинекологического – 15 процентов.

В 2003 году увеличилось количество спецрейсов в северные территории Красноярского края и составило – 90 спецрейсов (в 2012 году – 80 спецрейсов): в п.Туруханск – 14, п.Бор – 17, п.Тура – 15, п. Ванавара – 6, п. Хатанга – 1, г. Норильск – 9, г. Новосибирск – 3, п. Байкит – 7, г.Игарка – 8, Северо-Енисейск – 2, за пределы Красноярского края – 8 спецрейсов.

Отделение ЭПКМП организует экстренную доставку в районные лечебные учреждения медицинских грузов. В 2013 году доставлено препаратов крови и кровезаменителей: эритромаcсы – 111 литров, свежезамороженной плазмы – 101 литр, а также 63 дозы криопреципитата.

Транспортировка осуществляется в термоконтейнерах рейсовыми междугородными пассажирскими автобусами, пассажирскими рейсовыми самолетами, санитарным авиа и автомобильным транспортом.

Использование воздушного транспорта является высокочувствительным видом оказания экстренной медицинской помощи. При осуществлении каждого санитарного вылета учитываются медицинские показания и порядок направления специалистов-консультантов в районные лечебные учреждения.

Основные задачи санитарной авиации

1.°°Организация и оказание экстренной и планово-консультативной медицинской помощи населению края.

2.°°Организация и осуществление эвакуации больных из районов края в лечебные учреждения г. Красноярска и центральные районные лечебные учреждения северных районов;

3.°°Перевозка медицинских грузов и специалистов для проведения противо-эпидемических мероприятий, спасательных работ при чрезвычайных ситуациях.

1.4. Стационарная помощь

Стационарную медицинскую помощь населению Красноярского края в 2013 году оказывали 122 лечебно-профилактических учреждения (106 больничных учреждений и 16 диспансеров, имеющих в своем составе круглосуточные стационарные койки).

Общий коечный фонд краевых государственных и муниципальных больничных учреждений в 2013 году составил – 21⁰855 коек (в том числе коек сестринского ухода – 945, хосписных – 57), что составляет 88,3% от числа коек 2009 года (2009 год – 24 737 коек).

Сокращение числа круглосуточных коек связано с продолжающимся процессом внедрения стационарозамещающих технологий и сокращением неэффективно работающих коек стационарного звена путем их реорганизации в койки сестринского ухода.

В круглосуточном стационаре в 2013 году пролечено – 542 223 больных, что составляет 97 % от числа пролеченных в стационаре больных в 2009 году (2009 год – 558 661 больных).

В Красноярском крае обеспеченность населения койками в 2013 году составила – 76,8 на 10 тыс. человек населения, что на 10,3 % ниже показателя 2009 года (2009 год – 85,6 на 10 тыс. человек населения).

В течение ряда лет сохраняется дисбаланс профилей внутри круглосуточного стационара: в структуре коечного фонда отмечается дефицит коек онкологического, ортопедического, наркологического профиля. При этом отмечается избыток коек терапевтического, хирургического, педиатрического, гинекологического профиля, коек для патологии беременных, аллергологического, нейрохирургического, колопроктологического, урологического, офтальмологического профилей.

Средняя длительность пребывания больного в круглосуточном стационаре в 2013 году, по сравнению с 2009 годом, уменьшилась на 12,3 % и составила 12,2 дня (2009 год – 13,9 дня).

Снижение средней длительности лечения отмечается на круглосуточных койках почти всех специализированных профилей благодаря внедрению региональных стандартов оказания медицинской помощи и применению новейших технологий в лечении больных.

Увеличился оборот койки с 23,0 в 2009 году до 24,8 – в 2013 году, при этом незначительно уменьшилась средняя занятость койки в году с 319,7 дней в 2009 году до 312,4 дней в 2013 году.

Уровень госпитализации в среднем по Красноярскому краю, с учетом учреждений здравоохранения краевого и федерального подчинения, составил в 2013 году – 190,3 случая на 1 000 человек населения, в 2009 году – 193,1 случая на 1 000 человек населения.

В 2013 году остается низкой занятость терапевтической койки – 273,1 дня, инфекционной койки – 264,4 дня, педиатрической – 271,2 дня; стабильно высокой остается занятость койки по профилям: онкология – 336,3 дня, психиатрия – 348,0 дней, нефрология для детей – 349,8 дня.

В медицинских организациях сельских территорий занятость койки в среднем составляет: по районным больницам – 312,9 дня, по участковым больницам – 288,7 дня.

Таблица 70 – Основные показатели работы коечного фонда медицинских организаций Красноярского края за 2009-2013 годы

Наименование показателя	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Число коек	24 737	24 402	22 532	22 199	21 855
Обеспеченность койками на 10 000 населения	85,6	84,3	79,7	78,2	76,8
Среднее число дней занятости койки в году	319,7	314,3	320,8	315,3	312,4
Среднее число дней пребывания больного на койке	13,9	13,3	12,7	12,4	12,2
Оборот койки	23,0	23,7	24,4	24,4	24,8
Уровень госпитализации на 1000 человек	193,1	192,6	195,1	192,3	190,3
Число пролеченных больных	558 661	557 535	550 846	543 380	542 223
Число койко-дней на 1000 человек	2742,0	2642,0	2565,8	2480,6	2406,7

В течение последних 5 лет на территории Красноярского края проводятся мероприятия по оптимизации сети медицинских организаций, переводу оказания медицинской помощи со стационарных условий на амбулаторно-поликлинические, дальнейшему развитию стационарозамещающих технологий.

Результатом оптимизации сети медицинских организаций явилось: создание единой технологической системы организации специализированной медицинской помощи;

перепрофилирование маломощных участковых больниц в амбулатории с койками дневного стационара, в больницы (отделения) сестринского ухода, хосписы, отделения врачей общей практики;

переориентация части объемов стационарной круглосуточной медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический этап с более широким применением стационарозамещающих технологий (дневной стационар, стационар на дому, центры амбулаторной хирургии и хирургии одного дня) благодаря внедрению новых современных малотравматичных методов хирургических операций и сокращению случаев необоснованных госпитализаций в стационар.

Планируется дальнейшее реформирование коечной сети круглосуточного стационара и приведение её в соответствие с численностью и составом населения, структурой заболеваемости и смертности на территории соответствующего муниципального образования.

Что необходимо сделать!

Для оптимизации стационарной медицинской помощи необходима реорганизация неэффективных круглосуточных коек, перепрофилирование терапевтических коек в койки сестринского ухода в участковых больницах, оптимизация структуры коечного фонда стационаров за счет сокращения длительности госпитального этапа, использование районных больниц небольшой мощности для лечения пациентов, не нуждающихся в интенсивном или специализированном лечении, а также для длительного лечения хронически больных и престарелых, которым необходим сестринский уход.

Развитие частно-государственного партнерства, роль и перспективы развития государственных, муниципальных, частных учреждений

Частно-государственное партнерство в здравоохранении – это сотрудничество самых разных частных и государственных структур по проблемам охраны здоровья населения.

В этой связи в 2013 году министерством здравоохранения Красноярского края проведена работа по взаимодействию медицинских учреждений частной формы собственности в системе здравоохранения Красноярского края.

Продолжила свою работу группа по разработке механизма привлечения частных медицинских учреждений к реализации Программы государственных гарантий.

В 2013 году по оказанию диагностических услуг для жителей г. Красноярска и Красноярского края по Программе государственных гарантий осуществляли свою деятельность следующие частные медицинские организации: МСУ Угольщик, ООО «Медицина компьютерных технологий», ООО «ЦСКА», ООО «ЛДЦ ФСК», ООО «ВОКА», ООО «Диагностика», ООО «ЛНУПЦ «МедиДент», ООО «Медюнион», ООО «Маммологический центр «Здоровье женщины», ООО «Медобслуживание», ООО «РУСАЛ медицинский центр» г. Ачинск, ООО «РУСАЛ медицинский центр», ООО «Стоматология для Вас», ООО «Эмлайн».

К врачам частных медицинских организаций в 2013 году выполнено – 125 643 посещения, на сумму 31,692 млн рублей.

В 2013 году частными медицинскими организациями проведено – 188 345 диагностических процедур, на сумму 199,1 млн рублей (что составило 97% от плана).

С 1 октября 2013 года в рамках частно-государственного партнерства открылся первичный сосудистый центр в ООО «Железнодорожная больница».

Медицинскую помощь в условиях дневного стационара помощь оказывали 4 частных медицинских организаций: ООО «ЦСКА», ООО КВТ «Бионика», ООО «МЦГЭР «Три сердца» и ООО «Красноярский центр

репродуктивной медицины». В 2013 году пролечено – 1 325 человек, на сумму 35,732 млн рублей.

В рамках частно-государственного партнерства на базе одной из крупных клинических больниц планируется организация централизованной клинической лаборатории для взрослого населения города Красноярск. Также прорабатывается вопрос по передаче частной организации пищеблока КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича».

1.4.1. Хирургическая помощь

В Красноярском крае медицинская помощь хирургического профиля относится к категории наиболее востребованных видов медицинской помощи. В 2013 году наиболее распространёнными операциями являлись: акушерские операции – 23,3%, гинекологические операции – 15,4%, операции на органах брюшной полости – 13,2%, операции на костно-мышечной системе – 10,3%, операции на коже и подкожно жировой клетчатке – 9 процентов.

К числу наиболее распространенных хирургических заболеваний относятся болезни органов пищеварения. Из болезней органов пищеварения к острым хирургическим заболеваниям относятся: острый аппендицит, острый панкреатит и острый холецистит.

В структуре острой хирургической патологии в 2013 году острый аппендицит составил – 30,2%, острый панкреатит – 27%, острый холецистит – 16,9%, желудочно-кишечные кровотечения – 6,8%, ущемленная грыжа – 4,8%, острая кишечная непроходимость – 4,4%, прободная язва желудка и ДПК – 2,6 процента.

В стационарах Красноярского края в 2013 году пролечено – 41 145 человек.

Таблица 71 – Структура больных с острой хирургической патологией в Красноярском крае за 2011-2013 годы (%)

Хирургическая патология	2011 год	2012 год	2013 год
Острый аппендицит	29,8	31,7	30,2
Острый панкреатит	33,5	31,4	27,0
Острый холецистит	18,2	17,9	16,9
Желудочно-кишечные кровотечения	6,5	6,5	6,8
Ущемленная грыжа	5	4,5	4,8
Острая кишечная непроходимость	4,3	5,1	4,4
Перфоративная язва желудка и ДПК	2,8	2,8	2,6

По количеству выполненных оперативных вмешательств на органах брюшной полости наиболее интенсивная работа ведется в краевых и муниципальных лечебных учреждениях Красноярского края (г. Красноярск – 13°146, г. Норильск – 2271, г. Ачинск – 1516, г. Минусинск – 809, г. Лесосибирск – 484). Хирургическая активность в хирургических отделениях на этих территориях превышает 50 процентов.

В Красноярском крае в 2013 году низкая хирургическая активность отмечается в районах: Бирилюсском, Большемуртинском, Большеулуйском, Березовском, Ермаковском, Казачинском, Пировском, Саянском. В этих районах одной из причин уменьшения количества операций является неукомплектованность лечебных учреждений специалистами хирургического профиля.

Общая послеоперационная летальность в лечебных учреждениях Красноярского края стабильна и составляет 0,9% на протяжении последних 5 лет. В 2013 году общая послеоперационная летальность составила – 0,8 процента.

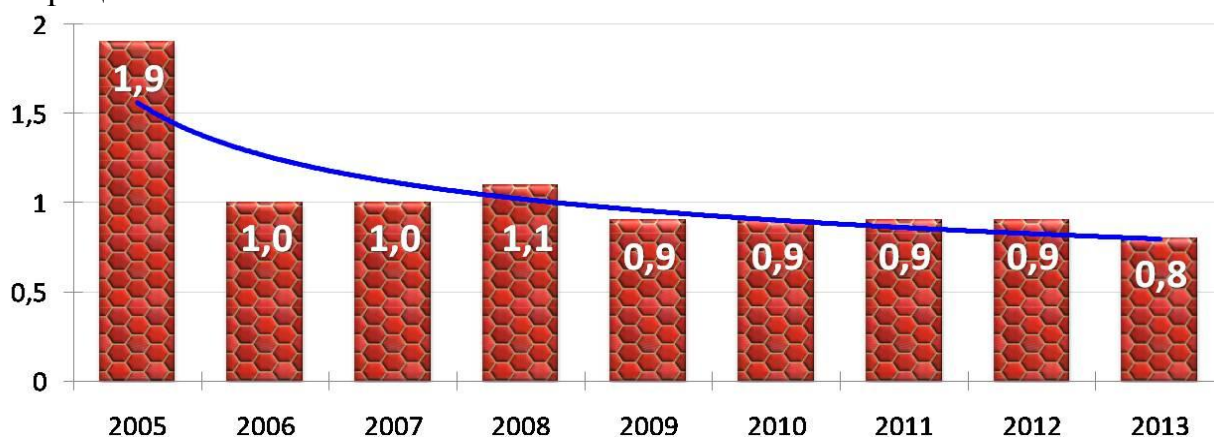


Рисунок 57 – Общая послеоперационная летальность в Красноярском крае за 2005-2013 годы (%)

В структуре летальности от острых хирургических заболеваний брюшной полости отмечается снижение летальных исходов у больных острым панкреатитом. В 2013 году умерло – 93 человека (2011 год – 141 человек, 2012 год – 116 человек).

Летальность при острой кишечной непроходимости, остром холецистите, ущемленной грыже и перфоративной язве относительно постоянна и пока не имеет тенденции к снижению.

Кадровое обеспечение

Ситуация с кадровым потенциалом хирургической службы в Красноярском крае за 2013 год несколько улучшилась. За 2013 год в учреждения здравоохранения пришли работать 18 хирургов, число физических лиц увеличилось с 375 до 392 человек.

По состоянию на 01.01.2014 в учреждениях здравоохранения Красноярского края утверждено 631,5 штатных должностей врачей хирургов (амбулаторно-поликлиническое учреждение – 206), занято 622 должности врачей хирургов (амбулаторно-поликлиническое учреждение – 200,75).

Обеспеченность населения врачами хирургами в 2013 году составила – 1,6 на 10 тыс. человек населения.

Решение кадрового вопроса является первоочередной задачей. Большинство хирургов, имеющих высшую категорию, находятся в предпенсионном и пенсионном возрасте.

В ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации ведется большая работа, направленная на повышение престижа профессии хирурга и улучшение качества подготовки специалистов хирургического профиля. Организован научно-образовательный центр «Хирургия», предполагающий реализацию современного модульного принципа подготовки хирургов. Указанные мероприятия позволили привлечь выпускников медицинского университета для работы хирургами в лечебные учреждения Красноярского края.

Что сделано за истекший год в т.ч. из запланированного в предыдущем году

Одна из основных задач модернизации хирургической службы – интенсификация работы хирургической койки, в первую очередь за счет внедрения малотравматичных и эндоскопических технологий лечения.

В 2013 году количество операций проведенных с использованием эндоскопической техники составило – 8 процентов. Наибольшую активность в развитии эндоскопических технологий осуществляют: КГБУЗ «Краевая клиническая больница», МБУЗ «Лесосибирская центральная городская больница», МБУЗ «Енисейская центральная районная больница».

К сожалению, переоснащение операционных пока не привело к существенному увеличению спектра операций, выполняемых эндоскопическими технологиями. На потоке стоит только эндоскопическая холецистэктомия и диагностическая лапароскопия. Практически не выполняются эндоскопические операции при аппендиците, перфоративной язве желудка и ДПК, грыжах.

Во всех учреждениях здравоохранения Красноярского края внедрены операции с применением сетчатых полипропиленовых эндопротезов у больных с грыжами передней брюшной стенки. Данная современная технология позволяет существенно снизить количество рецидивов после хирургического лечения грыжи, способствует более быстрому восстановлению качества жизни больных, а также снижению уровня летальности, благодаря уменьшению числа случаев рецидива грыжи.

Меры по повышению качества оказания хирургической помощи

Кадровые.

Подробный анализ кадрового потенциала хирургической службы в районах Красноярского края (какое ВУЗ закончил специалист, где проходил последипломное обучение, стаж работы, наличие действующего сертификата и врачебной категории). Разработка программы обучения специалистов выполнению наиболее распространенных эндоскопических операций (прежде всего г. Красноярск и межрайонные центры).

Использование коечного фонда.

Сокращение хирургических коек за счет интенсивного использования, а также малоинвазивных хирургических технологий, позволяющих сократить продолжительность пребывания пациента после операции в стационаре.

Организационные.

Отработка системы мониторинга оказания помощи больным острым панкреатитом, острой кишечной непроходимостью, желудочно-кишечными кровотечениями. Активизация работы комиссии по разбору случаев некачественного оказания хирургической помощи.

Контроль качества.

Разработать критерии качества оказания помощи больным с грыжами передней брюшной стенки, функциональными расстройствами пищеварения, острым холециститом и перфоративной язвой желудка и ДПК.

1.4.2. Пульмонологическая помощь

Болезни органов дыхания (далее – БОД) занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости населения РФ, в том числе и в Красноярском крае. Наиболее распространенной патологией среди БОД является бронхиальная астма (далее – БА), хроническая обструктивная болезнь легких (далее – ХОБЛ) и пневмонии. С ними связано большое социальное бремя, обусловленное временной и стойкой нетрудоспособностью. Всемирной организацией здравоохранения БОД были отнесены к числу приоритетных наряду с болезнями системы кровообращения, онкологическими заболеваниями. В структуре общей заболеваемости среди взрослого населения края БОД занимают лидирующее положение.

В Красноярском крае в 2013 году всего зарегистрировано – 981⁰15 случаев БОД, в т.ч. с впервые установленным диагнозом – 840⁰576 случаев БОД.

Общая заболеваемость всего населения БОД составила – 344,6 случая на 1 000 человек населения, общая заболеваемость среди взрослого населения – 167,9 случая на 1 000 человек населения от 18 лет и старше.

Общая заболеваемость по классу БОД в 2013 году по сравнению с 2009 годом снизилась на 4,6 %. По отношению к 2012 году отмечается прирост на 0,4 процента.

В 2013 году отмечается значительный прирост по хронической легочной патологии (бронхит хронический и неуточненный, эмфизема) на 47,1 %, по бронхиальной астме на 22,5 %, по пневмониям на 15 процентов.

В структуре первичной заболеваемости по классу БОД в 2013 году по сравнению с 2009 годом отмечается снижение на 2,7 процента.

В Красноярском крае пульмоно-аллергологическая помощь населению с неспецифическими БОД осуществляется службой, которая функционирует более 45 лет и включает специализированные стационары и консультативные приемы.

Таблица 72 – Общая и первичная заболеваемость болезнями органов дыхания в Красноярском крае за 2009-2013 годы (на 1 000 взрослого населения)

Классы болезней	Зарегистрировано всего					В т.ч. впервые установленным диагнозом				
	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Болезни органов дыхания в т.ч.	361,2	334,7	364,3	343,2	344,6	303,4	285,9	311,4	295,2	295,3
Пневмонии	4	3,6	3,9	4,3	4,6	4	3,6	3,9	4,3	4,6
Аллергический ринит	2,6	2,5	2,5	2,3	2,7	1,2	1,2	0,9	1,1	1,2
Хронический бронхит, эмфизема	11,9	13,4	14,2	19,1	17,5	2	2,3	2,7	8,4	5,9
Хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхоэктатическая болезнь	8,8	9	9,4	8,2	8,3	1,3	1,2	1,2	1,3	1,3
астма, астматический статус	10,2	10,8	11,6	11,9	12,5	1,1	1	1,1	1,2	1,2
Интерстициальные болезни, др. заболевания легких	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1

На 2013 год в Красноярском крае функционирует – 503 специализированные койки, из них – 49 дневного пребывания.

Ежегодно на специализированных койках получают помощь более 9 тыс. больных, кроме этого более 30 тыс. больных с неспецифическими БОД лечатся на общетерапевтических койках края.

Таблица 73 – Основные показатели пульмоно-аллергологической службы в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Показатели	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Пульмонологические койки	358	362	349	349	341
Аллергологические койки	62	64	56	56	59
Занятость пульмонологической койки	339,8	332,1	327,0	314,0	337,5
Занятость аллергологической койки	366,8	327,0	302,8	339,2	329,7
Средний койко-день по пульмонологии	16,4	15,6	15,1	14,8	15,4
Средний койко-день по аллергологии	13,6	12,4	11,0	10,7	9,9
Летальность по пульмонологии	2,9	2,8	3,0	4,0	3,9
Летальность по аллергологии	0,1			0,2	0,1
Обеспеченность койками по пульмонологии	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2
Обеспеченность койками по аллергологии	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Пролечено больных по пульмонологии	7 475	7 552	7 636	7 467	7 561
Пролечено больных по аллергологии	1 704	1 545	1 555	1 758	1 799
Всего пролечено	9 179	9 097	9 191	9 295	9 360

В течение 2013 года пролечено на аллергологических койках – 1 799 больных, на пульмонологических койках – 7 561 больных.

Отмечается четкая тенденция снижения среднего койко/дня по аллергологическим койкам с 13,6 в 2009 году до 9,9 в 2013 году. Такое снижение связано с интенсивными и современными технологиями, применяемыми в настоящее время в аллергологической практике, внедрением системы стандартизации, позволившие использовать новые схемы противоастматической терапии, современной базисной терапии при БА, ХОБЛ.

Вместе с тем, в 2013 году отмечается некоторое увеличение летальности по пневмониям до 3,9 % (2009 год – 2,9 %). Прирост летальности связан с увеличением числа тяжелых вирусно-бактериальных пневмоний.

1.4.3. Урологическая помощь

В 2013 году по Красноярскому краю общая заболеваемость взрослого населения по классу болезней мочеполовой системы составила – 132,0 случая на 1 000 взрослого населения (2012 год – 133,7 случая на 1 000 взрослого населения). Снижение общей заболеваемости по отношению к 2012 году составляет 1,3^о%, за пятилетний период 2009-2013 годы отмечается прирост заболеваемости на 7,9 процента.

Первичная заболеваемость взрослого населения в 2013 году составила – 58,2 случая на 1 000 взрослого населения (2012 год – 60,8 случая на 1 000 взрослого населения). Снижение первичной заболеваемости по отношению к 2012 году составляет 4,3^опроцента.

Среди урологических заболеваний в Красноярском крае отмечено преобладание мочекаменной болезни – 24,5 %, хронического пиелонефрита – 11,1 %, заболеваний предстательной железы – 10,1 процента.

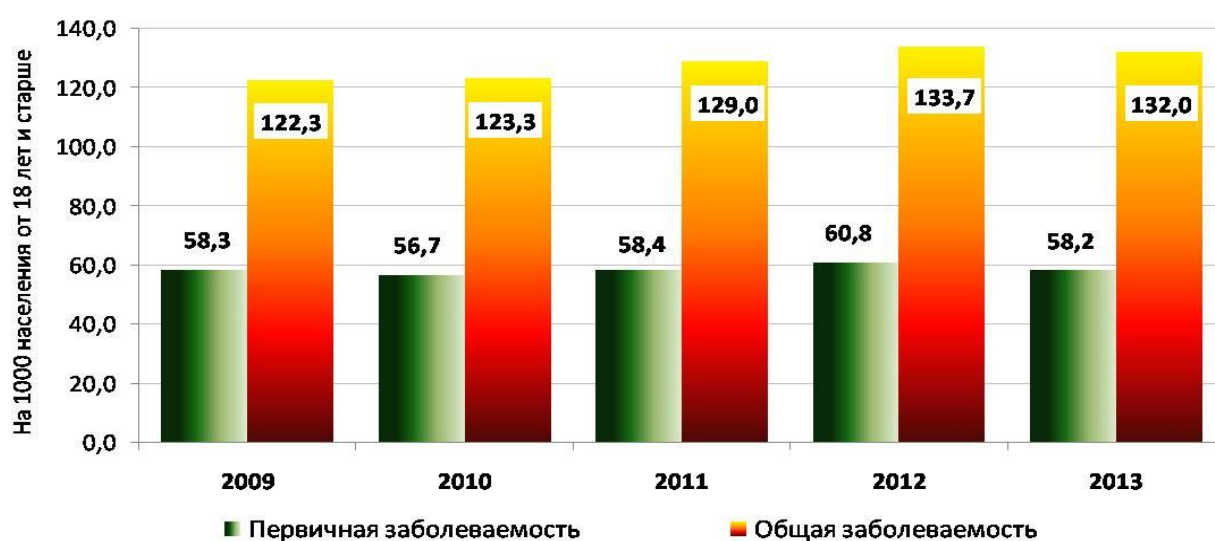


Рисунок 58 – Динамика общей и первичной заболеваемости взрослого населения болезнями мочеполовой системы в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Распространенность заболеваний почек в 2013 году сохраняется на прежнем уровне. Данные заболевания имеют большое социальное значение в связи с необходимостью длительного лечения пациентов и быстрой социальной дезадаптацией последних в связи с развитием осложнений, хронической почечной недостаточности и необходимостью проведения программного гемодиализа. На этом фоне распространенность инфекций почек и верхних мочевых путей остается стабильно высокой (в 2009 году госпитализировано 1^о420 человек, в 2013 году 2^о145 человек) и, таким образом, проблема характеризуется необычайно высоким социально-экономическим значением.

Распространенность мочекаменной болезни (далее – МКБ) продолжает прогрессивно увеличиваться, что отражается в увеличении числа пациентов, страдающих МКБ. В 2009 году с диагнозом МКБ госпитализировано – 2^о866 человек, а в 2013 году – 3 341 человек.

В 2013 году дистанционная литотрипсия (далее – ДЛТ) наименее инвазивный способ лечения МКБ, применен 1 426 пациентам (42,7^о% от общего числа госпитализированных). С внедрением ДЛТ количество открытых оперативных вмешательств существенно снизилось, и как следствие снизился процент послеоперационных осложнений при лечении МКБ.

Сохраняется высокий процент больных, страдающих заболеваниями предстательной железы (кроме рака простаты). В 2013 году их количество достигло 1^о694 человек (2009 год – 1 419 человек). Большое количество больных данной нозологией связано не только с увеличением удельной доли пожилых людей, но и с широким внедрением скрининг-методов диагностики заболевания (пальцевое исследование, УЗИ), а также лучшей информированностью населения о имеющихся современных методах лечения заболеваний предстательной железы.

Кадровое обеспечение

За последние 5 лет происходит уменьшение числа урологов в Красноярском крае. В 2013 году в крае зарегистрировано 89 врачей урологов (2009 год – 97). Амбулаторная помощь в Красноярском крае осуществляется в 53 урологических кабинетах, 18 из них функционирует в 8 городах Красноярского края. В первичном звене задействовано – 27 врачей урологов.

По состоянию на 01.01.2014 в учреждениях здравоохранения Красноярского края утверждено 138 штатных должностей врачей урологов, занято 135 должностей врачей урологов, физических лиц – 80 врачей урологов. Дефицит кадров компенсируется высоким коэффициентом совместительства (1,7), что, безусловно, влияет на качество выявления, лечения и диспансерного наблюдения больных урологической патологией.

Койки урологического профиля

Количество развернутых урологических коек постепенно сокращается и в 2013 году число коек составило – 352. Обеспеченность койками

в 2013 году составила – 1,56 на 10 тыс. человек населения. Следует отметить, что количество урологических коек резко отличается в различных регионах Красноярского края. Наименьшее количество специализированных коек отмечено в группе северных районов края (0,5), восточных группах районов (0,8). Основной коечный фонд сосредоточен в г. Красноярске (1,95).

Таблица 74 – Характеристика коек урологического профиля в Красноярском крае за 2012 - 2013 годы

Показатель	2012 год	2013 год
Число коек	356	352
Занятость койки, дней	341,6	327,0
Среднее пребывание больного на койке, к/дней	10,2	9,8
Оборот койки	33,5	33,3
Пролечено больных	12 024	11 745
Больничная летальность	0,3	0,3

В 2013 году лечение больных на урологической койке стало более интенсивным и более продуктивным, о чем свидетельствует сокращение средней продолжительности пребывания больного на койке.

Меры по повышению качества оказания урологической помощи

В 2013 году внедрены эндоурологические методы лечения в межрайонных центрах Красноярского края.

Изучалось применение малоинвазивных эндоскопических методов в лечении наиболее распространенных урологических заболеваний – доброкачественная гиперплазия предстательной железы (далее – ДГПЖ), мочекаменная болезнь, стриктуры уретры. Это обусловлено тем фактом, что именно данные заболевания с успехом подвергаются эндоскопическому лечению.

В Красноярском крае диагноз ДГПЖ в 2013 году поставлен – 1 694 больным (9,9 %). В отношении географического распределения наиболее часто ДГПЖ была диагностирована в г. Минусинске (17,7 %) от всех госпитализированных больных с урологическими заболеваниями, далее следуют г. Красноярск (13,5 %), г. Канск (9,8 %). Наименьшее количество больных с подобной нозологической формой госпитализировано в г. Ачинске – 5,2 процента.

В урологических стационарах Красноярского края в 2013 году были применены следующие оперативные способы лечения ДГПЖ:

одномоментная чреспузырная аденомэктомия (483 человек или 20,5 % госпитализированных с диагнозом ДГПЖ);

трансуретральная резекция предстательной железы (446 человек или 32,0 %).

В целом, оперативному вмешательству по поводу ДГПЖ было подвергнуто 929 пациентов, что составило 54,8% из числа всех госпитализированных с данной нозологической формой. Данный факт нельзя рассматривать как удовлетворительный показатель, так как диагностический

процесс и решение в пользу консервативной терапии при ДГПЖ в подавляющем большинстве случаев может и должно осуществляться в амбулаторно-поликлинических условиях.

