



ПРАВИТЕЛЬСТВО КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

27.06.2019

г. Красноярск

№ 441-р

1. В соответствии со статьей 103 Устава Красноярского края утвердить региональную программу Красноярского края «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» согласно приложению.
2. Опубликовать распоряжение на «Официальном интернет-портале правовой информации Красноярского края» (www.zakon.krskstate.ru).
3. Распоряжение вступает в силу со дня его подписания.



Первый заместитель
Губернатора края –
председатель
Правительства края

Ю.А. Лапшин

Приложение
к распоряжению Правительства
Красноярского края
от 27.06.2019 № 441-р

**Региональная программа Красноярского края
«Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»**

**Паспорт региональной программы Красноярского края
«Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»**

Наименование программы	региональная программа Красноярского края «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее – Программа)
Исполнители Программы	министерство здравоохранения Красноярского края; краевые государственные бюджетные учреждения здравоохранения (далее – медицинские организации); территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края (по согласованию)
Цели программы	улучшение качества жизни, сохранение здоровья и снижение смертности населения Красноярского края за счёт осуществления комплекса мероприятий по развитию приоритетных направлений повышения эффективности медицинской помощи при болезнях системы кровообращения (далее – БСК)
Задачи программы	разработка и реализация комплекса мер, направленных на совершенствование первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, своевременное выявление факторов риска, включая артериальную гипертонию, снижение риска ее развития, вторичную профилактику осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, повышение эффективности оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе совершенствование организации службы скорой медицинской помощи, информирование населения о симптомах острого нарушения мозгового кровообращения (далее – ОНМК) и острого коронарного синдрома (далее – ОКС), правилах действий больных и их окружающих при развитии неотложных состояний, совершенствование схем маршрутизации, внедрение и увеличение объемов применения высокоэффективных методов лечения, совершенствование медицинской реабилитации, кадровое обеспечение, материально-

	техническое обеспечение первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров и повышение профессиональной квалификации, участвующих в оказании медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями
Срок реализации программы	2019 - 2024 годы
Ожидаемые конечные результаты реализации программы	<p>К 2024 году планируется достижение следующих значений целевых показателей (индикаторов):</p> <ul style="list-style-type: none"> снижение уровня смертности от инфаркта до 58,9 на 100 тыс. населения; снижение смертности от нарушения мозгового кровообращения до 77,9 на 100 тыс. населения; снижение больничной летальности от инфаркта миокарда до 8,0%; снижения больничной летальности от острого нарушения мозгового кровообращения до 14,0%; повышение отношения числа рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях к общему числу выбывших больных, перенесших ОКС, до 83%; увеличение количества рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях до 6726 ед; повышение доли профильных госпитализаций пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи, до 95%

1. Анализ текущего состояния оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Субъекте. Основные показатели оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в разрезе районов субъекта РФ.

Для анализа использованы данные Росстата и региональной статистики. Данные предоставлены с указанием абсолютных значений, долей от общего числа и расчётных значений на 100 тыс. населения.

Численность постоянного населения Красноярского края по состоянию на 1 января 2019 года составила 2 872,6 тыс. человек, по отношению к 2018 году уменьшилась на 0,1 процент или на 3 862 человека.

Численность постоянного населения Красноярского края (на начало года)

Население	2017 год	2018 год	2019 год
Всё население	2 875,7 тыс. человек	2 876,5 тыс. человек	2 872,6 тыс. человек

Численность и плотность населения в районах Красноярского края неоднородна. Плотность населения в городах (число жителей на 1 кв. км) колеблется от 2 855,9 в городе Красноярске до 0,02 в Эвенкийском муниципальном районе.

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

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

Население	2017 год	2018 год	2019 год*
Городское население	2 220 078 человек	2 226 117 человек	2 228 527 человек
Сельское население	655 223 человек	650 380 человек	644 108 человек

* Данные за 2019 год предварительные.

По состоянию на 01.01.2018 численность мужчин составила 1 343,8 тыс. человек, женщин – 1 532,7 тыс. человек. Доля мужчин в структуре населения Красноярского края составляет 46,7 %, женщин – 53,3 %.

По предварительной оценке, в Красноярском крае в сельской местности проживает 644 108 человек. Численность сельского населения составляет 22,4 % от общей численности населения края.

В 2018 году, по предварительным данным, общий коэффициент рождаемости в крае составил 11,6 на 1000 человек населения, а коэффициент общей смертности - 12,3 на 1000 человек населения.

Рождаемость, смертность и естественный прирост населения Красноярского края в 2016-2018 годах

Показатель	2016 год	2017 год	2018 год*
Смертность	12,5	12,3	12,3
Рождаемость	13,9	12,4	11,6
Естественный прирост	1,4	0,1	-0,7

* Данные за 2018 год предварительные.

В 2018 году демографическая нагрузка на трудоспособное население края лицами старше трудоспособного возраста превышает демографическую нагрузку лицами моложе трудоспособного возраста.

В Красноярском крае в настоящее время сложился регрессивный тип населения. Доля лиц старше трудоспособного возраста (23,0 %) превышает долю лиц в возрасте от 0 до 15 лет (19,8 %).

Демографическая ситуация в Красноярском крае по итогам 2018 года (по данным Федеральной службы государственной статистики РФ). Общая смертность населения по итогам 2018 года в Красноярском крае составила 12,3 случаев на 100 тыс. населения, что ниже общероссийского показателя (СФО - 12,8 случаев на 100 тыс. нас., РФ - 12,4 случаев на 100 тыс. нас.).

Смертность от болезней сердечно-сосудистой системы в крае по итогам 2018 года составила 496,4 случаев на 100 тыс. населения, что ниже на 9,2 % показателя по Сибирскому федеральному округу (СФО - 542,4 случаев на 100 тыс. нас.) и ниже на 15,6 % общероссийского показателя (РФ- 573,6 случаев на 100 тыс. нас.).

Красноярский край занимает 22 место по нестандартизованной смертности от БСК, 54 - по нестандартизованной смертности от ИБС и 26 - по нестандартизованной смертности от ИМ в рейтинге субъектов РФ по нестандартизованным показателям и 68 место в рейтинге субъектов РФ по стандартизованному показателю смертности от БСК (2017 г.).

Красноярский край одним из первых вступил в программу по созданию сосудистых центров в 2007 году. Регион также стал участником программы «Stent for life» Европейского кардиологического общества. В результате активного развития системы оказания помощи кардиологическим больным в регионе отмечалось устойчивое снижение смертности от БСК в 2012-2016 гг. Однако темп снижения смертности от БСК оказался в 4 раза ниже, чем в РФ и в 3,5 раза ниже, чем в Сибирском федеральном округе.

1.1. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний

Численность, структура (возрастно-половой состав, городское/сельское) населения Красноярского края.

Численность населения Красноярского края на 1 января 2018 года.

Численность населения – 2876497 человек, из них:
 численность городского населения – 2226117 человек;
 численность сельского населения – 650380 человек.

- Численность детей:
 0-14 лет – 538773 человека;
 численность подростков (15-17 лет) – 85919 человек;
- Численность трудоспособного населения – 1646670 человек;
- Численность старше трудоспособного возраста – 661183 человек;
- Численность мужского населения – 1343804 человек;
- Численность женского населения – 1532693 человека;

Возрастно-половой состав населения по городским округам и муниципальным районам Красноярского края на 1 января 2018 года (по данным Красноярскстата)

Территория	Все население	Мужское население	Женское население	Городское население	Сельское население	Детское население	Трудоспособное население
Красноярский край	2876497	1343804	1532693	2226117	650380	624692	1646670
Город Красноярск	1091634	495458	596176	1090811	823	214861	670688
Город Ачинск	106531	47406	59125	106531	0	23607	59793
Город Боготол	20020	9061	10959	20020	0	4872	10209
Город Бородино	16127	7345	8782	16127	0	3666	8043
Город Дивногорск	33490	15159	18331	29246	4244	6795	18881
Город Енисейск	17826	8321	9505	17826	0	4364	9600
Город Канск	89508	40521	48987	89508	0	19538	48948
Город Лесосибирск	64323	29649	34674	64274	49	15322	34453
Город Минусинск	70910	32491	38419	70910	0	15787	36865
Город Назарово	49991	22404	27587	49991	0	10450	25616
Город Норильск	180239	90678	89561	180239	0	44556	122613
Город Сосновоборск	40128	18315	21813	40128	0	8380	21383
Город Шарыпово	46603	21284	25319	46603	0	10409	24565
Поселок Кедровый	5450	2567	2883	5450	0	1352	3131
Абанский район	19951	9686	10265	0	19951	4934	9805
Ачинский район	15213	7357	7856	0	15213	3179	8034
Балахтинский район	18664	8871	9793	6457	12207	4535	8972
Березовский район	41727	20076	21651	20953	20774	9550	23524
Бирилюсский район	9649	4639	5010	0	9649	2166	4992
Боготольский район	9751	4795	4956	0	9751	2266	5243
Богучанский район	45525	23663	21862	0	45525	10157	25931
Большемуртинский район	18243	8602	9641	7888	10355	4060	9129
Большеулуйский район	7525	3591	3934	0	7525	1830	3837
Дзержинский район	13254	6380	6874	0	13254	3235	6582
Емельяновский район	50799	27162	23637	11904	38895	10392	30236
Енисейский район	22828	11368	11460	3860	18968	5414	11738

Ермаковский район	19334	9088	10246	0	19334	4758	9109
Идринский район	11183	5346	5837	0	11183	2834	5479
Иланский район	23806	11402	12404	15030	8776	5775	12875
Ирбейский район	15468	7575	7893	0	15468	3820	8133
Казачинский район	9643	4654	4989	0	9643	2196	4801
Канский район	25316	12054	13262	0	25316	6242	13502
Каратузский район	14950	7112	7838	0	14950	3762	6874
Кежемский район	20674	10702	9972	16116	4558	4622	11870
Козульский район	16246	8015	8231	11698	4548	3808	8466
Краснотуранский район	14067	6636	7431	0	14067	3268	6965
Курагинский район	44977	21016	23961	26276	18701	10795	22328
Манский район	15668	7540	8128	0	15668	3763	7451
Минусинский район	25944	12214	13730	0	25944	6178	12924
Мотыгинский район	13891	6695	7196	7414	6477	3434	7326
Назаровский район	22063	10774	11289	0	22063	5546	12032
Нижнеингашский район	29422	13816	15606	15085	14337	6649	16431
Новоселовский район	12969	6139	6830	0	12969	3194	6520
Партизанский район	9283	4442	4841	0	9283	2293	4372
Пировский район	6867	3405	3462	0	6867	1650	3497
Рыбинский район	30943	14453	16490	15560	15383	7666	15917
Саянский район	10746	5089	5657	0	10746	2489	5243
Северо-Енисейский район	11090	5942	5148	6788	4302	2406	6747
Сухобузимский район	20064	9451	10613	0	20064	4541	9870
Таймырский Долгано-Ненецкий район	31762	15372	16390	21563	10199	9119	18619
Тасеевский район	11508	5472	6036	0	11508	2460	5908
Туруханский район	15971	7599	8372	4544	11427	4040	8888
Тюхтетский район	8077	3973	4104	0	8077	1972	4025
Ужурский район	31408	14853	16555	15586	15822	8033	16839
Уярский район	20715	10194	10521	11954	8761	4641	10716
Шарыповский район	14176	6821	7355	0	14176	3542	6833
Шушенский район	32164	14515	17649	17219	14945	7401	15388
Эвенкийский район	15147	7416	7731	0	15147	4468	8512

Показатели смертности населения Красноярского края.

Показатель смертности по данным Федеральной службы государственной статистики РФ
(Красноярский край, РФ, СФО)

Показатель	Российская Федерация	Сибирский Федеральны й округ	Красноярский край		
	январь - декабрь 2018	январь - декабрь 2018	январь - декабрь 2018	январь - декабрь 2017	2018 г. в % к 2017 г.
Общая смертность	1238,5	1288,9	1230,5	1227,0	100,3

Смертность от болезней системы кровообращения	573,6	542,4	496,4	428,6	115,8
---	-------	-------	-------	-------	-------

Примечание: Сведения по смертности за 12 месяцев 2018 года в Красноярском крае выгружены из Единого государственного реестра записей актов гражданского состояния (ЕГР ЗАГС).

За январь-декабрь 2018 года показатель смертности населения в крае составил 12,3 на 1000 населения (январь-декабрь 2017 года – 12,3 на 1000 населения).

Смертность в крае меньше среднероссийского показателя на 0,8 % (РФ – 12,4).

За январь-декабрь 2018 года показатель смертности по официальным данным Федеральной службы государственной статистики РФ от БСК составил – 496,4 на 100 тыс. населения (январь-декабрь 2017 года – 428,6 на 100 тыс. населения).

Смертность от БСК в крае меньше среднероссийского показателя на 13,5 % (РФ – 573,6).

По сравнению с предыдущими годами смертность от БСК в крае снижается:

в сравнении с 2014 годом - на 16,8% (596,5 на 100 тыс. населения в 2014 году),

в сравнении с 2017 годом - на 13,5% (в 2017 году смертность от БСК была 574,2 на 100 тыс. населения). Снижение смертности произошло во всех возрастных группах.

В трудоспособном возрасте смертность снизилась на 17,9% по сравнению с 2014 годом и на 9,5% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от БСК в трудоспособном возрасте предварительно составил 138,6 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста (в 2014 году 168,9 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 153,2 на 100 тыс. населения).

В возрасте старше трудоспособного смертность от БСК снизилась на 21,7% по сравнению с 2014 годом и на 15,0% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от БСК в возрасте старше трудоспособного составил 1812,8 на 100 тыс. соответствующего возраста (в 2014 году 2314,2 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 2133,6 на 100 тыс. населения).

В возрасте младше трудоспособного смертность от БСК снизилась на 70,6% по сравнению с 2014 годом и на 64,3% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от БСК в возрасте младше трудоспособного составил 0,5 на 100 тыс. населения в возрасте до 15 лет (в 2014 году 1,7 на 100 тыс. населения, в 2017 году 1,4 на 100 тыс. населения соответствующего возраста). В 2018 году у 3 детей в возрасте до 15 лет причиной смерти было сердечно-сосудистое заболевание (в 2014 году – 9 детей, 2017 году – у 8 детей).

Смертность от БСК по полу. В 2018 году доля умерших мужчин от БСК составила 47,1% от общего количества умерших от БСК. В 2014 году доля

мужчин составляла 45,9%, в 2017 году – 45,7%. Отмечается увеличение доли умерших мужчин от БСК.

Показатель смертности мужчин от БСК составил предварительно 500,3 на 100 тыс. населения мужского пола (в 2014 году – 586,8 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 561,8 на 100 тыс. населения мужского пола). Показатель умерших от БСК мужчин снижается в 2018 году – на 14,7% по сравнению с 2014 годом и на 10,9% по сравнению с 2017 годом.

В 2018 году доля умерших женщин от БСК составила 52,9% (2014 год – 54,1%, 2017 год – 54,3%). Отмечается небольшое снижение доли умерших женщин от БСК.

Показатель смертности женщин от БСК составил предварительно 492,7 на 100 тыс. населения женского пола (в 2014 году – 605,0 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 585,1 на 100 тыс. населения женского пола). Показатель умерших от БСК женщин также снижается в 2018 году – на 18,6% по сравнению с 2014 годом и на 15,8% по сравнению с 2017 годом.

Смертность от БСК (I00-I99) по городским округам и муниципальным районам
Красноярского края

Территория	2014 год		2017 год		12 месяцев 2018 год	
	Человек	На 100 тыс населения	Человек	На 100 тыс населения	Человек	На 100 тыс населения
г.Красноярск	4847	463,9	4722	434,1	3193	292,5
г.Ачинск	777	722,5	741	695,6	476	446,8
г.Боготол	239	1158,5	166	824,6	202	1009,0
г.Бородино	131	797,3	122	753,6	133	824,7
г.Дивногорск	246	748,6	281	841,5	263	785,3
г.Канск	697	758,4	617	686,5	669	747,4
г.Лесосибирск	475	730,4	462	717,4	300	466,4
г.Минусинск	520	728,5	487	684,7	605	853,2
г.Назарово	454	885,8	445	886,6	479	958,2
г.Норильск	358	202,1	387	215,7	359	199,2
г.Сосновоборск	162	446,1	190	478,0	174	433,6
г.Шарыпово	294	626,3	336	719,7	365	783,2
п.Кедровый	18	336,9	17	309,8	13	238,5
Абанский район	194	927,3	171	851,2	178	892,2
Ачинский район	123	761,5	130	849,6	66	433,8
Балахтинский район	191	970,2	194	1034,7	180	964,4
Березовский район	252	638,1	229	552,2	207	496,1
Бирилюсский район	92	906,8	92	944,0	91	943,1
Боготольский район	90	869,9	89	899,4	92	943,5
Богучанский район	223	487,2	188	412,9	157	344,9
Большемуртинский район	136	735,4	151	826,9	169	926,4

Большеулуйский район	68	872,9	52	687,0	38	505,0
Дзержинский район	116	839,9	81	608,4	77	581,0
Емельяновский район	243	508,6	203	408,3	259	509,9
Енисейский район	174	704,3	149	647,0	249	612,5
Ермаковский район	138	693,0	146	751,3	174	900,0
Идринский район	116	981,5	115	1018,0	144	1287,7
Иланский район	222	899,3	211	883,3	190	798,1
Ирбейский район	100	622,9	88	566,1	94	607,7
Казачинский район	80	781,5	68	697,9	58	601,5
Канский район	206	789,9	170	668,5	175	691,3
Каратузский район	156	1013,3	120	796,8	131	876,3
Кежемский район	108	504,5	98	468,9	78	377,3
Козульский район	138	835,0	120	737,8	88	541,7
Краснотуранский район	129	891,8	148	1048,9	142	1009,5
Курагинский район	360	774,8	358	791,1	286	635,9
Манский район	141	888,6	122	775,9	122	778,7
Минусинский район	176	674,3	171	659,0	191	736,2
Мотыгинский район	91	595,0	103	723,1	81	583,1
Назаровский район	174	758,6	167	751,3	185	838,5
Нижнеингашский район	257	825,6	260	877,9	200	679,8
Новоселовский район	94	705,2	130	997,2	127	979,3
Партизанский район	84	865,9	62	662,7	72	775,6
Пировский район	45	631,2	49	709,1	34	495,1
Рыбинский район	242	771,3	294	945,3	264	853,2
Саянский район	89	802,7	81	749,2	90	837,5
Северо-Енисейский район	54	442,4	52	463,0	34	306,6
Сухобузимский район	206	1032,1	140	698,8	111	553,2
Тасеевский район	107	872,1	105	907,5	118	1025,4
Туруханский район	105	614,8	94	583,0	83	519,7
Тюхтетский район	77	922,2	71	875,0	84	1040,0
Ужурский район	296	927,3	245	778,4	242	770,5
Уярский район	181	849,4	170	816,6	146	704,8
Шарыповский район	146	974,2	130	908,4	132	931,2
Шушенский район	220	674,7	272	844,1	244	758,6
Таймырский район	128	380,7	111	346,6	107	336,9
Эвенкийский район	76	490,1	86	565,3	63	415,9

Смертность от ГБ (I10-15)

По предварительным данным смертность от ГБ за 2018 год в Красноярском крае составила 9,4 случая на 100 тыс. человек населения (умер 271 человек).

В 2018 году по сравнению с 2014 годом смертность от ГБ увеличилась на 2,2% (в 2014 году показатель 9,2 на 100 тыс. населения, 262 умерших) и

снизилась по сравнению с 2017 годом на 37,7% (показатель смертности от ГБ в 2017 году 15,1 на 100 тыс. населения, 434 человека умерших).

Увеличение смертности от ГБ в 2018 году по сравнению с 2014 годом произошло в возрастной категории старше трудоспособного возраста – на 0,3%. Показатель смертности от ГБ в данной возрастной группе в 2018 году составил 38,9 на 100 тыс. населения данного возраста (2014 год – 38,8 на 100 тыс. населения). При этом смертность возросла у женщин в данной возрастной группе на 3,9% (2018 год – 37,6 на 100 тыс. женщин старше трудоспособного возраста, 2014 год – 36,2 на 100 тыс.).

По сравнению с 2017 годом смертность в данном возрасте снизилась на 37,8% (в 2017 году показатель составил 62,5 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста).

В трудоспособном возрасте смертность снизилась на 40,0% по сравнению с 2014 годом и с 2017 годом. В 2018 показатель смертности от ГБ в трудоспособном возрасте составил 0,9 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста (в 2014 году – 1,5 на 100 тыс. населения, в 2017 году – также 1,5 на 100 тыс. населения).

В 2018 году доля умерших мужчин от ГБ составила 34,7% (2014 год – 38,5%, 2017 год – 29,5%). Доля умерших от ГБ женщин составила в 2018 году 65,3% (2014 год – 61,5%, 2017 год – 70,5%).

Смертность от ИБС (I20-25)

По предварительным данным смертность от ИБС за 2018 год составила 290,8 на 100 тыс. населения (умерло 8365 человек). По сравнению с предыдущими годами смертность от ИБС в крае снижается:

в сравнении с 2014 годом – на 20,9% (367,8 на 100 тыс. населения в 2014 году),

в сравнении с 2017 годом – на 21,3% (в 2017 году смертность от ИБС составила 369,7 на 100 тыс. населения).

Снижение смертности произошло во всех возрастных группах.

В трудоспособном возрасте смертность снизилась на 24,2% по сравнению с 2014 годом и на 17,5% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от ИБС в трудоспособном возрасте предварительно составил 83,6 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста (в 2014 году 110,3 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 101,3 на 100 тыс. населения).