Основные проблемы и их причины!

Отсутствие единой системы стандартов по диагностике и лечению урологических заболеваний, в которых с учетом экономической эффективности не перечислены обязательные методы диагностики и лечения;

Не разработана система предоперационного обследования больных на поликлиническом этапе с тем, чтобы продолжительность предоперационного стационарного обследования являлась минимальной;

Малоинвазивные методы диагностики и лечения в урологических МРЦ не внедрены на достаточном уровне;

Низкая приверженность больных к здоровому образу жизни, прохождению медосмотров. Причиной, которого является - отсутствие прямой ответственности врачей первичного звена за раннюю диагностику урологических заболеваний с учетом низкой грамотности населения.

1.4.4. Травматолого-ортопедическая помощь

На протяжении нескольких лет в Красноярском крае ситуация с травматизмом остается стабильной, без тенденции к снижению.

Повреждения и заболевания опорно-двигательной системы, как правило, сопровождаются тяжелыми функциональными нарушениями, длительной нетрудоспособностью и нередко приводят к инвалидизации. Травматизм является одной из главных причин смертности работоспособного населения Красноярского края.

В течение года в приемные отделения больниц Красноярского края поступают до 1 700 человек с диагнозом «политравма». Летальность у таких больных составляет 36 процентов. Травма как причина смерти занимает первое место в возрастной группе до 40 лет. Пациент с диагнозом «политравма» в 65-80 % случаев – мужчина, средний возраст которого около 40 лет, профессионально активен. Диагноз «политравма», в первую очередь, выставлялся после ДТП (в 58 % случаев), во время насильственных действий извне или после производственных травм (29 %) и в результате падений с высоты (9 %).

Одними из важных факторов, существенно влияющими на демографические показатели, является показатель смертности и инвалидизации при травмах. В структуре травм смертность достигает 36 % при получении политравмы у лиц трудоспособного возраста, до 25 % после перелома проксимального отдела бедра у пациентов старше 60 лет в первый месяц и до 80 % в течение года.

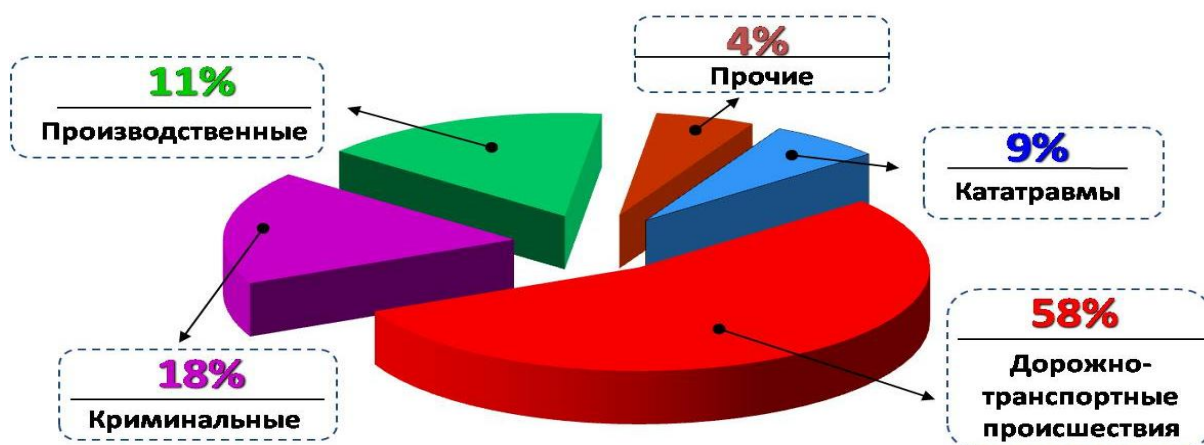


Рисунок 59 – Основные причины политравм в Красноярском крае в 2013 году

При этом инвалидизация после получения политравмы составляет 42 %, а после наступления перелома проксимального отдела бедра у пожилых и стариков – более 75 процентов.

Потребность в эндопротезировании суставов в Красноярском крае составляет 332 на 100 тыс. человек населения. Актуальность значения этой проблемы еще более повышается, в связи с неуклонным увеличением в крае людей пожилого и старческого возраста и с повышением выявляемости заболеваний.

На сегодняшний день до 65 % пациентов с политравмой доставляются в неспециализированные стационары, имеющие хирургическую и сопутствующие службы, работающие не в круглосуточном режиме. В этой группе пациентов летальность достигает до 60 процентов. В случае своевременной доставки таких пациентов в многопрофильные или специализированные центры, летальность существенно снижается.

Поэтому, для снижения летальности лечение больных с политравмой необходимо проводить в многопрофильном высокоспециализированном центре в ранние сроки с момента получения травмы.

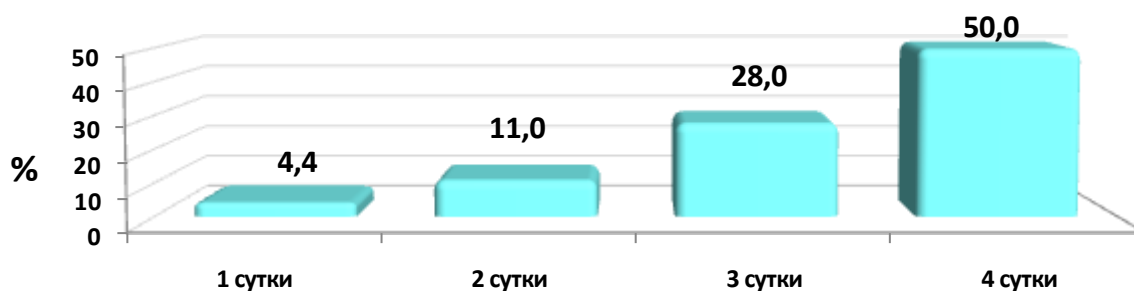


Рисунок 60 – Зависимость летальности пациентов с политравмой от сроков перевода из неспециализированных ЛПУ

Болезни опорно-двигательного аппарата относятся к возрастозависимым заболеваниям, частота возникновения которых непосредственно зависит от среднего возраста популяции.

Ожидаемое к 2020 году увеличение продолжительности жизни до 74 лет приведет к росту заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и, как следствие, к увеличению потребности в эндопротезировании крупных суставов.

Количество травм всех видов за последние 5 лет не претерпели существенной динамики. Несмотря на увеличение транспортных потоков и активное строительство количество полученных травм на 1 000 населения остается достаточно стабильным. В ближайшей перспективе рассчитывать на существенное снижение травматизма не приходится.

Основные проблемы и их причины!

Дефицит кадров.

Неполный охват пациентов специализированной помощью, в частности оперативным лечением переломов.

Большие расстояния между населенными пунктами, длительный доезд скорой помощи, длительная транспортировка в стационар.

Кадровое обеспечение

По состоянию на 01.01.2014 в учреждениях здравоохранения Красноярского края утверждено 295,25 ставок штатных должностей врачей травматологов-ортопедов.

Обеспеченность населения Красноярского края врачами травматологами-ортопедами составляет – 0,6 на 10 тыс. человек населения (2012 год – 0,7).

Не укомплектованность поликлиник врачами травматологами-ортопедами связана с нехваткой специалистов. Это вынуждает администрацию поликлиник использовать для работы внешних совместителей. Отмечается тенденция к уменьшению количества среднего медперсонала, в связи с этим, амбулаторные приемы, проводимые только врачом-совместителем, не обеспечивают полноценное обследование и лечение больных с травмами и ортопедическими заболеваниями.

Существующая сеть для оказания медицинской помощи больным травматолого-ортопедического профиля

В Красноярском крае создана трехуровневая система оказания медицинской помощи больным с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, основным функциональным звеном которой являются 9 травмоцентров II уровня, расположенных вдоль федеральных и региональных трасс.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в травмоцентре I уровня КГБУЗ «Краевая клиническая больница», федеральных клиниках за пределами края.

Восстановительное лечение после операций на костях и суставах осуществляется в травмпунктах и поликлиниках по месту жительства, а также в дневном реабилитационном стационаре МБУЗ «Красноярская клиническая больница № 7» в г. Красноярске.

В травмоцентрах II уровня внедрено эндопротезирование тазобедренного сустава по экстренным показаниям при переломах проксимального отдела бедра

Внедрен в практику online-мониторинг пострадавших с травмами для всех учреждений здравоохранения Красноярского края.

Что необходимо сделать!

Для совершенствования системы оказания медицинской помощи пострадавшим с травмами, больным с травматолого-ортопедическими заболеваниями необходимо:

Совершенствование трехэтапной системы медицинской помощи пострадавшим с травмами;

Организация работы травмоцентров, единой системы оказания экстренной хирургической помощи при политравмах;

Совершенствование online-мониторинга больных с политравмой, поступающих в травмоцентры и центральные районные больницы, организация удаленного видеонаблюдения и дистанционного консультирования пациентов;

Продолжение внедрения стандартов оказания травматолого-ортопедической помощи и реабилитационных мероприятий;

Обеспечение обучения и повышения квалификации медицинских работников, оказывающих специализированную медицинскую помощь больным с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы;

1.4.5. Гемодиализ и трансплантология

В Красноярском крае среди всех причин смерти заболевания почек находятся на 7 месте. Хроническая почечная недостаточность при заболеваниях почек развивается в 50 % случаев. Единственным эффективным методом лечения больных с тяжелыми и хроническими формами почечной патологии является гемодиализ.

В 2013 году в Красноярском крае количество пациентов, находящихся на гемодиализе составило – 478 человек (2009 год – 249 человек, 2010 год – 295 человек, 2011 год – 320 человек, 2012 год – 410 человек).

Справочно

Гемодиализ метод внепочечного очищения крови при острой и хронической почечной недостаточности. Во время гемодиализа происходит удаление из организма токсических продуктов обмена веществ, нормализация нарушений водного и электролитного балансов.

По состоянию на 1.01.2014 в Красноярском крае функционирует 10 отделений гемодиализа (на 95 аппаратах – 478 больных). Сеть гемодиализных центров представлена следующим образом:

КГБУЗ «Краевая клиническая больница» – 50 больных на 10 аппаратах (2 смены);

ООО «Гемодиализный центр г. Красноярск» – 272 больных на 38 аппаратах (4 смены), из них 146 жителя г. Красноярска;

ФГУЗ «Клиническая больница № 51 ФМБА» г. Железногорска – 24 больных на 10 аппаратах (2 смены);

ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА» г. Зеленогорска – 32 больных на 10 аппаратах (2 смены);

МБУЗ «Ачинская центральная районная больница» – 30 больных на 5 аппаратах (3 смены);

МБУЗ «Канская центральная районная больница» – 25 больных на 6 аппаратах (2 смены);

МБУЗ «Лесосибирская центральная городская больница» – 9 больных на 4 аппаратах (2 смены);

МБУЗ «Минусинская центральная районная больница» – 21 больной на 8 аппаратах (2 смены);

МБУЗ «Дудинская центральная районная больница» – 7 больных на 2 аппаратах (2 смены);

МБУЗ «Норильская городская больница № 2» – 8 больных на 2 аппаратах (2 смены).

Данная сеть дает возможность получать процедуру гемодиализа пациентам Красноярского края и полностью исключить работу в 4 смены отделения гемодиализа КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Все больные получают гемодиализ 3 раза в неделю, отделения гемодиализа работают в двух или в трехсменном режиме.

Потребность в диализной помощи в Красноярском крае обеспечена на 100 процентов.

Таблица 75 – Основные показатели диализной службы по Красноярскому краю за 2009-2013 годы

Показатель	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Количество пациентов находящихся на гемодиализе	249	295	320	410	478
Количество умерших больных (в стационаре и на дому)	36	42	50	52	45
Количество прибывших на гемодиализ	84	85	94	173	112

В Красноярском крае сохраняется тенденция к увеличению количества больных страдающих терминальной хронической почечной недостаточностью и нуждающихся по жизненным показаниям в проведении гемодиализной терапии.

В 2012 году после открытия ООО «Гемодиализный центр г. Красноярск», амбулаторных центров гемодиализа в городах: Ачинск, Канск,

Лесосибирск, Минусинск, появилась положительная динамика с обеспечением диализными местами, приближением специализированной помощи населению, проживающему в отдалённых районах.

Расширены показания к проведению гемодиализа для пациентов с разными заболеваниями (сахарный диабет, системные заболевания, онкологические заболевания).

Использование новейших технологий и медицинской аппаратуры позволило в 1,5 раза уменьшить количество госпитализаций больных с осложнениями сопутствующих заболеваний в круглосуточный стационар КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

1.5. Стоматологическая помощь

Организация медицинской помощи

Стоматологическая служба Красноярского края по состоянию на 01.01.2014 представлена 192 стоматологическими отделениями (кабинетами), 66 отделениями (кабинетами) ортопедической стоматологии, 16 ортодонтическими кабинетами. В составе стоматологической службы Красноярского края работают:

15 стоматологических поликлиник, в том числе стоматологическая поликлиника ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

6 стоматологических поликлиник в составе федеральных государственных учреждений здравоохранения, городских больниц;

17 стоматологических отделений и отделений челюстно-лицевой хирургии, включая 3 детских стоматологических отделения многопрофильных детских поликлиник и больниц;

99 стоматологических кабинетов в средних общеобразовательных учреждениях, 3 стоматологических кабинета в высших учебных заведениях.

Всего 15 медицинских организаций Красноярского края имеют в своей структуре ортодонтические кабинеты, что соответствует показателям 2012 года, причем 6 кабинетов из их числа находятся в г. Красноярске, 2 кабинета в г. Норильске. В г. Минусинске работают 2 ортодонтических кабинета. По одному ортодонтическому кабинету имеется в городах: Ачинск, Канск, Назарово, Сосновоборск и на территории Таймырского (Долгано-Ненецкого) муниципального района.

Наряду с малым количеством ортодонтических кабинетов в Красноярском крае, обращает на себя внимание факт отсутствия возможности у населения получать ортодонтическую помощь в городах: Лесосибирск, Дивногорск, Бородино, Боготол, Шарыпово.

Кадровое обеспечение

По состоянию на 01.01.2014 число штатных должностей врачей-стоматологов работающих на бюджетных ставках в медицинских

организациях Красноярского края и на внебюджетных – по стоматологии ортопедической составило – 1 339,5 ставки, из которых занято 898 физическими лицами – 1 285,75 ставок. Укомплектованность должностей врачей-стоматологов составила 96,0 % при существовании высокого процента совместительства – 44,3 процента. Самый низкий показатель укомплектованности врачами-стоматологами отмечается по специальности «стоматология детская». На 174,25 занятых ставках из общего числа – 175,25 ставок, работают 111 врачей, что составляет 63,7 %, и предопределяет высокий уровень совместительства – 56,9 процента.

Анализ численности врачей-стоматологов, работающих на бюджетных ставках в государственных медицинских организациях Красноярского края и на внебюджетных – по стоматологии ортопедической – позволяет говорить о том, что в 2011 году произошло существенное снижение числа врачей-стоматологов, работающих в государственных медицинских организациях – на 21,1 %, которое остается на протяжении последних трех лет в стабильно сниженных величинах.

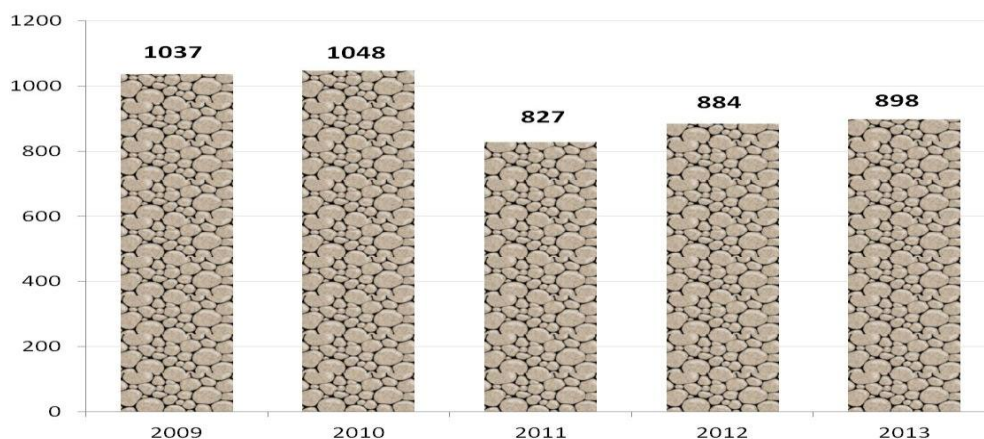


Рисунок 61 – Число врачей-стоматологов (физических лиц), работающих в государственных медицинских организациях Красноярского края за 2009-2013 годы

Сложная кадровая ситуация в Красноярском крае остается по врачам-ортодонтам. По состоянию на 01.01.2014 в государственных медицинских организациях Красноярского края работали 30 врачей-ортодентов, что обуславливает формирование низкого показателя обеспеченности данными специалистами жителей Красноярского края, которые согласно порядкам оказания медицинской помощи населению при стоматологических заболеваниях должны составлять 54,25 ставки. Необходимо отметить, что ортодонтическая помощь в 2013 году оказывалась только в 9 муниципальных образованиях края.

В медицинских организациях Красноярского края на 220,5 бюджетных ставках в настоящее время работают 173 зубных врача, замещающие 213,75 должностей (96,9 %).

В 2013 году медицинские организации Красноярского края располагали 411,75 ставками штатных должностей зубных техников, из которых были

заняты – 346,25 должности (84,1 %), что на 4,8 % ниже по отношению к 2012 году.

По состоянию на 1.01.2014 в Красноярском крае на штатных должностях зубных техников работали 291 физических лиц (уровень совместительства – 41,5 %).

Показатели деятельности стоматологической службы

В 2013 году в Красноярском крае выполнено 2 321 116 посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения здравоохранения, в том числе 874 679 первичных посещений.

В 2013 году по отношению к 2012 году в Красноярском крае отмечается снижение на 7,7 % первичных посещений. Это свидетельствует о некотором снижении доступности стоматологической помощи при первичном обращении в медицинские организации.

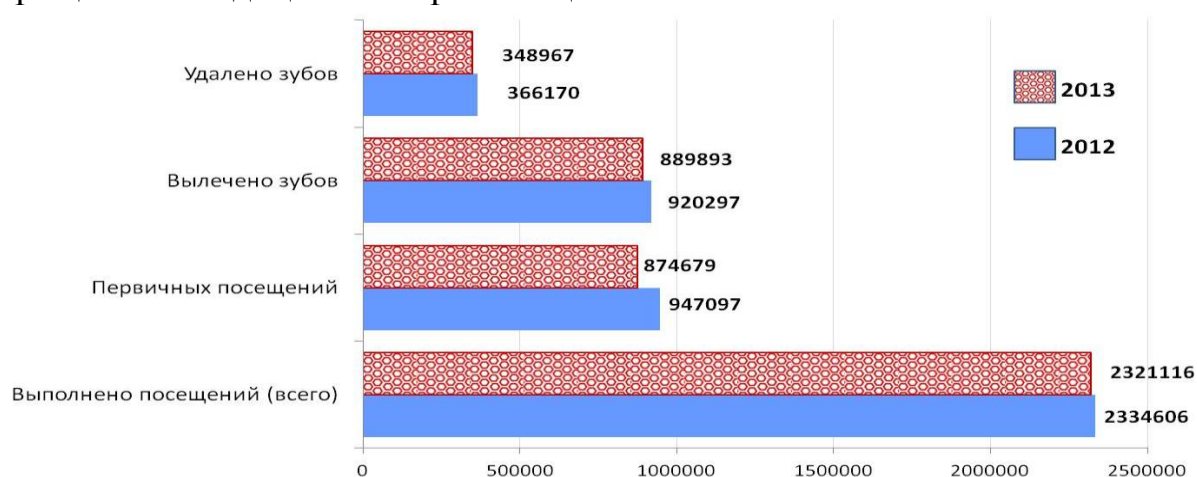


Рисунок 62 – Показатели деятельности стоматологической службы Красноярского края за 2012-2013 годы

В Красноярском крае в 2013 году по отношению к 2012 году отмечается значительное снижение санированных пациентов от числа первично-обратившихся за стоматологической помощью с 49,7 % до 40,7 процента. Показатель санированных пациентов из числа осмотренных, нуждавшихся в санации в 2013 году составил – 55,5 %, по отношению к 2012 году снизился на 6,1 процента.

В 2013 году в Красноярском крае зарегистрировано 47 561 обращений в Центры здоровья Красноярского края, в том числе первично – 36 542 обращения.

В 2013 году число оперативных вмешательств в полости рта и челюстно-лицевой области, выполненных в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) Красноярского края составило – 28 621 операций, что на 0,4 % операций больше в сравнении с 2012 годом.

В 2013 году в сравнении с 2012 годом, произошло снижение числа лиц получивших зубные протезы на 9,4 % – с 28 107 человек до 25 473 человек.

Основные проблемы и их причины!

Исходя из приоритетов профилактической направленности стоматологии, необходимо отметить недостаточно число стоматологических кабинетов, функционирующих в школах края – 99 кабинетов; в высших, средних специальных учебных заведениях – 3 кабинета и полное отсутствие кабинетов на промышленных предприятиях.

Сохранились проблемы кадровой укомплектованности Центров здоровья по специальности «стоматология профилактическая». Несмотря на повышение числа обращений в Центры здоровья Красноярского края, из общего числа обратившихся, было обследовано в стоматологическом профилактическом кабинете 27 454 (57,7%) человека (в том числе 9051 детей), что, несомненно, снижает эффективность их работы.

1.6. Высокотехнологичная медицинская помощь

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых, сложных и (или) уникальных, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, включая клеточные технологии, роботизированную технику, информационные технологии и методы генной инженерии, разработанные на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Высокотехнологичная помощь в Красноярском крае оказывается в КГБУЗ «Краевая клиническая больница», ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» г. Красноярск. Основные направления оказания высокотехнологичной помощи – сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия. Некоторые виды медицинской помощи, относящиеся к высокотехнологичным, оказываются в настоящее время и в рамках специализированной помощи. В основном это оказание экстренной помощи больным сосудистыми заболеваниями по экстренным показаниям.

В 2013 году в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в рамках реализации соглашения о предоставлении субсидий из федерального бюджета на оказании ВМП пролечено 1 886 человек, по профилям:

- сердечно-сосудистая хирургия – 1 015 человек;
- сердечно-сосудистая хирургия 1 – дефибрилляторы – 53 человека;
- нейрохирургия – 418 человек;
- отоларингология – 5 человек;
- травматология и ортопедия – 140 человек;
- травматология и ортопедия 1 – эндопротезы – 226 человек;
- урология – 29 человек.

В 2013 году в ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» г. Красноярск пролечено – 4 423 человека: по сердечно-сосудистой хирургии – 4 340 человек и по сердечно-сосудистой хирургии 1 (дефибрилляторы) – 83 человека.

За пределами Красноярского края высокотехнологичную медицинскую помощь по 28 профилям оказания помощи получили – 2 659 человек.

В 2013 году показатель обеспеченности высокотехнологичной медицинской помощью (с учетом всех источников финансирования высокотехнологичной медицинской помощи) составил 79 процентов.

В федеральных, краевых специализированных медицинских учреждениях, а также за пределами Красноярского края пролечено: в 2009 году – 3 100 человек, в 2010 году – 4 348 человек, в 2011 году – 5 482 человека, в 2012 году – 9 673 человека, в 2013 году – 8 968 человек.

Впервые в 2012 году общее количество операций, выполненных в ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» г. Красноярск и КГБУЗ «Краевая клиническая больница» при ишемической болезни сердца превысило показатель в 1 600 на 1 млн населения, количество имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов – 43 на 1 млн населения. Это является уже популяционно значимыми цифрами при лечении данной патологии. В 2013 году удалось удержаться на этом же уровне.

В дальнейшем планируется перевод практически всех видов высокотехнологичной медицинской помощи на финансирование из средств обязательного медицинского страхования. В этой ситуации сложившееся структура оказания помощи будет больше ориентирована на жителей Красноярского края с увеличением объемов оказания помощи в региональных учреждениях.

В перспективе дальнейшего развития высокотехнологичной медицинской помощи планируется по ряду профилей, таких как сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия выполнять на достаточно высоком уровне как по объемам, так и по внедренным технологиям. По ряду профилей, таких как онкология, нейрохирургия, трансплантология планируется развитие технологий, в первую очередь эндоскопических, рентгенэндоваскулярных, гибридных. В части онкологии перспективным направлением будет развитие радионуклидных технологий.

1.7. Трансфузиологическая помощь

В Красноярском крае заготовка донорской крови и её компонентов велась лицензированными учреждениями: КГКУЗ «Красноярский краевой центр крови № 1» г. Красноярск (далее – КГКУЗ ККЦК №1), КГКУЗ «Красноярский краевой центр крови № 2» г. Норильск (далее – КГКУЗ ККЦК №2), а так же, ФГУЗ «Станция переливания крови Федерального медико-биологического агентства» г. Красноярск, отделениями переливания крови ФГУЗ «Клиническая больница № 51 ФМБА» г. Железногорска и ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА» г. Зеленогорска. Учреждения,

Как обстоят дела в 2013 году:

В Красноярском крае заготовлено:

45062 л. донорской крови;

20295,1 л. донорской плазмы.

подведомственные ФМБА Минздравсоцразвития РФ отчётность в министерство здравоохранения Красноярского края не предоставляют.

Ведущее учреждение – КГКУЗ ККЦК №1, деятельность основывается на требованиях международных стандартов системы менеджмента качества ISO серии 9000 (ГОСТР серии 9000), ГОСТ 52249-2004 «Правила производства и контроля качества лекарственных средств(GMP)», направлена на совершенствование трансфузиологической помощи населению края путём: обеспечения потребностей пациентов организаций здравоохранения в компонентах крови через развитие донорского движения и обеспечения инфекционной и иммунологической безопасности компонентов донорской крови.

В 2013 году компонентами крови за счет средств бюджета Красноярского края обеспечивались 81 организации здравоохранения края исходя из текущих заявок. В организации здравоохранения вне ведомства министерства здравоохранения Красноярского края и федеральные организации продукция поставлялась на основании договоров.

Деятельность **Службы крови** направлена на совершенствование оказания трансфузиологической помощи населению края путём:

обеспечения потребностей пациентов учреждений здравоохранения в компонентах крови через увеличение заготовки крови и расширение номенклатуры выпускаемой продукции;

обеспечения инфекционной и иммунологической безопасности компонентов донорской крови;

повышения качества гемокомпонентов;

внедрения системы прослеживаемости каждой дозы компонента крови от донора до реципиента.

Таблица 76 – Штаты КГКУЗ ККЦК №1 и КГКУЗ ККЦК №2 на 2013 год

	Врачи	Средний медперсонал	Младший медперсонал	Прочий персонал	Инженерно-технический персонал	Итого
Штатные	131	276,5	130,5	193,25	21	752,25
Занятые	78,5	217,3	87	147	11	540,8
Физ.лица	69	195	71	147	10	492

В 2013 году укомплектованность медицинскими кадрами учреждений службы крови составила – 59,9 % врачей, 78,6 % средних медработников, 66,7 % младшего медперсонала.

В 2013 году учреждения службы крови перешли на новую систему оплаты труда, направленную на повышение качества и результативности труда.

Донорское движение

Активное сотрудничество с предприятиями различных форм собственности, образовательными учреждениями и молодёжными движениями Красноярского края привело к росту количества доноров – 37 408, из них 9,9 % (3 732 доноров) привлечены во время 54 акции. Данные мероприятия освещались СМИ.

Развитие донорского движения - залог оказания полноценной трансфузиологической помощи гражданам.

Использование мобильного комплекса по заготовки крови приблизило службу крови к местам массового скопления населения и позволило вести приём доноров в районах края, где ранее отсутствовали условия развёртывания временных донорских пунктов.

Таблица 77 – Динамика работы мобильного комплекса по заготовке крови в Красноярском крае за 2010-2013 годы

	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Количество выездов мобильного комплекса	44	71	98	76
Количество донаций крови	1 302	2 290	4 573	5 510

В 2013 году по Красноярскому краю произведено 282 выезда. Увеличилось количество доноров на выезде 12 297 человек – 35,3 % от всех доноров (2012 год – 31,7 %, 2011 год – 29 %, 2010 год – 32,2 %).

Общее количество доноров возросло и за 2013 год составило 37 408 человек (2012 год – 36 305 человек, 2011 год – 31 386 человек, 2010 год – 35 530 человек).

За 2013 год по краю показатель на 1 000 человек населения составил 23,2 донаций и 13,1 доноров (2012 год – 21,8 донаций и 12,8 доноров).

По Красноярскому краю за 2013 год показатель на 1 000 человек донороспособного населения составил – 30 донаций и 16,4 доноров (2012 год – 27,2 донаций и 15,9 доноров).

В Красноярском крае продолжается рост числа первичных доноров. За 2013 год показатель по краю составил – 7,3 на 1 000 человек населения (2012 год – 7,6). Снижение данного показателя положительно характеризует донорское движение – рост количества доноров за счёт рекрутинга (доноры посещают учреждения службы крови повторно).

Впервые за 20 лет в Красноярском крае достигнуто 100 % безвозмездное донорство (2012 год – 99,3 %, в среднем по РФ за 2012 год – 91,4 %).

В Красноярском крае 93 жителям присвоено звание «Почётный донор России». По состоянию на 01.01.2014 в Красноярском крае зарегистрировано 5 763 почётных доноров.