В возрасте старше трудоспособного смертность от ИБС снизилась на 25,1% по сравнению с 2014 годом и на 22,7% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от ИБС в возрасте старше трудоспособного составил 1056,6 на 100 тыс. соответствующего возраста (в 2014 году 1410,6 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 1367,5 на 100 тыс. населения).

В 2018 году доля умерших мужчин от ИБС составила 48,9% (2014 год – 47,7%, 2017 год – 47,5%). Доля умерших от ИБС женщин составила в 2018 году 51,1% (2014 год – 52,3%, 2017 год – 52,5%).

Смертность от ИБС (I20-I25) по городским округам и муниципальным районам
Красноярского края

Территория	2014 год		2017 год		12 месяцев 2018 год	
	ИБС (I20-I25)					
	Человек	На 100 тыс населения	Человек	На 100 тыс населения	Человек	На 100 тыс населения
г.Красноярск	3134	299,9	3066	281,9	1767	161,9
г.Ачинск	517	480,7	511	479,7	231	216,8
г.Боготол	145	702,8	120	596,1	158	789,2
г.Бородино	60	365,2	58	358,3	56	347,2
г.Дивногорск	168	511,2	201	602,0	183	546,4
г.Канск	343	373,2	423	470,7	455	508,3
г.Лесосибирск	348	535,1	370	574,5	242	376,2
г.Минусинск	302	423,1	360	506,2	481	678,3
г.Назарово	299	583,4	327	651,5	151	302,1
г.Норильск	207	116,9	214	119,3	174	96,5
г.Сосновоборск	68	187,3	123	309,4	107	266,6
г.Шарыпово	194	413,3	202	432,7	237	508,6
п.Кедровый	13	243,3	8	145,8	9	165,1
Абанский район	89	425,4	105	522,7	91	456,1
Ачинский район	82	507,7	94	614,3	33	216,9
Балахтинский район	121	614,6	133	709,3	127	680,5
Березовский район	155	392,5	159	383,4	132	316,3
Бирилюсский район	51	502,7	61	625,9	44	456,0
Боготольский район	54	521,9	55	555,8	73	748,6
Богучанский район	116	253,4	101	221,8	84	184,5
Большемуртинский район	60	324,4	75	410,7	98	537,2
Большеулуйский район	42	539,2	40	528,5	19	252,5
Дзержинский район	75	543,0	47	353,0	42	316,9
Емельяновский район	143	299,3	106	213,2	132	259,8
Енисейский район	116	469,6	116	503,7	182	447,7
Ермаковский район	72	361,6	111	571,2	121	625,8
Идринский район	61	516,1	56	495,7	64	572,3
Иланский район	114	461,8	135	565,1	107	449,5
Ирбейский район	40	249,1	45	289,5	43	278,0
Казачинский район	54	527,5	56	574,8	43	445,9
Канский район	132	506,1	117	460,1	122	481,9
Каратузский район	112	727,5	83	551,1	87	581,9
Кежемский район	65	303,7	58	277,5	45	217,7

Козульский район	96	580,9	84	516,4	44	270,8
Краснотуранский район	109	753,5	123	871,7	125	888,6
Курагинский район	212	456,2	196	433,1	167	371,3
Манский район	87	548,3	76	483,3	78	497,8
Минусинский район	125	478,9	135	520,3	150	578,2
Мотыгинский район	61	398,9	68	477,4	59	424,7
Назаровский район	130	566,8	131	589,3	68	308,2
Нижнеингашский район	145	465,8	167	563,9	109	370,5
Новоселовский район	57	427,6	70	537,0	64	493,5
Партизанский район	50	515,4	25	267,2	38	409,4
Пировский район	29	406,8	34	492,0	24	349,5
Рыбинский район	168	535,5	194	623,8	159	513,8
Саянский район	36	324,7	31	286,7	29	269,9
Северо-Енисейский район	36	294,9	40	356,1	19	171,3
Сухобузимский район	148	741,5	95	474,2	48	239,2
Тасеевский район	70	570,5	61	527,2	69	599,6
Туруханский район	62	363,0	58	359,7	44	275,5
Тюхтетский район	53	634,7	40	493,0	67	829,5
Ужурский район	244	764,4	173	549,6	161	512,6
Уярский район	87	408,3	97	465,9	75	362,1
Шарыповский район	96	640,6	87	607,9	85	599,6
Шушенский район	135	414,0	125	387,9	116	360,7
Таймырский район	77	229,0	55	171,7	40	125,9
Эвенкийский район	38	245,0	44	289,2	27	178,3

Смертность от ИМ (I21-22)

По предварительным данным смертность от ИМ за 2018 год составила 48,3 на 100 тыс. населения (умерло 1390 человек). По сравнению с предыдущими годами смертность от ИМ в крае снижается:

в сравнении с 2014 годом – на 38,3% (78,3 на 100 тыс. населения в 2014 году),

в сравнении с 2017 годом – на 37,2% (в 2017 году смертность от ИМ составила 76,9 на 100 тыс. населения).

Снижение смертности произошло во всех возрастных группах.

В трудоспособном возрасте смертность снизилась на 53,9% по сравнению с 2014 годом и на 40,0% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от ИМ в трудоспособном возрасте предварительно составил 13,5 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста (в 2014 году 29,3 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 22,5 на 100 тыс. населения).

В возрасте старше трудоспособного смертность от ИМ снизилась на 37,7% по сравнению с 2014 годом и на 37,1% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от ИБС в возрасте старше трудоспособного составил

176,7 на 100 тыс. соответствующего возраста (в 2014 году 283,8 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 280,8 на 100 тыс. населения).

В 2018 году доля умерших мужчин от ИМ составила 50,9% (2014 год – 55,3%, 2017 год – 54,0%). Доля умерших от ИМ женщин составила в 2018 году 49,1% (2014 год – 44,7%, 2017 год – 46,0%).

**Смертность от ИМ (I21-I22) по городским округам и муниципальным районам
Красноярского края**

Территория	2014 год		2017 год		12 месяцев 2018 год	
	Инфаркт миокарда (I21-I22)					
	Человек	На 100 тыс населения	Человек	На 100 тыс населения	Человек	На 100 тыс населения
г.Красноярск	842	80,6	842	77,4	483	44,2
г.Ачинск	164	152,5	229	215,0	91	85,4
г.Боготол	20	96,9	34	168,9	9	45,0
г.Бородино	19	115,6	19	117,4	20	124,0
г.Дивногорск	53	161,3	19	56,9	14	41,8
г.Канск	60	65,3	40	44,5	38	42,5
г.Лесосибирск	52	80,0	16	24,8	11	17,1
г.Минусинск	25	35,0	45	63,3	50	70,5
г.Назарово	57	111,2	56	111,6	24	48,0
г.Норильск	80	45,2	75	41,8	74	41,1
г.Сосновоборск	30	82,6	29	73,0	10	24,9
г.Шарыпово	62	132,1	24	51,4	15	32,2
п.Кедровый	4	74,9	0	0,0	1	18,3
Абанский район	6	28,7	52	258,8	19	95,2
Ачинский район	24	148,6	43	281,0	11	72,3
Балахтинский район	15	76,2	8	42,7	6	32,1
Березовский район	36	91,2	16	38,6	11	26,4
Бирилюсский район	13	128,1	18	184,7	5	51,8
Боготольский район	7	67,7	11	111,2	1	10,3
Богучанский район	27	59,0	43	94,4	27	59,3
Большемуртинский район	5	27,0	6	32,9	5	27,4
Большеулуйский район	9	115,5	13	171,8	3	39,9
Дзержинский район	18	130,3	5	37,6	2	15,1
Емельяновский район	33	69,1	19	38,2	29	57,1
Енисейский район	13	52,6	11	47,8	13	32,0
Ермаковский район	10	50,2	6	30,9	7	36,2
Идринский район	6	50,8	6	53,1	3	26,8
Иланский район	10	40,5	10	41,9	4	16,8
Ирбейский район	7	43,6	2	12,9	5	32,3
Казачинский район	12	117,2	3	30,8	7	72,6
Канский район	16	61,4	2	7,9	6	23,7

Каратузский район	7	45,5	10	66,4	9	60,2
Кежемский район	9	42,0	11	52,6	10	48,4
Козульский район	19	115,0	40	245,9	20	123,1
Краснотуранский район	7	48,4	6	42,5	3	21,3
Курагинский район	27	58,1	28	61,9	34	75,6
Манский район	9	56,7	13	82,7	6	38,3
Минусинский район	16	61,3	25	96,3	18	69,4
Мотыгинский район	16	104,6	23	161,5	17	122,4
Назаровский район	16	69,8	21	94,5	8	36,3
Нижнеингашский район	14	45,0	16	54,0	7	23,8
Новоселовский район	10	75,0	3	23,0	2	15,4
Партизанский район	7	72,2	7	74,8	8	86,2
Пировский район	7	98,2	1	14,5	1	14,6
Рыбинский район	50	159,4	39	125,4	28	90,5
Саянский район	15	135,3	17	157,2	13	121,0
Северо-Енисейский район	1	8,2	2	17,8	2	18,0
Сухобузимский район	26	130,3	23	114,8	15	74,8
Тасеевский район	15	122,3	6	51,9	4	34,8
Туруханский район	20	117,1	13	80,6	10	62,6
Тюхтетский район	6	71,9	8	98,6	5	61,9
Ужурский район	31	97,1	27	85,8	27	86,0
Уярский район	29	136,1	35	168,1	18	86,9
Шарыповский район	29	193,5	11	76,9	5	35,3
Шушенский район	9	27,6	12	37,2	19	59,1
Таймырский район	14	41,6	9	28,1	11	34,6
Эвенкийский район	10	64,5	8	52,6	10	66,0

Смертность от ЦВБ (I60-69)

По предварительным данным смертность от ЦВБ за 2018 год в Красноярском крае составила 141,7 случая на 100 тыс. человек населения (умерло 4075 человек).

В 2018 году по сравнению с 2014 годом смертность от ЦВБ снизилась на 12,6% (в 2014 году показатель 162,1 на 100 тыс. населения, 4628 умерших) и увеличилась по сравнению с 2017 годом на 0,4% (показатель смертности от ЦВБ в 2017 году 141,2 на 100 тыс. населения, умерло 4061 человек).

Увеличение смертности от ЦВБ в 2018 году по сравнению с 2017 годом произошло в трудоспособном возрасте – на 1,5%. Показатель смертности от ЦВБ в данной возрастной группе в 2018 году составил 32,9 на 100 тыс. населения данного возраста (2017 год – 32,4 на 100 тыс. населения). При этом смертность возросла у мужчин в данной возрастной группе на 5,2% (2018 год – 50,6 на 100 тыс. мужчин трудоспособного возраста, 2017 год – 48,1 на 100 тыс.).

По сравнению с 2014 годом смертность от ЦВБ в трудоспособном возрасте снизилась на 4,9% (в 2014 году показатель составил 34,6 на 100 тыс. женщин данного возраста).

В возрасте старше трудоспособного смертность от ЦВБ снизилась на 19,1% по сравнению с 2014 годом и на 0,8% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от ЦВБ в возрасте старше трудоспособного составил 533,9 на 100 тыс. соответствующего возраста (в 2014 году 660,1 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 538,1 на 100 тыс. населения).

В возрасте младше трудоспособного смертность от ЦВБ снизилась на 33,3% по сравнению с 2014 годом и осталась на таком же уровне по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от ЦВБ в возрасте младше трудоспособного составил 0,4 на 100 тыс. населения в возрасте до 15 лет (в 2014 году 0,6 на 100 тыс. населения, в 2017 году 0,4 на 100 тыс. населения соответствующего возраста). В 2018 г. и в 2017 г. у 2 детей в возрасте до 15 лет причина смерти была ЦВБ, в 2014 году – у 3 детей.

В 2018 году доля умерших мужчин от ЦВБ составила 44,0% (2014 год – 41,9%, 2017 год – 42,1%). Доля умерших от ЦВБ женщин составила в 2018 году 56,0% (2014 год – 58,1%, 2017 год – 57,9%).

Смертность от ЦВБ (I60-I69) по городским округам и муниципальным районам Красноярского края

Территория	2014 год		2017 год		12 месяцев 2018 год	
	ЦВБ (I60-I69)					
	Человек	На 100 тыс населения	Человек	На 100 тыс населения	Человек	На 100 тыс населения
г.Красноярск	1273	121,8	1099	101,0	1086	99,5
г.Ачинск	185	172,0	149	139,9	176	165,2
г.Боготол	47	227,8	39	193,7	39	194,8
г.Бородино	39	237,4	43	265,6	37	229,4
г.Дивногорск	55	167,4	67	200,7	55	164,2
г.Канск	294	319,9	142	158,0	136	151,9
г.Лесосибирск	96	147,6	80	124,2	41	63,7
г.Минусинск	163	228,4	92	129,4	89	125,5
г.Назарово	125	243,9	101	201,2	100	200,0
г.Норильск	85	48,0	84	46,8	104	57,7
г.Сосновоборск	68	187,3	49	123,3	52	129,6
г.Шарыпово	74	157,6	87	186,3	73	156,6
п.Кедровый	5	93,6	6	109,3	3	55,0
Абанский район	72	344,1	44	219,0	62	310,8
Ачинский район	26	161,0	28	183,0	16	105,2
Балахтинский район	43	218,4	46	245,3	37	198,2
Березовский район	62	157,0	52	125,4	53	127,0
Бирилюсский район	34	335,1	26	266,8	41	424,9

Боготольский район	18	174,0	29	293,1	16	164,1
Богучанский район	50	109,2	64	140,6	53	116,4
Большемуртинский район	60	324,4	72	394,3	63	345,3
Большеулуйский район	20	256,7	5	66,1	17	225,9
Дзержинский район	34	246,2	29	217,8	28	211,3
Емельяновский район	72	150,7	53	106,6	77	151,6
Енисейский район	32	129,5	22	95,5	55	135,3
Ермаковский район	51	256,1	24	123,5	36	186,2
Идринский район	49	414,6	56	495,7	73	652,8
Иланский район	83	336,2	71	297,2	68	285,6
Ирбейский район	42	261,6	22	141,5	25	161,6
Казачинский район	24	234,4	11	112,9	15	155,6
Канский район	60	230,1	43	169,1	32	126,4
Каратузский район	31	201,4	29	192,6	34	227,4
Кежемский район	31	144,8	21	100,5	21	101,6
Козульский район	35	211,8	29	178,3	37	227,7
Краснотуранский район	12	83,0	17	120,5	13	92,4
Курагинский район	78	167,9	97	214,3	89	197,9
Манский район	49	308,8	30	190,8	31	197,9
Минусинский район	31	118,8	23	88,6	25	96,4
Мотыгинский район	23	150,4	29	203,6	17	122,4
Назаровский район	34	148,2	28	126,0	19	86,1
Нижнеингашский район	83	266,6	77	260,0	78	265,1
Новоселовский район	14	105,0	22	168,8	23	177,3
Партизанский район	23	237,1	22	235,2	30	323,2
Пировский район	12	168,3	13	188,1	6	87,4
Рыбинский район	59	188,1	82	263,7	83	268,2
Саянский район	35	315,7	30	277,5	42	390,8
Северо-Енисейский район	14	114,7	11	97,9	13	117,2
Сухобузимский район	39	195,4	33	164,7	55	274,1
Тасеевский район	28	228,2	40	345,7	36	312,8
Туруханский район	27	158,1	23	142,6	27	169,1
Тюхтетский район	7	83,8	13	160,2	15	185,7
Ужурский район	37	115,9	63	200,2	65	207,0
Уярский район	75	352,0	48	230,6	50	241,4
Шарыповский район	33	220,2	27	188,7	28	197,5
Шушенский район	69	211,6	89	276,2	82	254,9
Таймырский район	30	89,2	34	106,2	41	129,1
Эвенкийский район	17	109,6	25	164,3	22	145,2

Смертность от САК (I60)

По предварительным данным смертность от САК за 2018 год в Красноярском крае составила 4,4 случая на 100 тыс. человек населения (умерло 126 человек).

В 2018 году по сравнению с 2014 годом смертность от САК увеличилась на 12,8% (в 2014 году показатель 3,9 на 100 тыс. населения, 112 умерших) и снизилась по сравнению с 2017 годом на 8,3% (показатель смертности от САК в 2017 году 4,8 на 100 тыс. населения, 139 человек умерло).

Увеличение смертности от САК в 2018 году по сравнению с 2014 годом произошло в трудоспособном возрасте – на 26,9%. Показатель смертности от САК в данной возрастной группе в 2018 году составил 3,3 на 100 тыс. населения данного возраста (2014 год – 2,6 на 100 тыс. населения). При этом смертность возросла как у мужчин в данной возрастной группе - на 29,4% (2018 год – 4,4 на 100 тыс. мужчин трудоспособного возраста, 2014 год – 3,4 на 100 тыс. населения), так и у женщин - на 22,2% (2018 год – 2,2 на 100 тыс. женщин трудоспособного возраста, 2014 год – 1,8 на 100 тыс.).

По сравнению с 2017 годом смертность в трудоспособном возрасте снизилась на 8,3% (в 2017 году показатель составил 3,6 на 100 тыс. населения данного возраста).

В возрасте старше трудоспособного смертность от САК снизилась на 3,6% по сравнению с 2014 годом и на 10,9% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от САК в возрасте старше трудоспособного составил 10,6 на 100 тыс. соответствующего возраста (в 2014 году 11,0 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 11,9 на 100 тыс. населения).

В 2017 г. и в 2018 г. было зарегистрировано по 1 ребенку в возрасте до 15 лет, умерших от САК.

В 2018 году доля умерших мужчин от САК составила 54,8% (2014 год – 50,9%, 2017 год – 48,9%). Доля умерших от САК женщин составила в 2018 году 45,2% (2014 год – 49,1%, 2017 год – 51,1%).

Смертность от внутримозгового кровоизлияния (I61) и другого нетравматического ВЧК (I62)

По предварительным данным смертность от ВМК за 2018 год в Красноярском крае составила 30,4 случая на 100 тыс. человек населения (умерло 875 человек).

В 2018 году по сравнению с 2014 годом смертность от САК снизилась на 9,5% (в 2014 году показатель 33,6 на 100 тыс. населения, 960 умерших) и увеличилась по сравнению с 2017 годом на 4,5% (показатель смертности от ВМК в 2017 году 29,1 на 100 тыс. населения, 838 человек умерло).

По сравнению с 2017 годом увеличение смертности от ВМК в 2018 году произошло во всех возрастных группах:

- в трудоспособном возрасте на 12,0%. Показатель смертности от ВМК в данной возрастной группе в 2018 году составил 15,9 на 100 тыс. населения (2017

год – 14,2 на 100 тыс. населения). При этом смертность увеличилась за счет мужчин – на 28,3%.

- в возрасте старше трудоспособного на 0,7% (у мужчин в данном возрасте на 0,7%, у женщин на 0,4%). В 2018 году показатель смертности от ВМК в возрасте старше трудоспособного составил 92,6 на 100 тыс. соответствующего возраста, в 2017 году – 92,0 на 100 тыс. населения.

- в возрасте до 15 лет в 2018 году от ВМК умер 1 ребенок, в 2017 году – умерших не было.

По сравнению с 2014 годом смертность от ВМК снизилась во всех возрастных группах:

- в трудоспособном возрасте – на 3,6% (показатель смертности в трудоспособном возрасте в 2018 году 15,9 на 100 тыс., в 2014 году - 16,5 на 100 тыс. населения),

- в возрасте старше трудоспособного – на 16,2% (показатель в 2018 году 92,6 на 100 тыс., в 2014 году 110,5 на 100 тыс. населения).

В возрасте до 15 лет в 2014 году зарегистрировано 2 умерших ребенка, в 2018 году один ребенок.

В 2018 году доля умерших мужчин от ВМК и ВЧК составила 55,5% (2014 год – 53,0%, 2017 год – 51,6%). Доля умерших от ВМК и ВЧК женщин составила в 2018 году 44,5% (2014 год – 47,0%, 2017 год – 48,4%).

Смертность от инфаркта мозга (I63)

По предварительным данным смертность от инфаркта мозга за 2018 год составила 57,6 на 100 тыс. населения (умерло 1656 человек). По сравнению с предыдущими годами смертность от инфаркта мозга в крае снижается:

в сравнении с 2014 годом – на 12,5% (65,8 на 100 тыс. населения в 2014 году),

в сравнении с 2017 годом – на 10,4% (в 2017 году смертность от инфаркта мозга составила 64,3 на 10 тыс. населения).

Снижение смертности произошло во всех возрастных группах.

В трудоспособном возрасте смертность снизилась на 23,7% по сравнению с 2014 годом и на 20,4% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от инфаркта мозга в трудоспособном возрасте предварительно составил 9,0 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста (в 2014 году 11,8 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 11,3 на 100 тыс. населения).

В возрасте старше трудоспособного смертность от инфаркта мозга снизилась на 17,1% по сравнению с 2014 годом и на 10,2% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от инфаркта мозга в возрасте старше трудоспособного составил 227,8 на 100 тыс. соответствующего возраста (в 2014 году 274,8 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 253,6 на 100 тыс. населения).

В 2018 году доля умерших мужчин от инфаркта мозга составила 42,8% (2014 год – 43,4%, 2017 год – 42,2%). Доля умерших от инфаркта мозга женщин составила в 2018 году 57,2% (2014 год – 56,6%, 2017 год – 57,8%).