Объёмы заготовки донорской крови определены Государственным заданием министерства здравоохранения Красноярского края и учитывают заявленные потребности пациентов стационаров.

Таблица 78 – Исполнение государственного задания учреждениями службы крови Красноярского края в 2013 году

Показатель	План литров	Факт литров	% исполнения
Объём заготовленной донорской крови (л.)	38 000	45 062	118,6
Переработано донорской крови на компоненты, препараты и стандартные сыворотки (%)	99	99	100
Объём заготовленной плазмы (л.)	16 350	20 295,1	124,1
Выдача вирусобезопасной плазмы (%)	100	100	100
Обследование доноров на маркеры инфекционных заболеваний (%)	100	100	100

В 2013 году по отношению к 2012 году в Красноярском крае отмечено:
 увеличение заготовки донорской крови на 5,8 %;
 увеличение производства эритроцитсодержащих сред на 8,7 %;
 рост заготовки плазмы на 8,1 %;
 рост заготовки концентрата тромбоцитов на 10,9 %;
 рост плазмы, заложенной на карантин на 6,5 % (регулируется объемом заполнения хранилищ).

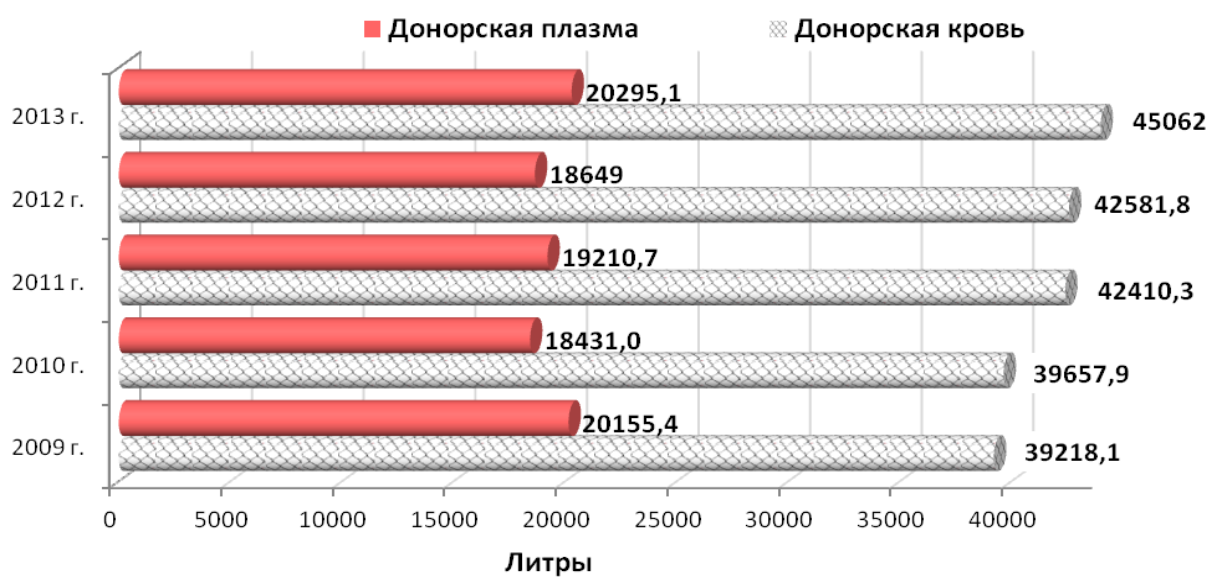


Рисунок 63 – Динамика заготовки донорской крови и плазмы в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Заявки организаций здравоохранения Красноярского края на компоненты крови выполнены на 99,9 процентов.

Служба крови развивается в направлении безопасности и эффективности трансфузиологической помощи пациентам Красноярского края.

В 2013 году краевая «Программа развития службы крови Красноярского края на 2013 год» утверждена в объеме 182 329,8 тыс. рублей.

В рамках реализации данной программы проведены следующие мероприятия:

КГКУЗ ККЦК №1 и КГКУЗ ККЦК №2 г. Норильск получено высокотехнологичное современное оборудование и расходные материалы для повышения эффективности и качества заготовки и лабораторного тестирования компонентов крови.

В КГКУЗ ККЦК №1 проведён капитальный ремонт лабораторного корпуса с целью приведения деятельности учреждения в соответствие лицензионным требованиям.

По программе безопасности дорожного движения КГКУЗ ККЦК №1 получено 3 автомобиля для транспортирования компонентов крови.

Проведена Законодательная работа в Красноярском крае по реализации Закона Российской Федерации от 20.07.2012 N 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов»:

Внесены изменения от 11.12.2012 года в Закон Красноярского края от 26.11.2004 №12-2596 «О поддержке донорства крови и ее компонентов в Красноярском крае». Законом определена дополнительная мера по охране здоровья донора, донор подлежит обязательному страхованию на сумму 50 тыс. рублей на случай заражения инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции.

Утверждён приказ министерства здравоохранения Красноярского края от 24.12.12 № 93-н «Об утверждении порядка безвозмездного обеспечения медицинских организаций донорской кровью и её компонентами».

Утверждён приказ министерства здравоохранения Красноярского края от 27.05.2013 №27-н «Об установлении пищевого рациона для обеспечения бесплатным питанием донора, сдавшего кровь и (или) ее компоненты безвозмездно в организации, осуществляющей деятельность по заготовке донорской крови и ее компонентов и подведомственной министерству здравоохранения Красноярского края». Обновлён и значительно расширен состав продуктового набора, стоимость питания донора возросла с 152,0 рублей до 433,0 рублей.

1.8. Медицинское обслуживание отдельных категорий граждан

Медицинское обслуживание ветеранов

В медицинских учреждениях Красноярского края сложилась и четко функционирует система по медицинскому, лекарственному, санаторно-курортному обеспечению ветеранов Великой Отечественной войны.

Для работы с данной категорией граждан во всех учреждениях здравоохранения назначены ответственные врачи-специалисты. Льготная категория граждан обслуживается в поликлиниках по месту проживания, где они состоят в группах диспансерного наблюдения у соответствующих врачей-специалистов.

Во всех лечебно-профилактических учреждениях соблюдаются принципы первоочередного обслуживания льготной категории граждан и обеспечение их лекарственными средствами, при наличии медицинских показаний данная категория лиц получает без отказов стационарное лечение в КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн», в краевых учреждениях здравоохранения, а также в стационарных муниципальных учреждениях здравоохранения.

В медицинских учреждениях Красноярского края в 2013 году медицинскую помощь получили: амбулаторное лечение – 31 140 ветеранов (2012 год – 36450), стационарное лечение – 16168 ветеранов (2012 год – 19802), льготное слухопротезирование – 188 ветеранов (2012 год – 79), льготное офтальмопротезирование – 201 ветеран (2012 год – 72), протезно-ортопедические изделия – 121 ветеран (2012 год – 132).

По состоянию на 01.01.2014 очередь на слухопротезирование, офтальмопротезирование, изготовление протезно-ортопедических изделий отсутствует, ветераны получают данные виды медицинской помощи в порядке внеочередного обслуживания при обращении.

Как обстоят дела в 2013 году:

На 01.01.2014 в крае состоит на учете:

инвалидов Великой Отечественной войны – **769** человек;

участников Великой Отечественной войны – **1945** человек;

жители блокадного Ленинграда – **447** человек;

члены семей погибших (умерших) инвалидов, участников Великой Отечественной войны, ветеранов боевых действий – **4106** человек;

труженики тыла – **35174** человека;

узники концлагерей и гетто – **411** человек;

лица, пострадавшие от радиации – **1427** человек.

Таблица 79 – Основные показатели работы КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн» за 2010-2013 годы

Показатель	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Выполнено койко-дней в круглосуточном стационаре	120 048	116 875	116 086	117 145
Пролечено больных в круглосуточном стационаре	6 347	6671	6 607	6 589
Выполнено койко-дней в дневном стационаре	6 525	6912	9 251	10 151
Пролечено больных в дневном стационаре	316	333	470	501
Выполнено посещений	63 314	63 473	66 013	49 435

Санаторно-курортное лечение в 2013 году получили 335 ветеранов. Сохраняются определенные трудности в учреждениях здравоохранения Красноярского края при направлении ветеранов в санаторно-курортные учреждения (имеются противопоказания у пациентов – возрастные ограничения, наличие комплекса хронических заболеваний).

Что необходимо сделать!

Обеспечить всех нуждающихся ветеранов необходимыми видами медицинской помощи, в том числе льготными зубо, слухо, офтальмопротезированием.

Проводить выписку льготных рецептов на дому ветеранам, имеющим ограниченные физические возможности, в целях оптимизации доступности и своевременности лекарственного обеспечения.

Организовать ежегодное диспансерное наблюдение и проведение лечебных и реабилитационных мероприятий для ветеранов в медицинских учреждениях края со 100 % охватом.

Медицинское обслуживание и реабилитация ветеранов боевых действий

По состоянию на 01.01.2014 на учете в медицинских учреждениях Красноярского края из числа участников боевых действий состоит – 14 846 человек (в 2012 году – 14 661 человек).

Из общего числа состоящих на учете участников боевых действий 3 467 человек из числа проходивших военную службу в Республике Афганистан, 9 876 человек проходивших военную службу в Чеченской Республике и Северо-Кавказском регионе, 1 503 человека проходивших военную службу в условиях вооруженных конфликтов на территории Российской Федерации и стран ближнего и дальнего зарубежья.

В 2013 году охват комплексным диспансерным осмотром участников боевых действий по Красноярскому краю составил – 81,0% (2012 год – 78,2%).

Нуждающиеся ветераны по итогам комплексных осмотров берутся на диспансерный учет и наблюдение у врачей-специалистов по соответствующим нозологиям.

Структура заболеваемости ветеранов боевых действий (по данным КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн»)

I-ое место – заболевания нервной системы и органов чувств – 23°%;

II-ое место – заболевания системы пищеварения – 21°%;

III-е место – психические расстройства и расстройства поведения – 20°%;

IV-ое место – заболевания системы кровообращения – 18°%;

V-ое место – болезни костно-мышечной системы – 12°%;

VI-ое место – болезни органов дыхания – 5°%;

VII-ое место – другие заболевания – 1°%.

За прошедший период (1997-2013 годы.) восстановительное лечение и медико-психологическую реабилитацию в круглосуточном и дневном стационарах Центра КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн» прошли более 6 500 участников боевых действий в Чечне, Афганистане, других «горячих точек», а также других категорий (членов семей погибших военнослужащих, ветеранов военной службы).

Таблица 80 – Количество пролеченных участников боевых действий в КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн» за 2009-2013 годы

Пролечено больных	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Пролечено участников боевых действий в МУ края, всего	2 207	2 229	1 951	1 988	1 913
Пролечено участников боевых действий в госпитале, всего	588	653	547	528	631
В том числе пролечено участников боевых действий в центре медико-психологической реабилитации	353	327	312	343	297

Медицинское обслуживание лиц, пострадавших от воздействия радиации

В 2013 году в Красноярском крае по Российскому государственному медико-дозиметрическому регистру (далее – РГМДР) состоит на учете – 1 427 человек (в 2012 году – 1 486 человек). Кроме того, в закрытых административно-территориальных образованиях г. Железногорск, г. Зеленогорск, п. Солнечный (Ужур-4) – 410 человек. Данная категория граждан наблюдается и проходит при необходимости освидетельствование в ведомственных медико-экспертных комиссиях, относящихся к Минатомэнерго.

С 1995 года ежегодный темп прироста лиц, пострадавших от воздействия радиации составлял от 3 % до 16 %. С 2000 года наблюдается темп снижения от 1,3 % до 2 % в год. Основной причиной сокращения численности регистра является миграционный отток.

За последние годы в Красноярском крае построена система медицинской помощи лицам, пострадавшим от воздействия радиации. Система включает амбулаторно-поликлинические учреждения по месту жительства конкретного лица, пострадавшего от воздействия радиации, где проводится ежегодное диспансерное наблюдение в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.05.2003 № 216 «О диспансеризации граждан, подвергшихся воздействию радиации, вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС».

В Красноярском крае ежегодными диспансерными осмотрами в 2013 году охвачено – 1 316 человек (2012 год – 1 426 человек). В амбулаторных условиях по месту жительства в 2013 году оздоровлено – 1 198 человек (2012 году – 1 128 человек).

В 2013 году санаторно-курортным лечением были обеспечены 69 человек из числа лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Во всех территориях Красноярского края выделены ответственные врачи-специалисты по медицинскому обслуживанию лиц регистра РГМДР, составлены и постоянно ведутся списки лиц, пострадавших от воздействия радиации. Вместе с тем, отмечается, что не во всех территориях проводится обязательная 100 % диспансеризация лиц регистра РГМДР.

Охват диспансерным наблюдением затрудняется тем, что ряд граждан, пострадавших от воздействия радиации, не проживает по месту регистрации, а так же и тем, что некоторое количество граждан категорически отказывается от осмотров, особенно лица, ведущие асоциальный образ жизни, вследствие злоупотребления алкоголем.

Инвалидность лиц, состоящих на учете в регистре РГМДР

Одним из основных показателей ухудшения состояния здоровья лиц регистра РГМДР является высокий уровень инвалидизации. Несмотря на проводимые медицинскими учреждениями и органами социальной защиты населения лечебные и реабилитационные мероприятия, состояние здоровья лиц регистра РГМДР неуклонно ухудшается. За 27 прошедших лет после аварии на Чернобыльской АЭС 59% от общего числа участников, принимавших участие в работах по ликвидации последствий аварии, признаны инвалидами с определением причинной связи с радиационными воздействиями.

Инвалидами вследствие чернобыльской катастрофы признано 762 человека.

Число лиц, принимавших участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, обратившихся для установления группы инвалидности, с каждым годом уменьшается.

На основании наблюдений за динамикой развития заболеваний, вследствие радиационных поражений выявлено, что к инвалидизации в первую очередь ведут поражения нервной и сердечно-сосудистой системы. Болезни органов кровообращения составляют – 70 % от числа всех освидетельствованных лиц, болезни нервной системы – 26 процентов.

В течение всего периода после аварии на Чернобыльской АЭС проводится анализ заболеваемости и летальности у лиц регистра РГМДР, а также непосредственно у ликвидаторов аварии.

По классификации радиационной патологии выделяют детерминированную и стохастическую патологию. В настоящее время через 27 лет после аварии на Чернобыльской АЭС, можно говорить только о стохастической

Справочно

По классификации радиационной патологии выделяют детерминированную и стохастическую патологию. Детерминированная радиационная патология возникает при определенной дозе облучения (минуты-месяцы), при дозах более 100 рад. К ней относятся острая и хроническая лучевая болезнь, лучевые ожоги, лучевой фиброз легких и др.

При стохастической патологии не существует зависимости патологии от полученной дозы радиации, болезнь возникает в отдаленный период (через несколько лет или даже десятилетий). К ней относятся радиационно-обусловленная онкопатология любых локализаций, лейкозы, генетические нарушения.

радиационной патологии у лиц регистра РГМДР, в том числе и как причине смерти, связанной с воздействием радиации.

Высокая смертность лиц регистра РГМДР подтверждает необходимость проведения 100% развернутой диспансеризации этой категории населения для своевременного выявления патологии, лечения, реабилитации, профилактике осложнений и снижения смертности.

Что необходимо сделать!

1. Продолжить работу выездных врачебных бригад в территориях Красноярского края силами сотрудников КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн» и министерства здравоохранения Красноярского края по улучшению доступности и качества медицинского обслуживания лиц, пострадавших от воздействия радиации.

2. С учетом развития межрайонных медицинских центров целесообразно проведение обучения врачей по вопросам радиационной медицины, из числа врачей-специалистов данных центров.

1.9. Диспансеризация

Учитывая большую значимость профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья населения, раннее выявление заболеваний, а также факторов риска их возникновения, с 01.03.2013 года начата масштабная диспансеризация определенных групп взрослого населения, в том числе трудоспособного возраста.

Проводимая диспансеризация имеет ряд особенностей, таких как:

участковый принцип;

двухэтапность проведения диспансеризации:

дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования соответствующий каждой возрастной группе;

обязательное проведение профилактического консультирования.

План диспансеризации определенных групп взрослого населения в Красноярском крае на 2013 год составил – 524 297 человек (23,3 % от прикрепленного взрослого населения), прошли I этап диспансеризации – 489 694 человека, что составляет 93,4 % от годового плана.

Распределение населения по группам здоровья выглядит следующим образом: 1 группа – 30,3 % от числа осмотренных; 2 группа – 18,4 % от числа осмотренных; 3 группа – 51,4 % от числа осмотренных. Тенденция соответствует распределению по группам здоровья по СФО и РФ.

В структуре заболеваний, выявленных в ходе диспансеризации 2013 года, первую позицию занимают болезни системы кровообращения – заболеваемость составила 363,9 случая на 1 000 человек населения/

Внутри класса максимально распространены болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением – заболеваемость составила 25,0 случаев на 1 000 человек населения. Значительно меньше распространены ишемическая болезнь сердца – 5,1 случая на 1 000 человек населения (в том числе, стенокардия – 2,6 случая на 1 000 человек населения) и цереброваскулярные болезни – 3,1 случая на 1 000 человек населения.

На второй позиции болезни нервной системы – 136,2 случая на 1 000 человек населения.

На третьей позиции болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 37,1 случая на 1 000 человек населения. Внутри класса максимально распространено ожирение – 32,9 случая на 1 000 человек населения. Заболеваемость сахарным диабетом составляет 2,3 случая на 1 000 человек населения.

Четвертую позицию занимают болезни мочеполовой системы – 11,6 случая на 1 000 человек населения.

Пятую позицию занимают болезни органов пищеварения – 10,2 случая на 1 000 человек населения. Болезни глаза и его придаточного аппарата занимают шестое место – 4,1 случая на 1 000 человек населения. Болезни органов дыхания занимают седьмое место – 3,4 случая на 1 000 человек населения.

В 2013 году выявлено 62 случая туберкулеза, показатель составил 13,6 случая на 100 тыс. человек населения.

Новообразования выявлены у 794 человек (173,7 случая на 100 тыс. человек населения), в том числе злокачественные у 504 человек (110,3 случая на 100 тыс. человек населения). Внутри класса максимально распространены злокачественные новообразования молочной железы – 75,8 случая на 100 тыс. женского населения, предстательной железы – 49,0 случаев на 100 тыс. мужского населения, шейки матки – 16,7 случая на 100 тыс. женского населения.

Работа, проводимая в крае по диспансеризации населения

В проведении I этапа диспансеризации активно задействованы ФАПы, участковые больницы и врачебные амбулатории. В данных учреждениях в 22 % случаев проводится: анкетирование, антропометрия, измерение артериального давления, клинические анализы, ЭКГ.

*Ведущая роль в диспансеризации принадлежала и принадлежит участковым терапевтам, которые **обязаны**:*

1. Информировать граждан, прошедших диспансеризацию о результатах (группа здоровья).

2. Проводить необходимые лечебно — оздоровительные мероприятия с населением, прошедшим диспансеризацию в соответствии с группами здоровья.

3. Проводить анализ эффективности и качества диспансеризации и диспансерного наблюдения.

Все учреждения обеспечены скрининг-оборудованием для организации I этапа диспансеризации.

Активно используются дистанционные формы работы в виде дистанционного консультирования специалистами (интерпретации исследований – ЭКГ, УЗИ, заключение специалистов), широко используются выездные формы работы.

В 2013 году осмотрено 9 512 человек (специалисты краевых учреждений участвуют в проведении недостающих исследований и консультаций, передвижной консультативно-диагностический центр «Доктор Войно-Ясенецкий (св. Лука)» (Поезд здоровья), с декабря – передвижного консультативно-диагностического центра краевого государственного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» Мобильной поликлиники, работа по графику передвижных флюорокомплексов.

В диспансеризации участвовали 28 частных медицинских организаций по недостающим методам диагностики и консультаций в муниципальных учреждениях здравоохранения;

В Красноярском крае диспансеризация для удобства работающего населения, организована кроме рабочих дней, также и в субботнее время.

Информационная кампания по проведению диспансеризации:

осуществляется SMS-рассылка приглашений гражданам на диспансеризацию;

СПРАВОЧНО:

Передвижной консультативно – диагностический центр «Мобильная поликлиника» (далее – Мобильная поликлиника) - комплекс, приобретенный в рамках модернизации здравоохранения Красноярского края. Стоимость Мобильной поликлиники составляет 32 млн. рублей.

Мобильная поликлиника укомплектована современным медицинским оборудованием, включая: флюорограф, маммограф, УЗИ-аппарат, оснащенные кабинеты отоларинголога, стоматолога, гинеколога, офтальмолога, клинико-диагностическая лаборатория.

В Мобильной поликлинике спроектирована и установлена локальная компьютерная и телефонные сети, позволяющие оптимизировать работу персонала, а также телемедицинский комплекс для проведения телеконсультаций.

В Мобильной поликлинике будет оказываться первичная специализированная медико-санитарная помощь (отсутствующие в территориях врачи-специалисты), а также планируется участие в проведении недостающих исследований и консультаций I и II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

В Мобильной поликлинике медицинская помощь будет оказываться в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи.

Мобильная поликлиника будет осуществлять деятельность согласно графику, который будет формироваться с учетом потребности территорий на основании заявки медицинских организаций, с учетом потребности в проведении специализированной первичной медико-санитарной помощи, диспансеризации.

В кабинетах Мобильной поликлиники ежедневно возможен прием до 150 пациентов. Ежегодно планируется участие в проведении диспансеризации 7 тыс. граждан, включая 6255 флюорографических исследований, 2500 маммографических исследований, 1500 ультразвуковых исследований, 1750 консультаций специалистов.

подготовлена различная полиграфическая продукция (памятки, листовки) – для медицинских организаций, для населения. Памятки также выдаются на пунктах выдачи полисов ОМС;

изготовлен ролик социальной рекламы, который транслируется в учреждениях здравоохранения и информационных видеомониторах города, расположенных в крупных торговых комплексах, в местах проведения массовых мероприятий (для копирования он находится на главной странице сайта МЗКК);

в средствах массовой информации в регулярном режиме отражаются вопросы о целях, задачах и технологии проведения диспансеризации (телевизионные сюжеты, публикации в газетах, выступления на радио).

гражданам, подлежащим диспансеризации в 2013 году, направлены индивидуальные приглашения (в почтовые ящики, на поквартирных обходах), не пришедшим направляются повторные приглашения;

широко представлена информация о диспансеризации, целях и задачах, порядке ее проведения, перечне проводимых исследований и консультаций – на информационных стендах, на сайтах учреждений, аудио и видеодорожках; кроме того, данная информация размещена на официальном сайте министерства здравоохранения, территориального фонда ОМС;

Общие организационные мероприятия проведении диспансеризации

Для решения проблемных вопросов и итогов проведения диспансеризации создана рабочая группа, в состав которой вошли руководители органов и учреждений здравоохранения Красноярского края, представители страховых медицинских организаций, территориального фонда ОМС, главные внештатные специалисты.

Еженедельно в режиме видеоконференции проводятся совещания с заместителями руководителей медицинских учреждений, ответственных за диспансеризацию определенных групп взрослого населения, заведующими терапевтическими отделениями амбулаторно-поликлинических учреждений, заведующие отделениями медицинской профилактики по организации и результатам диспансеризации.

Проводится оперативный выездной контроль в медицинские организации по текущему состоянию проведения диспансеризации.

Организован еженедельный оперативный мониторинг объемов и индикаторов диспансеризации.

В 2013 году в критерии оценки деятельности руководителей медицинских организаций включен показатель выполнения диспансеризации.

1.10. Профилактика

Служба медицинской профилактики в Красноярском крае включает: КГБУЗ «Красноярский Краевой центр медицинской профилактики», 33 отделения (4 из которых в краевых специализированных учреждениях), 34 кабинета медицинской профилактики и 14 центров здоровья в крупных городах края.

В службе медицинской профилактики утверждено 460,0 штатных должностей, фактически работает 403 человека. На постоянной основе работает

71 врач (41 – в отделениях и кабинетах медицинской профилактики и 30 – в центрах здоровья) и 274 средних медицинских работника (229 – в отделениях и кабинетах медицинской профилактики и 45 – в центрах здоровья). В 2013 году численность штатных должностей и физических лиц сотрудников отделений и кабинетов медицинской профилактики возросла на 30 %, а число физических лиц – на 25 процентов.

Служба медицинской профилактики реализует три важнейших приоритета:

формирование здорового образа жизни у жителей Красноярского края, включая снижение потребления алкоголя и табака,

организационно–методическое руководство деятельностью подразделений медицинской профилактики учреждений здравоохранения Красноярского края,

организация и методическое обеспечение диспансеризации взрослого населения.

Мероприятия по формированию здорового образа жизни у населения Красноярского края включены в краевую программу «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013 – 2020 годы (Постановление Правительства Красноярского края от 30.04.2013 №223 – п).

С целью формирования здорового образа жизни граждан Красноярского края с 2010 года функционируют 14 центров здоровья (10 для взрослого населения и 4 для детского населения). Во взрослые центры здоровья ежегодно обращаются более 30 тысяч человек (в 2011 году – 35 245 человек, в 2012 году – 30 330 человек, в 2013 году – 33 800 человек). Всем обратившимся проводится индивидуальное профилактическое консультирование и обучение навыкам здорового образа жизни.

В детские центры здоровья обратилось в 2011 году – 13 366 детей, в 2012 году – 16 472 ребенка, в 2013 году – 13 761 ребенок.

За 3 года в структуре обращений в центры здоровья для взрослых возрос удельный вес граждан, направленных из поликлиник после проведенной

Как обстоят дела в 2013 году:

Профилактическую деятельность оказывают:

1 центр медицинской профилактики;

33 отделения медицинской профилактики;

34 кабинета медицинской профилактики;

14 центров здоровья.

диспансеризации для профилактического консультирования и коррекции факторов риска: с 12 % в 2011 году до 17,2 % в 2013 году. В структуре обратившихся в центры здоровья для взрослых удельный вес здоровых составляет: 2011 год – 34,9 %, 2012 год – 28,7 %, 2013 год – 25,3 процента. Около 2/3 обратившихся граждан имеют факторы риска и отклонения в состоянии здоровья. Среди детей, обследованных в центрах здоровья, доля имеющих факторы риска и отклонения в состоянии здоровья высока, и увеличивается с каждым годом: 2011 год – 59,6 %, 2012 год – 67,8 %, 2013 год – 73,1 процента. Вместе с тем, удельный вес повторных посещений в центры здоровья с целью коррекции факторов риска остается недостаточным: 2011 год – 17,5 %, 2012 год – 16,4 %, 2013 год – 16,0 процентов.

Охват обучением в школах здоровья достаточно высок (в 2011 году – 64,4 %, в 2012 году – 50,7 %, в 2013 году – 40,6 %), но занятия в этих школах носят в большей степени лекционный характер и в меньшей – обучения практическим навыкам.

Таблица 81 – Структура посещений в центры здоровья Красноярского края в 2013 году

Центры здоровья	Посещения центров здоровья по видам:					
	Первичные		Динамические		Школа здоровья	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего по ЦЗ	33 731	43,4	12 450	16,0	31 585	40,6
Всего по ЦЗ для взрослых	23 476	40,3	8 204	14,1	26 576	45,6
Всего по ЦЗ для детей	10 255	52,6	4 246	21,8	5 009	25,7

В 2013 году было организовано 5 крупных краевых профилактических кампаний. Основу кампаний составляли: профилактические целевые медицинские осмотры с целью раннего выявления факторов риска и прогноза состояния здоровья на ближайшие 10 лет (программа «Эскиз»), организация временных пунктов измерения артериального давления в общественных местах (торговые центры и др.), организация и проведение школ здоровья, спортивные мероприятия, вовлечение в антитабачные акции учреждений торговли по временному прекращению продаж табака, жилищных управляющих кампаний по распространению просветительской продукции, студенческие акции по опросу населения, по раздаче листовок просветительской направленности, подготовка пресс-релизов, проведение пресс-конференций, Дней открытых дверей в центрах здоровья, широкое освещение кампаний в СМИ.

В 2013 году была проведена кампания в рамках Всемирного дня здоровья 7 апреля. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, целью Всемирного дня здоровья 2013 года является уменьшение числа случаев инфарктов миокарда и инсультов. В кампании приняли участие 34 учреждения здравоохранения края, включая 9 медицинских техникумов. Организованы

44 пункта измерения артериального давления. Общее число участников Дня здоровья в Красноярском крае превысило 7,8 тыс. человек.

В рамках Всемирного дня борьбы с раком (4 февраля) приняли участие 44 учреждения здравоохранения. Всего в рамках компании проведено более 360 мероприятий, распространено свыше 1500 информационных буклетов, листов, брошюр. Общее число участников превысило 43 тыс. человек.

В рамках «Недели без табака» приняли участия 42 учреждения здравоохранения Красноярского края. Число участников кампании в территориях края превысило 14 тыс. человек. Общее число участников составило около 29 тыс. человек.

Проводилось анкетирование курящих пациентов в центрах здоровья и в отделениях медицинской профилактики для определения степени табачной зависимости. Пациентам с табачной зависимостью предлагалось лечение.

В целях формирования здорового образа жизни ежегодно выпускается просветительская полиграфическая продукция по вопросам профилактики хронических неинфекционных заболеваний, размещаются просветительские программы в СМИ, готовятся пресс – релизы на все события, связанные с вопросами профилактики заболеваний и формированием здорового образа жизни.

В течение 2013 года в СМИ вышло 1 183 публикаций, из них 640 на основании договорных отношений, 543 организованы на бесплатной основе.

Таблица 82 – Публикации в СМИ профилактической направленности в Красноярском крае за 2012-2013 годы

СМИ	Новостийные		Тематические		Всего	
	2012 год	2013 год	2012 год	2013 год	2012 год	2013 год
На телевидении	49	31	-	25	49	56
На радио	191	233	616	614	807	847
В печати	20	43	7	25	27	68
В интернете	109	202	23	10	132	212
Всего	469	509	546	674	1015	1183

В настоящее время медицинская помощь в отказе от курения оказывается в 36 учреждениях здравоохранения. В 2013 году создан единственный в Красноярском крае специализированный кабинет по оказанию медицинской помощи в отказе от курения при КГБУЗ «Краевая клиническая больница». По итогам 2013 года за медицинской помощью по отказу от курения обратились – 13 801 человек, психологическую помощь получили – 10 303 человека.

В рамках проведенного в 2013 году социологического исследования, проведено изучение удовлетворенности качеством диспансеризации. Проведен опрос 1 286 респондентов, из них 594 мужчин (46,2 %)

и 692 женщин (53,8 %) с использованием социологической анкеты методом телефонного интервью.

До 55,7 % опрошенных жителей Красноярского края, прошедших диспансеризацию, удовлетворены ее качеством, и оценивают ее на «4» и «5». При этом максимально высокую оценку – «5» – поставили 13,2 % опрошенных, 42,5 % оценили качество диспансеризации на «4», 24,4 % — на «3» и самую низкую оценку качеству диспансеризации – «1» — поставили 7,3 % жителей края. Средняя оценка удовлетворенности качеством диспансеризации по всей совокупности взрослого населения составила 3,4 балла.

1.11. Медицинская реабилитация

Первое и основное направление медицинской реабилитации - восстановление здоровья больного посредством комплексного использования различных средств, направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма.

Медицинская реабилитация в Красноярском крае осуществляется в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1076н «О порядке организации медицинской реабилитации», с соблюдением принципов обоснованности, этапности, непрерывности и преемственности реабилитационных мероприятий между медицинскими и санаторно-курортными организациями.

Приоритетные направления медицинской реабилитации в крае: медицинская реабилитации пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, операции на сердце и кровеносных сосудах; медицинская реабилитации больных, перенесших ОНМК; медицинская реабилитация пациентов травматологического, онкологического и наркологического профилей.

Оказывается реабилитационная помощь в рамках Программы государственных гарантий:

в плановой форме в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

на амбулаторном этапе, в условиях дневного стационара и в стационарных условиях, где обеспечивается круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

Для проведения медицинской реабилитации больных кардиологического профиля и больных с последствиями перенесенного ОНМК в Красноярском крае функционируют:

165 коек круглосуточного стационара, в том числе 158 коек в федеральных клиниках (128 коек нейрореабилитации и 20 коек кардиореабилитации ФГБУ «Сибирский клинический центр ФМБА России»);

10 коек для реабилитации в ФГБУ «НИИ медицинских проблем Севера» СО РАМН;

7 коек для медицинской реабилитации на базе МБУЗ «Городская больница № 1» в г. Норильске;

55 коек дневного стационара, в том числе:

40 в федеральных клиниках (20 коек нейрореабилитации в дневном реабилитационном стационаре ФГБУ «Сибирский клинический центр ФМБА России»; 10 коек кардиореабилитации и 10 коек нейрореабилитации в дневном реабилитационном стационаре ФГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России);

15 коек кардиореабилитации в дневном стационаре МБУЗ «Городская клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»).

В Красноярском крае создана 3-этапная система реабилитации больных перенесших острый инфаркт миокарда, ОНМК, операции на сердце и сосудах.

На I этапе ранняя реабилитация пациентов в остром периоде начинается в условиях регионального и первичных сосудистых центров.

На базе сосудистых центров Красноярского края развернуто 264 койки:

48 коек в КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

48 коек в МБУЗ «Городская клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»;

48 коек в МБУЗ «Городская клиническая больница № 6 имени Н.С. Карповича»;

24 койки в МБУЗ «Городская больница № 1» г. Норильска;

24 койки в МБУЗ «Минусинская центральная районная больница»;

24 койки в МБУЗ «Лесосибирская центральная городская больница»;

24 койки в МБУЗ «Ачинская центральная районная больница»;

24 койки в МБУЗ «Канская центральная городская больница».

На II этапе пациенты переводятся в муниципальные и федеральные учреждения здравоохранения г. Красноярска.

На III этапе работающие пациенты (при отсутствии противопоказаний) проходят медицинскую реабилитацию на специализированных койках санаториев и (или) в амбулаторных условиях на базе ФГБУ «Сибирский клинический центр ФМБА России», в дневном реабилитационном стационаре ФГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России. Амбулаторная реабилитация также осуществляется в поликлинике по месту жительства (проводится медикаментозная коррекция, обучение самоконтролю, модификации образа жизни, избавлению от вредных привычек; динамическое наблюдение). В случае необходимости пациенты направляются на плановую высокотехнологичную медицинскую помощь.

В 2013 году на медицинскую реабилитацию (долечивание) в санаторно-курортных организациях непосредственно после лечения в условиях стационара острого инфаркта миокарда, операций на сердце и магистральных

сосудах, острого нарушения мозгового кровообращения было направлено 1 868 пациентов, из них:

в ЗАО «Санаторий «Красноярское Загорье» – 851 пациент (45,6 %);

в ОАО Санаторий «Енисей» – 1 024 пациента (54,4 %).

В реализации мероприятий по долечиванию в 2013 году участвовали 53 медицинские организации центральной, южной, западной, восточной, Богучанской и Лесосибирской групп районов Красноярского края. Из числа пациентов, прошедших реабилитацию в санаторно-курортных организациях, с улучшением выписано 1 842 пациента (98,6 % от числа получивших реабилитацию), 26 пациентов (1,4 % от числа получивших реабилитацию) регоспитализированы в медицинские организации по поводу ухудшения состояния.

В 2013 году в Красноярском крае после ОНМК получили долечивание 702 пациента; после острого инфаркта миокарда – 142 пациента; после операций на сердце и магистральных сосудах – 1 024 пациента.

Таблица 83 – Структура заболеваний пациентов, получивших восстановительное долечивание в санаторно-курортных организациях Красноярского края

Диагноз	2011 год		2012 год		2013 год	
	человек	%	человек	%	человек	%
Острое нарушение мозгового кровообращения	760	43,4	722	40	702	37,6
Острый инфаркт миокарда	141	8,1	164	9	142	7,6
Операции на сердце и магистральных сосудах	850	48,5	913	51	1024	54,8
Всего	1751	100	1799	100	1868	100

Увеличение на 10,9 % числа пациентов, прошедших в 2013 году реабилитацию после операций на сердце и магистральных сосудах (к уровню 2012 года), связано с увеличением объемов оказываемой медицинской помощи ФГБУ "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии" г. Красноярск.

В Красноярском крае за период 2012-2013 годы, в остром периоде инсульта, получили комплексную реабилитацию около 10 тыс. больных в год. Преемственная реабилитация после инсульта в 2012-2013 годах осуществлялась в рамках программы ОМС – до 1 650 больных в год. Амбулаторная нейрореабилитация (III этап) после инсульта в рамках программы ОМС в 2012-2013 годах проводилась 400 пациентам (дневные стационары ФГБУ «Сибирский клинический центр ФМБА России» на 20 коек и профессорской клиники ФГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России на 10 коек). В 2012-2013 годах в центре нейрореабилитации ФГБУ «Сибирский клинический центр ФМБА России» проведена комплексная реабилитация больных, перенесших черепно-мозговую или спинальную травму с повреждением головного или спинного

мозга, в рамках федеральной программы «Высокие медицинские технологии» по 120 больных ежегодно.

Для реабилитационного лечения травматологических больных в Красноярском крае функционируют 28 коек по травматологии и ортопедии в дневных реабилитационных стационарах при МБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Красноярска, где осуществляются реабилитационные мероприятия 3 этапа. В кабинетах ЛФК при травматологических пунктах МБУЗ «Канская центральная городская больница», МБУЗ «Ачинская центральная районная больница», в кабинетах ЛФК при травмпунктах Советского, Октябрьского, Центрального районов и правобережного травмпункта в г. Красноярске осуществляется 3-й этап реабилитации для пациентов с изолированными травмами опорно-двигательного аппарата после проведения амбулаторного лечения, а также после выписки из стационаров после проведенного оперативного лечения. На базе отделения восстановительного лечения в структурном подразделении ФГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России («Профессорская клиника») проводится реабилитация пациентов, перенесших операции эндопротезирования крупных суставов в учреждениях здравоохранения г. Красноярска. Функционирует реабилитационное отделение на базе ФГБУ «Сибирский клинический центр ФМБА России» на 27 коек (реабилитация для жителей края на платной основе).

В амбулаторном реабилитационном центре КГБУЗ «Красноярский краевой врачебно-физкультурный диспансер» проводятся реабилитационные мероприятия пациентам после спортивных травм. Ежегодно здесь получают лечение до 1 000 пациентов.

Санаторно-курортное лечение отдельных категорий граждан

В 2013 году на санаторно-курортное лечение в санатории Министерства здравоохранения Российской Федерации за счет средств федерального бюджета направлено 47 человек из числа граждан, пострадавших от воздействия радиации в результате аварии на Чернобыльской АЭС (в 2012 году – 47 человек).

В противотуберкулезные санатории, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации, в 2013 году направлено 215 человек (в 2012 году – 195 человек). Из общего числа направленных в противотуберкулезные санатории 7,9 % (17 человек) составляют инвалиды (в 2012 году – 19,5 %, в 2011 году – 13,7 %).

Оздоровление работников краевых государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Красноярского края

В 2013 году министерством здравоохранения Красноярского края продолжена работа по оздоровлению работников краевых государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

В рамках реализации мер, предусмотренных постановлением Совета администрации Красноярского края от 21.04.2005 № 117-п «О мерах по организации санаторно-курортного лечения работников краевых государственных и муниципальных учреждений Красноярского края в краевом государственном учреждении «Центр социального обслуживания «Тесь», для оздоровления работников краевых государственных и муниципальных учреждений здравоохранения получено 490 путевок.

Из реализованных в 2013 году путевок:

121 путевка (25 %) – выделена для работников краевых государственных учреждений здравоохранения (в 2012 году: 165 – 32 %);

369 путевок (75 %) – для работников муниципальных учреждений здравоохранения, в т.ч. для учреждений здравоохранения г. Красноярска – 122 путевки или 25 % (в 2012 году: 351 или 68 % и 142 или 27,5 % соответственно).

1.12. Паллиативная медицинская помощь

Паллиативная медицинская помощь в Красноярском крае оказывается в соответствии со статьей 36 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Паллиативная медицинская помощь больным с неизлечимыми заболеваниями в Красноярском крае оказывается в плановом порядке, преимущественно по месту жительства граждан, в следующих условиях: амбулаторно (в том числе на дому при вызове медицинского работника); стационарно: отделение (центр) паллиативной помощи (хоспис) или на койках сестринского ухода.

Паллиативная помощь детям в Красноярском крае представляет собой отдельную медицинскую специальность и отдельное направление медико-социальной деятельности. Система паллиативной помощи детям включает наличие служб доступных всем детям, нуждающимся в ней, независимо от места их пребывания (дом, стационар общего профиля, специализированный стационар), координацию этих служб и информированность медицинского сообщества и общества в целом о потребностях и возможностях для этих больных.

В Красноярском крае ежегодно умирает от рака более 3 000 человек, из них 75 % нуждаются в паллиативной помощи (в первую очередь, в обезболивании), и только 59 % получают эту помощь. По отчетным данным в 2013 году в Красноярском крае умерло 220 пациентов с ВИЧ-инфекцией (в 2012 году – 175 пациентов). Из них 65 % нуждались в паллиативной помощи (в обезболивании, социальной поддержке).

На протяжении ряда лет проводится работа по оказанию паллиативной помощи жителям Красноярского края: функционируют хосписы,

геронтологические кабинеты, койки сестринского ухода; организован кабинет паллиативной помощи в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского».

Традиционно паллиативную помощь оказывают онкологическим больным, отчасти вследствие более высокой предсказуемости хода болезни, что упрощает выявление и прогнозирование нужд пациентов и их близких.

В Красноярском крае паллиативная помощь представлена двумя хосписами общей мощностью 42 койки, которые расположены в следующих учреждениях: КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 2» (30 коек) и КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1» (12 коек). В 35 муниципальных бюджетных учреждениях здравоохранения функционируют 395 коек сестринского ухода. В КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» организован кабинет паллиативной помощи. Продолжена работа по организации стационаров на дому, отделений сестринского ухода. В 2011 году в системе здравоохранения Красноярского края работало 32 отделения сестринского ухода. В 2013 году на территории Красноярского края функционирует 42 отделения сестринского ухода. В муниципальных образованиях края организована работа школ для обучения родственников навыкам ухода за лицами пожилого и старческого возраста, утратившими способность к самообслуживанию.

Паллиативная помощь детям представлена 1 койкой в отделении сестринского ухода КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 2». Амбулаторная составляющая паллиативной помощи детям представлена работой участковых педиатров.

Анализ лечения больных, нуждающихся в паллиативной помощи показал, что стационарную симптоматическую терапию (после выписки из специализированных учреждений) в общесоматических стационарах получала незначительная часть пациентов (менее 30 процентов). Основная масса больных лечилась амбулаторно.

Создание отделений паллиативной помощи и отделений сестринского ухода явилось оптимальным вариантом организации паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими или другими социально значимыми заболеваниями, поскольку, являясь структурным подразделением учреждения, отделение получило широкую возможность использования диагностической и клинической базы учреждения, проведения специальных методов поддерживающего лечения и реабилитационных мероприятий. При этом достигнуто решение как чисто медицинской задачи – более адекватного лечения больного, так и изменение его социального статуса.

Основными направлениями деятельности учреждений паллиативной медицинской помощи является организация паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, создание и развитие выездной службы паллиативной помощи больным, оказание паллиативной помощи на дому, отработка моделей оптимальной организации поддерживающей помощи на всех этапах ее оказания.

Важным разделом деятельности учреждений и отделений паллиативной медицинской помощи является проведение комплекса мероприятий по реабилитации пролеченных больных – ликвидация последствий лечения, например, после операционных вмешательств, лучевой терапии и химиотерапии.

Помимо развития сети стационарных отделений паллиативной помощи и отделений сестринского ухода в Красноярском крае для пациентов существует амбулаторные формы паллиативной помощи, которые реализуются силами участковых врачей и специалистов геронтологических кабинетов, а также работой в муниципальных образованиях школ для обучения родственников навыкам ухода за лицами пожилого и старческого возраста, утратившими способность к самообслуживанию.

Мероприятия по совершенствованию системы оказания паллиативной помощи

В рамках реализации мероприятий по совершенствованию системы оказания паллиативной помощи в Красноярском крае планируется:

открытие стационарного отделения паллиативной помощи на 135 коек на базе КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского»;

открытие стационарного отделения паллиативной помощи на 20 коек на базе КГБУЗ «Назаровская районная больница»;

открытие стационарного отделения паллиативной помощи на 20 коек на базе КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»;

открытие стационарного отделения паллиативной помощи на 20 коек на базе КГБУЗ «Чечеульская участковая больница»;

организация на базе КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 2» двух бригад выездной паллиативной помощи;

организация отделения паллиативной помощи на 11 коек на базе одного из стационаров после ввода в строй детской многопрофильной больницы в г. Красноярске и перевода объемов стационарной помощи в новое учреждение;

расширение сети школ в муниципальных образованиях для обучения родственников навыкам ухода за лицами пожилого и старческого возраста, утратившими способность к самообслуживанию;

укрупнение ряда отделений сестринского ухода в КГБУЗ Красноярского края на 30 коек.

Данные мероприятия позволят сформировать полноценную инфраструктуру для оказания паллиативной помощи взрослым и детям.

Кадровые ресурсы



*Самый ценный капитал — это люди!
В данном вопросе кадры решают не
просто все, а абсолютно все..*

РАЗДЕЛ 3. КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К основным показателям, которые позволяют оценить состояние кадрового обеспечения и кадрового потенциала системы здравоохранения относятся: показатели численности специалистов и штатная обеспеченность, показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами, движение медицинских кадров, квалификация медицинских кадров, повышение профессионального уровня.

Врач сегодня - не только специалист - профессионал, он настоящий солдат на фронте борьбы за здоровую, долголетнюю, творчески наполненную жизнь.

Б.В. Петровский

По состоянию на 31.12.2013 в учреждениях здравоохранения подчинения органам управления здравоохранением Красноярского края утверждено 18 176 штатных должностей врачей-специалистов (работает 9 816 врачей) и 38 961,25 штатных должностей средних медицинских работников (работает 27 390 средних медицинских работников).

Таблица 84 – Динамика изменения штатных должностей в учреждениях здравоохранения Красноярского края за 2009-2013 годы

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
врачи:					
штатных должностей	17 197,00	17 412,5	17 885,75	18 073,25	18 176
занято должностей	16 359,00	16 573,5	16 898,75	17 178,5	17 275
число физических лиц (чел.)	10 155	9 965	9 885	9 824	9 816
обеспеченность на 10 тыс. человек	35,1	35,5	34,9	34,73	34,5
средние медицинские работники:					
штатных должностей	36 417,75	37 304,25	38 249,5	38 657,75	38 961,25
занято должностей	34 238,75	36 420,75	37 065,25	37 582,75	37 683,75
число физических лиц (чел.)	27 429	27 616	27 512	27 260	27 390
обеспеченность на 10 тыс. человек	98,9	98,6	97,3	96,36	96,2

Численность врачей и средних медицинских работников в подведомственных учреждениях продолжает уменьшаться, так только за 2013 отмечается уменьшение численности врачей на 0,08 %, средних медицинских работников на 1,0 процент.

В тоже время отмечается ежегодный рост штатного расписания. За 2013 год штатные должности врачей-специалистов увеличились на 0,78 % (на 102,75 штатных единиц) и средних медицинских работников на 0,85 % (303,5 штатных единиц).

За 2013 год отмечается снижение показателя укомплектованности штатных должностей врачей на 0,32 % и штатных должностей средних медицинских работников 0,22 процента.

Динамика изменения показателя укомплектованности штатных должностей, как врачебных, так и средних медицинских работников показывает на нестабильное состояние кадрового обеспечения.

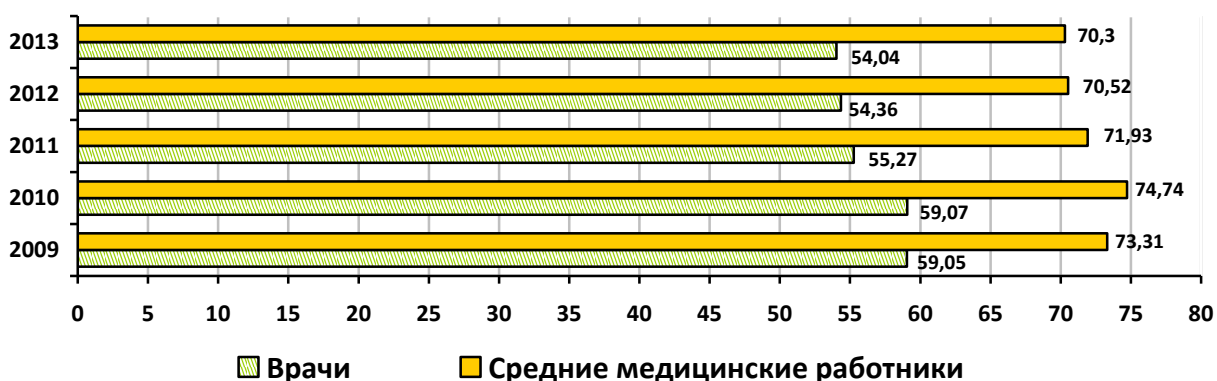


Рисунок 64 – Динамика изменения показателя укомплектованности должностей специалистов учреждений здравоохранения Красноярского края за 2009 - 2013 годы (%)

Укомплектованность врачебных должностей амбулаторно-поликлинических подразделений за 2013 год составила – 61,1 %, средних медицинских работников – 76,9 процента.

Неукомплектованные должности замещаются врачами по совместительству (совмещению).

В порядке совместительства или совмещения неукомплектованные должности замещаются работающими врачами и средними медицинскими работниками. В 2013 году коэффициент совместительства составил: по врачебным должностям – 1,75, по должностям средних медицинских работников – 1,4. Коэффициент совместительства стабильно высокий, что объясняется сформировавшимся дефицитом медицинских кадров.

Средний показатель обеспеченности на 10 тыс. человек населения врачами уменьшился на 0,66 %, средними медицинскими работниками на 0,17 процента.

Сохраняется диспропорция в структуре кадров, порождающая снижение качества и доступности медицинской помощи населению, особенно первичной медико-санитарной помощи. На одного врача первичного контакта (участковый педиатр, терапевт, врач общей практики) приходится 5,6 других врачей-специалистов.

Обеспеченность врачебными кадрами в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь «прикрепленному» населению (поликлиники, муниципальные больницы) составляет – 29,79 на 10 тыс. человек населения, средними медицинскими работниками – 83,52 на 10 тыс. человек населения.

Отмечается неравномерность в обеспеченности специалистами населения в городских и сельских районах Красноярского края:

врачами от 5,64 в Боготольском районе до 54,15 в Эвенкийском муниципальном районе, с показателем ниже 20,0 на 10 тыс. человек населения – 24 муниципальных образования (41,46 %);

средними медицинскими работниками от 35,67 в Ачинском районе до 161,83 в Эвенкийском муниципальном районе, с показателем ниже 70,0 на 10 тыс. человек населения – 13 муниципальных образования (20,6 %).

Отчетливо проявляется тенденция концентрации медицинских кадров, а соответственно и возможностей по оказанию доступной и качественной медицинской помощи, в городах с одновременным ограничением доступности и снижением качества медицинской помощи в районах с низким показателем обеспеченности медицинскими работниками.

Количественное соотношение врачебных должностей к должностям средних медицинских работников в Красноярском крае 2,14 (оптимальное соотношение должно быть не менее 1 к 4)

По состоянию на 31.12.2013 в Красноярском крае не занято врачебных должностей всех специальностей по основной должности – 8360 (46,0 %), средних медицинских работников – 1277,5 (3,3 %).

Отмечается дисбаланс в соотношении врачей и средних медицинских работников. Показатель соотношения количества врачей – средних медицинских работников в целом по Красноярскому краю составляет 1:2,14 (рекомендуемое соотношение 1:4).

В сельских территориях Красноярского края сокращается количество врачей, т.к. нет притока молодых специалистов, и на этом фоне положение с кадрами средних медицинских работников кажется более стабильным и поэтому показатель очень высокий (1 к 7).

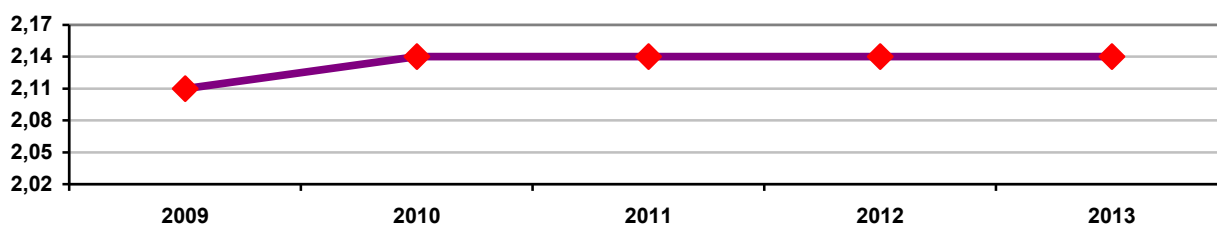


Рисунок 65 – Динамика изменения показателя соотношения штатных должностей врач/средний медицинский работник в учреждениях здравоохранения Красноярского края за 2009 - 2013 годы

Диспропорции в соотношении численности врачей и среднего медицинского персонала в системе здравоохранения приводит к перегрузке среднего медицинского персонала и передаче части несвойственных функций врачам.

Сохраняется высокий миграционный процесс, связанный как с условиями поиска работы, так и социального и бытового характера. На изменение ситуации не смогло повлиять даже введение новой системы оплаты труда.

Сменяемость медицинского кадрового состава в учреждениях здравоохранения краевого и муниципального подчинения составила: врачей – 15,1 %, среднего медицинского персонала – 8,4 процента.

Таблица 85 – Данные о движении врачей и среднего медицинского персонала в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
выбыло – врачей	792	1293	1777	1546	1214
прибыло – врачей	549	997	1376	1485	1280
выбыло – средних медработников	1532	2602	4007	2538	1665
прибыло – средних медработников	2336	2515	3637	2276	1792

Большинство сложившихся на сегодняшний день проблем в сфере общественной системы здравоохранения, ведет к оттоку наиболее квалифицированных медицинских кадров в частные медицинские учреждения и ведомственные учреждения, другие отрасли экономики.

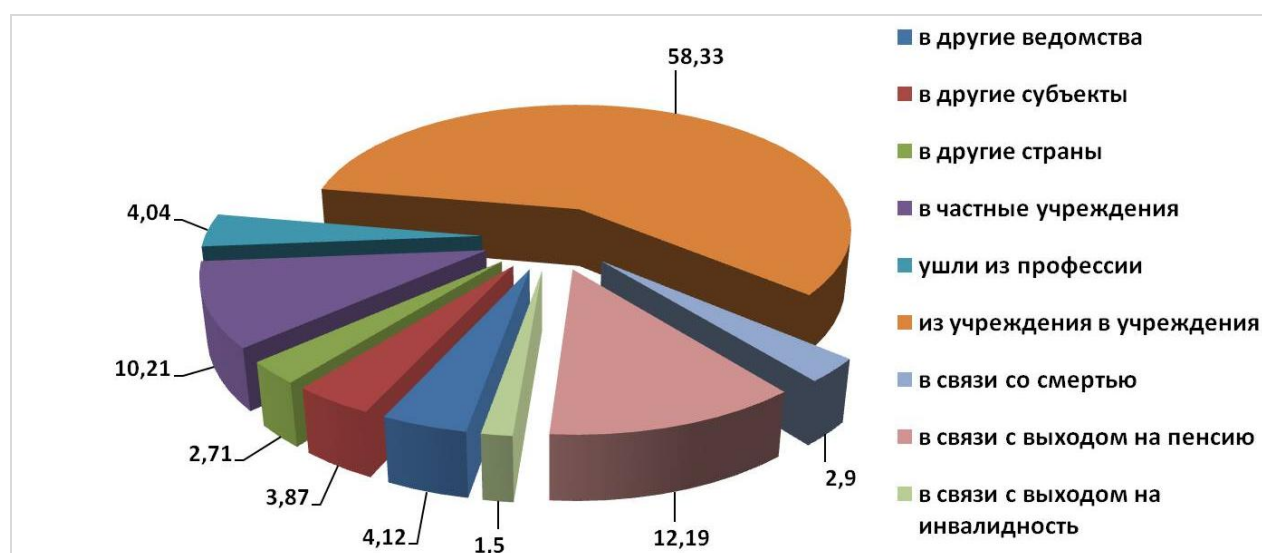


График 66 – Данные о выбытии врачей в Красноярском крае за 2013 год (%)

Решение вопросов социального, бытового характера позволяют снизить уровень миграции кадров.

В 2013 году медицинским работникам были предоставлены следующие меры социальной поддержки:

численность медицинских работников, которые получили (приобрели) жилье составило – 303 человек, из них: врачи – 133 человек, средние медицинские работники – 170 человек;

численность медицинских работников, которым предоставлено жилье на условиях коммерческого найма составило – 115 человек, из них: врачи – 86 человек, средние медицинские работники – 29 человек;

численность медицинских работников, которым выплачены «подъемные» при заключении трудового договора составило – 87 человек, из них: врачи – 64 человек, средние медицинские работники – 23 человек;

численность медицинских работников, которым предоставлено место в детских дошкольных учреждениях составило – 249 человек, из них: врачи – 91 человек, средние медицинские работники – 158 человек.

Врачам, провизорам, средним медицинским и фармацевтическим работникам медицинских организаций системы здравоохранения Красноярского края, работающим и проживающим в сельской местности, предоставляются субсидии на оплату жилья и коммунальных услуг, предусмотренные статьей 10.2 Закона Красноярского края от 17.12.2004 № 13-2804 «О социальной поддержке населения при оплате жилья и коммунальных услуг».

В рамках трехстороннего Соглашения по регулированию социально-трудовых отношений между Правительством Красноярского края, Федерацией профсоюзов Красноярского края и краевыми объединениями работодателей обеспечено санаторно-курортное лечение 490 медицинских работников в Краевом государственном автономном учреждении «Центр социального обслуживания «Тесь»».

Одной из основных задач, стоящих перед здравоохранением, является решение вопросов трудоустройства выпускников образовательных учреждений в зависимости от уровня полученного образования. Ежегодная доля пополнения учреждений здравоохранения молодыми специалистами, только на 4,0 % восполняют ежегодную долю потребности. Для сохранения и увеличения уровня обеспеченности врачебными кадрами, с учетом ежегодного выбытия по объективным причинам, необходимо привлекать не менее 500 молодых врачей и 1 200 средних медицинских работников.

В 2013 году прибыло после окончания первичной послевузовской подготовки в интернатуре и клинической ординатуре 252 врачей и 623 средних медицинских работника.