Смертность от инсульта, неуточненного как кровоизлияние или инфаркт

По предварительным данным смертность от неуточненного инсульта за 2018 год составила 3,4 на 100 тыс. населения (умерло 97 человек). По сравнению с предыдущими годами смертность от инфаркта мозга в крае снижается:

в сравнении с 2014 годом – на 69,1% (11,0 на 100 тыс. населения в 2014 году),

в сравнении с 2017 годом – на 2,9% (в 2017 году смертность от неуточненного инсульта составила 3,5 на 10 тыс. населения).

Снижение смертности произошло во всех возрастных группах.

В трудоспособном возрасте смертность снизилась на 80,0% по сравнению с 2014 годом и на 33,3% по сравнению с 2017 годом. В 2018 году показатель смертности от неуточненного инсульта в трудоспособном возрасте предварительно составил 0,2 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста (в 2014 году 1,0 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 0,3 на 100 тыс. населения).

В возрасте старше трудоспособного смертность от неуточненного инсульта снизилась на 70,7% по сравнению с 2014 годом и на 2,1% по сравнению с 2017 годом.

В 2018 году показатель смертности от неуточненного инсульта в возрасте старше трудоспособного составил 14,2 на 100 тыс. соответствующего возраста (в 2014 году 48,5 на 100 тыс. населения, в 2017 году – 14,5 на 100 тыс. населения).

В 2018 году доля умерших мужчин от неуточненного инсульта составила 38,1% (2014 год – 39,9%, 2017 год – 30,0%). Доля умерших от неуточненного инсульта женщин составила в 2018 году 61,9% (2014 год – 60,1%, 2017 год – 70,0%).

Смертность от ОНМК (I60-I64) по городским округам и муниципальным районам Красноярского края

Территория	2014 год		2017 год		12 месяцев 2018 год	
	ОНМК (I60-I64)					
	Человек	На 100 тыс населения	Человек	На 100 тыс населения	Человек	На 100 тыс населен ия
г.Красноярск	987	94,5	814	74,8	758	69,4
г.Ачинск	175	162,7	136	127,7	122	114,5
г.Боготол	42	203,6	33	163,9	27	134,9
г.Бородино	36	219,1	38	234,7	30	186,0
г.Дивногорск	41	124,8	47	140,8	35	104,5
г.Канск	124	134,9	112	124,6	101	112,8
г.Лесосибирск	79	121,5	73	113,4	37	57,5

г.Минусинск	123	172,3	70	98,4	63	88,8
г.Назарово	92	179,5	80	159,4	78	156,0
г.Норильск	67	37,8	57	31,8	59	32,7
г.Сосновоборск	27	74,4	35	88,0	29	72,3
г.Шарыпово	73	155,5	78	167,1	72	154,5
п.Кедровый	5	93,6	4	72,9	3	55,0
Абанский район	34	162,5	25	124,4	31	155,4
Ачинский район	26	161,0	27	176,5	11	72,3
Балахтинский район	35	177,8	32	170,7	30	160,7
Березовский район	52	131,7	42	101,3	41	98,3
Бирилюсский район	20	197,1	7	71,8	11	114,0
Боготольский район	16	154,7	27	272,9	12	123,1
Богучанский район	41	89,6	46	101,0	31	68,1
Большемуртинский район	21	113,6	25	136,9	30	164,4
Большеулуйский район	20	256,7	5	66,1	9	119,6
Дзержинский район	26	188,3	24	180,3	18	135,8
Емельяновский район	50	104,7	48	96,5	71	139,8
Енисейский район	29	117,4	15	65,1	23	56,6
Ермаковский район	23	115,5	20	102,9	33	170,7
Идринский район	16	135,4	14	123,9	7	62,6
Иланский район	31	125,6	22	92,1	18	75,6
Ирбейский район	8	49,8	11	70,8	9	58,2
Казачинский район	20	195,4	10	102,6	15	155,6
Канский район	36	138,0	38	149,4	20	79,0
Каратузский район	28	181,9	25	166,0	31	207,4
Кежемский район	17	79,4	15	71,8	12	58,0
Козульский район	24	145,2	27	166,0	26	160,0
Краснотуранский район	9	62,2	15	106,3	12	85,3
Курагинский район	75	161,4	80	176,8	71	157,9
Манский район	33	208,0	24	152,6	25	159,6
Минусинский район	24	91,9	19	73,2	22	84,8
Мотыгинский район	22	143,9	28	196,6	13	93,6
Назаровский район	34	148,2	27	121,5	18	81,6
Нижнеингашский район	38	122,1	38	128,3	25	85,0
Новоселовский район	12	90,0	10	76,7	16	123,4
Партизанский район	13	134,0	18	192,4	27	290,9
Пировский район	6	84,2	7	101,3	3	43,7
Рыбинский район	52	165,7	77	247,6	77	248,8
Саянский район	32	288,6	27	249,7	30	279,2
Северо-Енисейский район	8	65,5	8	71,2	8	72,1
Сухобузимский район	38	190,4	26	129,8	27	134,6
Тасеевский район	17	138,6	26	224,7	23	199,9
Туруханский район	19	111,2	21	130,2	16	100,2

Тюхтетский район	7	83,8	7	86,3	7	86,7
Ужурский район	35	109,7	51	162,0	54	171,9
Уярский район	66	309,7	42	201,7	38	183,4
Шарыповский район	30	200,2	25	174,7	28	197,5
Шушенский район	29	88,9	60	186,2	58	180,3
Таймырский район	15	44,6	16	50,0	20	63,0
Эвенкийский район	12	77,4	13	85,5	10	66,0

Смертность от сердечной недостаточности (I50)

Смерть от сердечной недостаточности в Красноярском крае была зарегистрирована только в 2014 году (64 случая). Показатель составил 2,2 на 100 тыс. населения. При этом 91,1% умерли в возрасте старше трудоспособного, 8,9% - в трудоспособном возрасте. Доля умерших от сердечной недостаточности мужчин составила 32,8%, женщин – 67,2%. В 2017-2018 годах смертность по данной причине не регистрировали.

Смертность от остановки сердца (I46)

По предварительным данным смерть от остановки сердца была зарегистрирована в 1 случае в 2018 году (0,03 на 100 тыс. населения).

В 2017 году смертность от остановки сердца не регистрировали.

В 2014 году показатель смертности от остановки сердца составил 0,4 на 100 тыс. населения (11 человек). По сравнению с 2014 годом смертность от остановки сердца снизилась на 92,5%.

В трудоспособном возрасте смертность снизилась на 80,0% по сравнению с 2014 годом. В 2018 году показатель смертности от остановки сердца в трудоспособном возрасте предварительно составил 0,06 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста (в 2014 году 0,3 на 100 тыс. населения).

В возрасте старше трудоспособного смертность от остановки сердца в 2018 году не регистрировали. В 2014 году показатель смертности от остановки сердца в возрасте старше трудоспособного составил 0,8 на 100 тыс. соответствующего возраста.

Также в 2014 году зарегистрирован 1 случай смерти от остановки сердца в возрасте младше трудоспособного (0,2 на 100 тыс. населения соответствующего возраста).

В 2018 году умерший от остановки сердца был мужчина. В 2014 году доля умерших по данной причине мужчин составила 54,5%, женщин – 45,5%.

За последние 5 лет смертность от фибрилляций сердца (I48) в Красноярском крае не регистрирована.

Смертность городского и сельского населения Красноярского края от БСК

Предварительно за 12 месяцев 2018 года показатель смертности городского населения Красноярского края от БСК составил 444,0 на 100 тыс.

городского населения. По сравнению с предыдущими годами смертность от БСК в крае снижается:

в сравнении с 2014 годом - на 19,8% (553,5 на 100 тыс. населения в 2014 году), в том числе в трудоспособном возрасте на 21,2%, в возрасте старше трудоспособного – на 24,6%;

в сравнении с 2017 годом - на 17,0% (в 2017 году смертность от БСК была 534,7 на 100 тыс. населения), в том числе в трудоспособном возрасте на 10,1%, в возрасте старше трудоспособного на 19,5%.

Предварительно за 12 месяцев 2018 года показатель смертности сельского населения Красноярского края от БСК составил 675,0 на 100 тыс. сельского населения. По сравнению с предыдущими годами смертность от БСК в крае снижается:

в сравнении с 2014 годом - на 8,6% (738,9 на 100 тыс. населения в 2014 году), в том числе в трудоспособном возрасте на 6,2%, в возрасте старше трудоспособного – на 17,8%;

в сравнении с 2017 годом - на 4,7% (в 2017 году смертность от БСК была 708,6 на 100 тыс. населения), в том числе в трудоспособном возрасте на 6,0%, в возрасте старше трудоспособного – на 6,5%.

В 2018 году у 3 городских детей в возрасте до 15 лет причиной смерти было сердечно-сосудистое заболевание (в 2014 году – у 7 детей, 2017 году – также у 7 детей). Среди сельских жителей края в 2018 году не было умерших от БСК детей в возрасте до 15 лет (в 2014 году – 2 ребенка, 2017 году – 1 ребенок).

Смертность от БСК по полу. В 2018 году доля умерших городских мужчин от БСК составила 46,6% от общего количества умерших от БСК (сельских жителей – 48,3%). В 2014 году доля городских мужчин составляла 45,9% (сельских – 45,9%), в 2017 году городских мужчин – 45,1% (сельских жителей – 47,2%). Отмечается увеличение доли умерших от БСК мужчин как жителей города, так и сельских жителей.

В 2018 году доля умерших городских женщин от БСК составила 53,4% (сельских – 51,7%). В 2014 году доля умерших от БСК жительниц края составляла 54,1% (сельских – также 54,1%). В 2017 году доля умерших городских жительниц от БСК составляла 54,9% (сельских – 52,8%). Отмечается небольшое снижение доли умерших женщин от БСК женщин, жительниц как города, так и села.

Смертность от ИБС

По предварительным данным смертность от ИБС городского населения края за 2018 год составила 258,0 на 100 тыс. населения (умерло 5744 человека). По сравнению с предыдущими годами смертность от ИБС в крае снижается:

в сравнении с 2014 годом – на 24,2% (340,3 на 100 тыс. населения в 2014 году), в том числе в трудоспособном возрасте на 28,2%, в возрасте старше трудоспособного – на 28,1%;

в сравнении с 2017 годом – на 25,2% (в 2017 году смертность от ИБС составила 344,9 на 100 тыс. населения), в том числе в трудоспособном возрасте на 18,2%, в возрасте старше трудоспособного – на 27,6%.

Предварительно за 12 месяцев 2018 года показатель смертности сельского населения Красноярского края от ИБС составил 403,0 на 100 тыс. сельского населения. По сравнению с предыдущими годами смертность от ИБС среди сельских жителей в крае снижается:

в сравнении с 2014 годом - на 12,2% (458,8 на 100 тыс. населения в 2014 году), в том числе в трудоспособном возрасте на 11,2%, в возрасте старше трудоспособного – на 20,7%;

в сравнении с 2017 годом - на 11,3% (в 2017 году смертность от ИБС была 454,2 на 100 тыс. населения), в том числе в трудоспособном возрасте на 14,1%, в возрасте старше трудоспособного – на 12,5%.

В 2018 году доля умерших от ИБС мужчин, жителей города, составила 48,5% (села – 49,7%). В 2014 году доля умерших от ИБС мужчин, жителей города, составила 47,8% (села – 47,5%). В 2017 году доля умерших от ИБС мужчин, жителей города, составила 46,6% (села – 49,9%).

Доля умерших от ИБС городских женщин составила в 2018 году 51,5% (села – 50,3%). В 2014 году доля умерших от ИБС городских жительниц составила 52,2% (села – 52,5%). В 2017 году доля умерших от ИБС женщин, жительниц города, составила 53,4% (села – 50,1%).

При этом предварительно в 2018 году смертность от ИМ населения в крае также снижается: по сравнению с 2014 годом городского населения на 39,1%, (сельского – на 35,9%), по сравнению с 2017 годом – городского населения на 37,5% (сельского – на 35,9%).

Смертность от ЦВБ

По предварительным данным смертность городского населения от ЦВБ за 2018 год в Красноярском крае составила 127,5 случая на 100 тыс. человек городского населения (умерло 2839 человек). По сравнению с предыдущими годами смертность от ЦВБ среди городских жителей в крае снижается:

в сравнении с 2014 годом – на 16,6% (152,8 на 100 тыс. населения в 2014 году), в том числе в трудоспособном возрасте на 6,1%, в возрасте старше трудоспособного – на 23,4%;

в сравнении с 2017 годом – на 1,5% (в 2017 году смертность от ИБС составила 129,4 на 100 тыс. населения), за счет возраста старше трудоспособного – на 3,9%. В трудоспособном возрасте предварительно отмечался рост смертности на 3,6%.

Смертность сельского населения от ЦВБ в 2018 году предварительно составила 190,0 на 100 тыс. сельского населения. По сравнению с 2014 годом смертность сельских жителей от ЦВБ снизилась на 1,5%, за счет возраста старше трудоспособного (на 11,4%), в трудоспособном возрасте смертность увеличилась на 1,5%. По сравнению с 2017 годом смертность жителей села от ЦВБ

увеличилась на 4,8%, за счет возраста старше трудоспособного (на 3,4%), а в трудоспособном возрасте отмечалось снижение смертности на 0,8%.

В 2018 году доля умерших городских мужчин от ЦВБ составила 43,2% (сельских – 45,7%). В 2014 году доля умерших городских мужчин составляла 41,1% (сельских – 43,8%). В 2017 году доля городских мужчин составляла 42,1% (сельских – 42,2%). Доля умерших от ИБС женщин, жительниц города, составила в 2018 году 56,8% (села – 54,3%). В 2014 году – городских 58,9% (сельских – 56,2%), в 2017 году – городских жительниц 57,9% (сельских – 57,8%).

При этом предварительно в 2018 году смертность от ОНМК в крае также снижается: по сравнению с 2014 годом городского населения на 23,0% (сельского – на 6,1%), по сравнению с 2017 годом – городского населения на 10,6% (сельского – на 3,2%).

1.2. Заболеваемость болезнями системы кровообращения

В структуре общей заболеваемости 1 место занимают болезни органов дыхания – 20,9%, 2 место – БСК – 15,2%, болезни костно-мышечной системы на третьем месте – 9,9%, на четвертом – болезни глаза и его придаточного аппарата – 7,8%, класс травм и отравлений занимают 5 место – 6,5%.

Общая заболеваемость (далее - ОЗ) БСК взрослого населения к 2018 году остается стабильной последние 5 лет (колеблется в пределах 2%) и на конец 2018 года составляет – 250,1 на 1 тыс. населения (255,1 на 1 тыс. населения в 2014 г.).

В структуре ОЗ на I месте – АГ (124,5 на 1 тыс. населения), на II – ИБС (48,5 на 1 тыс. населения), на III – ЦВБ (38,7 на 1 тыс. населения). Число больных с впервые выявленной патологией системы кровообращения составляет 37,4 на 1 тыс. населения.

В структуре первичной заболеваемости (далее ПЗ) первое место занимают болезни органов дыхания – 37,2 %, второе — травмы и отравления 13,6 %, на третьем месте болезни глаза и его придаточного аппарата – 5,2 %. Первичная заболеваемость в 2018г БСК составляет 37,4 на 1 тыс. населения (5 место в структуре первичной заболеваемости).

По распространенности среди БСК и по ПЗ лидирующее место занимает артериальная гипертензия – 49,7%.

При этом, за последние 5 лет отмечается рост как общей заболеваемости АГ на 10% (с 112,9 до 124,5 случаев на 1 тыс. населения), так и первичной – на 49,3%.

Второе место в группе БСК по уровню общей и первичной заболеваемости занимает ИБС -19,3%. При этом за последние 5 лет отмечается снижение ОЗ на 10,3% (с 54,5 до 48,5 на 1 тыс. населения) и незначительный снижение ПЗ на 3% (с 6,6 до 6,4 на 1 тыс. населения).

Количество ИМ (I21-22) с 2014г. по 2018г выросло на 3% (с 2969 до 3043 случаев).

На фоне роста заболеваемости АГ отмечается рост таких грозных осложнений как внутримозговое кровоизлияние (I61,62) – с 494 до 588 случаев (15,9%).

Уменьшается количество субарахноидальных кровоизлияний (I60) на 50,5% в сравнении с 2014 годом.

ОЗ по категории диагнозов транзиторная ишемическая атака (далее ТИА – G45-46) снизилась за последние 5 лет на 6,4% (с 1590 до 1488 случая).

Среди острых состояний в структуре заболеваемости ЦВБ в 2018г основное место занимают: инфаркт мозга – 18,3%, внутримозговое кровоизлияние – 2,9%, субарахноидальное кровоизлияние – 0,5%, инсульт неуточненный – 7,05%.

За период с 2014 по 2018гг наблюдается рост доли внутримозговых кровоизлияний на 13%, снижение доли заболеваемости инфаркта мозга на 26,7%, доли субарахноидальных кровоизлияний на 50,6%, неуточненных инсультов на 25,6%.

1.3. Ресурсы инфраструктуры службы

В 2018г в выявлении, диагностике и лечении БСК принимали участие следующие медицинские организации: 1 РСЦ, 9 ПСО, 11 кардиологических отделений, 68 терапевтических отделений, 1 кардиохирургическое отделение (30 коек - РСЦ), кардиохирургическое отделение ФЦССХ (143 койки), 205 амбулаторно-поликлинических подразделений, 3 станции СМП и 58 отделений СМП.

Общий коечный фонд кардиологических отделений - 715 коек для взрослых, из них для лечения ОКС - 141.

Общий коечный фонд неврологических отделений - 782 коек для взрослых, из них для лечения ОНМК - 280.

1 региональный сосудистый центр:

– РСЦ КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

9 первичных сосудистых отделений:

– ПСО №1 КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона».

– ПСО№2 КГБУЗ «Норильская межрайонная больница №1».

– ПСО№3 КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница».

– ПСО№4 КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича».

– ПСО№5 КГБУЗ «Канская межрайонная больница».

- ПСО№6 КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница».
- ПСО№7 КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница».
- ПСО№8 ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД - Медицина» города Красноярск».
- ПСО№9 филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России КБ № 42.

11 МО, имеющих в своем составе кардиологические отделения.

68 МО, имеющих в своем составе терапевтические отделения.

205 поликлиник, из них:

- 190 в составе медицинских организаций.

- 15 самостоятельных юридических лиц.

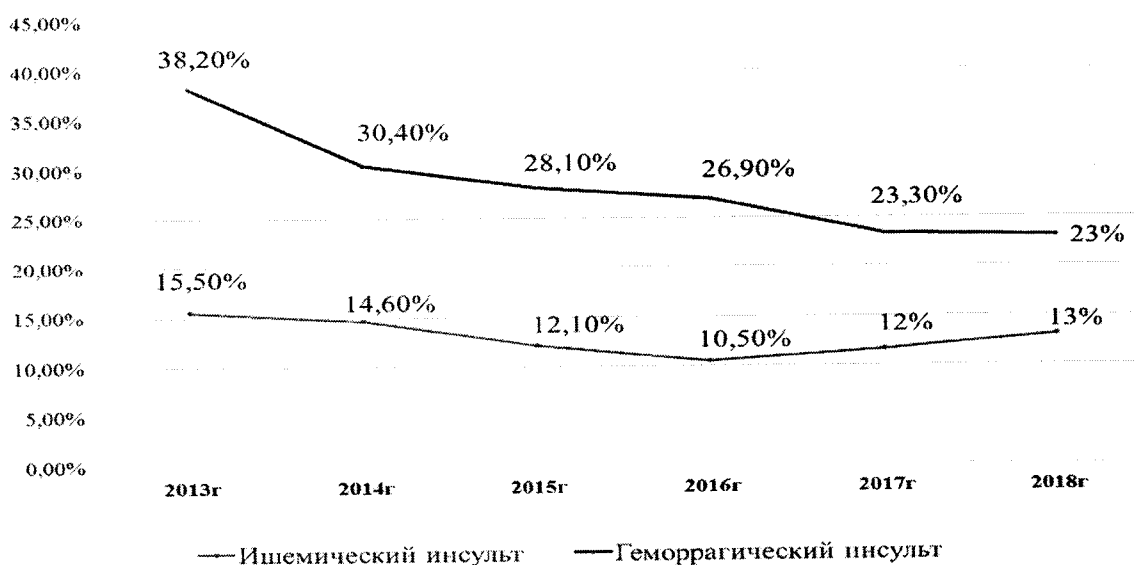
В РСЦ развернуто 30 коек отделения сосудистой неврологии, отделения реанимации и интенсивной терапии для больных с ОНМК на 18 коек, отделение нейрохирургии на 60 коек.

Укомплектованность врачами неврологами полная. Замкнуто непрерывное кольцо дежурств 2 врачами-неврологами, а с июня 2019г планируется введение 3 дежуранта невролога для отдельного ведения регионального мониторинга инсультов и консультирования районов.

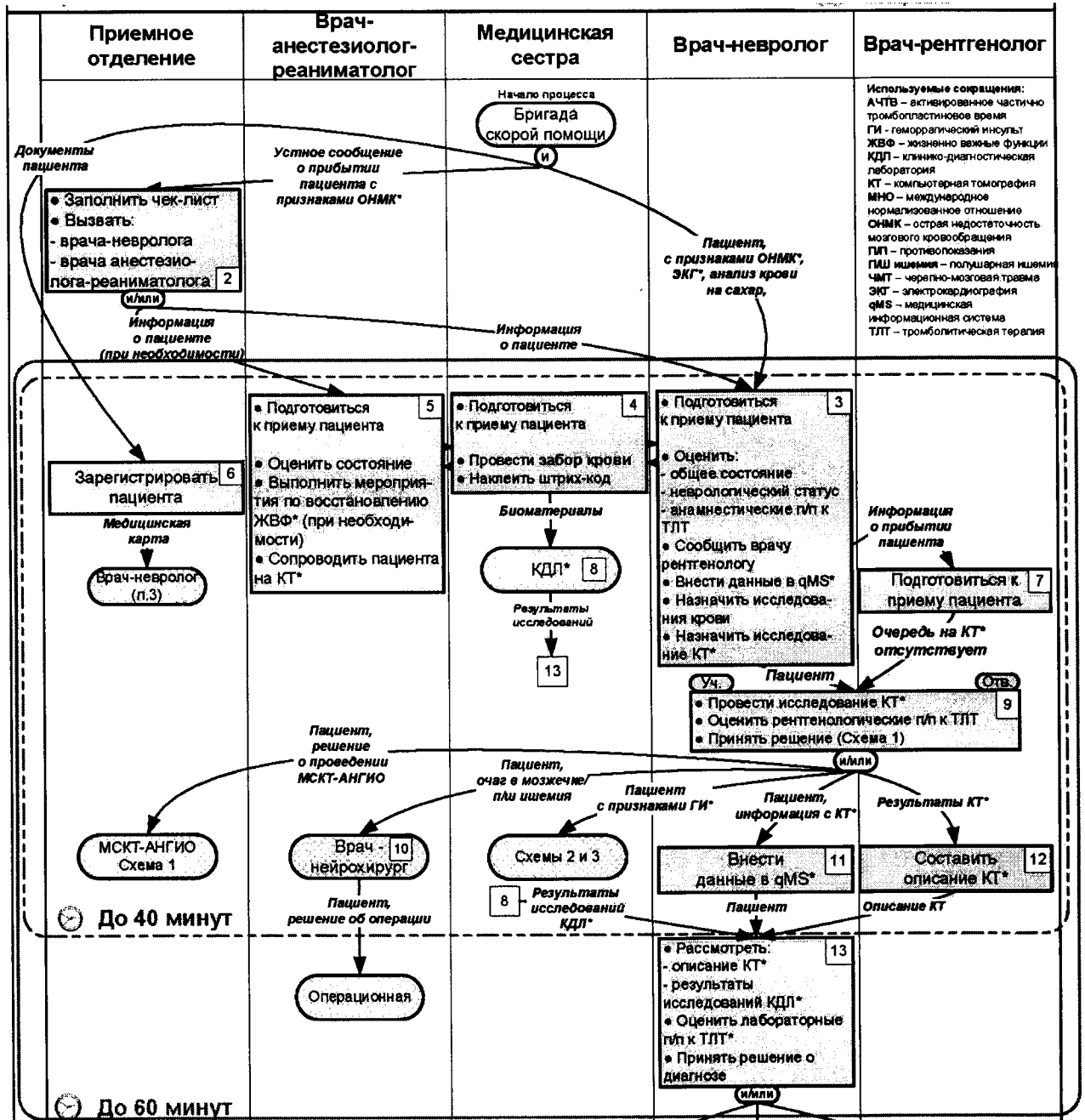
Региональный сосудистый центр функционирует также как первичный сосудистый центр (принимает с «колес») жителей Советского района г. Красноярска (в Советском районе проживает 300 тыс. человек). Ежегодно в РСЦ пролечивается до 1000 пациентов с ОНМК.

За последние несколько лет отмечается положительная динамика в снижении летальности пациентов с геморрагическим и ишемическим инсультом в РСЦ.

Летальность от ишемического и геморрагического инсультов в ККБ



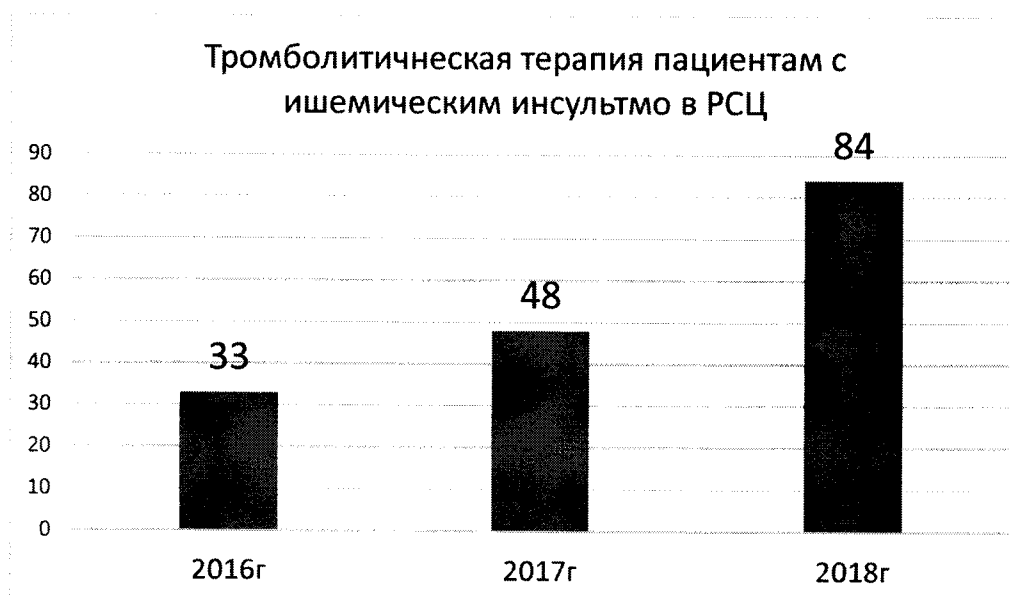
В РСЦ проведена большая работа по внедрению системы менеджмента качества в оказание помощи пациентам с ОНМК, на основании чего разработаны стандарты учреждения и схемы взаимодействия специалистов, минимизируете временные потери, для увеличения количества реперфузионных вмешательств.



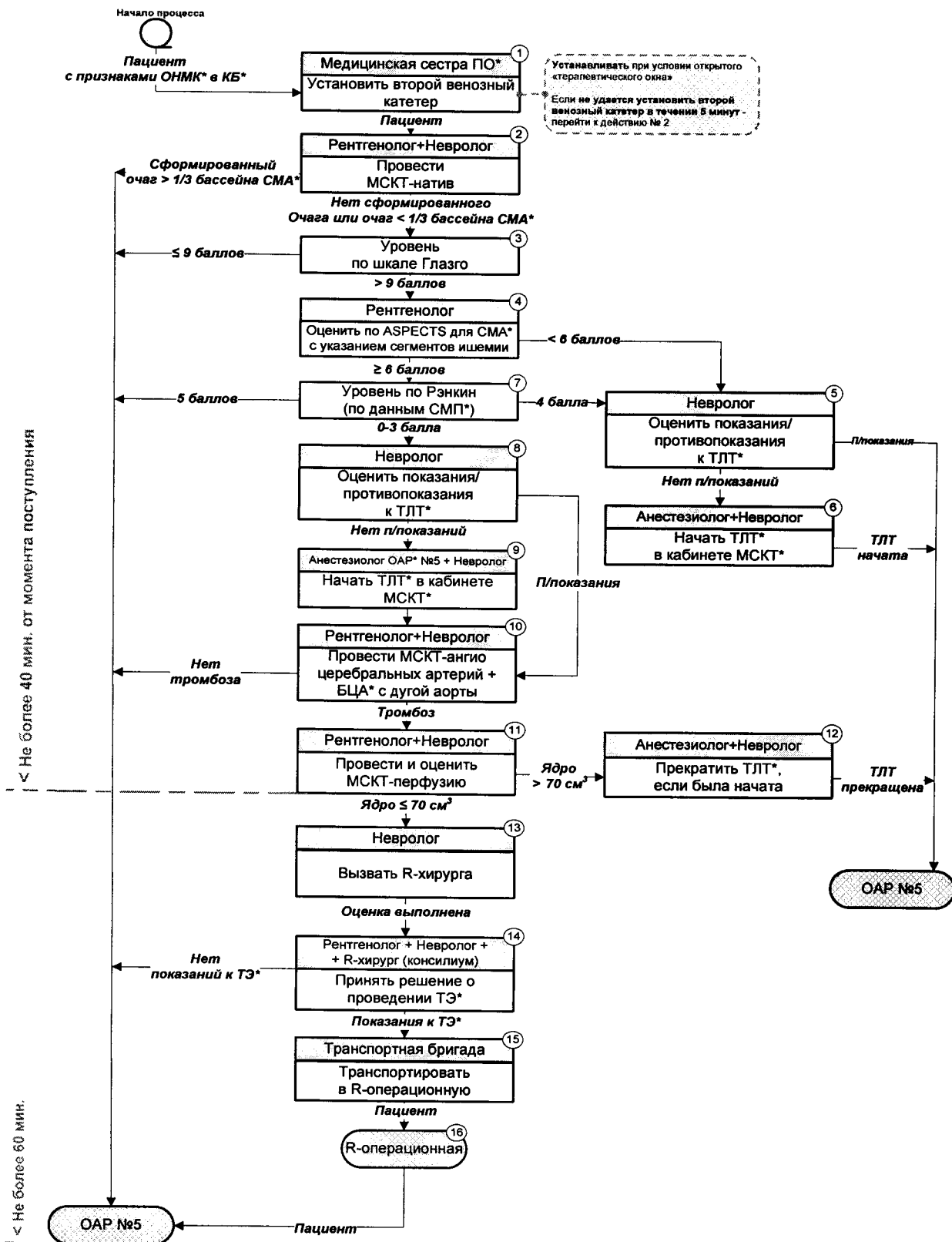
Фрагмент утвержденной схемы взаимодействия специалистов в приемном покое при поступлении пациента с ОНМК

Утверждённая схема взаимодействия специалистов, уменьшающая

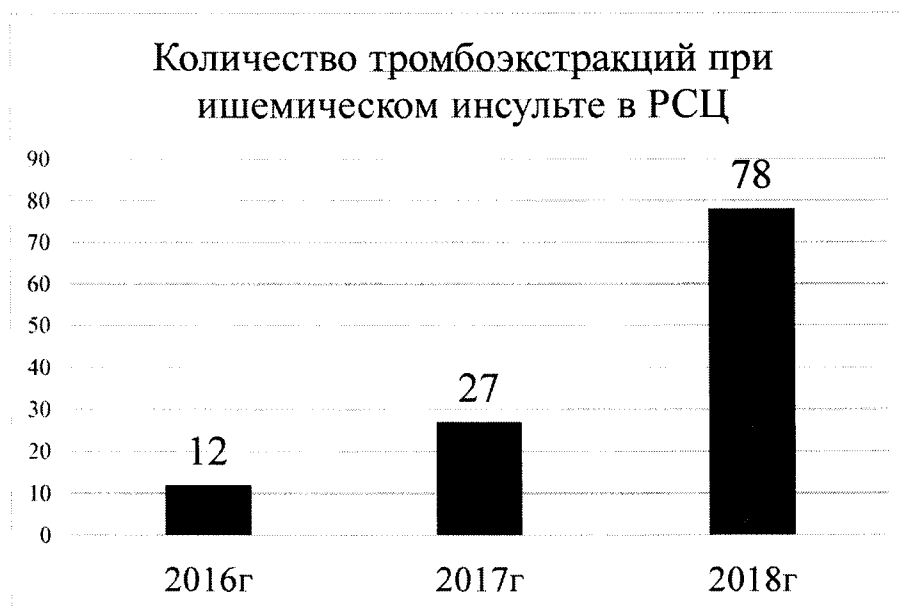
временные потери, а также принятие решение начала тромболитической терапии в кабинете МСКТ позволило сократить время от поступления пациента до начала тромболитической терапии с 46 минут в 2016г до 28 минут в 2019г. Это позволило увеличить количество системных тромболизисов за два года в 2,5 раза.



После внедрения тромбэкстракций при ишемическом инсульте, был отдельно разработан стандарт помощи в соответствии с современными требованиями отбора пациентов на тромбэкстракцию.



Утвержденный порядок и отработанная схема взаимодействия специалистов позволили существенно увеличить количество тромбэкстракций за 2 года.



В настоящее время отработана схема переводов пациентов с признаком окклюзии крупной церебральной артерии из ближайших пригородов г.Красноярска (агломерации) в РСЦ для проведения тромбэкстракции.

Отработанная схема взаимодействия с районными сосудистыми центрами позволила существенно увеличить количество оперативных вмешательств в РСЦ по поводу аневризм сосудов головного мозга в остром периоде разрыва.



Оперативные вмешательства по поводу аневризм головного мозга в РСЦ.

Так, в 2018 г на базе РСЦ было выполнено 148 операций, при этом целевой показателей хирургии аневризм на 3млн жителей (по данным акад. Крылова В.В.) - 140 операций в год. То есть на базе одного учреждения был выполнен

целевой показатель для всего края.

Скорая медицинская помощь края включает в себя 3 станции СМП (г.Красноярск, г. Норильск и г. Назарово), а также 58 отделений СМП при больницах края. При этом КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи» имеет в своём составе 6 подстанций, КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи» имеет в своём составе 3 подстанции (центральная, района Талнах и района Кайеркан), а КГБУЗ «Назаровская станция скорой медицинской помощи» не имеет подстанций.

Порядок оказания СМП на территории края, в том числе медицинская эвакуация больных из медицинских организаций, где отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи в полном объём в медицинские организации, где такая возможность существует, регламентирован приказом №210 орг. от 14.04.2014 г.

Всего в системе имеется 452 автомобиля СМП, из них 23 – класса С, 201 – класса В и 227 – класса А. 47,6% из общего числа автомобилей СМП старше 5 лет. На автомобилях установлена система навигации ГЛОНАСС. В крае нет единой дежурно-диспетчерской службы. Программный комплекс «АДИС» установлен с ноября 2018 года в КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи».

Количество бригад СМП в регионе постепенно увеличивается, но ещё не соответствует нормативам.

Динамика количества выездных бригад (смен) СМП за 3 года

Бригады СМП	2016	2017	2018
Фельдшерские	678	688	690
Общеврачебные	274	292	294
Специализированные	110	102	102
Всего	1062	1082	1086

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 апреля 2018 г. №182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения» в районах компактного проживания населения (с высокой плотностью населения) при длине радиуса обслуживания, равной 20 км - 1 бригада на 10 тыс. чел. обслуживаемого взрослого населения, 1 бригада на 10 тыс. чел. обслуживаемого детского населения; в районах с низкой плотностью населения при длине радиуса территории обслуживания, равной 30 км - 1 бригада на 9 тыс. чел. населения, 40 км - 1 бригада на 8 тыс. чел. населения, 50 км - 1 бригада на 7 тыс. населения, свыше 50 км - 1 бригада на 6 тыс. чел. населения. Специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи рекомендуется формировать исходя из примерного норматива - 1 бригада на каждые 100 тыс. чел. обслуживаемого населения. В 2018 году в крае было 268 круглосуточных бригад. Население Красноярского края, по данным

Росстата, на 1 января 2019 года составило 2 872,6 тыс. человек. Доля сельского населения – 22,4% (районы с низкой плотностью населения). Таким образом, потребность в круглосуточных общепрофильных бригадах СМП, в соответствии с новым приказом, составляет 251 бригада для городского населения и 107 бригад для сельского населения. Кроме того, на 2 872,6 тыс. человек необходимо 29 круглосуточных специализированных бригад. В связи с низкой плотностью населения во многих территориях специализированные бригады организовывать не рационально. Ниже приводится расчёт из которого вытекает дополнительная потребность в 76 круглосуточных общепрофильных бригадах. С учётом состава бригад и сменности работы. Здравоохранение Красноярского края нуждается почти в 700 фельдшерах и врачах СМП. При этом обеспеченность бригадами СМП связана со смертностью в районе. Так, из ниже приведённой таблицы следует, что наибольший дефицит бригад СМП сложился в г. Канске (с районом), Идринском и Курагинском районах. А смертность населения данных территорий за 2018 год составила 1470, 2003 и 1568 на 100 тыс. населения, что больше среднекраевых цифр на 19, 62 и 27%. Смертность также определяется возрастным составом населения. Так, в г. Норильске наблюдается небольшой дефицит бригад, но смертность населения самая низкая в крае (568 на 100 тыс. населения), что связано с тем, что доля пожилого населения в этом городе очень мала из-за переселения пожилого населения на юг края после прекращения трудовой деятельности. Имеет значение также материально-техническое обеспечение и качество кадрового обеспечения здравоохранения территории. Так, в Красноярске при существовании дефицита бригад (более 20%) смертность ниже среднекраевых значений (1028 на 100 тыс. населения; на 17%).

Всего предусмотрено штатными расписаниями 437 должностей для врачей СМП, но занято только 381,5 должности. В крае работает 251 врач СМП, из них 235 имеют сертификат, 83 человека имеют высшую категорию, 26 – первую и 9 вторую, т.е. 133 врача не имеют врачебной категории. Ещё 77 врачей, работающих на станциях или в отделениях СМП имеют другую основную специальность (анестезиология-реанимация и др.)

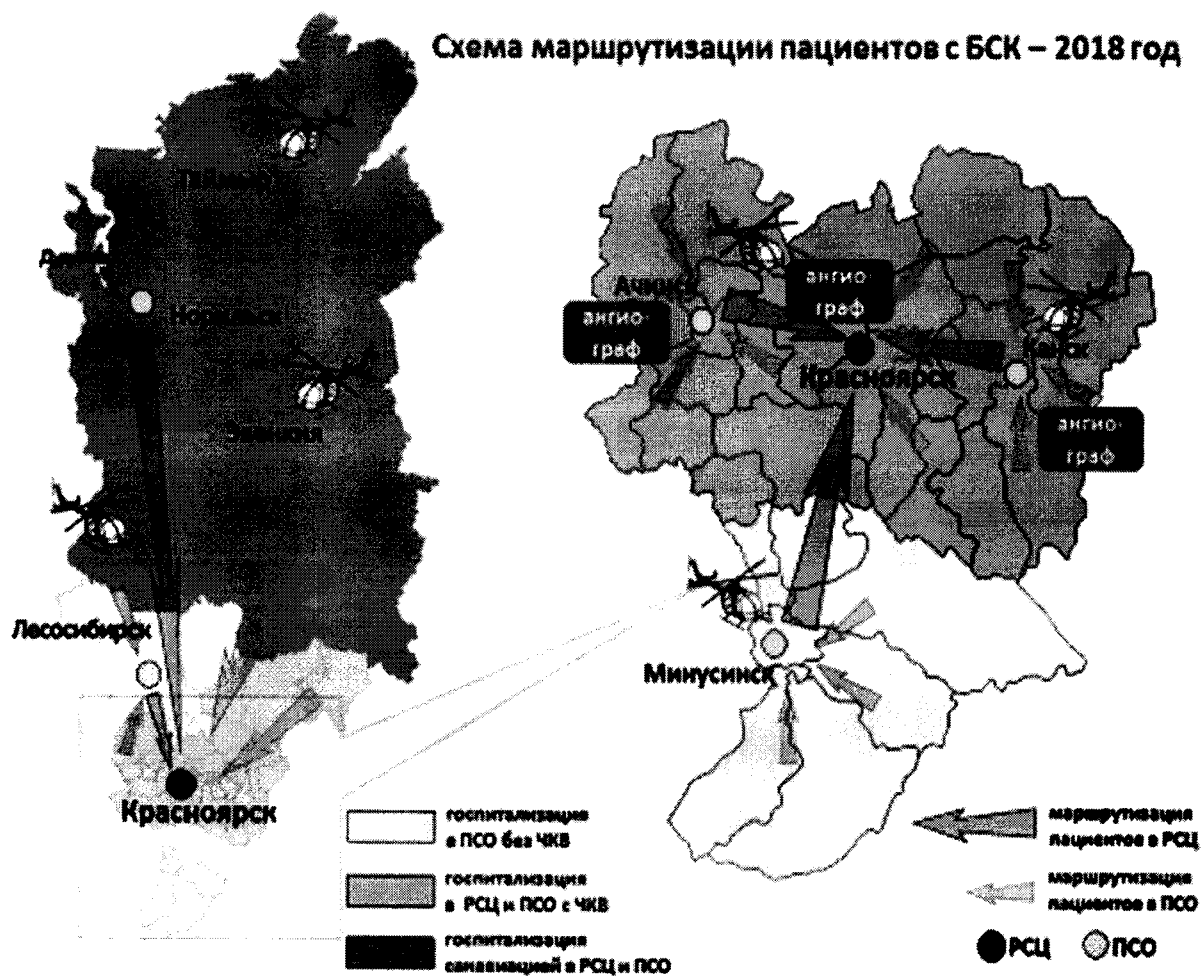
Штатными расписаниями предусмотрено 1958,5 должности фельдшера СМП, занято 1806,5 ставки 1583 физическими лицами, 1519 из которых имеют сертификаты, 617 – высшую категорию, 178 – первую и 142 – вторую.

Кадровый дефицит наблюдается также среди мед. сестёр/фельдшеров по приёму вызовов. Так из 338,25 ставок занято 312, на которых работает 259 физических лиц.

Время доезда СМП в динамике

Время	2016	2017	2018
- до 20 минут	900628 (94,6%)	864760 (93,3%)	865233 (93,7%)
- от 21 до 40 минут	40390 (4,2%)	48197 (5,2%)	46316 (5%)
- от 41 до 60 минут	6434 (0,7%)	8342 (0,9%)	7536 (0,8%)
- более 60 минут	4295 (0,5%)	4634 (0,5%)	4060 (0,4%)

Время доезда менее 20 минут зарегистрировано в 93,7% случаев. В территориях, недоступных для наземного транспорта, СМП осуществлялась средствами санитарной авиации.