Таблица 86 – Данные о трудоустройстве «молодых специалистов» в МУЗ и КГБУЗ Красноярского края за 2009-2013 годы

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
всего – врачей	170	198	196	250	252
доля пополнения (%)	1,67	1,92	1,98	2,5	2,5
всего – средних медицинских работников	566	598	597	642	623
доля пополнения (%)	2,09	2,14	2,17	2,36	2,27

Однако далеко не все выпускники медицинских образовательных учреждений, обучающихся по целевым направлениям, возвращаются в учреждения здравоохранения районов (городов), несмотря на проводимую профориентационную работу.

Доля врачей, прошедших целевую подготовку и трудоустроившихся в учреждениях здравоохранения Красноярского края в 2013 году составило – 72,3 процента.

В настоящее время кадровый вопрос – одна из главных проблем здравоохранения, от решения которой зависит успех многих программ, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи.

На территории Красноярского края второй год реализуется программа «Земский доктор». В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской

Федерации» за 2013 год заключены договоры на предоставление единовременных компенсационных выплат с 195 специалистами, прибывшими для работы в медицинские организации сельских населенных пунктов или рабочих поселков.

Одной из важных проблем кадрового обеспечения системы здравоохранения Красноярского края является устойчивый рост работающих лиц предпенсионного и пенсионного возраста. Особенно высока доля врачей пенсионного возраста, которые продолжают работать вследствие низкого уровня пенсионного обеспечения в отдаленных районах и сельской местности они являются основной рабочей силой отрасли.

При сохранении подобной тенденции в ближайшие 10 лет, здравоохранение этих территорий столкнется с острейшим дефицитом кадров.

В краевых государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Красноярского края доля лиц пенсионного возраста составила – 23,1 % врачей и – 15,7 % средних медицинских работников.

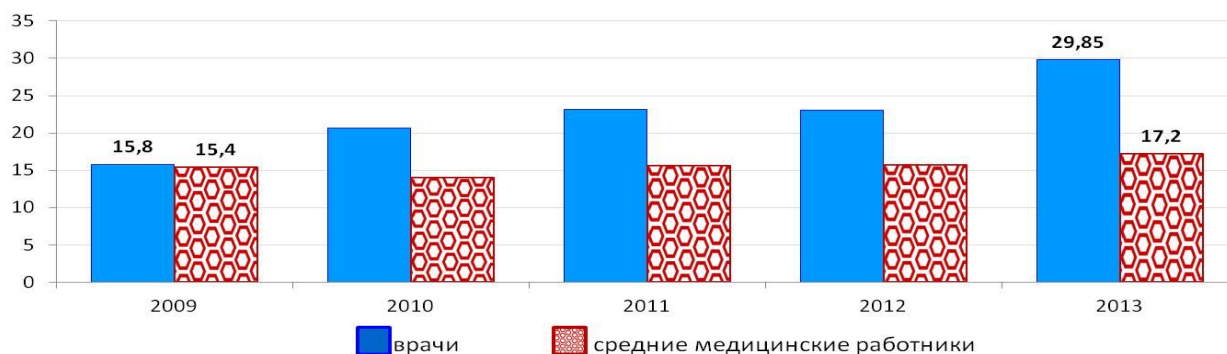


Рисунок 67 – Доля лиц пенсионного возраста в Красноярском крае за 2009-2013 годы (%)

Увеличение доли работников пожилого возраста происходит как вследствие ухода молодых специалистов из государственной (муниципальной) системы здравоохранения, в том числе в частную систему, так и в результате недостаточного их притока в отрасль, т.е. нежелания выпускников образовательных медицинских учреждений работать в лечебных учреждениях, особенно в отдаленных районах и сельской местности.

Среди врачебного состава число лиц пенсионного возраста превышает число лиц в возрасте до 36 лет.

Отсутствие системы государственного регулирования трудоустройства выпускников высших и средних образовательных учреждений, отсутствие экономической заинтересованности, неудовлетворенность социально-бытовыми условиями привели к проблеме снижения учреждений здравоохранения медицинскими кадрами из числа молодых специалистов, особенно сельских территорий.

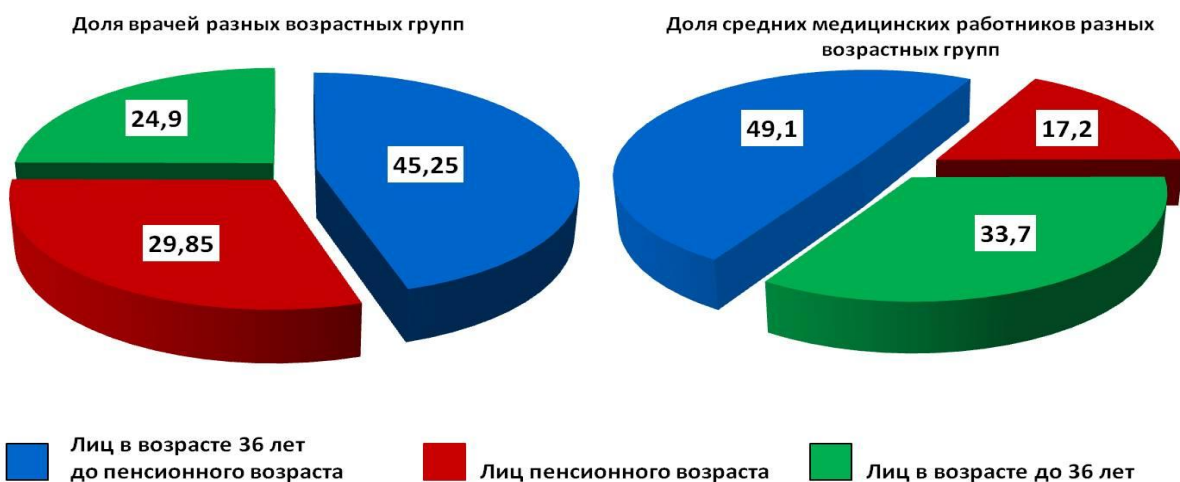


Рисунок 68 – Доля медицинских работников разных возрастных групп в Красноярском крае за 2013 год

Для решения вопроса обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения Красноярского края специалистами с высшим медицинским образованием края продолжена практика целевого набора в ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» и «Сибирский государственный медицинский университет» (г.Томск).

В 2013 году в ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» по результатам вступительных экзаменов по конкурсу зачислено на целевое обучение 125 человек, ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» (г.Томск) зачислено на целевое обучение 20 человек.

Таблица 87 – Целевой прием в медицинские ВУЗы по направлениям учреждений здравоохранения Красноярского края за 2009-2013 годы

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»					
выделено целевых мест	92	100	67	145	125
зачислено на целевое обучение	93	100	67	145	125
%	101,1	100,0	100,0	100,0	100,0
ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» г.Томск					
выделено целевых мест	25	20	25	20	20
зачислено на целевое обучение	22	18	18	20	20
%	88,0	90,00	72,00	100,0	100,0

В настоящее время по целевым направлениям обучаются в ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» и «Сибирский государственный медицинский университет» (г.Томск) 592 человека.

На первичную послевузовскую профессиональную подготовку в клинической интернатуре и ординатуре направлено 193 врача, с которыми

заключены договоры об обязательном трудоустройстве в медицинских организациях системы здравоохранения Красноярского края.

Подготовка специалистов со средним профессиональным (медицинским) образованием для нужд учреждений здравоохранения в основном осуществляется краевыми государственными образовательными учреждениями среднего профессионального образования (7 медицинских техникумов и 1 медицинский колледж) и ФГОУ СПО «Красноярский медико-фармацевтический колледж».

*Учиться надо всегда,
врач должен постоянно
усовершенствоваться.*

А.А. Кисель

В медицинских техникумах и колледжах ведется подготовка по 7 специальностям: лечебное, акушерское, сестринское дело, стоматология ортопедическая, фармация, лабораторная диагностика, медико-профилактическое дело.

В 2013 году план приема в краевые государственные бюджетные образовательные учреждения среднего профессионального образования составил – 1 100 человек, зачислено – 1 100 человек.

Таблица 88 – План приема в краевые государственные образовательные учреждения среднего профессионального образования

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
контрольные цифры приема	1356	1280	1280	1100	1100
зачислено	1336	1202	1202	1102	1100
доля зачисленных на целевую подготовку %	11,75	9,98	9,98	18,1	18,2

В соответствие с Соглашениями с главами администраций районов Красноярского края зачислено на целевое обучение – 124 человек, что составило 62,0 процента.

Таблица 89 – Целевой прием в краевые государственные образовательные учреждения среднего профессионального (медицинского) образования Красноярского края за 2009-2013 годы

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
план целевого набора	200	200	200	200	200
зачислено на целевое обучение	113	120	120	124	200
%	56,5	60,00	60,00	62,0	100

Перспективы развития системы здравоохранения в значительной степени зависят от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских кадров, как главного ресурса.

В условиях возрастающей информатизации производственного процесса, постоянного внедрения в клиническую практику новых лекарственных препаратов, новых методов диагностики и лечения, врач оказывается в ситуации, когда он сам остро ощущает потребность в постоянном повышении квалификации.

Последипломное образование становится более доступным, формируется непрерывная система подготовки медицинских кадров, включая стажировку в ведущих клиниках и обучение в симуляционных центрах, что позволяет отрабатывать и совершенствовать практические навыки.

Ежегодная потребность в профессиональной переподготовке и повышении профессионального уровня специалистов с высшим медицинским образованием составляет – 2,5 тыс. человек, со средним медицинским образованием – 5,5 тыс. человек.

В 2013 году прошли обучение 9 324 специалиста, из них на курсах повышения квалификации и переподготовки в учреждениях дополнительного профессионального образования – 3 713 врачей и 5 611 средних медицинских работников.

Таблица 90 – Данные о дополнительной профессиональной подготовке специалистов с высшим профессиональным образованием в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Обучено всего врачей (чел.)	5 495	5 927	5 751	6 436	5 706
из них:					
-в государственных учебных заведениях	2 772	2 843	2 901	3 713	3 128
%	50,44	47,96	29,35	57,7	54,8
-на курсах информации и стажировки	2 723	3 084	2 850	2 723	2 578
%	49,55	52,04	28,83	42,3	45,2

На долю ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» приходится 60,4 % от числа получивших повышение квалификации.

Таблица 91 – Данные о повышении профессионального уровня и переподготовке врачей в учреждениях дополнительного профессионального образования за 2009-2013 годы

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
на центральных базах (чел.)	294	353	317	533	441
%	10,6	12,4	10,93	14,36	14,01
в ГОУ ВПО КрасГМУ (чел.)	2478	2490	2584	2281	1891
%	89,39	87,6	89,07	61,44	60,4

За 2013 год проведено 36 выездных циклов повышения квалификации врачей, на которых обучено 796 человек (25,4 %).

Дополнительную профессиональную подготовку средние медицинские работники проходят в Краевом государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Красноярский краевой центр повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием», отделениях дополнительного профессионального образования средних медицинских образовательных

учреждениях края и ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого».

Таблица 92 – Данные о дополнительной профессиональной подготовке средних медицинских работников в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
всего (чел.)	5 200	5 017	8 018	5 611	5 925
% от числа работающих	18,9	18,00	29,14	20,6	21,6

В целях обеспечения своевременности повышения квалификации средними медицинскими работниками обучение проводилось на выездных бюджетных и хозрасчетных циклах повышения квалификации. В 2013 году проведено 23 выездных цикла обучения с числом слушателей 774 человек (13,1 %).

Таблица 93 – Данные о повышении профессионального уровня средних медицинских работников на выездных циклах за 2009-2013 годы

Наименование	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
проведено выездных циклов (человек)	50	63	41	45	23
обучено средних медработников (человек)	1 269	1 726	1 018	1 542	774
%, от числа, прошедших подготовку	17,6	33,2	20,3	19,25	13,06

Из числа работающих специалистов в подведомственных учреждениях здравоохранения Красноярского края имеют квалификационные категории:

6 080 врачей (59,5 %), в т.ч. доля аттестованных врачей учреждений здравоохранения сельской местности – 509 человек (50,0 %);

19 578 средних медицинских работников (71,5 %), в т.ч. доля аттестованных средних медицинских работников учреждений здравоохранения сельской местности – 3 463 человек (71,3 %).

Доля врачей имеющих сертификат специалиста составляет – 95,0 %, в т.ч. работающих в сельской местности – 83,6 %, средних медицинских работников – 84,94 %, в т.ч. работающих в сельской местности – 79,9 %.

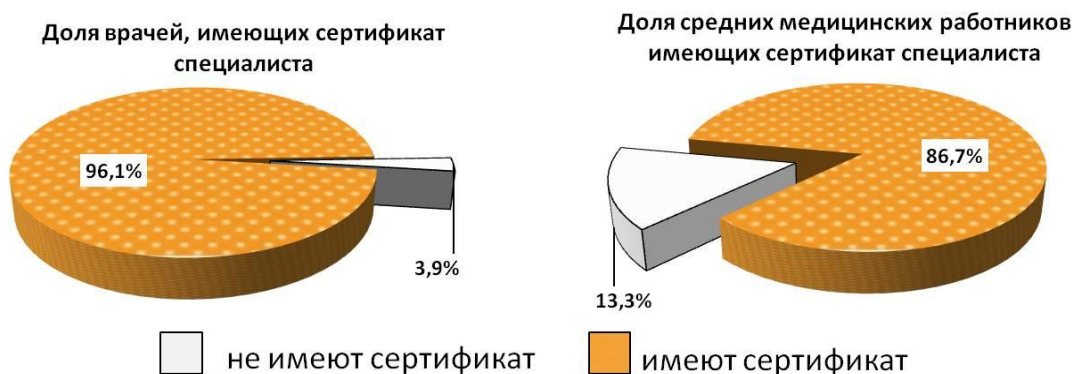


Рисунок 69 – Доля медицинских работников, имеющих сертификат специалиста в Красноярском крае в 2013 году.



Финансирование

Бюджет никогда не сохраняет равновесия.

Гюстав Флобер

РАЗДЕЛ 4. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Источники и объем финансирования здравоохранения

Расходы на здравоохранение Красноярского края в 2013 году составили 51 327,4 млн рублей.

В 2013 году по сравнению с 2009 годом увеличился объем финансирования здравоохранения на 22 477,7 млн рублей (на 77,9 %).

Таблица 94 – Финансирование здравоохранения Красноярского края за 2009-2013 годы

Источники финансирования	Сумма финансирования (млн рублей)				
	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
1. Бюджетные средства в т.ч.	21624,8	23597,3	28772,6	35774,8	32593,8
Федеральный бюджет	1348,8	1058,2	1072,1	1201,5	535,6
Краевой бюджет	13536,3	16398,6	23846,7	33733,8	31692,5
в т.ч. платежи за неработающее население	5916,0	6066,6	11294,5	13874,2	14127,9
Муниципальный бюджет	6757,7	6140,5	3853,8	839,5	365,7
2. Внебюджетные фонды	6119,7	6247,0	8690,6	11870,5	16702,7
3. Доходы от платных услуг	1061,8	1297,1	1456,6	1856,7	2021,0
4. Другие источники	25,4	25,0	15,7	10,4	9,9
5. Сумма консолидированного бюджета здравоохранения	28849,7	31166,4	38935,5	49512,4	51327,4
Расходы на одного жителя (рублей)	9983,3	10769,6	13454,2	17443,8	18083,2

Расходы на одного жителя в 2013 году составили 18 083,2 рублей. Рост расходов на одного жителя к уровню 2009 года составил 81,1 процента.

Отмечается снижение финансового обеспечения отрасли за счет средств муниципальных образований на 56,4 % в связи с передачей полномочий по организации первичной медико-санитарной помощи на уровень субъектов Российской Федерации.

В структуре консолидированного бюджета здравоохранения средства бюджетов всех уровней составляют 63,5 %, средства обязательного медицинского страхования 32,5 %, доля платных услуг и других источников составляет 4,0 процента.

Финансирование Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов утверждена постановлением Правительства Красноярского края от 24.12.2012 № 696-п.

Источником финансирования Программы государственных гарантий на 2013 год являлись средства бюджета Красноярского края и средства обязательного медицинского страхования.

Стоимость Программы государственных гарантий на 2013 год утверждена в сумме 41 252,2 млн рублей, из них за счет средств обязательного медицинского страхования 33 044,9 млн рублей. Доля средств обязательного медицинского страхования в общем объеме финансирования Программы государственных гарантий составляет 80,1 процента. В 2013 году финансирование Программы государственных гарантий составило 41 198,0 млн рублей или 99,9 % от запланированной суммы.

Таблица 95 – Анализ фактического финансирования Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае

Годы	Сумма утвержденной Программы государственных гарантий, млн рублей	Фактическое финансирование Программы государственных гарантий, млн рублей	Отклонение, млн рублей	Отклонение, в %
2009	24519,1	22714,0	-1805,1	-7,4
2010	24726,5	24375,7	-350,8	-1,4
2011	27231,3	26648,5	-582,8	-2,1
2012	31464,0	29285,6	-2178,4	-6,9
2013	41252,2	41198,0	-54,2	-0,1

В текущих ценах объем финансирования Программы государственных гарантий в 2013 году по сравнению с 2009 годом вырос на 65,1 % и по отношению к предыдущему году – на 28,6 процента. В 2013 году отмечается не полное исполнение Программы государственных гарантий за счет консолидированного бюджета отрасли и средств обязательного медицинского страхования.

Таблица 96 – Объем финансирования Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае по видам медицинской помощи (млн рублей).

Годы	Всего	в том числе:				
		стационарная помощь (включая паллиативную)	амбулаторно-поликлиническая (обращение по заболеванию, неотложная, с профилактической целью)	стационаро-замещающая	скорая помощь	прочие виды помощи
2009	22714,0	10739,3	6136,9	494,8	1231,8	4111,2
2010	24375,7	11116,7	6893,9	759,1	1441,3	4164,8
2011	26648,5	12459,2	7853,9	995,6	1575,3	3764,5
2012	29285,6	13385,0	8943,8	1129,6	1741,4	4085,8
2013	41198,0	18570,1	13219,8	1547,9	2294,2	5566,0
Прирост к 2012 году, %		38,7	47,8	37,0	31,7	36,2

В структуре финансирования Программы государственных гарантий по видам медицинской помощи в 2013 году отмечается увеличение объемов финансирования к уровню 2012 года по следующим видам помощи:

- по стационарной помощи – на 38,7 %,
- по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи – на 47,8 %,
- по стационарозамещающей медицинской помощи – на 37,0 %;
- по скорой медицинской помощи – на 31,7 %;
- по прочим видам помощи – на 36,2 процента.

Финансовая деятельность Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края

Программа обязательного медицинского страхования населения Красноярского края (далее – Программа ОМС) является составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае.

Программа ОМС на 2013 год запланирована в сумме 33 528 456,1 тыс. рублей, что составляет 82,8 % в общей стоимости Программы государственных гарантий (40 473 600,0 тыс. рублей). В 2013 году на выполнение Программы ОМС направлено 33 088 378,3 тыс. рублей или 98,7 % от плана.

В Красноярском крае в 2013 году по Программе ОМС оказывалась стационарная, амбулаторно-поликлиническая, стационарозамещающая, скорая и паллиативная медицинская помощь.

Медицинская помощь в стационарных условиях

Объемы стационарной помощи запланированы в количестве 1,743 койко-дней на 1 жителя, в том числе в рамках базовой Программы ОМС – в соответствии с федеральными нормативами в количестве 1,740 койко-дней на 1 застрахованного, что меньше показателя 2009 года на 14,5 % (2,038 койко-дней на 1 жителя).

Фактическое выполнение объемов стационарной помощи в рамках базовой Программы ОМС составило 1,873 койко-дней на 1 жителя.

На стационарную помощь в 2013 году направлено 16 720 507,3 тыс. рублей или 50,5 % от всех расходов на Программу ОМС. За период 2009-2013 годы расходы на стационарную помощь увеличились в 2,4 раза.

Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях

В 2013 году объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой Программы ОМС запланированы в соответствии с федеральными нормативами по 3-м направлениям: профилактическая помощь – 2,04 посещения на 1 жителя, неотложная помощь – 0,36 посещений на 1 жителя, помощь по заболеваниям – 1,9 обращений.

Всего в амбулаторных условиях выполнено 29 095,1 тыс. посещений. На выполнение медицинской помощи в амбулаторных условиях в 2013 году

направлено 12 319 180,6 тыс. рублей или 37,3 % средств по Программе ОМС края.

Медицинская помощь в условиях дневного стационара

Объемы медицинской помощи в условиях дневного стационара в рамках базовой Программы ОМС на 2013 год запланированы в соответствии с федеральными нормативами в количестве 0,52 пациенто-дней на 1 жителя, что выше показателя 2009 года на 16,8 % (0,445 пациенто-дней на 1 жителя).

На стационарозамещающую помощь в 2013 году направлено 1 492 961,3 тыс. рублей или 4,5 % средств на Программу ОМС, что в 3,9 раза больше, чем в 2009 году.

Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь с 2013 года переведена на финансирование в систему ОМС.

Объемы скорой медицинской помощи на 2013 год запланированы в соответствии с федеральными нормативами в количестве 0,318 вызова на 1 жителя. Фактически выполнено 0,316 вызовов на 1 жителя.

Стоимость скорой медицинской помощи за счет средств ОМС на 2013 год запланирована в сумме 1 839 767,3 тыс. рублей. Сумма финансирования медицинских организаций по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за вызов в 2013 году составила 1 788 995,1 тыс. рублей.

Паллиативная помощь

Объемы паллиативной помощи на 2013 год запланированы в количестве 0,044 койко-дней на 1 жителя.

Фактическое выполнение составило 0,031 койко-дней на 1 жителя (70,9 %). На паллиативную помощь направлено 74 585,7 тыс. рублей или 0,2 % расходов на Программу ОМС.

Совершенствование системы оплаты труда медицинских работников

В настоящее время в Красноярском крае работает свыше 68,6 тыс. человек, в том числе врачей 10,7 тыс. человек, среднего медицинского персонала – 27,3 тыс. человек, младшего медицинского персонала – 13,8 тыс. человек.

Из средств бюджетов всех уровней финансируется 21 % работающих в отрасли здравоохранения, из средств обязательного медицинского страхования 77 %, работают на постоянной основе в отделениях учреждений здравоохранения по оказанию платных услуг 2 процента.

Решение задач по обеспечению населения качественной медицинской помощью, в первую очередь, зависит от обеспеченности учреждений здравоохранения врачами, средними медицинскими работниками, и от уровня их профессиональной подготовки.

В целях решения в крае задачи укомплектованности медицинскими кадрами введена новая система оплаты труда. Новая система вводилась в учреждениях здравоохранения края с 2010 года поэтапно. С октября 2013 года новая система оплаты труда введена во всех учреждениях социальной сферы Красноярского края.

Введение новой системы оплаты труда позитивно повлияло на динамику заработной платы работников учреждений здравоохранения. Практика применения новых условий оплаты труда позволила решить задачу стимулирования работников с учетом результатов из деятельности.

При введении новой системы оплаты труда, отмечается значительное увеличение доли стимулирующих выплат в структуре заработной платы в условиях новой системы оплаты труда до 60,1 % против 42,6 % в тарифной системе оплаты труда.

Главной целью введения новой системы являлось улучшение качества оказываемых услуг. Для учреждений определен конкретный перечень объемных и качественных показателей.

По результатам работы за 2013 год в части оплаты труда работников отрасли достигнуты следующие результаты.

Среднемесячная заработная плата работников медицинских организаций составила 24,9 тыс. рублей, что на 28,4 % выше уровня 2012 года.

С учетом различных территориальных коэффициентов – от 1,6 до 2,6 уровень заработной платы по краю различен.

Диапазон заработной платы врачебного персонала по краю составляет 32,8 тыс. рублей до 100,9 тыс. рублей, среднего медицинского персонала 17,9 тыс. рублей до 47,9 тыс. рублей, младшего медицинского персонала 8,3 тыс. рублей до 31,8 тыс. рублей.

Распределение по группам районов следующее.

По центральной и южной группе районов Красноярского края диапазон заработной платы врачебного персонала составляет от 32,8 тыс. рублей до 60,1 тыс. рублей, среднего медицинского персонала от 18,2 тыс. рублей до 24,4 тыс. рублей, младшего медицинского персонала от 8,6 тыс. рублей до 14,0 тыс. рублей.

По западной и восточной группе районов Красноярского края диапазон заработной платы врачебного персонала составляет от 35,5 тыс. рублей до 57,1 тыс. рублей, среднего медицинского персонала от 20,8 тыс. рублей до 47,9 тыс. рублей, младшего медицинского персонала от 8,3 тыс. рублей до 12,4 тыс. рублей.

По северной группе районов Красноярского края диапазон заработной платы врачебного персонала составляет от 44,1 тыс. рублей до 100,9 тыс. рублей, среднего медицинского персонала от 17,9 тыс. рублей до 24,8 тыс. рублей, младшего медицинского персонала от 10,2 тыс. рублей до 31,8 тыс. рублей.

Среднемесячная заработная плата врачей по Красноярскому краю составила 44,1 тыс. рублей, что на 19,6 % выше уровня 2012 года.

Среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала по Красноярскому краю составила 24,4 тыс. рублей, что на 16,0 % выше уровня 2012 года.

По результатам 2013 года средняя заработная плата младшего медицинского персонала по Красноярскому краю составила 14,7 тыс. рублей.

Несмотря на принимаемые меры в области оплаты труда основной проблемой в учреждениях здравоохранения является низкая укомплектованность кадрами. Укомплектованность штатных должностей врачей составляет 54,3 %, должностей средних медицинских работников – 70,5 процента.

Целью укрепления кадрового потенциала в учреждениях клинического уровня и межрайонных центрах Красноярского края является укомплектование служб экстренной и хирургической помощи.

Так принято решение об увеличении заработной платы реаниматологам-анестезиологам, оперирующим хирургам, медицинским сестрам оперблоков и медицинским сестрам врачей анестезиологов-реаниматологов, а также введены стимулирующие выплаты работникам экстренных (ургентных) служб, осуществляющих дежурства.

Коэффициент совместительства увеличился по врачам – с 37 % в 2012 году до 60 % в 2013 год, по среднему медицинскому персоналу – с 43 % в 2012 году до 52 % в 2013 год.

Кроме того, фонд оплаты труда учреждений позволяет обеспечить размеры стимулирующих выплат первичного звена, медицинских работников скорой медицинской помощи и ФАПов в размере, ранее предусмотренном по национальному проекту «Здоровье».

Финансирование высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи

В 2013 году высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась за счет средств краевого и федерального бюджетов.

В 2013 году ВМП оказывало КГБУЗ «Краевая клиническая больница», имеющее лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по 14 профилям.

В 2009 году ВМП оказана 3 100 гражданам, в 2010 году – 4 348 гражданам, в 2011 – 5 482 гражданам, в 2012 году – 9 673 гражданам. В 2013 году ВМП получили 8 968 жителей Красноярского края.

В 2013 году расходные обязательства Красноярского края на оказание ВМП гражданам Российской Федерации составили 353,4 млн рублей, из них средства краевого бюджета – 283,5 млн рублей, средства федерального бюджета – 69,9 млн рублей.

В рамках реализации Соглашения, заключенного между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Красноярского края, в 2007 году пролечено 1 010 человек, в 2008 году – 1 333 человека, в 2009 году – 1 636 человек, в 2010 году – 1 336 человек, в 2011 году – 650 человек, в 2012 году – 2 225 человек. В 2013 году ВМП

оказана 1 886 пациентам по 5 профилям (сердечнососудистая хирургия, травматология и ортопедия, нейрохирургия, урология и оториноларингология).

Кроме того, в 2013 году за счет средств краевого бюджета в сумме 5,3 млн рублей 18 пациентов, проживающих на территории края, были направлены в медицинские организации, расположенные за пределами региона, для бесплатного получения специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, включая медицинское обследование и высокотехнологичную нейрореабилитацию.

Выплата компенсации стоимости проезда к месту получения медицинской помощи и обратно гражданам, проживающим на территории края, направленным в установленном порядке в организации здравоохранения, расположенные за пределами Красноярского края, для бесплатного получения такой медицинской помощи и не имеющим право на аналогичные меры социальной поддержки в соответствии с федеральным и краевым законодательством и сопровождающим их лицам, в 2013 году произведена на сумму 3,9 млн рублей, компенсированы средства на проезд 198 пациентам.

Удовлетворенность граждан РФ оказанием высокотехнологичной медицинской помощи сохраняется на уровне 79 процентов.

Донорство

Расходы на реализацию Закона Красноярского края от 26.11.2004 № 12-2596 «О поддержке донорства крови и ее компонентов в Красноярском крае» в 2013 году исполнены в сумме 16 868,3 тыс. рублей, в том числе:

144,1 тыс. рублей – страхование доноров на случай заражения инфекционными заболеваниями при донации крови;

16 724,2 тыс. рублей – на приобретение продуктовых наборов для обеспечения бесплатным питанием доноров в день сдачи крови и ее компонентов (стоимость продуктового набора по состоянию на 31.12.2013 составила 433,05 рубля).

В 2013 году служба крови Красноярского края участвовала в «Программе развития службы крови Красноярского края на 2013 год», результатом реализации которой является получение высокотехнологичного современного оборудования и расходных материалов, увеличение объема заготовки компонентов крови, проведение капитального ремонта лабораторного корпуса с целью приведения деятельности учреждения в соответствие лицензионным требованиям.

В результате выполнения указанных мероприятий рост заготовки донорской крови составил 5,8 % (2 480,2 л); прирост объема заготовки компонентов донорской крови автоматическим методом – 81,9 %; на 1 000 населения приходится 13,1 донора.