Маршрутизация пациентов с ОКС в медицинские организации Красноярского края

№ п/п	Наименование краевого государственного учреждения здравоохранения края, оказывающее медицинскую помощь	Категория граждан с острым коронарным синдромом, которой оказывается медицинская помощь в краевом государственном учреждении здравоохранения
1.	КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (региональный сосудистый центр)	<ul style="list-style-type: none"> - пациенты с ОКС по месту выполнения вызова/оказания помощи в Центральном районе, Советском районе г. Красноярска; - пациенты с ОКС со стойким подъемом сегмента ST, впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса и ОКС без подъема сегмента ST высокого риска с планируемой инвазивной стратегией лечения, по месту выполнения вызова/оказания помощи в Большемуртинском, Сухобузимском районах и городах Дивногорск, Железногорск, если время транспортировки не превышает 90 минут; - пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST или впервые возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса после проведения догоспитального тромболитика (в рамках фармако-инвазивной стратегии) по месту выполнения вызова/оказания помощи в Большемуртинском, Сухобузимском районах и городах Дивногорск, Железногорск, Зеленогорск если время транспортировки составит 120 минут; - пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST или впервые возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса после проведения догоспитального тромболитика или без такового, по месту выполнения вызова/оказания помощи в Центральном районе, Советском районе г. Красноярска (круглосуточно); - пациенты с рецидивирующим ангинозным синдромом, или с повторными депрессиями или нестойкими подъемами сегмента ST, или рецидивирующей желудочковой тахикардией, несмотря на проводимое консервативное лечение в первичных сосудистых центрах после стратификации риска (экстренный перевод и транспортировка в порядке оказания специализированной скорой (санитарно-авиационной) медицинской помощи).
2.	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»	<ul style="list-style-type: none"> - пациенты с ОКС без подъема сегмента ST или впервые возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса, по месту выполнения вызова/оказания помощи в Свердловском, Кировском, Ленинском районах г. Красноярска (круглосуточно);

	(первичный сосудистый центр)	<p>- пациенты с ОКС со стойким подъемом сегмента ST, впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса и ОКС без подъема сегмента ST высокого риска с планируемой инвазивной стратегией лечения, по месту выполнения вызова/оказания помощи в Березовском и Манском районах, городе Сосноборске, если время транспортировки не превышает 120 минут;</p> <p>- пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST или впервые возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса после проведения догоспитального тромболизиса (в рамках фармако-инвазивной стратегии) или без такового, по месту выполнения вызова/оказания помощи в Свердловском, Кировском, Ленинском районах г. Красноярска (круглосуточно).</p>
3.	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича» (первичный сосудистый центр)	<p>- пациенты с ОКС без подъема сегмента ST или впервые возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса, по месту выполнения вызова/оказания помощи в Октябрьском, Железнодорожном районах г. Красноярска;</p> <p>- пациенты с ОКС со стойким подъемом сегмента ST, впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса и ОКС без подъема сегмента ST высокого риска с планируемой инвазивной стратегией лечения, по месту выполнения вызова/оказания помощи в Емельяновском районе и п. Кедровый, если время транспортировки не превышает 120 минут;</p> <p>- пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST или впервые возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса после проведения догоспитального тромболизиса (в рамках фармако-инвазивной стратегии) или без такового, по месту выполнения вызова/оказания помощи в Октябрьском и Железнодорожном районах г. Красноярска (круглосуточно).</p>
4.	КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница № 1» (первичный сосудистый центр)	<p>- пациенты с ОКС со стойким подъемом сегмента ST, по месту выполнения вызова/оказания помощи после проведения догоспитального тромболизиса (в рамках фармако-инвазивной стратегии) или без такового, в Ачинском, Бирилюсском, Боготольском, Большеулуйском, Козульском, Назаровском, Тюхтетском районах и городах Ачинск, Боготол, Назарово и Ужур если время транспортировки не превышает 120 минут;</p> <p>- пациенты с ОКС без подъема сегмента ST или впервые возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса высокого риска (приложение 3), по месту выполнения вызова/оказания помощи в Ачинском, Бирилюсском, Боготольском, Большеулуйском, Козульском, Назаровском, Тюхтетском, районах городах Ачинск, Боготол, Назарово.</p>
5.	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	- пациенты с ОКС со стойким подъемом сегмента ST по месту выполнения вызова/оказания помощи после

	(первичный сосудистый центр)	<p>проведения догоспитального тромболизиса (в рамках фармако-инвазивной стратегии) или без такового, в Абанском, Дзержинском, Иланском, Ирбейском, Канском, Нижнеингашском районах и городах Канске и Бородино, если время транспортировки не превышает 120 минут;</p> <p>- пациенты с ОКС без подъема сегмента ST или впервые возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса высокого риска, по месту выполнения вызова/оказания помощи в Абанском, Дзержинском, Иланском, Ирбейском, Канском, Нижнеингашском районах и городах Канске и Бородино.</p>
6.	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница» (первичный сосудистый центр)	<p>- пациенты с ОКС со стойким подъёмом сегмента ST, по месту выполнения вызова/оказания помощи после проведения догоспитального тромболизиса или без такового, в Енисейском, Казачинском, Пировском районах, городах Лесосибирск, Енисейск, п. Кулакова и п. Новоангарск Мотыгинского района, если время транспортировки не превышает 120 минут;</p> <p>- пациенты с ОКС без подъема сегмента ST или впервые возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса высокого риска, по месту выполнения вызова/оказания помощи в Енисейском, Казачинском, Пировском районах, городах Лесосибирск, Енисейск, п. Кулакова и п. Новоангарск Мотыгинского района.</p>
7.	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница» (первичный сосудистый центр)	<p>- пациенты с ОКС со стойким подъёмом сегмента ST, по месту выполнения вызова/оказания помощи по месту выполнения вызова/оказания помощи после проведения догоспитального тромболизиса или без такового, в Курагинском, Ермаковском, Идринском, Краснотуранском, Минусинском, Шушенском районах, городе Минусинске, если время транспортировки не превышает 120 минут;</p> <p>- пациенты с ОКС без подъема сегмента ST или впервые возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса высокого риска, по месту выполнения вызова/оказания помощи в Курагинском, Ермаковском, Идринском, Краснотуранском, Минусинском, Шушенском районах, городе Минусинске.</p>
8.	КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1», (первичный сосудистый центр)	<p>- пациенты с ОКС со стойким подъёмом сегмента ST, по месту выполнения вызова/оказания помощи по месту выполнения вызова/оказания помощи после проведения догоспитального тромболизиса или без такового</p> <p>- пациенты с ОКС по месту выполнения вызова/оказания помощи в городском округе Норильск.</p>

Маршрутизация граждан в связи с острым нарушением мозгового кровообращения

№ п/п	Наименование медицинской организации Красноярского края, оказывающей медицинскую помощь	Категория граждан с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), которой оказывается медицинская помощь в медицинской организации Красноярского края
1.	КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (региональный сосудистый центр)	<p>Граждане с ОНМК, с клиникой транзиторных ишемических атак, или с развившимся инсультом вне зависимости от времени возникновения симптомов заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проживающие на территории Красноярского края, за исключением города Красноярска (согласно данным о регистрации по месту жительства), и находящиеся на территории города Красноярска; - направленные иными учреждениями здравоохранения края с соблюдением установленного порядка и требований настоящего приказа; - с необходимостью проведения рентгенэндоваскулярного или нейрохирургического вмешательства из первичного сосудистого центра (после предварительного согласования с дежурной бригадой (невролог и реаниматолог), руководителем РСЦ. <p>Граждане с ОНМК, с клиникой транзиторных ишемических атак, или с развившимся инсультом до 5 часов от возникновения симптомов заболевания, проживающие (согласно данным о регистрации по месту жительства) в Советском районе города Красноярска (включая микрорайон Северный, Солнечный);</p> <p>граждане с ОНМК, с клиникой транзиторных ишемических атак, или с развившимся инсультом вне зависимости от времени возникновения симптомов заболевания, проживающие в Советском районе, исключая микрорайон Солнечный и Северный.</p> <p>граждане с ОНМК, с клиникой транзиторных ишемических атак, или с развившимся инсультом до 5 часов от возникновения симптомов заболевания, проживающие в микрорайон Северный, Солнечный;</p> <p>граждане с ОНМК, с клиникой транзиторных ишемических атак, или с развившимся инсультом до 5 часов от возникновения симптомов заболевания, проживающие (согласно данным о регистрации по месту жительства) в Центральном районе города Красноярска;</p> <p>граждане с ОНМК в первые 28 дней развития заболевания, госпитализированные в краевое государственное бюджетное учреждение</p>

		здравоохранения «Большемуртинская районная больница» и краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Манская районная больница», «Мотыгинская районная больница» - по предварительному согласованию перевода с заведующим отделением сосудистой неврологии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница».
2.	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»	Граждане с ОНМК, с клиникой транзиторных ишемических атак, или с развившимся инсультом вне зависимости от времени возникновения симптомов заболевания, проживающим (согласно данным о регистрации по месту жительства) в Кировском, Ленинском районах города Красноярска ежедневно; граждане с ОНМК, с клиникой транзиторных ишемических атак, или с развившимся инсультом до 5 часов от возникновения симптомов заболевания, проживающие (согласно данным о регистрации по месту жительства) в Свердловском районе города Красноярска ежедневно.
3.	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»	Граждане с ОНМК, с клиникой транзиторных ишемических атак, или с развившимся инсультом: - вне зависимости от времени возникновения симптомов заболевания, проживающим (согласно данным о регистрации по месту жительства) в Октябрьском; - до 5 часов от возникновения симптомов заболевания, проживающие (согласно данным о регистрации по месту жительства) в Железнодорожном районе города Красноярска ежедневно в КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»; - после 5 часов от возникновения симптомов заболевания, а также при неизвестной давности заболевания, проживающие (согласно данным о регистрации по месту жительства) в микрорайоне Солнечный и Северный (Советского района города Красноярска). Граждане с ОНМК в первые 28 дней развития заболевания, госпитализированные в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Сухобузимская районная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Больница п. Кедровый» - по предварительному согласованию перевода с заведующим отделением сосудистой неврологии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная

		<p>клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича».</p> <p>Граждане с ОНМК в первые 28 дней развития заболевания, находящиеся на территории Емельяновского района.</p>
4.	ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Красноярск»	<p>Граждане с ОНМК, с клиникой транзиторных ишемических атак, или с развившимся инсультом:</p> <ul style="list-style-type: none"> - после 5 часов от возникновения симптомов заболевания, а также при неизвестной давности заболевания, проживающие (согласно данным о регистрации по месту жительства) в Свердловском районе города Красноярска ежедневно; - после 5 часов от возникновения симптомов заболевания, а также при неизвестной давности заболевания, проживающие (согласно данным о регистрации по месту жительства) в Центральном, Железнодорожном районе города Красноярска ежедневно. <p>Граждане с ОНМК в первые 28 дней развития заболевания, находящиеся на территории г. Дивногорска.</p>
5.	КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница»	<p>Граждане с ОНМК в первые 28 дней развития заболевания, находящиеся на территории Ачинского, Бирилюсского, Боготольского, Большеулуйского, Козульского, Назаровского, Тюхтетского, Ужурского, Шарыповского районов и городов Ачинск, Боготол, Назарово, Шарыпово, Ужур.</p>
6.	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	<p>Граждане с ОНМК в первые 28 дней развития заболевания, находящиеся на территории Абанского, Дзержинского, Иланского, Ирбейского, Канского, Нижнеингашского, Тасеевского районов, города Канска.</p>
7.	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	<p>Граждане с ОНМК в первые 28 дней развития заболевания, находящиеся на территории Енисейского, Казачинского, Пировского районов, города Лесосибирска, Енисейска.</p>
8.	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	<p>Граждане с ОНМК в первые 28 дней развития заболевания, находящиеся на территории Курагинского, Ермаковского, Идринского, Краснотуранского, Минусинского, Шушенского, Каратузского районов, города Минусинска.</p>
9.	КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1»	<p>Граждане с ОНМК в первые 28 дней развития заболевания, находящиеся на территории городского округа города Норильск.</p>

10.	Филиал ФГБУ «Сибирский научно-клинический центр» Федерального медико-биологического агентства - «Клиническая больница № 42 г. Зеленогорск»	Граждане с ОНМК в первые 28 дней развития заболевания, находящиеся на территории Уярского, Саянского, Рыбинского, Партизанского районов, городов Зеленогорск и Бородино.
11.	ФГБУЗ «Клиническая больница № 51 Федерального медико-биологического агентства» г. Железногорск	Граждане с ОНМК, с клиникой транзиторных ишемических атак, или с резвившимся инсультом вне зависимости от времени возникновения симптомов заболевания, проживающих (согласно данным о регистрации по месту жительства) в Березовском районе, в городах Железногорск и Сосновоборск.
12.	КГБУЗ «Новоселовская районная больница»	Граждане с ОНМК в первые 28 дней развития заболевания, находящиеся на территории Новоселовского, Балахтинского района.

Степень участия сосудистых центров в госпитализации по Красноярскому краю за 2018г.

Уч-ния	госпитализировано всего	в т. числе госпитализировано с БСК		из них госпитализировано с:			
		абс.	доля от госпитализированных с БСК от всех госпитализаций, %	ОИМ		ОНМК	
				абс.	доля от госпитализированных с ОИМ от госпитализированных с бск, %	абс.	доля от госпитализированных с ОНМК от госпитализированных с бск, %
ККБ	35521	12541	35,3	1030	8,2	1095	8,7
КМКБСМП	31380	5626	17,9	614	10,9	1079	19,2
КМКБ 20	19663	7394	37,6	1008	13,6	963	13,0
Ачинск	16032	4318	26,9	551	12,8	886	20,5
Канск	14737	3162	21,5	261	8,3	635	20,1
Минусинск	15070	3150	20,9	246	7,8	739	23,5
Лесосибирск	8603	1929	22,4	100	5,2	412	21,4
Норильская МБ1	17736	2272	12,8	124	5,5	275	12,1
Всего:	158742	40392	25,4	3934	9,7	6084	15,1

Вывод:

Для оптимальной маршрутизации больных с ССЗ на юге и севере края необходимо дооснастить первичные сосудистые отделения оборудованием для проведения рентгенэндоваскулярных методов лечения:

- ПСО на базе КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»;
- ПСО на базе КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»;
- ПСО на базе КГБУЗ «Норильская межрайонная больница №1».

В центральной части Красноярского края маршрутизация пациентов с ССЗ является оптимальной, соответствует нормативным требованиям.

Эффективность использования единиц тяжелой техники в разрезе каждого учреждения здравоохранения в 2018 г.

Уч-ние	Вид	Наименование	Кол-во исследований (операций) за 2018 год	Оптимальная нагрузка рекомендованная Росздравнадзором в 2015 году	Кол-во исследований в сутки в 2018 году	Эффективность использования в 2018 году	Примечание
КГБУЗ "Ачинская межрайонная больница"	КТ	Томограф рентгеновский компьютерный 16-срезовый серии BRIGHTSPEED TY-9442-001	12 697	23 исследования в сутки	49	211,51 %	16 срезов
КГБУЗ "Канская межрайонная больница"	КТ	Рентгеновский компьютерный томограф со спиральным сканированием Somatom	5 993	23 исследования в сутки	23	99,83%	16 срезов
КГБУЗ "Краевая клиническая больница"	КТ	Компьютерный томограф спиральный модель LightSpeed 16 производства концерна «Дженерал Электрик»	21 258	23 исследования в сутки	81	354,12 %	16 срезов

КГБУЗ "Краевая клиническая больница"	КТ	Томограф рентгеновский комплектации Light Speed VCT 64 среза производства концерна «Дженерал Электрик»	8 801	23 исследования в сутки	34	146,61 %	64 среза
КГБУЗ "Краевая клиническая больница"	КТ	Томограф рентгеновский компьютерный SOMATOM Emotion 16 производства Siemens AG, Германия	5 848	23 исследования в сутки	22	97,42%	16 срезов
КГБУЗ "Красноярская межрайонная клиническая больница №20 им. И.С. Берзона"	КТ	Томограф рентгеновский компьютерный 16 срезов BrightSpeed BrightSpeed	12 652	23 исследования в сутки	48	210,76 %	16 срезов
КГБУЗ "Красноярская межрайонная клиническая больница №20 им. И.С. Берзона"	КТ	Томограф рентгеновский компьютерный Aquilion RXL	3 411	23 исследования в сутки	13	56,82%	16 срезов
КГБУЗ "Красноярская межрайонная КБ скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича"	КТ	Томограф компьютерный рентгеновский "Somatom Perspective" с принадлежностями ("Somatom Perspective")	0	23 исследования в сутки	0	0,00%	16 срезов оборудования введено в эксплуатацию в 2019 году
КГБУЗ "Красноярская межрайонная КБ скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича"	КТ	Компьютерный томограф Toshiba Aquilion 64	13 964	23 исследования в сутки	54	232,62 %	64 среза
КГБУЗ "Красноярская межрайонная КБ скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича"	КТ	Компьютерный томограф AQUILION RXL	18 889	23 исследования в сутки	72	314,66 %	16 срезов

КГБУЗ "Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского"	КТ	Томограф компьютерный GE Discovery CT 750 HD	8 745	23 исследо вания в сутки	34	145,68 %	256 срезов
КГБУЗ "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства"	КТ	Томограф компьютерный серии BRILLIANCE 16 SLICK	5 730	23 исследо вания в сутки	22	95,45%	16 срезов
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федера льный сибирский научно-клинический центр ФМБА России»	КТ	Томограф компьютерный 64 среза		23 исследо вания в сутки	0	0,00%	64 среза
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный сибирский научно- клинический центр ФМБА России»	КТ	Томограф компьютерный 16 срезов		23 исследо вания в сутки	0	0,00%	16 срезов
ФГБУ "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии" г. Красноярск	КТ	Томограф компьютерный	3 480	23 исследо вания в сутки	13	57,97%	
ИТОГО исследований КТ			121 468		465	134,90 %	
КГБУЗ "Краевая клиническая больница"	МРТ	Магнитно- резонансный томограф с индукцией магнитного поля 1,5 Тл производства Siemens AG, Германия	1 500	20 исследо вания в сутки	6	28,74%	

КГБУЗ "Красноярская межрайонная КБ скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича"	МРТ	Томограф магнитно- резонансный EXELART Vantage Atlas- X с принадлежност ями	2 192	20 исследова ния в сутки	8	41,99%	
КГБУЗ "Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского"	МРТ	MAGNETOM Aera	8 398	20 исследова ния в сутки	32	160,88 %	
КГБУЗ "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства"	МРТ	Томограф магнитно- резонансный MAGNETOM ESSENZA	6 266	20 исследова ния в сутки	24	120,04 %	
ФГБУ "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии" г. Красноярск	МРТ	Томограф магнитно- резонансный	2 306	20 исследова ния в сутки	9	44,18%	
ИТОГО исследований МРТ			18 356		70	70,33%	
КГБУЗ "Краевая клиническая больница"	Анги о	Аппарат рентгеновский ангиографичес кий с принадлежност ями APura CV20	3703	15 исследова ния в сутки	14	94,58%	
КГБУЗ "Краевая клиническая больница"	Анги о	Установка ангиографичес кая INNOVA 3100 IQ	3177	15 исследова ния в сутки	12	81,15%	
КГБУЗ "Краевая клиническая больница"	Анги о	Установка рентгеновская ангиографичес кая INTEGRIS APura 15-12	1898	15 исследова ния в сутки	7	48,48%	
КГБУЗ "Красноярская межрайонная клиническая больница №20 им. И.С. Берзона"	Анги о	Установка ангиографичес кая Innova с принадлежност ями в исполнении Innova 3100 IQ	2981	15 исследова ния в сутки	11	76,14%	

КГБУЗ "Ачинская межрайонная больница"	Анги о	Комплекс ангиографический рентгеновский АКР-"ОКО" с плоским рентгеновским детектором для выполнения внутрисосудистых диагностических и лечебных вмешательств на различных сосудистых бассейнах, №GP0002728	1235	15 исследования в сутки	5	31,55%	
КГБУЗ "Канская межрайонная больница"	Анги о	Комплекс ангиографический рентгеновский АКР «ОКО»	804	15 исследования в сутки	3	20,54%	Была поломка оборудования в 2018 году (кол-во дней простоя 151)
КГБУЗ "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства"	Анги о	Система ангиографическая GE INNOVA 3131 IQ, № RU3847VA01	70	15 исследования в сутки	0	1,79%	
КГБУЗ "Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского"	Анги о	Система ангиографическая AXIOM ARTIS Zee Floor	30	15 исследования в сутки	0	0,77%	
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный сибирский научно-клинический центр ФМБА России»	Анги о	Система ангиографическая GE INNOVA	1500	15 исследования в сутки	6	38,31%	

ФГБУ "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии" г. Красноярск	Анги о	Система ангиографичес кая	1 094	15 исследова ния в сутки	4	27,94%	
ФГБУ "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии" г. Красноярск	Анги о	Система ангиографичес кая	3 791	15 исследова ния в сутки	15	96,83%	
ИТОГО исследований Ангио			20 283		78	47,10%	

1.4. Кадровый состав учреждений.