Прирост обеспечения медицинских организаций Красноярского края компонентами крови составил более 1 процента:

эритроцитные среды – с 96,2 % до 98,1 %;

плазма крови – с 99,3 % до 100,9 %;
концентрат тромбоцитов – с 97 % до 99 процентов.

Ведется формирование неснижаемого запаса эритроцитосодержащих сред со сроком хранения не менее 11 месяцев путем внедрения технологий глицеролиза и криоконсервирования эритроцитов (персонал прошел обучение, отрабатываются методики).

За счет приобретения нового диагностического оборудования в 2013 году были внедрены новые методики лабораторного оборудования для повышения безопасности компонентов крови, 81 учреждение здравоохранения Красноярского края, в том числе учреждения родовспоможения, детские лечебные учреждения обеспечены безопасными компонентами крови. Приобретено 11 единиц оборудования для хранения плазмы.

Эффективность проведенных мероприятий отражает снижение смертности в трудоспособном возрасте от заболеваний системы кровообращения на 14 % – с 169,8 случая на 100 тыс. человек населения в 2010 году до 145,5 случая на 100 тыс. человек населения в 2013 году.

Финансирование службы санитарной авиации

На базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» функционирует отделение плановой и экстренной консультативной медицинской помощи, которое организует и осуществляет эвакуацию больных из районов Красноярского края в соответствии с медицинскими показаниями в лечебные учреждения г. Красноярска как воздушным транспортом, так и наземным автомобильным транспортом.

Объем финансирования службы санитарной авиации в 2013 году составил 525,9 млн рублей, из них на оплату услуг авиакомпаниям – 510,5 млн рублей, рост по отношению к 2012 году (506,6 млн рублей) составил 1,0 процент.

Работа отделения плановой и экстренной консультативной медицинской помощи способствует доступности оказания медицинской помощи жителям отдаленных территорий Красноярского края, а также снижению инвалидизации работоспособного населения Красноярского края.

Реализация законов

С целью обеспечения полноценного питания детей первого и второго года жизни, проживающих в семьях с доходом ниже прожиточного минимума, на территории Красноярского края реализуется Закон края от 20.12.2005 № 17-4269 «О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов края государственными полномочиями по обеспечению детей первого и второго года жизни специальными молочными продуктами детского питания». Общая сумма средств, направленных на исполнение указанного Закона края в 2013 году, составила 85,7 млн рублей.

В результате проведенных мероприятий в 2013 году обеспечено полноценным питанием 9 674 ребенка первого года жизни и 8 052 ребенка второго года жизни, что в среднем на 45 % больше чем в 2012 году. Таким образом, за годы реализации Закона края удалось снизить заболеваемость детей анемией на 35,9 % и рахитом на 24,4 процента.

В 2013 году общий объем субвенций краевого бюджета, направляемых бюджетам муниципальных образований края на реализацию Закона края от 25.01.2007 № 21-5725 «О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов края государственными полномочиями по организации круглосуточного приема, содержания, выхаживания и воспитания детей в возрасте до четырех лет, заблудившихся, подкинутых, оставшихся без попечения родителей или иных законных представителей, в муниципальных учреждениях здравоохранения», составил 34,1 млн рублей. Проведены соответствующие мероприятия с целью обеспечения условий для полноценного содержания детей, находящихся в лечебных учреждениях края по социальным показаниям, до определения их юридического статуса и перевода в дома ребенка.

За счет данных средств в муниципальных учреждениях здравоохранения в 2013 году содержалось 1 185 детей в возрасте от 0 до 4 лет, из числа находившихся детей 796 возвращены родителям, 386 человек переведены в дома ребенка.

Проведение мероприятий, предусмотренных Законом края от 25.01.2007 № 21-5725, позволило создать условия для полноценного содержания детей, оказавшихся в угрожаемом для жизни состоянии, снизить уровень смертности от внешних причин детей первого года жизни на 6,6 % и детей в возрасте от 1 до 4 лет на 8,7 % по сравнению с показателем 2012 года.

Внебюджетная деятельность

За 2013 год в целом по Красноярскому краю объем медицинской помощи от оказания платных услуг населению сверх Программы государственных гарантий составил 2 021,0 млн рублей, в том числе:

от оказания платных услуг в размере 1 767,5 млн рублей;

от оказания услуг по программам добровольного медицинского страхования в размере 16,9 млн рублей;

от оказания прочих услуг (аренда имущества, прочие поступления от денежных взысканий, поступления от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев, прочие неналоговые доходы, добровольные пожертвования) в размере 236,6 млн рублей.

В консолидированном бюджете отрасли доходы от платных услуг составляют 4,0 процента.

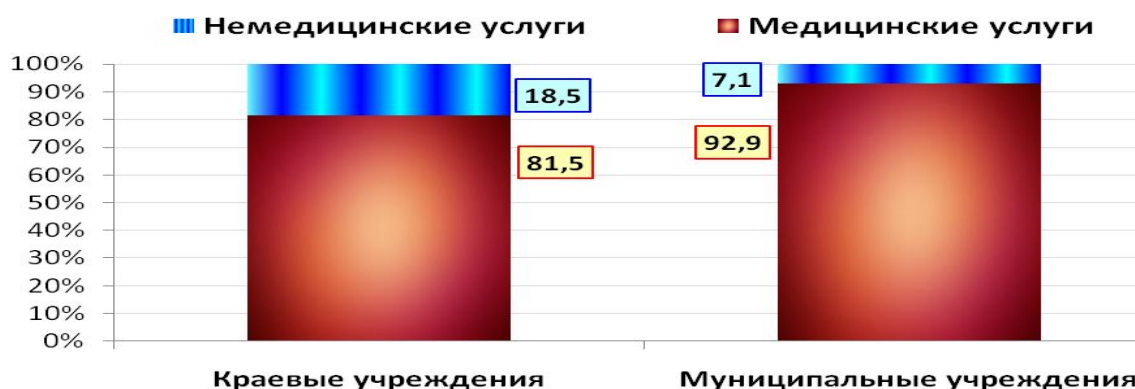


Рисунок 70 – Структура доходов платных услуг, оказываемых государственными краевыми и муниципальными учреждениями здравоохранения Красноярского края за 2013 год

В 2013 году в амбулаторно-поликлинических учреждениях Красноярского края оказано платных медицинских услуг на сумму 1 705,5 млн рублей, удельный вес от общего объема составил 84,4 процента. Наибольший объем медицинской помощи, оказанной за плату, приходится на амбулаторно-поликлиническую помощь, что связано с проведением медицинских осмотров, осуществляемых исключительно на платной основе.

В больничных учреждениях края оказано услуг на сумму 138,8 млн рублей, удельный вес от общего объема 6,9 процента.

В условиях дневного стационара оказано услуг на сумму 1,2 млн рублей, удельный вес от общего объема 0,06 процента.

В учреждениях здравоохранения, относящихся к иным типам (медицинские техникумы, судебно-медицинская экспертиза, патологоанатомическое бюро и тому подобные), оказано услуг на сумму 175,5 млн рублей, что к общему объему оказанных услуг в 2012 году составляет 8,6 процента.

Доход от внебюджетной деятельности в краевых государственных бюджетных учреждениях за 2013 год составил 24,5 млн рублей (1,2 %), в муниципальных учреждениях – 1 996,5 млн рублей (98,8 %).

На оплату труда, с начислениями, работников отрасли здравоохранения направлены средства в размере 1 181,4 млн рублей, что составляет 58,5 % от общего объема расходов.

Таблица 97 – Удельный вес основных видов платных медицинских услуг, оказываемых государственными краевыми и муниципальными учреждениями здравоохранения края, в общем объеме медицинских услуг, за 2013 год

Виды медицинских услуг	Краевые учреждения	Муниципальные учреждения
диагностические исследования	8,4 %	12,1 %
лабораторные исследования	27,8 %	19,7 %
медосмотры, освидетельствования	30,7 %	45,3 %
консультации, прием	13,5 %	5,5 %
зубопротезирование	0,5 %	8,4 %
вакцинация	0,6 %	1,9 %

Для повышения качества оказываемых платных услуг медицинские учреждения Красноярского края в 2013 году приобрели медицинское оборудование на сумму 253,9 млн рублей (12,6 % от общего объема расходов), медикаментов и перевязочных средств на сумму 94,2 млн рублей (4,7 % от общего объема расходов).

Платные медицинские услуги краевых учреждений на 30,7 % представлены медицинскими осмотрами, освидетельствованиями специалистов, на 27,8 % – лабораторными исследованиями. Структура платных услуг определяется возможностями краевых учреждений, имеющих мощную базу для диагностических и лабораторных исследований.

Деятельность учреждений здравоохранения по оказанию платных услуг является источником дополнительных финансовых средств для учреждений, позволяющим обеспечить текущую деятельность: поддерживать материально-техническую базу, стимулировать медицинский персонал, оплачивать расходы на содержание имущества и уплату налогов.

Немедицинские услуги в муниципальных учреждениях здравоохранения на 54,4 % представлены транспортными услугами, на 10,8 % прочими услугами.

Капитальное строительство

В целом по отрасли «Здравоохранение» из консолидированного бюджета на капитальные расходы было выделено 3 346,9 млн рублей с целью приведения учреждений здравоохранения Красноярского края в соответствие с санитарным законодательством и повышения эффективности оказания медицинской помощи населению.

Из средств федерального бюджета в 2013 году на реконструкцию было выделено 400,0 млн рублей. Средства были направлены на реконструкцию и расширение КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского». Реализация данных мероприятий приведет к увеличению мощности онкологического диспансера на 460 больничных коек и увеличению количества посещений до 650 в сутки.

За счет средств краевого бюджета в размере 2 946,9 млн рублей в 2013 году был проведен ряд мероприятий по реконструкции и строительству учреждений здравоохранения в Красноярском крае. Осуществлены работы по реконструкции центральной больницы в Богучанском районе, онкологического диспансера, хирургического отделения МБУЗ «Шарыповская районная больница», а также реконструкция первого этажа и пристройки под стоматологическую поликлинику МУЗ «Дивногорская ЦГБ».

Проведены работы по строительству родильного дома на 130 коек в г. Минусинске (блок А, Б), разрабатывается проектная документация строительства перинатального центра в г. Ачинске.

Также в 2013 году за счет краевого бюджета были выполнены подготовительные работы по строительству в поселке Курагино поликлиники, рассчитанной на 600 посещений в смену.

Финансирование федеральных мероприятий

На территории Красноярского края в 2013 году реализовалось 15 проектов, финансирование которых осуществлено за счет средств федерального и краевого бюджетов.

Мероприятия, реализуемые в 2013 году за счет средств федерального бюджета:

федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» (получены неиспользованные в 2012 году остатки субсидий в сумме 146,4 тыс. рублей, освоено 139,8 тыс. рублей или 95,5 %);

оказание ВМП населению Российской Федерации (получена субсидия в сумме 69,9 млн рублей, освоено – 69,9 млн рублей или 100,0 %);

направленные на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (получены неиспользованные в 2012 году остатки субсидий в сумме 366,7 млн рублей, освоено 365,7 млн рублей или 99,7 %);

направленные на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий (получены неиспользованные в 2012 году остатки субсидий в сумме 0,6 млн рублей, освоено 0,6 млн рублей или 100,0 %);

закупка антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулезом с МЛУ возбудителя, и диагностических средств для выявления, определения чувствительности микобактерии туберкулёза и мониторинга лечения больных туберкулезом с МЛУ возбудителя (получены иные межбюджетные трансферты в сумме 100,9 млн рублей, освоено 22,4 млн рублей или 22,2 %);

закупка диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С (получена субсидия в сумме 30,7 млн рублей, освоено 30,7 млн рублей или 100 %);

закупка противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С (получены иные межбюджетные трансферты в сумме 350,3 млн рублей, освоено 324,4 млн рублей или 92,6 %);

направленные на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака (получены неиспользованные в 2012 году остатки субсидий в сумме 4,4 млн рублей, освоено 4,4 млн рублей или 100,0 %);

мероприятия, направленные на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка (получены субсидии, в том числе неиспользованные в 2012 году, в сумме 13,4 млн рублей, освоено 13,4 млн рублей или 100 %);

закупка оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения (получены субсидии, в том числе

неиспользованные в 2012 году, в сумме 13,6 млн рублей, освоено 13,6 млн рублей или 100 %);

развитие службы крови (получена субсидия в сумме 196,4 млн рублей, средства не освоены);

направленные на совершенствование оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями (получена субсидия в сумме 434,2 млн рублей, средства не освоены);

оказание отдельным категориям граждан социальной услуги по обеспечению необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов (получены субвенции, в том числе неиспользованные в 2012 году, в сумме 780,6 млн рублей, освоено – 741,6 млн рублей или 95,0 %);

реализация отдельных полномочий в области обеспечения лекарственными препаратами (получены иные межбюджетные трансферты, в том числе неиспользованные в 2012 году, в сумме 385,8 млн рублей, освоено 385,8 млн рублей или 100,0 %);

отдельные полномочия в области лекарственного обеспечения населения закрытых административно-территориальных образований, обслуживаемых федеральными государственными бюджетными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Федерального медико-биологического агентства (получены иные межбюджетные трансферты, в том числе неиспользованные в 2012 году, в сумме 97,4 млн рублей, освоено 51,4 млн рублей или 52,7 %);

осуществление организационных мероприятий по обеспечению граждан лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (получены субсидии, в том числе неиспользованные в 2012 году, в сумме 45,5 млн рублей, освоено 22,8 млн рублей или 50,1 %);

единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам (получены иные межбюджетные трансферты в сумме 50,0 млн рублей, освоено 49,0 млн рублей или 98,1 %);

осуществление переданных полномочий Российской Федерации в области охраны здоровья граждан (получены субвенции в сумме 7,7 млн рублей, освоено 7,5 млн рублей или 97,4 %);

расширение и реконструкция КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» в г. Красноярске (получены субсидии, в том числе неиспользованные в 2012 году, в сумме 400,0 млн рублей, освоено 400,0 млн рублей или 100,0 %).

Целевые программы



РАЗДЕЛ 5. РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В 2013 году в Красноярском крае реализовывалось четыре долгосрочных целевых программы по отрасли здравоохранение на общую сумму 350,8 млн рублей, освоение составило 341,2 млн рублей (97,2 %).

Таблица 98 – Исполнение долгосрочных целевых программ в 2013 году (млн рублей)

Наименование краевых целевых программ	Утверждено законом о бюджете края на 2013 год	Освоено		Процент освоения, %
		всего	в том числе: расходы капитального характера	
«Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2011-2013 годы	196,43	196,1	6,00	99,8
«Укрепление материально-технической базы краевых государственных, муниципальных учреждений здравоохранения и краевых государственных образовательных учреждений среднего профессионального и дополнительного профессионального образования Красноярского края» на 2012-2014 годы	150,59	142,2	142,2	94,5
«Обеспечение радиационной безопасности населения края и улучшение социально-экономических условий его проживания» на 2013-2015 годы	0,96	0,00	0,00	0,00
«Доступная среда для инвалидов» на 2011-2013 годы	2,87	2,9	2,86	99,5
ИТОГО	350,85	341,2	151,43	97,4

На расходы капитального характера направлено 43,2 % освоенных средств, на расходы текущего характера – 56,8 процента.

Долгосрочная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2011-2013 годы» утверждена в объеме 196,43 млн рублей. За период с 2011 года по 2013 год средства освоены в объеме 196,1 млн рублей или 99,8 % от утвержденных ассигнований.

В рамках реализации данной программы проведены следующие мероприятия:

приобретены современные противотуберкулезные препараты для проведения химиопрофилактики лицам из групп «риска» и лечения больных туберкулезом;

проведена специфическая иммунопрофилактика, осуществлялось лечение осложнений и последствий наиболее опасных инфекционных заболеваний;

проводились обследования на ВИЧ и сопутствующие заболевания лиц с высоким риском инфицирования;

обеспечение в 100,0 % случаев лекарственными препаратами лиц с ВИЧ/СПИДом, имеющих нежелательные явления от антиретровирусной терапии и вторичные заболевания, с целью улучшения качества жизни и ее продления;

проводилась ранняя диагностика артериальной гипертонии и ее факторов риска, выявление лиц с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, в том числе среди сельских жителей;

проведены профилактические и диагностические исследования молочных желез с использованием маммографических и УЗИ исследований в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» и медицинских организациях Красноярского края;

осуществлялось противовирусное лечение граждан с хроническими вирусными гепатитами В и С;

приобретена лазерная офтальмологическая установка, прибор для ультразвукового А – В сканирования, компьютерный периметр офтальмологический для центра диабетической ретинопатии.

Долгосрочная целевая программа «Укрепление материально-технической базы краевых государственных, муниципальных учреждений здравоохранения и краевых государственных образовательных учреждений среднего профессионального и дополнительного профессионального образования Красноярского края» на 2012-2014 годы утверждена в объеме 150,6 млн рублей. За период с 2012 года по 2013 год средства освоены в объеме 142,3 млн рублей или 94,4 % от предусмотренных ассигнований.

Реализация мероприятий программы позволила:

устранить замечания надзорных органов и привести в соответствие противопожарным нормам и правилам, а также санитарным нормам, в том числе путем выполнения капитальных ремонтов, включающих в себя мероприятия, направленные на обеспечение пожарной безопасности;

оснастить мебелью, автотранспортом, расходными материалами 4 новых гемодиализных отделения (г. Ачинск), увеличив мощность действующих гемодиализных отделений;

ввести в эксплуатацию новые модульные здания ФАПов в 19 муниципальных учреждениях здравоохранения края;

приобрести медицинскую мебель для двух краевых учреждений здравоохранения;

произвести монтаж модульного здания офиса общей врачебной практики в МБУЗ «Сухобузимская районная больница».

Долгосрочная целевая программа «Обеспечение радиационной безопасности населения края и улучшение социально-экономических условий его проживания» на 2013-2015 годы утверждена в объеме 0,96 млн рублей.

Мероприятия программы не выполнены по причине отсутствия участников конкурсных процедур.

Долгосрочная целевая программа «Доступная среда для инвалидов» на 2011-2013 годы утверждена в объеме 2,87 млн рублей. За период с 2011 года по 2013 год средства освоены в объеме 2,86 млн рублей или 99,6 % предусмотренных ассигнований.

В целях создания доступной среды для инвалидов в КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница» проведены работы по разработке проектно-сметной документации и по строительству входной группы поликлиники и центра реабилитации. Работы выполнены в полном объеме и в установленные сроки.

Лекарственное обеспечение



*Nihil aequè sanitatem impedit, quam remediorum crebra mutatio.
Ничто так не мешает здоровью, как частая смена лекарств.*

РАЗДЕЛ 6. СОСТОЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

В 2013 году фармацевтическую деятельность в Красноярском крае осуществляли 1 319 аптечных организаций.

В 2013 году произошла реорганизация государственной аптечной сети путем присоединения к ГПКК «Губернские аптеки» муниципальных аптечных предприятий Эвенкийского муниципального района. Государственным

предприятием сохранены социально значимые для населения функции: льготное лекарственное обеспечение, отпуск наркотических средств и психотропных веществ, изготовление лекарственных средств и лекарственное обеспечение населения в отдаленных населенных пунктах.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.02.2013 № 66 «Об утверждении стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации» приоритетными направлениями здравоохранения Красноярского края в сфере обращения лекарственных препаратов в 2013 году были определены:

1. льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан;
2. обеспечение доступности лекарственной помощи сельскому населению;
3. обеспечение рационального и безопасного использования лекарственных препаратов для медицинского применения и оптимизация лекарственного обеспечения при оказании стационарной помощи и скорой медицинской помощи.

Льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан

Обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными препаратами на льготных условиях в 2013 году осуществлялось в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (категории граждан – получатели набора социальных услуг), постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (по категориям заболеваний и группам населения), Законом Красноярского края от 10.12.2004 № 12-2703 «О мерах социальной поддержки ветеранов» (пенсионеры, ветераны труда, труженики тыла), Законом Красноярского края от 10.12.2004 № 12-2711 «О мерах социальной поддержки реабилитированных лиц и лиц, признанных пострадавшими от политических репрессий».

Как обстоят дела в 2013 году:

Фармацевтическую деятельность осуществляют:

- **789** аптек;
 - **485** аптечных пунктов;
 - **45** аптечных киосков.
-

Право на льготное лекарственное обеспечение в рамках набора социальных услуг на 2013 год в Красноярском крае оставили за собой 97,7 тыс. человек, что составляет 42,9 % от общего числа лиц, получателей единой денежной выплаты (231,75 тыс. человек).

Из федерального бюджета Красноярскому краю для лекарственного обеспечения получателей набора социальных услуг по Программе обеспечения необходимыми лекарственными препаратами (далее – ОНЛП) на 2013 год выделено 1 млрд 149,16 млн рублей.

В реализации Программы ОНЛП на территории Красноярского края в 2013 году были задействованы фармацевтическая организация ГПКК «Губернские аптеки» (услуги проводящей сети), 166 медицинских организаций, 131 аптечная организация (110 аптек и 21 аптечный пункт).

Таблица 99 – Реализация Программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Год	Сумма отпуска (млн. руб.)	Количество отпущенных рецептов (тыс. шт.)	Количество лиц, получивших лекарственную помощь (чел.)	Среднедушевое потребление (руб.)	Средняя стоимость 1 рецепта (руб.)
2013	945,17	1 252,2	70 030	13 500	755
2012	923,6	1 353,8	73 712	12 718	682
2011	1 012,6	1 450,0	79 630	12 717	701
2010	1 186,0	1 524,8	80 878	14 664	778
2009	1 025,2	1 615,5	85 717	11 960	650

Уровень обеспеченности федеральных льготополучателей в 2013 году составил 99,98 процента. Обслужено по Программе ОНЛП 70 тыс. человек, что составляет 67,3 % от общей численности лиц, имеющих право на набор социальных услуг в части лекарственного обеспечения (по итогам 2012 года – 70 %).

Доля отсроченного обеспечения в крае составила 0,007 % (90 рецептов по состоянию на 31.12.2013), что соответствует показателю на аналогичный период 2012 года (99 рецептов).

В связи с тем, что в Программе ОНЛП остаются пациенты с тяжелыми хроническими заболеваниями, требующими оказания дорогостоящей лекарственной помощи, ежегодно отмечается недостаток выделенных финансовых средств из федерального бюджета.

В целях качественного оказания лекарственной помощи в 2013 году на лекарственное обеспечение федеральных льготополучателей дополнительно было использовано 304,4 млн рублей из средств краевого бюджета, что составляет 22,5 % от финансирования, выделенного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений

здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (в 2012 году – 208,2 млн рублей или 20 %).

В краевом бюджете на льготное лекарственное обеспечение населения края на 2013 год по всем источникам финансирования было предусмотрено 1 млрд 349,35 млн рублей, в том числе по постановлению Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 по категориям заболеваний и группам населения – 1 154,6 млн рублей; с 50 % скидкой: на лекарственное обеспечение пенсионеров и ветеранов труда – 188,3 млн рублей; тружеников тыла – 4,8 млн рублей; репрессированных и реабилитированных лиц – 1,6 млн рублей. Отпуск лекарственных препаратов осуществлен в полном объеме выделенных финансовых средств. Услуги уполномоченного склада составили 82 млн рублей.

В Красноярском крае льготное лекарственное обеспечение граждан за счет средств краевого бюджета осуществляется с использованием двух механизмов: централизованного закупа лекарственных препаратов для лечения больных сахарным диабетом, бронхиальной астмой, психическими заболеваниями и возмещения затрат аптечными организациями по реестрам фактически отпущенных лекарственных препаратов. Система возмещения затрат позволяет оперативно решать вопросы лекарственного обеспечения граждан.

С 2008 года на территории Красноярского края по инициативе Губернатора Красноярского края введена дополнительная мера социальной поддержки ветеранов труда и пенсионеров, не имеющих льгот по другим основаниям, по получению лекарственных препаратов с 50 % скидкой от их стоимости. Для чего в Закон Красноярского края от 10.12.2004 № 12-2703 «О мерах социальной поддержки ветеранов» были внесены соответствующие изменения. Данная категория льготополучателей насчитывает в крае свыше 500 тыс. человек.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 № 1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» на территории Красноярского края в 2013 году лекарственную помощь получили 1 062 человека (в 2012 году – 989 человек), отпущено лекарств на сумму 568,9 млн рублей (в 2012 году – на сумму 510,2 млн рублей) по 8 853 рецептам (в 2012 году – 5 993 рецептам). Средняя стоимость 1 рецепта составила 64,2 тыс. рублей (в 2012 году – 85,48 тыс. рублей).

В соответствии со статьями 16 и 83 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» за органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации закреплены полномочия по финансовому обеспечению граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний,

включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности.

В целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента» министерством здравоохранения Красноярского края сформирован, и ведется региональный сегмент Федерального регистра, в который включены 190 человек.

В соответствии с Законом Красноярского края от 27.06.2013 № 4-1444 «О внесении изменений в статью 2 Закона края «О разграничении отдельных полномочий органов государственной власти Красноярского края в сферах охраны здоровья граждан, обращения лекарственных средств и санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Красноярском крае» за министерством здравоохранения Красноярского края закреплены полномочия по организации финансового обеспечения и расходования средств краевого бюджета, предназначенных для обеспечения граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями.

Так, на территории Красноярского края в соответствии с установленным порядком сумма затрат на лекарственное обеспечение лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, за счет средств краевого бюджета за период 2013 года составила 69 571 188 рублей (в 2012 году – 27 514 483 рублей).

Таблица 100 – Общий объем оказания лекарственной помощи населению Красноярского края, имеющему льготы при амбулаторном лечении, за 2009-2013 годы

Объем оказания лекарственной помощи	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Отпущено аптечными организациями на льготных условиях лекарственных препаратов, млн рублей	2 301,3	2 288,2	2 310,9	2 580,8	2 827,6
Среднедушевое потребление, рублей	6 289,4	6 373,7	6 195,0	6 959,1	7 696,4

При сравнении показателей по льготному отпуску лекарственных средств по всем источникам финансирования в 2013 году прослеживается динамика увеличения суммы отпуска по сравнению с 2010 годом на 20 %, что потребовало разработки и внедрения мер по оптимизации затрат при сохранении доступности и повышения качества. С этой целью были внедрены механизмы отпуска лекарств по референтным ценам, что позволило сократить расходы краевого бюджета на 7 %, а также организовать лекарственное обеспечение льготников дорогостоящими препаратами через стационарозамещающие технологии на сумму 98 млн рублей.

Кроме того, в соответствии со статьями 80 и 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сформирован единый перечень льготных лекарственных препаратов для региональных льготополучателей. Перечень составлен по международным непатентованным наименованиям на основе перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 07.12.2011 № 2199-р, и включает препараты, удовлетворяющие потребностям пациентов при амбулаторном лечении, с учетом их эффективности и безопасности, в том числе 134 торговые позиции лекарственных препаратов отечественных производителей (70,9 % от общего количества торговых позиций).

За 2013 год на горячую линию министерства здравоохранения Красноярского края по вопросам лекарственного обеспечения обратилось – 1 389 человек (в 2012 году – 1 395 человек, в 2011 году – 817 человек, в 2010 году – 1 628 человек). Количество обращений граждан увеличилось за счет обратившихся за разъяснениями по вопросу ценообразования, отпуска кодеинсодержащих препаратов, наличию в перечнях лекарственных препаратов.



За 2013 год поступило 460 письменных обращений граждан по вопросам организации лекарственного обеспечения (в 2012 году – 377 обращений, в 2011 году – 333 обращения, в 2010 году – 350 обращений). Увеличение количества обращений в 2013 году связано с возможностью обращения граждан через Интернет. Доля письменных обращений граждан по вопросам лекарственного обеспечения не превышает 11,8 % от общего количества обращений граждан.

Обеспечение доступности лекарственной помощи сельскому населению

В Красноярском крае насчитывается более 1 700 сельских населенных пунктов. Обслуживает сельское население 131 аптечная организация государственной и муниципальной форм собственности, около 100 аптечных организаций частной формы собственности.

В целях обеспечения доступности лекарственной помощи гражданам, проживающим в труднодоступных сельских населенных пунктах в 2013 году проведены следующие мероприятия.

1. Получена лицензия на фармацевтическую деятельность 53 медицинскими организациями Красноярского края на 652 обособленных структурных подразделения. Не получены лицензии на фармацевтическую деятельность в пяти муниципальных образованиях края – Краснотуранский, Партизанский, Туруханский, Тюхтетский и Уярский районы.

2. Получено дополнительное профессиональное образование в части розничной торговли лекарственными препаратами 833 специалистами обособленных структурных подразделений медицинских организаций Красноярского края.

3. Введена практика введения в состав выездных медицинских бригад в отдаленные населенные пункты аптечных работников для реализации лекарств населению.

4. В населенных пунктах, в которых отсутствуют фельдшерско-акушерские пункты и аптечные организации, сформированы домовые хозяйства (436) с аптечками для оказания первой медицинской помощи и обучением ответственных лиц.

Обеспечение рационального и безопасного использования лекарственных препаратов для медицинского применения и оптимизация лекарственного обеспечения при оказании стационарной помощи и скорой медицинской помощи

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.02.2013 № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации» в министерстве здравоохранения Красноярского края создана рабочая группа по подготовке предложений по организации обеспечения граждан лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения. Рабочей группой разработан план мероприятий по обеспечению рационального использования лекарственных препаратов на территории Красноярского края (далее – план мероприятий).