Анализ кадровой обеспеченности:

- ПСО, РСЦ:

укомплектованность должностей врачей-кардиологов 65,3% (количество должностей -202,0, физ. лиц -132), врачей-неврологов - 60,0 % (количество должностей -258,5, физ. лиц -155), врачей-нейрохирургов -61,5 % (количество должностей -84,5, физ. лиц 52) сердечно-сосудистых хирургов -58,5 % (количество должностей -82,0, физ. лиц -48), врачей-анестезиологов-реаниматологов -49,5 % (количество должностей -1185,25, физ. лиц -587), по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению -66,6 % (количество должностей -51,0, физ. лиц -34) врачей лечебной физкультуры- 72,0 % (количество должностей -27,0, физ. лиц -20), врачей-физиотерапевтов-61,7 % (количество должностей -97,25, физ. лиц -60), инструкторов-методистов ЛФК - 48,5 % (количество должностей -8,25, физ. лиц -4), психологов- 77,8 % (количество должностей -128,75, физ. лиц -100), логопедов -72,7 % (количество должностей -40,75, физ. лиц -26);

амбулаторного звена:

укомплектованность должностей врачей кардиологов 65, 3 % (количество должностей -89,5, физ. лиц -63), врачей-неврологов - 72,4 % (количество должностей -316, физ. лиц -229);

скорой медицинской помощи:

количество бригад СМП в регионе: фельдшерских – 690, общеврачебных – 294, специализированных реанимационных – 74.

укомплектованность бригад СМП физическими лицами:

фельдшерских – 81,0 % (количество должностей -1958,5, физ. лиц -1583); общеврачебных 57,4 (количество должностей -51,0, физ. лиц -54 реанимационных 72,7 (количество должностей -102,0, физ. лиц -26).

Подготовка (обучение) кадров с учетом масштабов и направлений реабилитации (врач ЛФК, физиотерапевт, инструкторы, инструкторы-методисты ЛФК, психолог, психотерапевт, логопед, реабилитолог, фониатр, массажист, рефлексотерапевт, диетолог) будет осуществляться по системе непрерывного

медицинского образования, в т.ч с использованием средств нормированного страхового запаса).

Подготовка врачей-специалистов по основным клиническим и диагностическим специальностям будет осуществляться по программам ординатуры и (или) переподготовки, повышение квалификации по системе непрерывного медицинского образования, в т.ч с использованием средств нормированного страхового запаса).

Формирование и расширение системы материальных и моральных стимулов медицинских работников.

Программа «Земский доктор» в крае реализуется с 2012 года, с 2018 года - «Земский фельдшер». Выплаты получили 693 медицинских специалиста, в том числе 657 врачей и 36 фельдшеров. В крае продолжают работать 83% из числа получивших выплаты, в том числе по истечении 5 лет работы 54% врачей, из числа приехавших на работу в село в 2012 году, 60% врачей из числа приехавших на работу в 2013 году.

В 2018 году выплаты получили 100 врачей (35 терапевтов участковых, 25 педиатров участковых, 9 хирургов, 6 анестезиологов-реаниматологов, 3 врача-акушера-гинеколога, 2 врача-оториноларинголога и др. специалисты) и 36 фельдшеров (21 фельдшер ФАП и 15 фельдшеров СМП). Показатель результативности исполнения выплат составил 92,5%.

Выплаты осуществляются на условиях софинансирования (60% - федеральный бюджет, 40% краевой бюджет. Государственной программой Красноярского края «Развитие здравоохранения» подпрограммой «Развитие сельского здравоохранения» предусмотрены на 2019 год денежные средства в объеме 52,4 млн. руб., что позволит дополнительно привлечь на работу в село 106 врачей и 50 фельдшеров (2016 год – 40,0 тыс. руб., 2017 год – 56,0 тыс. руб., 2018 год – 51,5 тыс. руб.).

Неэкономические стимулы также являются неотъемлемой составляющей системы мотивации медицинских работников. Ограниченное финансирование, нестабильная экономическая ситуация заставляют искать новые пути мотивации персонала, помимо повышения заработной платы и использования различных систем оплаты труда. Ключевое преимущество неэкономических стимулов – способность влиять на внутреннюю мотивацию. В медицинской деятельности особенно важно, чтобы врач был внутренне заинтересован в предоставлении качественных медицинских услуг и в выздоровлении пациента. За 2018-2019 годы почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации» присвоено 6 работникам учреждений здравоохранения Красноярского края; почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» 2 работникам учреждений здравоохранения Красноярского края; 221 работник награждены наградами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

С целью определения лучших врачей и специалистов со средним медицинским образованием министерство здравоохранения Красноярского края

ежегодно организует и проводит профессиональные конкурсы среди специалистов отрасли. В этом году в конкурсах приняли участие 119 медицинских работников, среди которых 53 врача и 66 специалистов со средним медицинским образованием из 54 краевых учреждений здравоохранения. Были определены лучшие из лучших: 11 врачей и 6 специалистов со средним медицинским образованием.

1.5. Анализ деятельности каждой медицинской организации, участвующей в оказании стационарной помощи больным с ОНМК и/или ОКС, с оценкой необходимости оптимизации функционирования.

Система помощи пациентам с ОКС в Красноярском крае представлена единственным региональным сосудистым центром (РСЦ), развернутым на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Красноярск. В РСЦ развернуто 45 коек для больных острым инфарктом миокарда и 160 кардиологических коек. Отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) включает 18 коек для пациентов с ОКС. Штат кардиологов оптимальный, на 48,25 ставках работает 46 врачей, коэффициент совместительства (КС) - 1. ТУ по ТЛТ прошли 100% врачей. Отмечается умеренный дефицит (18%) анестезиологов-реаниматологов, из 44 ставок заняты 35,75 на которых работает 25 врачей, КС 1,4. ТУ по лечению больных ОКС прошли 100% врачей.

РСЦ оснащен 3 ангиографическими операционными (2007, 2008, 2012 годов выпуска), работающими в режиме 24/7. В РСЦ работает 14 специалистов по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения на 19,75 ставках, КС 1,4. В 2017 году в РСЦ выполнено 8915 диагностическая процедура и 1948 ЧКВ, из них 100% при ОКС.

За 2018 год через РСЦ прошло 2341 пациент с ОКС, из них 702 (30%) с ОКСпСТ и 1639 (70%) с ОКСбпСТ. 58 пациентам проведена ТЛТ, из них в 71% случаев на догоспитальном этапе. Из ПСО в РСЦ за 2018 г. переведено 36 пациентов или 0,4% от всех пролеченных больных с ОКС в Красноярском крае. 65% пациентов переведены с использованием санитарной авиации. Летальность в РСЦ больных с ОКСпСТ выросла на 10% и составила в 2017 г. 8,4, в 2018 г. 9,2; с ОКСбпСТ в 2017 4,4, в 2018 4,4.

В РСЦ симптом-звонок в среднем 125 мин., звонок-доезд бригады СМП 15 мин., в крае используется принцип вызова второй, реанимационной бригады СМП на сложные случаи, что может увеличить время доезда СМП до пациента до 35-40 мин., доставка пациента до РСЦ (контакт-дверь) 30 мин. Пациенты, минуя приемное отделение попадают в реанимационную палату, где проводят от 5 до 10 мин. В это время заводится история болезни, проводится осмотр и взятие анализов, регистрация ЭКГ. Дверь-проводник 32 мин. Таким образом общее время ишемии в среднем составило в среднем 205 мин. (более 3-х часов). Во время маршрутизации пациентов с ОКСпСТ при выборе тактики лечения не учитывается общее время ишемии. Учитывая это, в регионе должна развиваться

программа стимулирования раннего вызова СМП, фармако-инвазивная тактика ведения пациентов на догоспитальном этапе, оптимизация выездных бригад, исключение вызова реанимационных бригад СМП. Необходимо сократить потери времени на внутрибольничной маршрутизации в РСЦ.

Также выявлены дефекты в организации обследования кардиологических пациентов. Так, при наличии необходимого оборудования, пациентам с нестабильной стенокардией в стационаре нагрузочное тестирование не проводят. Пациентам, направленным на плановую КАГ перед госпитализацией в Федеральный центр, нагрузочное тестирование также не проводят. Стресс-эхокардиографию не проводят ввиду отсутствия навыков у врачей.

В регионе также организованы 7 первичных сосудистых отделений (ПСО). Из них 4 с ангиографическими установками: КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона», КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», КГБУЗ «Канская межрайонная больница», КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница», и 3 без ангиографических установок: КГБУЗ «Норильская межрайонная больница», КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница», КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница».

Маршрутизация больных с ОКС осуществляется в соответствии с приказом, утвержденным МЗ Красноярского края №860 от 14.09.2018. Маршрутизация больных контролируется отделом дистанционной расшифровки ЭКГ на базе РСЦ КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Эвакуация пациентов осуществляется с использованием автомашин СМП, реанимобилей и вертолетов санитарной авиации.

В соответствии с приказом, в РСЦ напрямую, при времени доставки не более 120 мин, направляются пациенты с ОКС из г. Красноярск (Центральный и Советский районы) и из районов Большемуралинский, Сухобузимский, Балахтинский, Новоселовский, г. Сосновоборск, г. Железногорск, г. Зеленогорск.

ПСО на базе КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №20 им. И.С. Берзона», расположенное в г. Красноярск, обслуживает 489 621 взрослого населения из ближайших районов: г. Красноярск (Северный, Ленинский, Кировский), Манский, Березовский районы, г. Сосновоборск. Здесь развернуто 6 кардиологических коек интенсивной терапии, 12 коек ОРИТ, 30 кардиологических коек для больных с острым инфарктом миокарда и 145 плановых кардиологических коек. ПСО укомплектовано 1 рентгенооперационной (введена в строй в 2013 г.), работающей в режиме 24/7. Штат сотрудников укомплектован удовлетворительно, отмечается дефицит врачей анестезиологов-реаниматологов и специалистов по РХМДЛ: на 26,75 (из 26,75) ставках кардиологов работает 16 врачей с КС 1,67. На 16 (из 16) ставках анестезиологов-реаниматологов работает 8 врачей с КС 2. ТУ по лечению больных с ОКС прошли 100% врачей. На 14 (из 14) ставках специалистов по РХМДЛ работает 6

врачей с КС 2,33.

За 2018 год в ПСО поступило 1845 пациентов с ОКС, из них 677 (37%) с ОКСпСТ и 1168 ОКСбпСТ (63%, соотношение 1:1,73). Ни одному пациенту не была проведена ТЛТ. В РСЦ пациенты не переводились.

За 2018 г. выполнено 1950 диагностических коронарографий. Проведено 538 ЧКВ пациентам при ОКСпСТ (частота реваскуляризации составила 79%) и 369 при ОКСбпСТ (частота реваскуляризации составила 32%). Летальность во время ЧКВ при ОКСпСТ составила 3,87% (снизилась в 2 раза по сравнению с 2017 г. - 6,85), при ОКСбпСТ составила 1,44% (незначительно выросла по сравнению с 2017 г. - 1,18%). 4 из 6 врачей РЭМДиЛ выполняют более 100 ЧКВ в год, остальные 2 - менее 30.

Летальность в ПСО больных с ОКСпСТ выросла на 13,8% и составила в 2017 г. 11,67%; в 2018 г. 13,29%; с ОКСбпСТ в 2017 8,34%; в 2018 7,23%. При этом летальность в ПСО как у пациентов ОКСпСТ, так и пациентов ОКСбпСТ остается существенно выше (в 1,5-2 раза), чем в РСЦ Красноярского края, расположенного также в г. Красноярск.

ПСО на базе КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», расположенное в г. Красноярск, обслуживает 339 080 взрослого населения из ближайших районов: г. Красноярск (Железнодорожный, Октябрьский районы), Емельяновский, Сухобузимский. Здесь развернуто 12 коек ОРИТ и 50 плановых кардиологических коек, которые используются для лечения пациентов с ОКС. ПСО укомплектовано 3 рентгеноперационными (дата введения в строй 2013, 2018, 2018 гг.), 1 работает в режиме 24/7. Штат сотрудников укомплектован удовлетворительно: на 19,75 (из 19,75) ставках кардиологов работает 13 врачей с КС 1,5. На 16,5 (из 16,5) ставках анестезиологов-реаниматологов работает 10 врачей с КС 1,65. ТУ по лечению больных с ОКС прошли 100% врачей. На 1 1,0 (из 1 1,0) ставках специалистов по РЭМДиЛ работает 7 врачей с КС 1,57.

За 2018 год в ПСО поступило 1168 пациентов с ОКС, из них 370 (31%) с ОКСпСТ и 798 ОКСбпСТ (69%, соотношение 1:2,2). Ни одному пациенту не была проведена ТЛТ. В РСЦ пациенты не переводились.

За 2018 г. выполнено 1551 диагностическая коронарография. Проведено 356 ЧКВ пациентам при ОКСпСТ (частота реваскуляризации составила 96%) и 441 при ОКСбпСТ (частота реваскуляризации составила 55%). Летальность после ЧКВ при ОКСпСТ составила 5,33% (снизилась почти в 2 раза по сравнению с 2017 г. - 9,04%), при ОКСбпСТ составила 1,75% (снизилась по сравнению с 2017 г. - 2,66%).

Летальность в ПСО больных с ОКСпСТ существенно не изменилась и составила в 2017 г. 8,99%; в 2018 г. 8,16%; с ОКСбпСТ в 2017 4,41%; в 2018 5,10%. При этом летальность в ПСО как у пациентов ОКСпСТ, так и пациентов ОКСбпСТ сопоставима с уровнем в РСЦ Красноярского края, расположенного также в г. Красноярск.

ПСО на базе КГБУЗ «Канская межрайонная больница», расположенное г. Канск, в 231 км на восток от г. Красноярск, обслуживает 93 091 взрослого населения из ближайших районов: Абанский, Иланский, Н-Ингашский, г. Бородино, Дзержинский, Тасеевский, Ирбейский. Здесь развернуто 6 кардиологических коек интенсивной терапии, 6 коек ОРИТ, 11 кардиологических коек для больных с острым инфарктом миокарда, 43 плановых кардиологических коек и 36 терапевтических коек. ПСО укомплектовано 1 рентгеноперационной (дата введения в строй 2015 г.), работающей в режиме 24/7. Штат сотрудников укомплектован удовлетворительно, отмечается выраженный дефицит врачей анестезиологов - реаниматологов и специалистов по РХМДЛ: на 8,25 (из 8,25) ставках кардиологов работает 6 врачей с КС 1,37. На 15,5 (из 15,5) ставках анестезиологов-реаниматологов работает 8 врачей с КС 1,94. ТУ по лечению больных с ОКС прошли 100% врачей. На 5,75 (из 5,75) ставках специалистов по РХМДЛ работает 3 врача с КС 1,9.

За 2018 год в ПСО поступило 432 пациента с ОКС, из них 220 (51%) с ОКСпСТ и 212 ОКСбпСТ (49%, соотношение 1:0,9). 10 пациентам выполнена ТЛТ, из них 3 на догоспитальном этапе.

За 2018 г. выполнено 659 диагностических коронарографий. Проведено 187 ЧКВ пациентам при ОКСпСТ (частота реваскуляризации составила 85%) и 44 при ОКСбпСТ (частота реваскуляризации составила 21%). Летальность после ЧКВ при ОКСпСТ составила 12,69% (в 2017 ЧКВ при ОКСпСТ не проводились), при ОКСбпСТ составила 0 (в 2017 составила 0). Обращает на себя внимание резкое снижение в 5 раз количества ЧКВ у пациентов с ОКСбпСТ.

Летальность в ПСО больных с ОКСпСТ выросла, несмотря на ЧКВ и составила в 2017 г. 13,88%; в 2018 г. 15,28%; с ОКСбпСТ в 2017 11,84%; в 2018 2, 0%. Летальность в ПСО при ОКСпСТ существенно выше, чем в РСЦ Красноярского края.

ПСО на базе Краевого ГБУЗ «Ачинская межрайонная больница» г. Ачинск, расположенное на юге Красноярского края в 180 км на запад от г. Красноярск, обслуживает 280876 население городов Ачинск, Боготол, Назарово и ближайших районов: Ачинский, Бирилюсский, Боготольский, Большеулуйский, Козульский, Назаровский, Тюхтетский. ПСО оснащено ангиографической установкой. Здесь развернуто 8 коек ОРИТ, 13 кардиологических коек для больных с острым инфарктом миокарда, 45 плановых кардиологических коек и 30 терапевтических коек. ПСО укомплектовано 1 рентгеноперационной (дата введения в строй 2015 г.), работающей в режиме 24/7. Штат сотрудников укомплектованность не удовлетворительная, отмечается выраженный дефицит врачей всех ключевых специальностей: работает 2 кардиолога при наличии 8,75 ставок. Работает 1 анестезиолог-реаниматолог при наличии 5 ставок. ТУ по лечению больных с ОКС прошли 100% врачей. На 8 (из 8) ставках специалистов по РЭМДиЛ работает 3 врачей с КС 2,6.

За 2018 год в ПСО поступило 860 пациентов с ОКС, из них 407 (47%) с

ОКСпСТ и 453 ОКСбпСТ (53%, соотношение 1:1,11). 46 пациентам выполнена ТЛТ, из них 0 на догоспитальном этапе.

За 2018 г. выполнено 914 диагностических коронарографий. Проведено 273 ЧКВ пациентам при ОКСпСТ (частота реваскуляризации составила 67%) и 89 при ОКСбпСТ (частота реваскуляризации составила 20%). Летальность после ЧКВ при ОКСпСТ составила 14,16 (существенно выросла по сравнению с 2017 годом - 8,16), при ОКСбпСТ составила 5,71 (незначительно выросла по сравнению с 2017 годом - 5,36). Летальность при ЧКВ существенно выше, чем в РСЦ.

Летальность в ПСО при ОКСпСТ снизилась, однако остается высокой и составила в 2017 г. 15,42%; в 2018 г. 14,33%; с ОКСбпСТ в 2017 3,71%; в 2018 3,02%. Летальность в ПСО при ОКСпСТ существенно выше, чем в РСЦ Красноярского края.

ПСО на базе КГБУЗ «Норильская межрайонная больница» г. Норильск, расположенное на севере Красноярского края в 1500 км на север от г. Красноярск, обслуживает 180 239 населения городов и ближайших районов: Талнах, Кайеркан, Снежногорск, г. Норильск. ПСО не оснащено ангиографической установкой. Здесь развернуто 8 кардиологических коек интенсивной терапии, 10 кардиологических коек для больных с острым инфарктом миокарда, 28 плановых кардиологических коек. Штат сотрудников укомплектован недостаточно, достоверные данные отсутствуют: на 5,0 (из 8,75) ставках кардиологов работает 6 врачей с КС 0,83. По врачам анестезиологам-реаниматологом данные не представлены.

За 2018 год в ПСО поступило 308 пациентов с ОКС, из них 87 (28%) с ОКСпСТ и 221 ОКСбпСТ (72%, соотношение 1:2,5). 54 пациентам выполнена ТЛТ, из них 36 (67%) на догоспитальном этапе. В связи с выраженной удаленностью ПСО и нестабильными метеоусловиями переводы пациентов в РСЦ не осуществлялись.

Летальность в ПСО при ОКСпСТ не меняется, остается на уровне РСЦ и составила в 2017 г. 9,09%; в 2018 г. 9,09%; с ОКСбпСТ в 2017 11,34%; в 2018 10,34%. Отмечается крайне высокая летальность больных с ОКСбпСТ.

ПСО на базе КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница» г. Минусинск, расположенное на юге Красноярского края в 450 км на юг от г. Красноярск, обслуживает 235 371 взрослого населения городов и ближайших районов: г. Минусинск, Минусинский, Курагинский, Ермаковский, Идринский, Краснотуранский, Шушенский. ПСО не оснащено ангиографической установкой. Здесь развернуто 12 коек ОРИТ, 25 кардиологических коек для больных с острым инфарктом миокарда, 30 плановых кардиологических коек, 2 плановые терапевтические койки. Штат сотрудников укомплектован недостаточно, анестезиологи-реаниматологи работают с повышенной нагрузкой: на 9,5 (из 9,5) ставок кардиологов работает 6 врачей с КС 1,6. На 24 (из 24) ставках врачей анестезиологов - реаниматологов работает 12 врачей с КС 2.

За 2018 год в ПСО поступило 706 пациентов с ОКС, из них 130 (18%) с ОКСпСТ и 576 ОКСбпСТ (82%, соотношение 1:4,4). 117 пациентам выполнена ТЛТ, из них 81 (69%) на догоспитальном этапе. Переведено в РСЦ 9 пациентов (с использованием санитарной авиации 9).

Летальность в ПСО больных с ОКСпСТ повысилась и остается крайне высокой, превышая в 2 раза летальность в РСЦ, и составила в 2017 г. 16,57%; в 2018 г. 18,87%; с ОКСбпСТ в 2017 12,58%; в 2018 11,86%. Отмечается крайне высокая летальность больных с ОКСбпСТ.

ПСО на базе КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница» г. Лесосибирск, расположенное в 300 км на север от г. Красноярск, обслуживает 51262 взрослого населения городов и ближайших районов: Енисейский, Казачинский, Пировский, г. Лесосибирск, г. Енисейск, пос. Кулаково, пос. Новоангарск. ПСО не оснащено ангиографической установкой. Здесь развернуто 3 кардиологических койки для больных с острым инфарктом миокарда, 37 плановых кардиологических коек, 43 плановые терапевтические койки. Штат сотрудников укомплектован недостаточно, анестезиологи - реаниматологи работают с повышенной нагрузкой: на 3,5 (из 3,5) ставки кардиологов работает 2 врача с КС 1,75. На 15,5 (из 15,5) ставках врачей анестезиологов-реаниматологов работает 8 врачей с КС 1,93.