В целях формирования рациональной и сбалансированной системы лекарственного обеспечения населения на основе эффективного использования лекарственных препаратов для медицинского применения в Красноярском крае в 2013 году министерством здравоохранения Красноярского края проведены: практические семинары для врачей, День специалиста, коллегия министерства здравоохранения Красноярского края по лекарственному обеспечению, Сибирский медико-фармацевтический форум. В ходе указанных мероприятий рассматривались вопросы внедрения современных клинических рекомендаций (протоколов ведения пациентов), организации работы школы пациентов, ведения регистров пациентов, совершенствования системы назначений лекарственных препаратов для медицинского применения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, неврологических и инфекционных заболеваниях.

При оказании лекарственной помощи в стационарных условиях проводилась работа по управлению использованием лекарственных препаратов с обеспечением их клинической и экономической эффективности. В качестве основных направлений работы определены: обеспечение рационального использования лекарственных препаратов при проведении антибактериальной, обезболивающей и инфузионной терапии, проведение

тарифной политики в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

В рамках реализации плана мероприятий в 2013 году проведен скрининг антибактериальной терапии, разработаны и внедрены в практическое использование методические рекомендации по рациональному использованию лекарственных препаратов в антибактериальной терапии.

Особое внимание было уделено формированию эффективного лекарственного менеджмента в медицинских организациях края. Разработано и использовано при формировании заявок на лекарства для стационаров программное обеспечение «Интегрированная система планирования и учета». Это позволило оценить целесообразность приобретения лекарств с точки зрения стандартов и обеспечить централизацию закупок от 70 % до 90 %, что в свою очередь позволило оптимизировать средства обязательного медицинского страхования на 156 млн рублей (11,7 % от общего объема закупки).

Для обеспечения качества и эффективности оказания скорой медицинской помощи в 2013 году в Красноярском крае разработаны и внедрены в практическую деятельность алгоритмы оказания скорой медицинской помощи в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

В целях мониторинга безопасности лекарственных препаратов создан центр мониторинга безопасности лекарственных препаратов, в медицинских организациях установлен программный продукт для сбора информации о нежелательных побочных реакциях лекарственных препаратов.

За 2013 год зарегистрировано 279 извещений о нежелательных побочных реакциях лекарственных препаратов (в 2012 году – 370 извещений, в 2011 году – 72 извещения). Информация по указанным извещениям представлена 31 медицинской организацией края.

Наибольшее количество реакций выявлено у лиц от 61 до 75 лет – 81 (29 %), в возрастной категории 19-45 лет – 69 (24,7 %), в возрастной категории от 1 до 18 лет – 50 (17,9 %), в возрастной категории от 45 до 60 лет – 47 (16,9 %), в возрастной категории старше 76 лет – 32 (11,5 %). Выявленное соотношение отражает как возрастную предрасположенность в связи с наличием множества хронических заболеваний и полипрагмазией, характерной в среднем возрасте, так и использование специфических лекарственных средств (противосудорожных), используемых при тяжелых заболеваниях у детей.

Наибольшее количество извещений, полученное на фоне приема антибактериальных лекарственных препаратов обусловлено их высокой природной сенсibiliзирующей активностью и массовым использованием. Данное обстоятельство повышает требования к обоснованию назначения этой группы препаратов.

Таблица 101 – Структура извещений по группам препаратов по Красноярскому краю за 2013 год

Группа лекарственных препаратов	Количество извещений	Удельный вес от общего количества
антибиотики, В-лактамы-цефалоспорины III генерации	36	12,90%
блокаторы ангиотензин конвертирующего фермента	29	10,39%
антимикробные препараты, фторхинолоны	20	7,17%
адреноблокаторы -альфа	19	6,81%
противосудорожные препараты	18	6,45%

Обращает внимание высокий удельный вес реакций на использование противосудорожных препаратов, как правило, у детей. Этот факт должен учитываться при закупке лекарств с учетом индивидуальной непереносимости, а также служить основанием для проведения исследования биоэквивалентности препаратов данной группы.

По статистическим данным за 2013 год индекс цен на лекарственные препараты в среднем по краю составил 103,5 %, в том числе индекс цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты составил с начала года 100,9 процента.

Что необходимо сделать!

1. Реализация приоритетных направлений деятельности в сфере обращения лекарственных средств:

льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан с повышением доступности льготной лекарственной помощи сельскому населению.

2. В рамках организации рационального и безопасного использования лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в рамках утвержденных стандартов в соответствии со Стратегией лекарственного обеспечения Российской Федерации на период до 2025 года:

внедрение протоколов ведения больных в соответствие с порядками и стандартами

внедрение персонифицированного учета и анализа использования лекарственных препаратов в медицинских организациях.

усиление централизации закупок лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения

Материально- техническое оснащение ЛПУ



РАЗДЕЛ 7. СОСТОЯНИЕ ОСНОВНЫХ ФОНДОВ, ПРОБЛЕМЫ ТЕХНИЧЕСКОГО ОСНАЩЕНИЯ ЛПУ

В рамках Перечня строек и объектов, финансируемых за счет средств краевого бюджета на 2013 год и плановый период 2014 - 2015 годов, утвержденного Законом Красноярского края от 11.12.2012 N 3-811 (ред. от 24.10.2013) "О краевом бюджете на 2013 год и плановый период 2014 - 2015 годов" в 2013 году введены в эксплуатацию следующие объекты:

Завершён I этап по реконструкции и расширению КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского». Введены в эксплуатацию лечебно-диагностический корпус (общая площадь здания – 15 801,1 м²), корпус палатного отделения (общая площадь здания – 19 691,0 м², мощность 190 коек), корпус приёмного отделения (общая площадь здания – 9 257,2 м²), инженерные сети. Разрешение на ввод объекта в эксплуатацию получено от 23.12.2013 №01/10880-gz.

Завершена реконструкция первого этажа лечебного корпуса (административная часть) и пристройки под стоматологическую поликлинику МБУЗ «Дивногорская центральная городская больница» (мощность 250 человек). Разрешение на ввод объекта в эксплуатацию получено от 26.06.2013 № RU 24304000-202/РЭ.

Завершена реконструкция здания хирургического отделения МБУЗ «Шарыповская районная больница» с увеличением площади корпуса №6 "Больничного городка" г. Шарыпово (мощность – 42 койки). Разрешение на ввод в эксплуатацию получено от 19.12.2013 № RU 24314000-218.

Помимо завершённых объектов продолжается строительство:

Строительство поликлиники на 600 посещений в смену в п. Курагино Курагинского района (мощность 600 посещений, срок ввода в эксплуатацию – 2016 год)

Началось строительство 2 этапа по реконструкции и расширению КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», включающегося в себя строительство 3-х корпусов (поликлиника, пищеблок, ПАО) и реконструкцию радиологического корпуса.

Продолжена реконструкция МБУЗ «Богучанская центральная районная больница» (мощность 250 коек, поликлиника 300 посещений, срок ввода в эксплуатацию – 2015 год).

Реализация долгосрочной целевой программы «Укрепление материально-технической базы краевых государственных, муниципальных учреждений здравоохранения и краевых государственных образовательных учреждений среднего профессионального и дополнительного профессионального образования Красноярского края» на 2012-2013 годы» за 2013 год способствовала формированию единых подходов для приведения материально-технической базы учреждений здравоохранения и краевых государственных бюджетных образовательных учреждений среднего профессионального образования Красноярского края в соответствие

требованиям надзорных органов, санитарному законодательству, лицензионным требованиям на период 2012 - 2013 годов, а также укрепление систем жизнеобеспечения указанных учреждений и совершенствование лечебного процесса, повышение доступности медицинской помощи.

В 2013 году на проведение капитального ремонта в краевых учреждениях здравоохранения Красноярского края было предусмотрено 75 192,1 тыс. рублей, мероприятия проведены в 17 учреждениях здравоохранения (40 %) из 42 учреждений на сумму 74 886,8 тыс. рублей.

На установку охранно-пожарной сигнализации (приобретение приборов и материалов, монтаж, наладочные работы, разработку проектно-сметной документации) в 3 краевых учреждениях здравоохранения (КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница», КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер №1») были предусмотрены средства в сумме 4 451,9 тыс. рублей. Установка охранно-пожарной сигнализации выполнена в полном объеме. Экономия по результатам конкурсных процедур составила 704,0 тыс. рублей.

В 2013 году МБУЗ «Ачинская центральная районная больница» было выделено 589,5 тыс. рублей в виде субсидий на приобретение санитарного автотранспорта. Средства освоены в полном объеме.

Предоставление субсидий бюджетам муниципальных образований Красноярского края на приобретение, поставку и монтаж модульных ФАПов, отделочные, пусконаладочные работы, монтаж двухскатной крыши, выполнение противопожарных мероприятий, оснащение оборудованием и мебелью, в том числе на софинансирование мероприятий Программы модернизации здравоохранения.

На приобретение 21 ФАПа выделено 34 675,7 тыс. рублей, из них освоено 34 533,3 тыс. рублей. Не освоено 142,4 тыс. рублей в результате экономии, сложившейся по проведенным торгам.

В результате реализации программных мероприятий построены 21 ФАП, оснащенные мебелью и оборудованием.

На приобретение оборудования для КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница», были предусмотрены средства в размере 25 430,3 тыс. рублей. Средства освоены в полном объеме.

Предоставление субсидии бюджету Сухобузимского района на приобретение, поставку и монтаж модульного здания офиса общей врачебной практики муниципального бюджетного учреждения здравоохранения "Сухобузимская центральная районная больница", отделочные и пусконаладочные работы, монтаж двухскатной крыши, приобретение сопутствующего монтажу здания оборудования, монтаж приточно-вытяжной вентиляции, выполнение противопожарных мероприятий, благоустройство территории, оснащение оборудованием и мебелью.

На проведение мероприятия предусмотрено 10 250,0 тыс. рублей. Средства освоены в полном объеме.

Общий объем выполненных работ составил 149 437,8 тыс. рублей, из 150 589,5 тыс. рублей запланированных к исполнению. Не освоено 1 151,7 тыс. рублей, в результате экономии, сложившейся по проведенным торгам.

Выполнение программы «Модернизация системы здравоохранения Красноярского края» на 2011-2013 годы в части укрепления материально-технической базы медицинских учреждений.

В 2013 году завершена реализация мероприятий по капитальному ремонту в рамках Программы модернизации здравоохранения Красноярского края на 2011-2013 годы.

Объем финансирования за три года составил 2 009,2 млн рублей (99,7 % от запланированной суммы финансирования), в том числе: средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – 1 871,8 млн рублей; средства консолидированного бюджета – 137,4 млн рублей (в 2011 году выполнено работ на сумму 179,9 млн рублей, в 2012 году – 1560,6 млн рублей, в 2013 году – 268,7 млн рублей).

Проведены ремонтные работы в 66 учреждениях здравоохранения (на 214 объектах). Особое внимание уделялось учреждениям материнства и детства: проведен капитальный ремонт в 34 указанных учреждениях на общую сумму 669,9 млн рублей.

Распределение объемов финансирования по годам основывалось на сроках готовности проектно-сметных документаций, на сроках выполнения работ по договорам, на дополнительно выделенных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования объемах финансирования.

В 2013 году за счет дополнительно выделенного объема финансирования начаты и завершены ремонтные работы в 10 учреждениях (12 объектов), в том числе в учреждениях детства: проведен капитальный ремонт бассейна центра реабилитации (9,7 млн рублей) и приемного покоя (9,8 млн рублей) КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница», поликлиники МБУЗ «Городская детская клиническая больница № 1» (11 млн рублей); в детской поликлинике МБУЗ «Центральная районная больница города Назарово» выполнен этап работ по капитальному ремонту (3,9 млн рублей).

При проведении мероприятий по капитальному ремонту основными проблемами в течение 2011-2013 годов являлись:

недобросовестность подрядчиков, что вело к сдвигу сроков выполнения работ, необходимости устранения недостатков;

отсутствие результатов обследования строительных конструкций зданий и невыполнение проектных работ. При этом в процессе выполнения работ выявлялись необходимость выполнения дополнительных работ;

отсутствие средств на проведение строительного контроля специализированной организацией;

получение и выполнение технических условий на электроснабжение учреждений, так как при проведении капитального ремонта, особенно при

установке более мощной системы вентиляции, как правило, увеличивается потребляемая электрическая мощность.

Приобретение медицинского оборудования.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 № 1143 «О порядке предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях», распоряжением Правительства Красноярского края от 26.03.2012 № 213-р, на 2013 год были предусмотрены субсидии в размере 550 117,7 тыс. рублей, из них: федеральный бюджет – 365 660,8 тыс. рублей, краевой бюджет – 184 456,8 тыс. рублей.

Реализация мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях позволит:

создать в структуре учреждений здравоохранения травматологических центров I, II, III уровней и оснастить их современным оборудованием и автомобилями скорой медицинской помощи;

провести подготовку медицинских кадров для травматологических центров и бригад скорой медицинской помощи.

В соответствии с задачей 1 «Приведение в соответствие краевых государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Красноярского края, принимающих участие в организации оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП» в 2013 году на проведение капитального ремонта в организациях здравоохранения из краевого бюджета было выделено 8 573,2 тыс. рублей. Ремонтные выполнены в полном объеме.

В соответствии с задачей 2 «Оснащение оборудованием, программным обеспечением и расходными материалами краевых государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Красноярского края, в структуре которых организуются травматологические центры для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП» в 2013 году на оснащение медицинским оборудованием организаций здравоохранения было выделено – 505 543,5 тыс. рублей, из них: федеральный бюджет – 58 047,4 тыс. рублей; краевой бюджет – 147 496,2 тыс. рублей. В 2013 году закуплено 362 единицы медицинского оборудования.

В соответствии с задачей 3 «Оснащение автомобилями скорой медицинской помощи и оснащение специализированными автомобилями станции переливания крови краевых государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Красноярского края» в 2013 году на оснащение автотранспортом организаций здравоохранения было выделено – 32 501,1 тыс. рублей, из них: федеральный бюджет – 7 613,6 тыс. рублей; краевой бюджет – 24 887,5 тыс. рублей. В 2013 году закуплено 15 единиц автотранспорта.

РАЗДЕЛ 8. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТОВЕРНОСТИ ДАННЫХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Когда названия неправильны -
суждения несоответственны,
когда суждения несоответственны-
дела не исполняются*

Конфуций

Одна из возможностей улучшения качества и эффективности оказания медицинской помощи населению заложена в сфере управления системой здравоохранения. В основе организационных форм управления медицинскими организациями лежит современная и качественная статистическая информация.

Все медицинские исследования зависят от надлежащего сбора, анализа и интерпретации соответствующих числовых данных. Работники здравоохранения, будучи основными производителями и пользователями статистических материалов, играют ключевую роль в их точности.

Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязывает медицинские организации вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Для всех органов и учреждений здравоохранения существуют единые подходы к ведению учета и отчетности и соответственно единые формы медицинской документации и инструкции по их заполнению.

Одним из основных направлений деятельности КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» является формирование единой системы учета и отчетности в медицинских организациях Красноярского края.

В настоящее время медицинские организации Красноярского края, в зависимости от вида деятельности, составляют и предоставляют в КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» с различной периодичностью отчетные формы, регистры, мониторинги и другую статистическую информацию.

Наиболее информативным является сводный медицинский годовой отчет, который включает более 50 отчетных форм от 186 медицинских организаций и 327 поликлиник (амбулаторий), женских консультаций, центров, входящих в состав больничных организаций. Кроме того, в Красноярском крае 10 образовательных учреждений по подготовке среднего профессионального образования медицинских работников.

Медико-статистическая информация обеспечивается статистической службой, построенной по иерархическому принципу, где различные звенья оперируют разной по объему, характеру и содержанию информацией.

Кабинеты медицинской статистики лечебно-профилактических учреждений проводят работу по организации системы первичного учета, отвечают за текущую регистрацию деятельности, правильное ведение учетной документации и обеспечение руководства учреждения необходимой оперативной и итоговой статистической информацией. Основной объем работы несут на себе специалисты - медицинские статистики со средним медицинским образованием.

В Красноярском крае 101 медицинская организация имеет отделения (кабинеты) медицинской статистики (2012 год – 97), 37 медицинских организаций имеют отделы автоматизированной системы управления (2012 год – 36).

Таблица 102 – Численность специалистов с высшим и средним медицинским образованием, работающих в медицинской статистике Красноярского края за 2009-2013 годы

Наименование показателя	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Число штатных должностей врачей статистиков	104	115	111	75	83
врачей методистов	185	189	263	158	145
медицинских статистиков	520	541	553	539	547
Число занятых должностей врачей статистиков	100	111	89	71	74
врачей методистов	166	165	201	138	133
медицинских статистиков	509	523	539	523	533
Число физических лиц врачей статистиков	45	43	45	33	37
врачей методистов	62	59	74	62	54
медицинских статистиков	331	317	326	320	320

В Красноярском крае отмечается ежегодное снижение должностей и физических лиц специалистов, работающих в медицинской статистике.

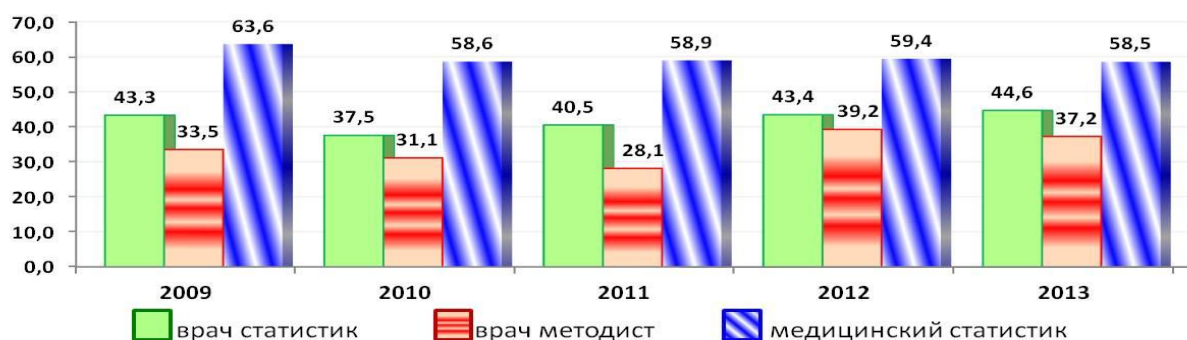


Рисунок 71 – Укомплектованность медицинскими статистиками и врачами – методистами в Красноярском крае за 2009-2013 годы

Показатели укомплектованности кабинетов медицинской статистики основными работниками остаются низкими. Следует отметить, что за последние пять лет укомплектованность медицинскими статистиками снизилась с 63,7 % до 58,5 процента.

КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» является базовым учреждением, где ежегодно проходят специализацию и тематическое усовершенствование более 80 медицинских статистиков, с дальнейшим получением в центре повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием, сертификата специалиста и соответствующей квалификационной категории.

Статистические данные должны обновляться, дополняться новыми данными отражающими современные проблемы и освободиться от устаревшей информации.

Квалификационные категории по медицинской статистике в Красноярском крае имеют 50,7°% (2012 год – 47,5°%) от общего числа основных работников по медицинской статистике.

Для получения качественной информации (полной, достоверной, своевременной) проводится работа по координации и организационно-методической поддержке службы медицинской статистики в Красноярском крае.

С целью контролирующей функции за качеством заполнения учетно-отчетной документации в медицинских организациях и в качестве оказания консультативно-методической помощи проводятся выездные проверки в территории Красноярского края.

Для контроля за выпиской и качеством заполнения медицинских свидетельств регистрирующих случаи рождения и смерти КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» обеспечивает все медицинские организации края бланками утвержденной учетной документации и рекомендациями по их заполнению. С территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю заключено соглашение об информационном взаимодействии, что позволяет ежемесячно осуществлять просмотр и проверку правильности заполнения медицинских свидетельств и кодирование причин смерти.

В информационных письмах, выступлениях на конференциях, совещаниях освещаются вопросы заполнения первичной медицинской документации, кодирования диагнозов, а в случае смерти – выбора первоначальной причины смерти, что в дальнейшем позволяет повысить достоверность статистической информации, что важно для проведения анализа состояния здоровья населения и проведения мероприятий направленных на снижение заболеваемости и смертности от управляемых причин.

Для повышения эффективности службы медицинской статистики необходимо уделять внимание вопросам укомплектованности квалифицированными кадрами, приведения штатных должностей в соответствие с объемами собираемой и обрабатываемой информации и кратности ее предоставления, знания Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, лежащей в основе достоверного учета заболеваемости и смертности, оснащению кабинетов медицинской статистики электронно-вычислительной техникой, программными продуктами, полной регистрации и вводу в программу необходимых статистических данных.

Повышение качества работы учреждений неразрывно связано с совершенствованием методических основ медицинской статистики с использованием современных информационных систем.



ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

РАЗДЕЛ 9. ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ)

В 2013 году в Красноярском крае проводились работы по завершению мероприятий задачи 2 "Внедрение современных информационных систем в здравоохранение" программы модернизации здравоохранения Красноярского края на 2011-2013 годы. Приоритетное направление по информатизации отрасли связано с внедрением региональной медицинской информационной системы (далее – РМИС).

В 2013 году 6 крупных медицинских организаций, оказывающих специализированную стационарную медицинскую помощь, были подключены к работе в РМИС: КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница», КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер», КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №4», КГБУЗ «Краевая клиническая больница №2», КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн». В настоящее время в перечисленных учреждениях на каждого пациента заводится электронная история болезни, в которой фиксируются все случаи обращения за медицинской помощью, диагноз, состояние пациента, проведенные медицинские обследования и их результаты, осмотры и заключения врачей. Важной составляющей внедрения медицинской информационной системы в лечебном учреждении является автоматизация деятельности клинико-диагностической лаборатории, подключение к информационной системе автоматических анализаторов. Автоматизация работы клинико-диагностической лаборатории в лечебном учреждении позволило:

- свести к минимуму количество ошибок при проведении исследований и обработке данных;

- ускорить проведение исследований;

- обеспечить оперативный доступ к результатам исследований;

- повысить эффективность использования лабораторного оборудования;

- уменьшить затраты рабочего времени персонала при подготовке текущей и отчетной документации.

Кроме того, по мере накопления большого количества результатов исследований появляются новые возможности для анализа прогностической значимости того или иного лабораторного показателя в постановке диагноза, для выявления корреляций между различными лабораторными показателями и исходом заболевания, для оценки эффективности различных вариантов врачебной тактики и методов лечения.

В рамках РМИС отработана запись пациентов врачами городских и районных медицинских организаций на консультации и госпитализацию в краевые специализированные медицинские учреждения с передачей медицинской документации в электронном виде.

В всех стационарах Красноярского края выписной эпикриз формируется в электронном виде и направляется по защищенному каналу связи в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту прикрепления пациента для обеспечения преемственности проводимых лечебных мероприятий.

По состоянию на 01.01.2014 в РМИС работали более 1 000 врачей и среднего медицинского персонала, заведены электронные медицинские карты для 674 375 пациентов (23 % от общей численности населения края). Последующим шагом должен стать отказ от необходимости печати медицинской документации и хранения ее в бумажном виде.

На площадке КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» организовано проведение курсов для обучения специалистов медицинских организаций работе в РМИС. Разработан план реализации проекта по развитию Региональной медицинской информационной системы Красноярского края на 2014 год.

Проведены мероприятия по расширению числа лицензий на используемое в РМИС программное обеспечение. В рамках программы модернизации здравоохранения Красноярского края в 2013 году были закуплены лицензии комплексной медицинской информационной системы "qMS" (разработчик ООО СП.АРМ, г. Санкт-Петербург) для краевых специализированных медицинских учреждений. Медицинские организации г. Красноярска провели закуп лицензий за счет средств, полученных в рамках финансирования системы ОМС.

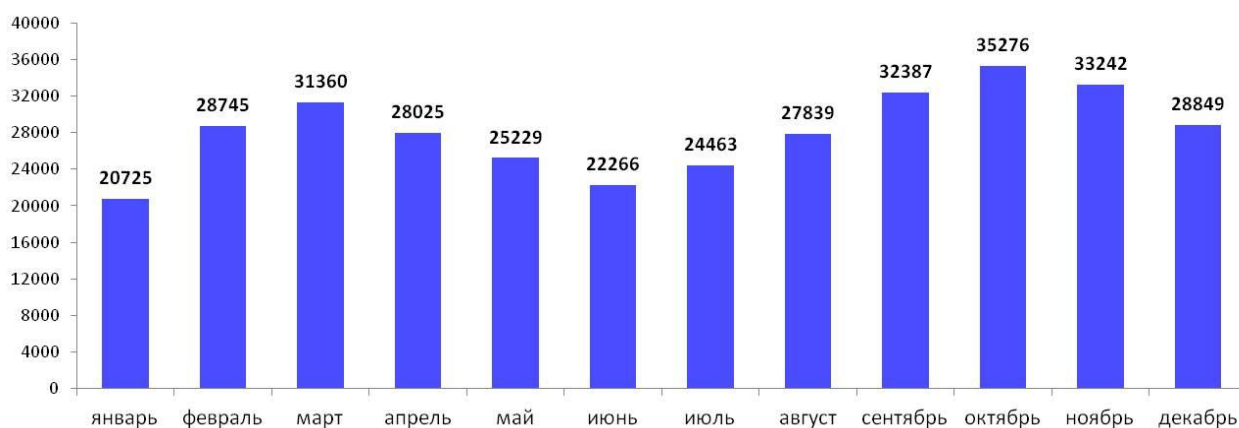


Рисунок 72 – Число записей к врачу с использованием ресурса «web-registratura.ru» в 2013 году

В Красноярском крае внедрена и поддерживается технология записи к врачу в электронном виде в 108 медицинских организациях, что составляет 100 % от общего числа учреждений, имеющих амбулаторно-поликлинические подразделения, запись в которые пациенты могут осуществлять самостоятельно. Региональный web-сервис (web-registratura.ru), предоставляет возможность записи к врачу через интернет. Сервис доступен также через краевой и федеральный порталы государственных услуг, систему терминалов "Платежка".

В системе здравоохранения Красноярского края продолжают активно внедряться телемедицинские технологии. Дальнейшее развитие получила Региональная телемедицинская система Красноярского края. В 2013 году разработаны и запущены в работу модули системы для организации мониторинга кардиобольных и пострадавших с травмами. Программное обеспечение на основе введенных лечащим врачом данных позволяет оценить в баллах степень тяжести кардиобольного, передать сведения о состоянии пациента эксперту для принятия совместного решения о дальнейшем лечении пациента, либо о его переводе в другое лечебное учреждение. В системе мониторинга кардиобольных работают центральные районные и городские больницы, межрайонные центры, первичные и региональный сосудистые центры.

В рамках совершенствования оказания медицинской помощи пострадавшим с травмами все травматологические центры и центральные районные больницы подключены к системе мониторинга травм на базе краевой клинической больницы. Система позволяет оперативно зафиксировать случай получения травмы, отметить степень тяжести пациента и принятое решение по лечению пациента, при необходимости передать курацию пациента в травматологический центр первого или второго уровня, оповестить санитарную авиацию о необходимости транспортировки.

Продолжается работа телемедицинской системы «Перинатальный мониторинг», предназначенной для ведения мониторинга беременности женщин с занесением всех материалов наблюдения, включая заключение врача, в централизованную региональную базу данных. В Красноярском крае определены учреждения, выступающие в роли «эксперта», согласно этапности оказания медицинской помощи и по территориальному признаку. Учреждения, выступающие в роли экспертов в межрайонных центрах, осуществляют мониторинг и консультирование по случаям беременности средней группы риска. Перинатальный центр КГБУЗ "Красноярская краевая клиническая детская больница" осуществляет динамический мониторинг случаев с высокой группой риска по всему Красноярскому краю. К системе подключено 89 учреждений, осуществляющих наблюдение женщин в период беременности и родов.

В 2013 году получила развитие ведомственная система видеоконференцсвязи (далее – ВКС), включающая в себя видеосерверное и конечное оборудование (кодеки\программные клиенты). К системе ВКС подключено 184 точки, включая министерство здравоохранения Красноярского края, медицинские учреждения и их подразделения, Территориальный фонд ОМС.

Министерством здравоохранения Красноярского края за 2013 год было проведено более 300 видеоконференций – рабочих совещаний, методических семинаров. Система ВКС применяется как средство оперативного принятия решения, для сокращения командировочных расходов, помогает эффективнее использовать административный управленческий ресурс, а также как один

из элементов технологий телемедицины для дистанционного обучения технического и медицинского персонала.

С помощью системы ВКС осуществляется он-лайн дистанционное консультирование по УЗИ–диагностике женщин в период беременности в целях выявления пороков развития плода на ранних стадиях между КГБУЗ "Красноярский краевой центр медицинской генетики" и межрайонными центрами.

В 2013 году начал работу Центр дистанционного электрокардиографического консультирования. В 2013 году КГБУЗ «Краевая клиническая больница» обеспечила 54 территории Красноярского края 292 ЭКГ-регистраторами (из них: имеют возможность передачи информации по каналам мобильного интернета, сотовому телефону и обычной телефонной линии – 196, по телефонной линии – 96). Консультативную помощь в круглосуточном режиме оказывают 10 врачей-кардиологов, многие из которых имеют длительный опыт работы в кардиологических бригадах «скорой помощи». Кабинеты оборудованы компьютерными станциями с модемами, сотовыми телефонами. Свыше 20 тысяч электрокардиограмм из районов Красноярского края обработали специалисты центра за первый год работы, что является одним из самых масштабных показателей в РФ.

В 2014 году будут продолжены работы по развитию Региональной медицинской информационной системы:

- подключение к РМИС медицинских организаций г. Красноярска и межрайонных центров;

- создание регионального архива медицинских изображений и интеграция его с РМИС;

- внедрение персонифицированного учета лекарственных препаратов в стационарах и создание региональной интегрированной системы контроля и планирования закупок лекарственных препаратов;

- ведение в электронном виде листа ожидания на плановую госпитализацию;

- интеграция РМИС с Единой государственной информационной системой здравоохранения РФ.