За 2018 год в ПСО поступило 289 пациентов с ОКС, из них 88 (30%) с ОКСпСТ и 201 ОКСбпСТ (70%, соотношение 1:2,3). 74 пациентам выполнена ТЛТ, из них 57 (77%) на догоспитальном этапе. Переведено в РСЦ 10 пациентов (с использованием санитарной авиации 10).

Летальность в ПСО больных с ОКСпСТ повысилась и остается высокой, составила в 2017 г. 12,26%; в 2018 г. 13,64%; с ОКСбпСТ в 2017 3,51%; в 2018 5,26%.

На территории Красноярского края работает ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» г. Красноярск, в котором проводятся плановые ЧКВ (1132 в 2018 г.) и аорто-коронарные шунтирования (442 в 2018 г.)

По данным мониторинга ишемической болезни сердца Минздрава России за 2018г. в региональных МО Красноярского края выполнено 3815 ангиопластик, что составляет 176,9 на 100 000 жителей (в РФ - 121,6), при этом 70% вмешательств выполнено по экстренным показаниям (в РФ - 80%). Лучевой доступ используется в 95% случаев, рекомендуемая частота 90%. Количество операций в год на одного врача 130 (от 25 до 250), что позволяет поддерживать хороший уровень квалификации хирургов. Плановые ЧКВ и аорто-коронарные шунтирования в Красноярском крае проводятся в ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» г. Красноярск. За 2018 г. выполнено 442 операции АКШ в регионе из них 76 по экстренным показаниям. Частота выполнения АКШ составила 15,4 на 100000 населения, что близко к среднероссийскому показателю в 16,5 на 100000 населения.

За 2018 год в регионе госпитализировано 9992 пациента (298,5 на 100000)

с диагнозом ОКС, профильность госпитализации составила 80%. Переведено в РСЦ 72 пациента (0,7%). Госпитальная летальность при ОКС в

Красноярском крае в 2018 г. составила 6,18%, при ОКСnST - 11,7%, при ОКСбnST - 3,1%.

Показатель числа госпитализаций пациентов с ОКСпST на 100000 жителей региона в год составил 101,3, что соответствует среднероссийскому показателю (103,5). 41% пациентов госпитализированы в первые 2 часа, и 78% пациентов поступили в первые 12 часов. При этом охват реперфузионной терапией в этой группе составил в 2018 году 78,5%. Доля ТЛТ среди больных с ОКСпST составляет 26% (что соответствует среднему по России показателю в 27,6%) и ЧКВ - 54,4%, что выше среднероссийского уровня (44%), однако только 49% ЧКВ было выполнено в первые 12 часов. Фармакоинвазивная тактика лечения использована в 48 случаях (или 2,8% случаев реваскуляризации при ОКСпST). Летальность при инфаркте миокарда (I21, I22) в 2018 году в стационарах Красноярского края составила 11,9% в целом по региону, 5,8% в РСЦ и 10,7% в ПСО, что ниже чем в целом по России (9% в РСЦ и 12% в ПСО). Летальность при ИМ в непрофильных отделениях Красноярского края в 2018 году составила 21,6%. Число умерших от ИМ на дому почти в 2 раза превысило число умерших в стационаре.

За 2018 год в стационары Красноярского края госпитализировано 6536 пациентов с ОКСбпST из них 2185 (34%) высокого риска с GRACE>140. ЧКВ выполнено 63% пациентов высокого риска и 23% пациентов среднего и низкого риска.

Общая частота реваскуляризации миокарда у пациентов с ОКСпST в Красноярском крае составляет 75,1%. Низкая частота переводов связана с распространением ангиографических установок. В регионе отмечается доминирующее распространение ЧКВ как основного метода лечения ОКС, на 2,8 млн жителей функционирует 9 рентгеноперационных по лечению пациентов с ОКС, что составляет 1 рентгеноперационная на 320 тыс жителей. Основное количество операционных (7 из 9) сконцентрированы в г. Красноярск (при этом в Красноярске проживает менее 40% населения Красноярского края). 2 операционные, развернутые в г. Канске и г. Ачинске выполняют в год менее 400 вмешательств каждая, это ведет к высокому (более 14%) уровню летальности в этих ПСО при ОКСпST. Все это указывает на неравномерность расположения рентгеноперационных и не полную их загрузку. Необходимо пересмотреть планы маршрутизации с целью увеличения потока пациентов в ПСО с ангиографией в г. Канске и г. Ачинске и повышения качества лечения пациентов в этих центрах. Довести количество ЧКВ в каждой из них до 400 и более в год.

В Красноярском крае отмечается достаточно высокий уровень догоспитального тромболизиса: 57% (в среднем по России 51%), однако требуется довести этот показатель до 95%.

Госпитальная летальность в Красноярском крае в 2018 г. при ОКСпST

составляет 11,5%, что существенно ниже чем в среднем по России 14,2%, госпитальная летальность при ОКСбпСТ составила 3,0% (по России - 2,7%).

Профильность госпитализации (в РСЦ и ПСО) пациентов с ОКС составила 80%.

Госпитальная летальность при ОКС в РСЦ и в разных ПСО сильно различается и колеблется от 8,16% до 18,87% при ОКСпСТ и от 2,0% до 11,86% при ОКСбпСТ.

Только 56,3% пациентов, перенесших ОКС, после выписки находятся на диспансерном наблюдении. Причины - нет жесткого контроля за постановкой на учет пациентов, перенесших ОКС, после их выписки из стационара, несмотря на то, что в регионе развернут и функционирует централизованный реестр пациентов, перенесших ОКС.

Система помощи пациентам с ОНМК в Красноярском крае представлена: РСЦ КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в г. Красноярске обслуживает 446781 взрослого населения, проживающего на территории Красноярского края, за исключением г. Красноярска, а также из районов: г. Красноярск (Советский, включая микрорайоны Северный, Солнечный), Центральный район, Большемуртинский район, Манский район, Мотыгинский район.

Здесь развернуто 12 коек ОРИТ, 30 коек для больных с острым нарушением мозгового кровообращения. РСЦ укомплектован КТ/МРТ, работающими в режиме 24/7. Штат сотрудников укомплектован полностью, на недавно открытые 3,5 ставки неврологов проводится поиск сотрудников.

За 2018 год в ПСО поступило 1271 пациент с ОНМК, из них 997 (78%) с ишемическим и 274 геморрагическим (22%, соотношение 3, 6:1).

За 2018 г. выполнено 78 тромболизисов (увеличилось в 1,6 раза по сравнению с 2017 г. - 48) и 58 тромбэкстракций (наросло количество в 5,3 раза по сравнению с 2017 г. - 11).

Летальность в ПСО больных с ишемическим инсультом выросла на 1,5% и составила в 2017 г. 14,38%; в 2018 г. 15,71%; с геморрагическим инсультом в 2017 - 23,3%; в 2018 - 23,3%, не нарастает. Таким образом, летальность в РСЦ имеет стабильный без нарастания показатель для больных с геморрагическим инсультом, и некоторое нарастание у пациентов с ишемическим инсультом.

Существует ряд проблем, требующих решения:

1. В связи с увеличением количества переводов пациентов из территорий на высокотехнологичные вмешательства (тромбэкстракции, клипирование аневризм и пр.) появилась потребность в увеличении коечного фонда сосудистой неврологии и отделения нейрореанимации.

Планируется: с вводом нового корпуса ККБ (лето 2019г) освобождаются помещения в старом корпусе и планируется создание ещё одного отделения неврологии (30 коек) и отдельных реанимаций для ОНМК на 18 коек и на 18 коек реанимации для нейрохирургических больных (в настоящее время и пациенты с

ОНМК и пациенты после нейрохирургических операций находятся на койках единой нейрореанимации).

2. Длительное пребывание пациентов в малом сознании и вегетативном статусе, требующих респираторной поддержки на койках нейрореанимации. Такие пациенты (не менее 6-8 постоянно) существенно снижают возможности использования реанимационной койки, в том числе для перевода тяжёлых пациентов из районов.

Планируется: при открытии нового корпуса ККБ рассматривается возможность на освободившихся койках создать центр респираторной поддержки и продленного ухода.

ПСО на базе КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №20 им. И.С. Берзона» обслуживает жителей правого берега г. Красноярска - 489 621 взрослого населения из ближайших районов: г. Красноярск (Свердловский, Ленинский, Кировский. Здесь развернуто 12 коек ПРИТ, 6 коек ОРИТ, 48 коек для больных с острым нарушением мозгового кровообращения и 20 плановых неврологических коек. ПСО укомплектовано КТ работающего в режиме 24/7. Штат сотрудников укомплектован. ТУ по лечению больных с ОНМК прошли 100% врачей.

За 2018 год в ПСО поступило 1040 пациентов с ОНМК, из них 833 (80%) с ишемическим и 154 геморрагическим (15%), 5% - ТИА. В РСЦ переведено 12 пациентов.

За 2018 г. выполнено 66 тромблизиса (увеличилось в 2 раза по сравнению с 2017 г. - 33). % ТЛТ составляет 7,9.

В 2018 году введена методика механической реканализации. Проведена 31 тромбэкстракция.

Летальность в ПСО больных с ишемическим инсультом составила 9,6% (в 2017 – 12,4%), с геморрагическим – в 2018 году 46,1%, в 2017 – 57,9%. При этом летальность в ПСО как у пациентов с геморрагическим инсультом остается существенно выше (в 1,5 раза), чем в РСЦ Красноярского края, расположенного также в г. Красноярск.

Проблемы:

1. Больница построена по павильонному типу и имеются затруднения в оптимальном движении пациента с ОНМК без временных потерь.

Совместно со специалистами РСЦ разработаны схемы, минимизирующие временные потери, при этом расположении некоторых подразделений в разных корпусах не позволяет разработать оптимальную схему.

2. Периодическая поломка достаточно старого 16-срезового МСКТ-аппарата создает значительные трудности и требует переправления потока пациентов со всего правого берега между другими ПСО.

3. Недостаточно коек реанимации для больных с ОНМК. Пациенты с ОНМК поступают в общую реанимацию и 6-коечный БИТ, при этом нередко имеются затруднения с приемом тяжёлых пациентов, требующих ИВЛ.

Планируется закупка дополнительных аппаратов ИВЛ и расширение интенсивного этапа помощи.

ПСО на базе КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича» расположенное в г. Красноярск, обслуживает 560 577 взрослого населения из ближайших районов: г. Красноярск (Железнодорожный, Солнечный, Северный, Октябрьский), районы: Емельяновский, Сухобузимский, пос. Кедровый. Здесь развернуто 12 коек ОРИТ, 60 коек для больных с острым нарушением мозгового кровообращения и 10 неврологических коек для оказания экстренной помощи больным с патологией периферической нервной системы.

ПСО укомплектовано 3 КТ работающие в режиме 24/7, МРТ – работает с 8:00 до 18:00.

Штат сотрудников укомплектован удовлетворительно, отмечается дефицит врачей анестезиологов-реаниматологов, рентгенологов, рентгенлаборантов, среднего медицинского персонала, врачей ЛФК, инструкторов ЛФК. На 16,5 (из 16,5) ставках анестезиологов-реаниматологов работает 8 врачей с КС 2. ТУ по лечению больных с ОНМК прошли 100% врачей.

За 2018 год в ПСО поступило 1125 пациентов с ОНМК, из них 964 (85,7%) с ишемическим и 161 геморрагическим (14,3%), соотношение 1:6). В РСЦ пациенты не переводились.

За 2018 г. выполнено 26 системных тромболизиса и 57 тромбоэкстракций, из них 13 – по бриджинг технологии. Применение реканализирующих методик – 81 чел. (8,4%).

Летальность в ПСО больных выросла и составила с ишемическим инсультом в 2017 г. 8,6%; в 2018 г. 8,9%; с геморрагическим инсультом в 2017 30,9%; в 2018 39,8%

Проблемы:

1. Для увеличения количества профильных госпитализаций, в июне 2018 года к ПСО было прикреплено ещё 2 территории Красноярского края (Емельяново и Сухобузимо), что существенно увеличило поток пациентов.

В настоящее время рассматривается вопрос о расширении коек интенсивного этапа, а также отрабатываются схемы взаимодействия для перевода стабилизированных пациентов в другие неврологические стационары города Красноярска на долечивание.

ПСО на базе «Дорожной больницы» расположенное в г. Красноярск, обслуживает 384 552 взрослого населения из ближайших районов: г. Красноярск (Свердловский р-н, Железнодорожный р-н, Центральный р-н после 5 часов и г. Дивногорск с прилегающей территорией). Здесь развернуто 10 коек ОРИТ, 30 коек для больных с острым нарушением мозгового кровообращения и 18 плановых неврологических коек, 7 коек реабилитационных.

ПСО укомплектовано КТ/МРТ работающие в режиме 24/7. Штат сотрудников укомплектован удовлетворительно, отмечается дефицит врачей

анестезиологов-реаниматологов и специалистов реабилитологов: 2. Ту по лечению больных с ОНМК прошли 100% врачей.

За 2018 год в ПСО поступило 742 пациентов с ОНМК, из них 558 (75%) с ишемическим и 57 геморрагическим (25%, соотношение). В РСЦ пациенты по показаниям переводились в 100%.

В отделении ТЛТ терапия не проводится, т.к. пациенты поступают после 5 часов от начала заболевания.

Летальность в ПСО больных с ишемическим инсультом снизилась на 0,4% и составила в 2017 г. 12,5%; в 2018 г. 12,11%; с геморрагическим инсультом в 2017 46,1%; в 2018 26,3%, отмечается снижение летальности на 19,8%. Летальность в ПСО как у пациентов с ишемическим, так и пациентов геморрагическим инсультом соответствует показателям летальности РСЦ Красноярского края, расположенного также в г. Красноярск и общероссийским показателям.

Так как на базе данной больницы нет ангиографической установки и соответственно нет возможности выполнения тромбэкстракции пациентам с ишемическим инсультом, маршрутизация пациентам выстроена таким образом, что пациенты в данную клинику поступают за пределами «терапевтического окна» (все остальные жители города, поступающие в пределах «терапевтического» окна распределены между РСЦ и 2 городскими ПСО).

Для увеличения количества профильных госпитализаций, в июне 2018 года к ПСО была прикреплена ещё одна территория (г. Дивногорск).

Проблемы:

1. Пациенты с ОНМК первично поступают в отделение общей реанимации и БИТ. При этом стоит отметить, что не все врачи-реаниматологи прошли обучение на курсе «Неврология», а БИТ не отвечает всем требованиям по оснащению. В ближайшее время врачи-реаниматологи данного учреждения будут направлены на месячный цикл по неврологии. Перед руководством больницы поставлены задачи привести БИТ в соответствие со стандартом оснащения.

ПСО КГБУЗ «Ачинская МРБ» расположенное в г. Ачинске, обслуживает 290 тыс. взрослого населения из ближайших районов: г. Ачинск и Ачинский район и жителей западной группы районов (Назаровский, Боготольский, Шарыповский, Бирилюсский, Большеулуйский, Козульский, Тюхтетский, Ужурский) г. Назарово, г. Шарыпово, г. Боготол. Здесь развернуто 6 коек ОРИТ, 30 коек для больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

ПСО укомплектовано КТ, работающий в режиме 24/7. Штат сотрудников укомплектован удовлетворительно, отмечается дефицит врачей анестезиологов-реаниматологов и специалистов неврологов, врачей R-ологов: на 7,75 (из 7,75) ставках неврологов работает 4 врача с КС 1,93. На 4,75 (из 4,75) ставках анестезиологов-реаниматологов работает 0 врачей, работают совместители из хирургической реанимации. При планирующемся расширении на 12

реанимационных коек для больных ОНМК дефицит возрастет. ТУ по лечению больных с ОНМК прошли 50% врачей.

За 2018 год в ПСО поступило 940 пациентов с ОНМК, из них 750 (79%) с ишемическим и 118 геморрагическим (12,5%, соотношение 6,3:1). В РСЦ переведено 26 больных (20 из них с геморрагическим инсультом для оперативного лечения).

За 2018 г. выполнено 28 тромболизиса (незначительное увеличение числа тромболизиса по сравнению с 2017г. (на 2 случая) связано с длительной поломкой аппарата КТ в 2018г.

Летальность в ПСО больных с ишемическим инсультом в 2018г 11,6% и в 2017 г. 12,7%; летальность больных с геморрагическим инсультом в 2018г составила 22%, в 2017г 32,6%. В I квартале 2019г отмечается резкое увеличение летальности при геморрагическом инсульте.

К ПСО КГБУЗ «Ачинская МРБ» прикреплена самая большая западная группа, в которой за год пролечивается более 1000 пациентов с ОНМК. В ПСО КГБУЗ «Ачинская МРБ» за год пролечивается в два раза больше пациентов, чем в ПСО КГБУЗ «Лесосибирская МРБ» при равных возможностях.

При этом непосредственно в ПСО КГБУЗ «Ачинская МРБ» за 2018 год пролечено всего 58% больных с ОНМК из всей западной группы районов (остальные остались лечиться в ЦРБ). Это связано как с нехваткой коек БИТ для тяжёлых пациентов, требующих ИВЛ, так и нехваткой коек сосудистой неврологии для компенсированных пациентов.

Целевой показатель профильных госпитализаций пациентов с ОНМК на 2019г – 76%, на 2024г - 95%.

1. Согласно существующему порядку оказания помощи больным с ОНМК в Красноярском крае, все тяжёлые пациенты (сопор-кома) остаются в районных больницах (с почти 100% летальностью). Причины на это две: а) тяжёлые пациенты плохо переносят транспортировку и часто ухудшаются в дороге (*неосновная причина*). б) если вывозить всех пациентов в коме и на ИВЛ, то через неделю все аппараты ИВЛ в Ачинской МРБ будут заняты тяжёлыми пациентами с ОНМК и работа ПСО встанет (*основная причина*).

Решение:

1. Создание полноценного БИТ на 12 коек с 10 аппаратами ИВЛ.
2. Для повышения уровня интенсивного этапа в первые месяцы вахтовым методом направлять специалистов нейрореанимации ККБ для обучения местных врачей-реаниматологов.
3. Усиление нового БИТ кадрами (*уже есть 2 кандидата – молодые анестезиологи-реаниматологи из Красноярска*).

4. Впоследствии максимальная курация нейрореанимацией ККБ созданного БИТ (через мониторинг инсультов, телеконференции, очные визиты, проверки историй болезни).

5. Перепрофилирование 10 коек общей неврологии в койки сосудистой неврологии (*пока нерешенная проблема*).

Новая маршрутизация:

А) Все пациенты из западной группы районов не заезжая в районную больницу «скорой помощью» напрямую доставляются в ПСО Ачинска.

Единственное противопоказание – глубокая церебральная кома с гипотонией (таких пациентов госпитализировать в ближайшую больницу).

Б) В ПСО на лечение остаются пациенты тяжёлые и средней тяжести (все пациенты с нарушением сознания глубже оглушения).

В) Пациенты нетяжёлые, с преходящим нарушением мозгового кровообращения, легким инсультом, без нарушения сознания:

1) Выполняется КТ, устанавливается тип инсульта

2) Расписывается лечение и вторичная профилактика

3) Наблюдение в динамике 2-3 дня, затем перевод в ЦРБ на долечивание.

4) Динамическое наблюдение за переведенными пациентами (через мониторинг инсультов, телеконференции).

Г) Также из ПСО в ЦРБ на долечивание переводятся пациенты, вышедшие на уровень вегетативного или малого сознания, не требующие ИВЛ, соматически стабильные

Возможности ЦРБ западной группы

	ВРАЧ-НЕВРОЛОГ СТАЦИОНАРА
Боготольская РБ	1
Бирилюсская РБ	0
Большеулуйская РБ	1
Назаровская РБ	1
Козульская РБ	1
Ужурская РБ	1 (консультант, не основной специалист)
Шарыповская ГБ	1 (консультант, не основной специалист)
Тюхтетская РБ	0

Из данных, представленных в таблице видно, что почти во всех ЦРБ есть врач-невролог, что позволяет беспрепятственно переводить пациентов на этап долечивания (где нет невролога – более интенсивная курация врача-терапевта по ведению пациента с ОНМК).

Реабилитация:

Пациенты, требующие 2 этапа реабилитации (варианты):

а) расширение коек на базе Ачинской МРБ

б) создание 2 этапа реабилитации на базе Назаровской РБ (там уже есть невролог и инструктор ЛФК).

Предполагаемые результаты:

1. В течение года увеличение профильных госпитализаций пациентов с ОНМК в западной группе районов с 58 до 85%.
2. Снижение летальности среди тяжёлых пациентов (в сопоре-коме) на 20%.
3. Снижение случаев инсульта (и, соответственно, смерти от инсульта) в западной группе районов за счет выполнения КТ.

Есть основания полагать, что из оставшихся в 2018г 42% пациентов с ОНМК, которые лечились в ЦРБ (без выполнения КТ) не более 20% имели настоящие инсульты (оставшиеся – это пациенты с ЧМТ, опухолями, воспалительными заболеваниями ЦНС и пр.)

ПСО на базе КГБУЗ «Канская межрайонная больница» расположено в г. Канск, обслуживает 178 418 взрослого населения из ближайших районов: Абанский район, Дзержинский район, Иланский район, Ирбейский район, Нижнеингашский район, Тасеевский район, г. Канск и Канский район. Здесь развернуто 6 коек ОРИТ, 24 коек для больных с острым нарушением мозгового кровообращения и 16 плановых неврологических коек.