Необходимо отметить проблемы, сдерживающие на настоящем этапе внедрение современных информационных систем в деятельность медицинских организаций:

- отсутствие федеральной нормативной базы по применению электронных медицинских документов;

- отсутствие федеральной нормативной базы по штатному расписанию информационных служб медицинских организаций;

- недостаточное оснащение медицинских организаций компьютерным оборудованием;

- недостаточная надежность, пропускная способность и высокая стоимость аренды каналов связи для медицинских организаций удаленных территорий Красноярского края.

РАЗДЕЛ 10. СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Цель политики сферы здравоохранения Красноярского края до 2020 года – улучшение состояния здоровья населения через формирование системы, обеспечивающей доступность и качество для всех социальных и территориальных групп медицинской помощи.

В основе работы по целевым направлениям лежат стратегические документы: Указ Президента Российской Федерации от 9.10.2007 N 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», Указ Президента Российской Федерации от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы», Постановление Правительства Красноярского края от 30.04.2013 № 223-п «Об утверждении программы «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013-2020 годы», Постановление Правительства Красноярского края от 30.09.2013 № 516-п «Об утверждении государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения» на 2014-2016 годы.

Стратегическими направлениями развития здравоохранения в Красноярском крае на период до 2020 года являются:

профилактика заболеваний и формирование мотивации у населения Красноярского края к ведению здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи;

повышение качества медицинской помощи матери и ребенку;

совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи.

развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям;

модернизация инфраструктуры, в части строительства перинатальных центров в г. Ачинске и г. Норильске;

совершенствование кадровой политики;

совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях;

развитие государственно-частного партнерства (демонополизация государственной системы оказания медицинских услуг населению в условиях реформирования системы контрольно-надзорных функций и стандартизации медицинских услуг);

развитие информатизации в здравоохранении (повышение доступности и качества медицинской помощи посредством применения инновационных медицинских изделий, информационных технологий и системного совершенствования отрасли здравоохранения);

Профилактика заболеваний и формирование мотивации у населения Красноярского края к ведению здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи:

создание и оснащение стандартным комплектом оборудования центров здоровья в 2016-2020 годах;

организация и внедрение работы мобильных центров здоровья с целью охвата населения сельских территорий Красноярского края;

подготовка медицинских кадров методам профилактики и мотиваций к ведению здорового образа жизни;

обеспечение качества профилактической и медицинской помощи на всех этапах оказания медицинской помощи (амбулаторный этап, в том числе проведение диспансерного наблюдения, оздоровление и коррекция имеющихся патологических состояний, стационарный этап);

внедрение современных технологий проведения комплексных медицинских осмотров у детей;

повышение роли профилактической составляющей в деятельности первичного звена (участковой службы);

совершенствование методов профилактики инфекций, управляемых средствами специфической профилактики, совершенствование предупреждения, выявления и лечения ВИЧ/СПИДа;

создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на формирование здорового образа жизни;

обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи, включая медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;

долечивание детей в федеральных и местных санаториях;

создание межмуниципальных консультативно-диагностических центров, которые будут являться структурными подразделениями уже созданных межмуниципальных центров;

перераспределение первичной специализированной медицинской помощи (изменение функций узких специалистов с акцентом на консультативный уровень и расширение функций врачей первичного звена);

совершенствование организации неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях;

создание в структуре городских поликлиник подразделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи, работающих во взаимодействии с единой диспетчерской службой скорой медицинской помощи;

создание при амбулаториях, поликлиниках, отделениях общей врачебной практики дневных стационаров, стационаров на дому, отделений (центров) амбулаторной хирургии, отделений профилактической помощи матери и ребенку (включая патронаж беременных женщин и детей первого года жизни), отделений медико-социальной реабилитации, ухода;

дальнейшее развитие выездных форм работы;

внедрение технологий дистанционного консультирования с применением телемедицинских технологий.

Повышение качества медицинской помощи матери и ребенку:

приведение материально-технической базы учреждений в соответствие с табелем оснащения и создание условий для совместного пребывания матери и ребенка;

замещение сети службы родовспоможения на технологии, отвечающие современным требованиям;

совершенствование трехуровневой системы службы родовспоможения;

приведение в соответствие с требуемыми технологиями сети учреждений родовспоможения и детства по уровням ее оказания, развитие стационарзамещающих технологий и организация сети межрайонных перинатальных центров;

введение единых стандартов оказания медицинской помощи женщинам и детям;

развитие технологии дистанционного наблюдения беременных женщин среднего и высокого риска с помощью системы телемедицинского консультирования;

развитие сети медико-генетической службы;

переориентирование технологий на эффективную профилактику заболеваний, раннюю реабилитацию и восстановительное лечение;

создание дополнительных условий для обеспечения службы родовспоможения за счет «родового сертификата»;

развитие реанимационно-консультативных центров;

создание условий по охране репродуктивного здоровья;

развитие медико-социальной службы, организация кабинетов медико-социальной помощи в каждом учреждении родовспоможения;

обеспечение обследования новорожденных на наследственные заболевания и патологию слуха. Доведение охвата аудиологическим скринингом к 2020 году до 99 %, подтверждающей диагностикой до 95 процентов;

создание условий для выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела в межрайонных центрах и перинатальном центре;

доведение коек реанимации для новорожденных и коек II этапа выхаживания в межрайонных центрах до нормативов в соответствии с порядком оказания неонатологической помощи;

создание условий по охране репродуктивного здоровья, включая диспансерный осмотр детей в возрасте 14 лет;

обследование беременных женщин с использованием биохимического скрининга.

Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи:

внедрение современных эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах;

дальнейшее совершенствование системы оказания специализированной помощи больным с сердечно - сосудистыми заболеваниями, внедрение стандартов оказания медицинской помощи с сердечно-сосудистой патологией;

повышение эффективности оказания онкологической помощи, внедрение скрининговых мероприятий, стандартов оказания медицинской помощи по онкологии; открытие единых смотровых кабинетов во всех учреждениях здравоохранения, введение в эксплуатацию лечебных корпусов онкологического диспансера;

совершенствования организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях путем изменения схемы доставки больных с травмами: минуя маломощные и слабооснащенные центральные районные больницы, пострадавшие будут доставляться непосредственно в травмоцентры II уровня либо в зависимости от тяжести состояния и имеющейся патологии перетранспортироваться санитарной авиацией в травмоцентр I уровня (травмоцентры сформированы на базе муниципальных учреждений здравоохранения, расположенных вдоль федеральной и региональной автомобильной дорог);

внедрение системы телекоммуникационных технологий, в первую очередь в сельской местности и в удаленных районах (дистанционное консультирование);

расширение перечня высокотехнологичных видов медицинской помощи в краевых учреждениях здравоохранения, участие в реализации государственного задания за счет средств федерального бюджета.

Формирование сети учреждений здравоохранения края будет осуществляться по следующим основным принципам:

на основе карты доступности медицинской и лекарственной помощи по этапам оказания;

концентрации специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи в краевых лечебных учреждениях и межрайонных центрах с поэтапным созданием филиалов краевых больниц;

интеграция оказания медицинской помощи с федеральными и частными медицинскими организациями. Развитие государственно-частного партнерства в части размещения работ и услуг;

определение маршрутов потоков больных и организация этапности ведения пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;

развитие дистанционных и мобильных форм консультирования и медицинского обследования;

развитие межрегионального взаимодействия с субъектами Российской Федерации, имеющими общие административные границы с Красноярским краем;

замещение неэффективной сети учреждений здравоохранения первичного звена современными технологиями, ориентированными

на амбулаторное лечение, реабилитацию и отвечающими требованиям санитарных норм и правил.

Совершенствование системы управления в сфере здравоохранения:

передача муниципальных учреждений здравоохранения в государственную собственность края в непосредственное управление министерства здравоохранения Красноярского края с выстраиванием четкой вертикали административного управления и контроля;

создание 4 территориальных органов, подведомственных министерству здравоохранения Красноярского края;

перевод учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования;

актуализация нормативной правовой базы отрасли здравоохранения, проведение единой инвестиционной и инновационной политики, организация информационного обеспечения краевых и муниципальных учреждений здравоохранения, внедрение в учреждениях здравоохранения современных информационных технологий, формирование единой системы планирования и оценки деятельности в сфере здравоохранения, основанной на показателях качества медицинской помощи.

Кадровая политика:

Основное содержание кадровой политики здравоохранения Красноярского края:

обеспечение учреждений здравоохранения медицинскими и фармацевтическими кадрами;

управление системой профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических кадров в соответствии с требованиями отрасли;

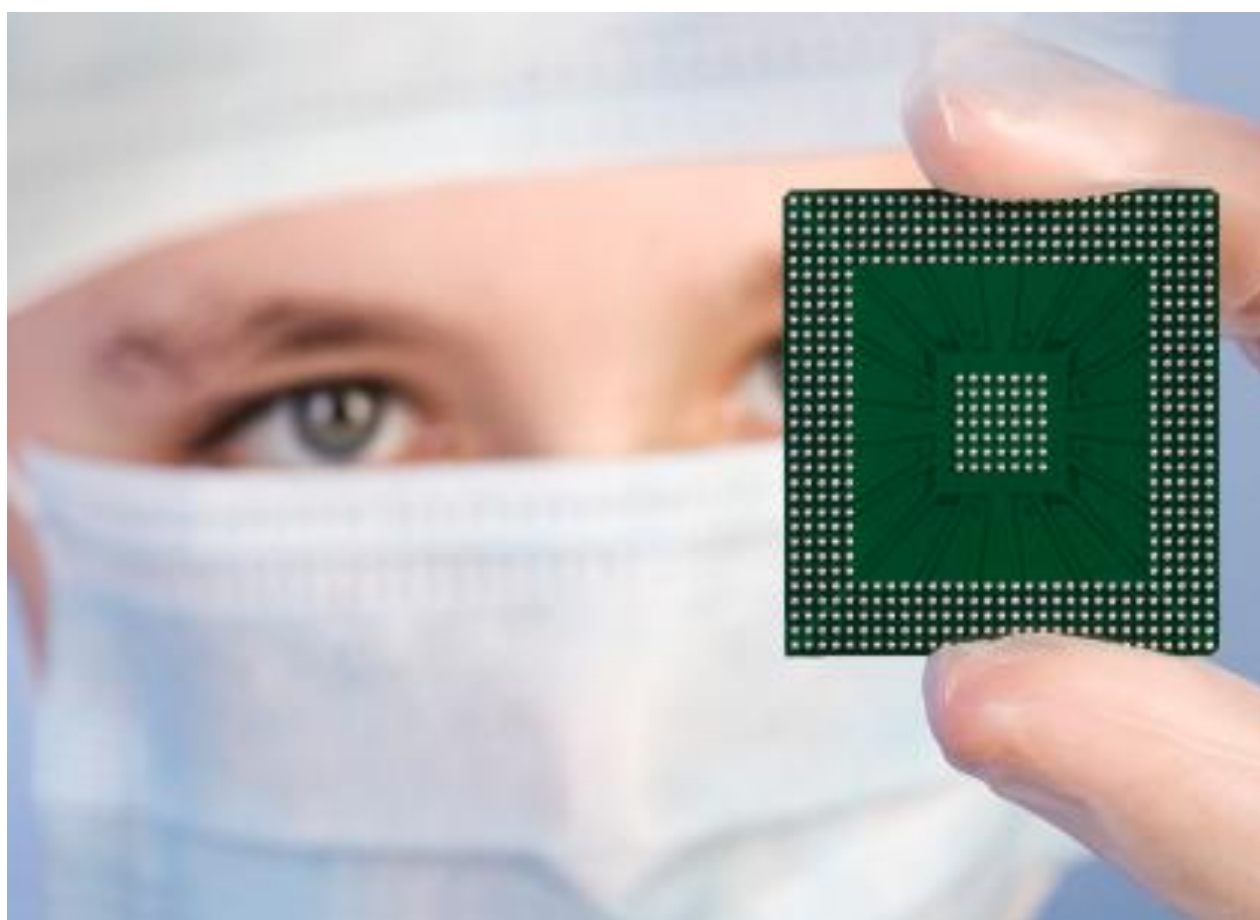
организация системы трудоустройства, закрепления медицинских и фармацевтических кадров в учреждениях здравоохранения и социальная поддержка «молодых специалистов»;

совершенствование мер, направленных на мотивацию и материальное стимулирование медицинских и фармацевтических кадров;

поднятие престижа медицинских специальностей, карьерного роста медицинских кадров;

развитие социального партнерства с профессиональными общественными организациями.

Научные исследования



*О, сколько нам открытий чудных
Готовят просвещенья дух
И опыт, сын ошибок трудных,
И гений, парадоксов друг,
И случай, бог изобретатель.*

А.С.Пушкин

РАЗДЕЛ 11. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

11.1. Основные результаты научно-исследовательских работ ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России.

Научно-техническая база и кадровые ресурсы

Исследования и подготовка специалистов осуществляются на базе НИИ молекулярной медицины и патобиохимии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» (далее – КрасГМУ), Центральной научно-исследовательской лаборатории, Российско-канадской лаборатории биомолекулярных медицинских технологий, Российско-японском центре микробиологии, эпидемиологии и инфекционных заболеваний, Российско-французской лаборатории «Совместная эволюция человека и окружающей среды, Российско-германском тренинговом центре респираторной поддержки и медицины критических состояний, а также на базе 9 научно-образовательных центров.

Исследования выполняются специалистами, в том числе молодыми исследователями, прошедшими целевые стажировки за рубежом (Япония, Италия, Канада, Финляндия, США, Германия), по направлениям «клеточная биология», «нейробиология», «нейрогенетика», «нейрофизиология», «биотехнология», «молекулярная генетика», «конфокальная микроскопия», «микробиология».

Направления фундаментальных научных исследований, в которых университет занимает лидирующие позиции

1. изучение клеточно-молекулярных механизмов развития социально значимых заболеваний (неврология, онкология, кардиология, педиатрия, перинатология, пульмонология, репродуктивная эндокринология);

2. разработка научной основы и создание новых персонифицированных диагностических систем на основе ДНК-аптамеров, клеточных систем и мультиклеточных ансамблей;

3. разработка научной основы новых физических методов мониторинга функционального состояния тканей;

4. разработка современных методов восстановления функций головного мозга.

В 2013 году защищено сотрудниками и аспирантами КрасГМУ 12 докторских диссертаций, 33 кандидатских диссертации, 3 кандидатских диссертации защищены соискателями ученой степени. В КрасГМУ функционирует 3 специализированных диссертационных Совета по защите докторских и кандидатских диссертаций по 9 специальностям. Издаваемый

в КрасГМУ научно-практический журнал «Сибирское медицинское обозрение» включен в перечень журналов ВАК РФ.

Эффективность аспирантуры за последние 5 лет находится на достаточно высоких цифрах и составляет 54,7 % (за 2013 год – 50 %).

В 2013 году в КрасГМУ проводилось 84 клинических исследования, в том числе 14 – обсервационных исследований, 16 – исследований IV фазы, 46 – исследований III фазы, 5 – исследование II фазы, 2 – исследование I фазы, 1 – исследование медицинской техники.

Результаты исследований

В 2013 году сотрудниками КрасГМУ опубликовано 609 статей в перечне журналов ВАК, в том числе – 95 в журналах с ИФ более 0,3, 16 статей в зарубежных журналах с импакт-фактором, 27 монографий; получен 41 патент на изобретения и полезные модели, из них 7 – на базы данных и 8 на госрегистрацию программ ЭВМ.

В 2013 году 3 докторанта и 1 аспирант были удостоены и награждены Государственной премией Красноярского края в области профессионального образования «За высокие результаты в педагогической деятельности и научных разработках, направленных на социально-экономическое развитие края, достигнутые в 2013 году».

В 2013 году ассистент А. Чернова стала Лауреатом конкурса молодых ученых Российского кардиологического общества, С. Втюрина стала Лауреатом V Международного медицинского конгресса.

В 2013 году 1 сотрудник КрасГМУ стал Лауреатом Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники в составе авторского коллектива. Научная школа по молекулярной медицине и нейробиологии КрасГМУ получила статус «Ведущая научная школа Российской Федерации» (Совет по грантам Президента Российской Федерации).

Ключевым элементом исследовательской инфраструктуры является НИИ молекулярной медицины и патобиохимии, который функционирует в режиме Центра коллективного пользования по направлению «Живые системы» для реализации междисциплинарных научно-исследовательских и образовательных проектов. На базе НИИ реализуются проекты в области нейробиологии, нейробиохимии, клеточной биологии, молекулярной биологии, молекулярной генетики, медицинской протеомики, фармацевтической химии, биоинженерии, медицинской физики, биохимии, патофизиологии, молекулярной и трансляционной медицины. Все проекты обеспечены высокотехнологичным оборудованием, в том числе не имеющим аналогов в регионе.

В 2013 году КрасГМУ вошел в число медицинских вузов Российской Федерации, на базе которых предполагается создание Центров коллективного пользования (далее – ЦКП) для выполнения биомедицинских исследований мирового уровня (Поручение Министра здравоохранения Российской Федерации от 25.04.2013 № 53).

11.2. Основные результаты научно-исследовательских работ ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера» СО РАМН

В 2013 году в рамках утвержденных Указом Президента Российской Федерации от 07.07.2011 № 899 «Об утверждении приоритетных направлений развития науки, технологий и техники в Российской Федерации и перечня критических технологий Российской Федерации» в ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (далее – ФГБУ «НИИМПС» СО РАМН) выполнялось 3 комплексные темы.

Тема 001/13-15 «Изучение распространенности и механизмов развития иммунометаболических нарушений у населения Сибири» (руководитель – д.м.н., проф. Савченко А.А.; отв. исполнитель – д.м.н., проф. Смирнова С.В.).

Изучена активность НАД- и НАДФ-зависимых ферментов в лимфоцитах крови у больных с благоприятным и неблагоприятным исходом распространенного гнойного перитонита. Наиболее выражено снижение активности НАДФ-зависимой малатдегидрогеназы, определяющей интенсивность реакций липидного анаболизма и катаболизма ксенобиотиков. Исходя из информативности уровней активности ферментов в нейросетевой модели при классификации по исходу заболевания, разработан метаболический коэффициент, обладающий прогностической значимостью и характеризующий соотношение активности реакций НАДФН-зависимого восстановления к уровням реакций НАД-зависимого окисления. При метаболическом коэффициенте ниже 0,005 прогнозируется неблагоприятный исход заболевания.

По показателям спонтанной и индуцированной хемилюминесценции функциональная активность нейтрофильных гранулоцитов крови у больных постинфарктным кардиосклерозом (далее – ПИКС) с нарушениями ритма сердца ниже, чем у пациентов с ПИКС без нарушений ритма сердца. Выявляется зависимость хемилюминесцентной активности клеток от количества желудочковых экстрасистол, подтвержденная результатами корреляционного анализа. Изменения хемилюминесцентной активности нейтрофильных гранулоцитов крови у больных ПИКС и повышение реактивности клеток при частой желудочковой экстрасистолии могут определяться процессами воспаления в зоне ишемии миокарда и поражением проводящих путей.

Выявлен разнонаправленный дисбаланс соотношения Т-хелперов в зависимости от патогенетической формы и иммунопатологического типа аллергического риносинусита: при истинной аллергии (атопический, цитотоксический и иммунокомплексный типы) наблюдается сдвиг Т-хелперных клонов в сторону активации Th2-лимфоцитов и сопровождается повышением концентрации ИЛ-4 и ИЛ-6; для псевдоаллергического воспаления (полипозный РС) и гиперчувствительности замедленного типа характерен дисбаланс Т-хелперов в сторону Th1-типа и повышение концентрации ИФН- γ и ИЛ-2. Установленные различия в иммунологической

реактивности клеток иммунной системы показывают гетерогенность аллергического риносинусита и доказывают необходимость выделения патогенетических форм и иммунопатологических типов.

Тема 002/13-15 «Распространенность, факторы риска и клинические проявления предраковых изменений пищевода и желудка у коренных и пришлых жителей различных регионов Восточной Сибири в онтогенезе» (руководитель – д.м.н., проф. Цуканов В.В.; отв. исполнитель – к.м.н., Тонких Ю.Л.).

У пациентов с различными клиническими вариантами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (далее – ГЭРБ) в крови определялась активация процессов перекисного окисления липидов на фоне угнетения функции антиоксидантной защиты, увеличивающаяся пропорционально степени повреждения тканей пищевода. Максимальное накопление интермедиатов свободнорадикального окисления и наиболее выраженная обратная корреляция между их уровнем и общей антиокислительной активностью крови регистрировалась при осложненном течении заболевания.

В сравнении с лицами зрелого возраста у пожилых пациентов с ГЭРБ были выше частота гиперплазии базального слоя, удлинения сосочков, внутриэпителиальной клеточной инфильтрации, кишечной метаплазии, дисплазия легкой или тяжелой степени, что свидетельствует о большей интенсивности воспалительных и преднеопластических процессов в слизистой оболочке дистального отдела пищевода в этой группе лиц. Выраженность воспалительных и пролиферативных изменений у лиц с эрозивной рефлюксной болезнью и пищеводом Барретта была выше в сравнении с пациентами с неэрозивной рефлюксной болезнью.

В ходе 5-летнего проспективного наблюдения лиц пожилого возраста отмечен прогрессирующий характер течения ГЭРБ: в структуре патологии достоверно снизилось число больных с неэрозивной рефлюксной болезнью и увеличилось количество пациентов с эрозивной рефлюксной болезнью и пищеводом Барретта. Отмечен более быстрый и полный контроль клинических и эндоскопических симптомов ГЭРБ у пациентов пожилого возраста при использовании эзомепразола в сравнении с омепразолом.

У жителей г. Красноярск методом серологического исследования пепсиногенов и *H. pylori* определена распространённость атрофического гастрита – 10,9 % и инфекции *H. pylori* – 91,1 процента. Факторами риска атрофического гастрита в обследованной популяции были возраст старше 55 лет и курение. Эффективность стандартной тройной терапии у пациентов пожилого возраста составила 86,7 процентов.

Тема 003/13-15 «Анализ распространенности, факторов риска и мониторинг основных психосоматических расстройств у детей и подростков Сибири» (руководитель – член-корр. РАМН Манчук В.Т.; отв. исполнитель – д.м.н., проф. Терещенко С.Ю.).

Нарушение адаптации у детей в условиях интенсивных учебных нагрузок, обусловленное как экзогенными, так и эндогенными факторами,

сопровождается изменением регулирующей функции вегетативной нервной системы, напряжением функционирования системы кровообращения, лабильностью артериального давления и изменениями показателей церебрального кровотока.

В структуре рецидивирующей/хронической головной боли у подростков, направленных врачами первичной сети в стационар с диагнозом «Синдром вегетативной дисфункции», преобладают головная боль напряжения (38 %), мигрень (17 %) и их сочетание (13 %).

В 2013 году 4 темы выполнялось по грантам:

Грант Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) «Мониторинг нарушения слуха мигрантов Севера коренного и пришлого населения Красноярского края с характеристикой адаптации соматического и нервно-психического статуса в процессе переселения».

При оценке состояния здоровья мигрантов с Севера на юг Красноярского края проведен мониторинг нарушений слуха, дана характеристика процесса адаптации по уровню соматического здоровья и нервно-психического статуса в процессе переселения. Методом корреляционной адаптометрии определялось наличие взаимосвязи между исследуемыми показателями патологии слуха и формой, степенью тяжести кардиоваскулярной патологии. Проведен анализ социально-психологических факторов. Разработана структура программного комплекса для обследования пациентов в области оториноларингологии. При разработке использована теория графов и объектно-ориентированный подход.

Грант Краевого государственного автономного учреждения «Красноярский краевой фонд поддержки научной и научно-технической деятельности» на выполнение НИР «Изучение регуляторно-метаболических механизмов дифференцировки моноцитов в дендритные клетки в норме и при раке почки».

Изучены регуляторно-метаболические механизмы дифференцировки моноцитов в дендритные клетки в норме и при раке почки. Разработана технология получения аутологичной дендритноклеточной вакцины. Оптимальными концентрациями цитокинов являются: ГМ-КСФ 100 нг/мл и ИФН- α 1000 ед/мл для дифференцировки моноцитов в НДК; TNF- α 20 нг/мл для активации дендритных клеток.

Грант Краевого государственного автономного учреждения «Красноярский краевой фонд поддержки научной и научно-технической деятельности» для реализации проекта «Разработка технологии изготовления дендритноклеточной вакцины для лечения онкологических заболеваний в Красноярском крае».

Разработана технология метаболической стимуляции дендритных клеток, которая позволяет получать дендритноклеточную вакцину с высоким уровнем индукции противоопухолевого иммунитета.

Грант Краевого государственного автономного учреждения «Красноярский краевой фонд поддержки научной и научно-технической деятельности» для реализации проекта «Разработка технологии подбора

иммуноактивных препаратов *in vitro* для персонифицированной терапии больных распространенным гнойным перитонитом».

Доказана эффективность хемилюминесцентных методов оценки чувствительности пациента к лекарственным препаратам, применяемым при лечении распространенного гнойного перитонита. Разработана технология для проведения персонифицированного функционального подбора иммуноактивных препаратов *in vitro*, проведены клинико-лабораторные испытания. Доказано, что хемилюминесцентные методы анализа могут быть использованы при подборе лекарственной терапии. Методы требуют малого количества времени для выполнения и могут быть внедрены в работу клинико-диагностических лабораторий.

В 2013 году получено 8 патентов на изобретения:

Патент № 2466395 РФ. Способ прогнозирования сердечно-сосудистых осложнений у больных ишемической болезнью сердца после аортокоронарного шунтирования / Савченко А.А., Савченко Е.А., Гринштейн Ю.И., Гринштейн И.Ю., Филоненко И.В.

Патент № 2478206 РФ. Способ прогнозирования рецидивов у больных острым лейкозом / Смирнова О.В., Манчук В.Т.

Патент № 2480760 РФ. Способ индивидуального подбора иммуноактивных препаратов при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний / Борисов А.Г., Савченко А.А.

Патент № 2482884 РФ. Способ коррекции общего недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста / Шилов С.Н., Миронова Е.В., Игнатова И.А.

Патент № 2485506 РФ. Способ дифференциальной диагностики первой и второй групп здоровья у детей коренного населения Крайнего Севера / Булыгин В.Г., Манчук В.Т., Терещенко С.Ю., Булыгина В.А.

Патент № 2486869 РФ. Способ прогнозирования риска развития синдрома церебральной ишемии у новорожденных / Терещенко С.Ю.; Новицкий И.А.; Даваа Я.Х.

Патент № 2492814 РФ. Способ определения инфицированности хламидиями больных бронхиальной астмой / Смирнова С.В., Шаравии А.О.

Патент № 2495422 РФ. Способ выбора антибиотика при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний / Савченко А.А., Борисов А.Г.

В 2013 году в ФГБУ «НИИМПС» СО РАМН разработано 7 новых медицинских технологий, представляющих собой методы диагностики и лечения:

Способ оценки риска развития синкопальных состояний у детей и подростков / Авторы: Эверт Л.С., Зайцева О.И., Покидышева Л.И., Лыткин В.А., Прахин Е.И., Быкова Е.В.

Способ оценки риска развития вегетативной дисфункции у детей / Авторы: Зайцева О.И., Эверт Л.С., Пуликов А.С., Прахин Е.И., Колодяжная Т.А., Петрова И.А., Быкова Е.В.

Способ оценки риска развития нарушений адаптации школьников в условиях высоких информационных нагрузок / Авторы: Эверт Л.С., Зайцева

О.И., Макарова М.В., Прахин Е.И., Паничева Е.С., Демко Е.А., Веденева В.Ю., Быкова Е.В.

Способ лабораторной диагностики хламидийного инфицирования слизистой оболочки верхних дыхательных путей / Авторы: Капустина Т.А., Белова Е.В., Кин Т.И., Маркина А.Н., Парилова О.В. Исполнитель: ФГБУ «НИИМПС» СО РАМН.

Способ клинико-анамнестической диагностики инфицирования хламидиями слизистой оболочки носа у больных с хроническим риносинуситом / Авторы: Капустина Т.А., Парилова О.В.

Способ коррекции мембранопатий у больных виллойским энцефаломиелитом / Авторы: Зайцева О. И., Дубов А. В., Эверт Л. С., Платонов Ф. А., Владимирцев В. А., Колодяжная Т. А.

Способ прогнозирования риска развития церебральной ишемии у новорожденных / Авторы: Терещенко С.Ю., Новицкий И.А., Зайцева О.И., Даваа Я. Х.

Разработаны 2 информационные технологии (программы для ЭВМ):

Оценка риска развития синкопальных состояний у детей и подростков. / Авторы: Покидышева Л.И., Лыткин В.А., Чемидов И.В., Эверт Л.С. / Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013615246.

«АИСТ» (Автоматическое Индивидуальное СоматоТипирование). / Авторы: Грицинская В.Л., Санчат Н.О., Салчак Н.Ю., Сенди С.С., Омзар О.С. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013619795.

Научные сотрудники ФГБУ «НИИМПС» СО РАМН (профессора, доктора наук, кандидаты наук, врачи-специалисты) проводят школы-семинары для врачей педиатров, неврологов, гастроэнтерологов, кардиологов, для врачей школ и колледжей г.Красноярска и Красноярского края, оказывают консультативно-диагностическую помощь пациентам и больным с различной патологией.