ПСО укомплектовано КТ работающие в режиме 24/7. Штат сотрудников укомплектован удовлетворительно, отмечается дефицит врачей анестезиологов-реаниматологов и специалистов неврологов (другое): на 8,75 (из 8,75) ставках неврологов работает 4 врачей с КС 2,3. На 4.75 (из 4.75) ставках анестезиологов-реаниматологов работает 4.0 врачей с КС 100 %. ТУ по лечению больных с ОНМК прошли 100% врачей.

За 2018 год в ПСО поступило 699 пациентов с ОНМК, из них 548 (78 %) с ишемическим и 95 с геморрагическим (22 %, соотношение 1:4). В РСЦ пациенты переводились с сосудистой патологией и объемными образованиями головного мозга.

За 2018 г. выполнено 34 тромболизиса (увеличилось в 2 раза по сравнению с 2017 г.).

Летальность в ПСО больных с ишемическим инсультом снизилась на 7,7 % и составила в 2017 г. 17,9 %; в 2018 г. 10,2 %; с геморрагическим инсультом в 2017 - 49,4 %; в 2018 — 33,6 %. При этом летальность в ПСО как у пациентов с ишемическим, так и пациентов геморрагическим инсультом остается существенно не выше чем в РСЦ Красноярского края, расположенного также в г. Красноярск.

Проблемы:

1. Высокая летальность у пациентов с геморрагическим инсультом (достигает 50-60%).

Для решение данной проблемы в настоящее время предприняты следующие шаги:

1. Обучение докторов реаниматологов ПСО Канской МРБ на базе нейрореаниции РСЦ.

2. Подготовка врача-нейрохирурга для работы на базе ПСО Канска, в том числе для своевременного проведения оперативных вмешательств при геморрагическом инсульте.

3. Регулярная проверка историй болезни всех пациентов с ОНМК, умерших от геморрагического инсульта в данной территории, с выявлением проблем и принятием решений.

ПСО на базе КГБУЗ «Норильская межрайонная больница» расположенное в г. Норильск, обслуживает 159 989 взрослого населения из ближайших районов: г. Норильск (Талнах, Кайеркан, Снежногорск), Таймырский, Долгано- Ненецкий район. Здесь развернуто 6 коек ПИТ, 24 коек для больных с острым нарушением мозгового кровообращения и 37 плановых неврологических коек. ПСО укомплектовано КТ, работающие в режиме 24/7(в настоящее время не работает). Штат сотрудников укомплектован неудовлетворительно, отмечается дефицит врачей анестезиологов-реаниматологов и специалистов неврологов и других специальностей: на 9,5 (из 9,5) ставках неврологов работает 4 врача на 67 коек (профиль ОНМК и неврологический). На 27 (из 27) ставках анестезиологов-реаниматологов общей реанимации работает 18 врачей. ТУ по лечению больных с ОНМК прошли 100% врачей неврологов.

За 2018 год в ПСО поступило 331 пациентов с ОНМК, из них 232 (70,1%) с ишемическим и 61 с геморрагическим (18,4%, соотношение 3,8:1). В РСЦ пациенты переводились по санавиации.

За 2018 г. выполнено 7 тромболизисов (уменьшилось в 2 раза по сравнению с 2017 г в связи поломкой аппарата МСКТ. в 2017 г. – 15 больных с ТЛТ).

Летальность в ПСО больных с ишемическим инсультом выросла на 3,5% и составила в 2017 г. 4,7%; в 2018 г. 8,2%; с геморрагическим инсультом в 2017 41%; в 2018 25,3%.

Проблемы:

1. 100% износ МСКТ-аппарата.

ПСО на базе КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница» расположенное в г. Минусинск, обслуживает 211 594 человека взрослого населения из ближайших районов: г. Минусинске, Минусинском районе, а также Шушенском, Каратузском, Краснотуранском, Ермаковском, Идринском и Курагинском районах. Здесь развернуто 6 коек ОРИТ, 22 койки для больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

ПСО укомплектовано КТ работающим в режиме 24/7.

Штат сотрудников укомплектован недостаточно, отмечается дефицит врачей анестезиологов-реаниматологов, неврологов, нет врача ЛФК и врача-реабилитолога. На 5 ставках реаниматологов работает 3 специалиста, при необходимости привлекаются 3 внешних совместителя, существенные проблемы возникают в отпускной период (работа в день остаётся неприкрытой реаниматологами). В штатном расписании имеется только 6,75 ставок

неврологов (4,75- круглосуточных для работы в РИТ и по приёму больных, 1 ставка – ведение регистра и 1 ставка - работа в палатах реабилитации; нет 1 врача- ординатора для курации больных в палатах реабилитации и 1 врача-невролога для работы по приёму больных и в палате РИТ в дневное время. На 6,75 ставках работают 3 доктора в день - включая зав. отд., по дежурству- 1 внешний совместитель, 2 внутренних совместителя. Не все доктора прошли ТУ по диагностике и лечению с ОНМК.

За 2018 год в ПСО поступило 842 пациента с ОНМК, из них ПНМК- 80 случаев, 681 (89,37%) с ишемическим и 81 с геморрагическим (10,63%). В РСЦ переводились больные с субарахноидальным кровоизлиянием- 7 случаев за 2018 год.

За 2018 г. выполнено 26 процедур тромболизиса (2017- 21 процедура) - 3,82%.

Летальность в ПСО больных с ишемическим инсультом в 2018 году стала чуть меньше - 6,45% (2017- 8,1%), за 1 квартал 2019- отмечен рост за счёт пациентов более старшего возраста- 11,95%. С геморрагическим инсультом госпитальная летальность составила в 2018- 30,86% (2017- 21,6%), а за 1 квартал 2019- 12,5%.

Проблемы:

1. В ПСО поступает не более 65% пациентов из прикрепленной территории в силу загруженности коек. Перед руководством больницы поставлены задачи до конца этого года увеличить количество госпитализаций пациентов в ПСО до 76% (целевой показатель) в том числе за счет перепрофилирования коек общей неврологии в дополнительные койки сосудистой неврологии.

ПСО на базе КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница» расположенного в г. Лесосибирск, обслуживает 49 001 взрослого населения из ближайших районов: Енисейский, Казачинский, Пировский, Мотыгинский. Здесь развернуто всего 36 коек, из них 6 коек ОРИТ, 24 койки для больных с острым нарушением мозгового кровообращения и 6 плановых неврологических коек.

ПСО укомплектовано КТ, работающим в режиме 24/7.

Штат сотрудников укомплектован удовлетворительно, отмечается дефицит врача-кардиолога и врача по медицинской реабилитации.

За 2018 год в ПСО поступило 524 пациента с ОНМК, из них 420 (80,1%) с ишемическим и 62 геморрагическим (11,8%). В РСЦ переведено 5 пациентов.

За 2018 г. выполнено 49 тромболизиса (снизилось по сравнению с 2017 г. на 4 человека).

Летальность в ПСО больных с ишемическим инсультом уменьшилась на 1,5% и составила в 2017 г. 10,3%; в 2018 г. 8,8%. Летальность в ПСО больных с геморрагическим инсультом в 2017 27,2%; в 2018 29,8% - увеличилась на 2,6%.

ПСО на базе филиала ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России – «Клиническая больница № 42» расположенное в ЗАТО г. Зеленогорск, обслуживает 51 078 взрослого населения г. Зеленогорска и взрослое население прикрепленных районов: Рыбинский, г. Бородино, Партизанский, Уярский, Саянский. Первичное сосудистое отделение КБ-42 представлено: неврологическим отделением на 48 коек (42 койки круглосуточные), в том числе для лечения острых нарушений мозгового кровообращения (инсультов) 21 – койка, в том числе 6 коек интенсивной терапии (БИТ) и 9 коек нейрореабилитации.

Первичное сосудистое отделение укомплектовано компьютерным томографом, работающим в режиме 24/7. Штат сотрудников укомплектован удовлетворительно, отмечается дефицит врачей анестезиологов-реаниматологов и специалистов неврологов: на 8,25 ставки врачей - неврологов работает 5 врачей - неврологов круглосуточного стационара. Коэффициент совместительства — 1,65. На 2,75 ставки врачей анестезиологов-реаниматологов работают врачи — совместители. ТУ по лечению больных с ОНМК прошли 100% врачей.

За 2018 год в ПСО поступило 429 пациентов с ОНМК, из них 370 (86%) с ишемическим инсультом и 59 (14%) с геморрагическим инсультом (14%, соотношение 1:0,16). В РСЦ за 2018 год переводилось 6 пациентов.

За 2018 г. выполнен 31 (8,4%) тромболизис (в 2017 году выполнено 20 (4,8%) тромболизисов - увеличение на 11 случаев).

Общая летальность от инсультов за 2018 год составила 12,82. Летальность в ПСО больных с ишемическим инсультом выросла на 0,5% и составила в 2018 г. - 10,54% (в 2017 г. - 10,0%). Летальность больных с геморрагическим инсультом в 2018 году составила – 27,1%, в 2017 году данный показатель был равен 29,8%, снижение составило 2,7%.

Регистры пациентов.

Нейромониторинг (мониторинг инсультов).

Для решения проблем несоблюдения современных стандартов и рекомендаций по ведению больных с инсультом; некруглосуточной работы/отсутствия врача -рентгенолога, отсутствие опыта в интерпретации снимков при инсульте, особенно ангиограмм; отсутствие нейрохирурга в большинстве районных больниц; недостаточной курации районными ПСО прикрепленных территорий, оставление ряда пациентов с ОНМК лечиться в РБ; позднее поступление/ не поступление пациентов с ОНМК из ПСО в РСЦ для высокотехнологичного лечения в 2014 году специалистами КМИАЦ, совместно с РСЦ был разработан региональный мониторинг инсультов. Мониторинг инсультов - это электронная программа, куда вносится информация по поступившему пациенту с инсультом с возможностью телеконсультации специалистами регионального сосудистого центра.

К данному мониторингу были подключены все лечебные учреждения края, принимающие пациентов с ОНМК (не только ПСО, но и все РБ). Министром

здравоохранения Красноярского края был издан приказ о том, что заполнение мониторинга инсультов является обязательным в первые 2 часа от поступления пациента. В РСЦ была выделена дополнительная ставка врача-невролога для ведения мониторинга.

В мониторинге есть перечень учреждений, куда поступил пациент с ОНМК, ФИО пациентов, риск неблагоприятного исхода (на основании собственно разработанного рискометра, который учитывает два фактора – возраст и уровень бодрствования, на основании чего рассчитывается риск неблагоприятного (летального) исхода), возраст пациента, тип инсульта, уровень сознания, выполнялся или нет тромболизис, тромбэкстракция (ТЭ), находится ли пациент на самостоятельном дыхании или ИВЛ, есть ли извитость сосудов и их стенозы (кинкинг), начало и конец наблюдения пациента, состояние по шкале Ренкин при поступлении и при выписке, дальнейшая маршрутизация и диагноз по МКБ.

На основании этих показателей можно проводить аналитику с помощью специальных фильтров. Например, с помощью фильтра в мониторинге можно установить всех пациентов с «очень высоким риском» и оценить, сколько из них умерло. Так, если в группе пациентов с очень высоким риском летальность приблизится к 100% (особенно в районных больницах), это будет достаточно понятно и объяснимо. В то время как если с помощью фильтра будут выставлены все пациенты с «низким риском» и мы увидим среди них умерших в период госпитализации, это заставит прицельно разбираться по каждому конкретному случаю.

В графе «Тромболизис» также с помощью фильтров возможно оценить сколько было выполнено ТЛТ за какой-то промежуток времени во всем крае или в какой-то отдельной территории, а также оценить эффективность процедуры с помощью обозначенных докторами одной из трех позиций: выполнен с улучшением, выполнен без динамики, выполнен с ухудшением. Это очень удобно в плане анализа эффективности процедуры и выполняемости её в территориях. Эта же ситуация дублируется для тромбэкстракции (ТЭ).

В графе «ИВЛ» обозначается находится ли пациент на самостоятельном дыхании или на ИВЛ. Это помогает оценить качество оказания интенсивного этапа помощи, в том числе определить все ли пациенты с ОНМК в коме переведены на ИВЛ. В этом случае очень помогает фильтр, с помощью которого можно выставить всех пациентов с ОНМК в коме за какой-то промежуток времени и определить все ли были переведены на ИВЛ и если нет, то дальше прицельно работать с мед. учреждением нарушающем порядок.

В открытом эпизоде есть ФИО лечащего врача и его контактный телефон. Это необходимо в экстренном телефонном порядке связаться с лечащим врачом (решение вопроса о срочном переводе или вылете нейрохирурга в ПСО на операцию). Далее обозначается дата и время развития симптоматики у пациента, тип инсульта, уровень сознания, неврологический дефицит, баллы по шкале

NIHSS, проведение (или не проведение) ТЛТ и ТЭ, перевод на ИВЛ.

В конце эпизода выставлена опция «Рекомендации», определяющая маршрутизацию пациента. В нашем территориально протяжённом крае к сожалению, нет возможности всем пациентам поступать непосредственно в ПСО или РСЦ (длительность транспортировки может превышать 2 часа). В силу удаленности ряда территорий первично пациенты поступают в местные РБ, и после согласования с заведующей ПСО (учитывая тяжесть состояния) транспортируются к ним. Пациенты в крайне тяжёлом состоянии (кома, ИВЛ) не транспортируются на большие территории в ПСО и лечатся в РБ до стабилизации состояния. Именно это и указывается в «Рекомендации»: нуждается ли пациент в переводе в ПСО или лечится до стабилизации состояния на месте. Это дублирует существующий приказ по краю и помогает докторам в районах принять правильное решение.

Одной из самых важных опций в открытом эпизоде является возможность докторов писать сообщения и общаться внутри эпизода с разными специалистами (по типу чата). Доктора не ограничиваются заполнением обозначенных опций, через сообщения более подробно описывают жалобы, анамнез и неврологический статус.

При анализе схем лечения для выявления соответствия (или несоответствия) современным стандартам и клиническим рекомендациям было выявлено, что в 37% случаев в течение года отмечались те или иные нарушения в подходах к медикаментозному лечению и вторичной профилактике инсульта. Пациентам назначались препараты с отсутствием доказательной базы по их эффективности, а иногда и препараты, явно не показанные при инсульте. Работа в течение 2 лет в мониторинге и на селекторных совещаниях снизила необоснованные назначения до 14%, а к 2018 году необоснованные назначения препаратов встречаются крайне редко.

Консультации нейрохирурга в мониторинге инсультов полностью решили проблему с отсутствием нейрохирурга в районных больницах, а также позволили увеличить выявляемость цереброваскулярной патологии и своевременную доставку пациентов в РСЦ на оперативное лечение. Так, до внедрения мониторинга инсультов и центра дистанционного рентген-консультирования количество операций при аневризмах головного мозга не превышало 70-80 на весь край (при целевом значении на 3млн край не менее 140 операций). Благодаря мониторингу эта цифра ежегодно увеличивалась и к 2018 году достигла более 170 операций.

До внедрения мониторинга инсультов и центра дистанционного рентген-консультирования отмечались и другие трудности, связанные с недостаточным опытом врачей-неврологов и рентгенологов. Так, доктора в районах края испытывали затруднения в разграничении гипертензивных кровоизлияний от кровоизлияния в опухоль, не всегда могли отличить геморрагический контузионный очаг от инсультной гематомы, не всегда выявляли небольшие

базальные субарахноидальные кровоизлияния. В этой связи нередко неправильно интерпретировав данные МСКТ не совсем верную определялась тактика ведения пациента.

Мониторинг инсультов и работа центра дистанционного рентген-консультирования способствовала также существенному повышению выявляемости первичных и вторичных опухолей головного мозга у пациентов, поступающих в ПСО с клиникой ОНМК и перевод их в РСЦ на оперативное лечение. Так, к 2018 году в среднем еженедельно из ПСО края в РСЦ на оперативное лечение переводится по 2 пациента с опухолями головного мозга.

Мониторинг инсультов и еженедельные телеконференции также способствовали увеличению количества переводов пациентов из прикрепленной территории (из прикрепленных РБ) в ПСО края, достигнув значений 80-90% (первично эта цифра была на уровне 50-60%). Оставшиеся в районных больницах пациенты, как правило, находились в крайне тяжёлом состоянии и были нетранспортабельны.

Кардиомониторинг.

До 2014 года координация работы между учреждениями, оказывающими помощь больным с ОКС заключалась только в телефонных консультациях на уровне заведующих отделениями. Такой формат взаимодействия не позволял оценить текущую ситуацию с пациентами “на местах” в режиме реального времени.

Функционирование крупной региональной сети лечения ОКС потребовало четкой маршрутизации больных, в связи с чем в 2014 году в рамках пилотного проекта была запущена система кардиомониторинга.

Кардиомониторинг – программный продукт, разработанный совместными усилиями специалистов РСЦ и КМИАЦ. В настоящее время программа успешно внедрена в 62 учреждениях здравоохранения Красноярского края. В соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края данные о всех пациентах с ОКС должны вноситься в режиме on-line.

Основная идея кардиомониторинга – своевременное занесение информации о поступлении больного с ОКС вне инвазивных центров. С последующим созданием индивидуальной логистической схемы для каждого больного.

Задачи, которые решает система кардиомониторинга:

- формирование диагноза и тактики ведения больного исходя из современных дефиниций ОКС;
- оценка частоты и своевременности применения жизненно важных технологий и схем лечения (реперфузионная терапия, антитромботическая терапия, гиполипидемическая терапия, блокаторы РААС, бета-блокаторы);
- аналитическая работа с формированием и оценкой индикаторов качества;
- мониторинг ситуации оказания специализированной помощи

больным с разными формами ОКС.

После оформления больного в приемном покое исходные данные пациента должны быть переданы курирующему специалисту. В режиме «on-line» кардиолог РСЦ оценивает первичные данные.

Наличие пациента с ИМпST автоматически присваивает ему наивысший уровень приоритета. Данные мониторинга позволяют оценить тяжесть состояния пациента, транспортабельность, сроки и эффективность ранее проведенной ТЛТ. В зависимости от приведенных показателей выделены несколько групп больных:

1 группа: транспортабельные пациенты с острой сердечной недостаточностью 3 и 4 класса по Killip и не эффективной ТЛТ в первую очередь рассматриваются на перевод в инвазивный центр.

Оценивается проводимая терапия в стационаре. При необходимости терапия корректируется.

2 группа: класс сердечной недостаточности по Killip 1 или 2. Эффективная ТЛТ. Сроки перевода составляют первые 24 часа после первичного медицинского контакта.

3 группа: нетранспортабельные пациенты.

Оценка транспортабельности проводится каждые 12 часов на фоне коррекции проводимой терапии.

При маршрутизации больного с ОКСбST, расцениваются следующие параметры и выделяются 3 группы:

Оцениваемые параметры:

- Тяжесть ОСН по Killip;
- Сохраняется ли болевой синдром на фоне проводимой терапии;
- ЭКГ;
- Риск по Grace;
- Уровень КФК, МВ-КФК, Тропонина.

1 группа: очень высокий риск. Максимально ранний перевод в ближайший инвазивный центр.

2 группа: высокий риск. Перевод в инвазивный центр в первые 24 часа.

3 группа: промежуточный и низкий риск. Запланировать плановую госпитализацию в инвазивный центр для определения показаний к КАГ.

В кардиомониторинге работает «on-line чат». Специалист в районной больнице может в любой момент получить консультацию из РСЦ и наоборот. В дистанционном режиме можно уточнить недостающие данные, провести коррекцию лечения. В чате отправляются данные о сроках и способе перевода пациента (санитарной авиацией, СМП учреждения и т.д.).

После внедрения системы кардиомониторинга учреждения стали активнее приобретать лабораторные реактивы для определения МВ-КФК, тропонинов, биохимические анализы крови. Это позволило улучшились показатели выявляемости ИМбпST. Этому способствовала как дистанционная передача ЭКГ, так и оценка динамики кардиоспецифических ферментов в системе

кардиомониторинга. 95% больных высокого риска поступают в центры ЧКВ.

Изменились подходу к медикаментозному обеспечению по соответствующим стандартам лечения больных.

Первоначально только в РСЦ существовали госпитальные порядки (квалиграммы) оказания помощи при ОКС. Они были транслированы на все учреждения края, с коррекцией технических возможностей учреждений. Примерно через 2 года работы ПСО и районные центры стали самостоятельно разрабатывать и внедрять свои порядки (стандарты учреждений) на основе клинических рекомендаций.

Была отмечена тенденция к снижению тех или иных нарушений в подходах к медикаментозному лечению и вторичной профилактике инфаркта. Так, ранее пациентам назначались препараты с отсутствием доказательной базы по их эффективности, а иногда и препараты, противопоказанные при инфаркте. Плотная работа в течение 4 лет в мониторинге и на селекторных совещаниях снизила необоснованные назначения с 40 до 10%, а к 2018 году необоснованные назначения препаратов встречаются крайне редко.

1.6. Нормативные правовые акты Красноярского края, регламентирующие оказание помощи при болезнях системы кровообращения (БСК)

На территории Красноярского края организация оказания помощи пациентами с болезнями системы кровообращения осуществляется в соответствии с приказами министерства здравоохранения Красноярского края от 14.09.2018 № 860-орг «О порядке оказания медицинской помощи гражданам с острым коронарным синдромом», от 14.09.2018 № 859-орг «О порядке оказания медицинской помощи гражданам с острым нарушением мозгового кровообращения», от 31.05.2013 №305-орг «Об организации дистанционного ЭКГ-консультирования бригад скорой и неотложной медицинской помощи», от 31.05.2013 №302-орг «О порядке оказания медицинской помощи гражданам с тромбоэмболией легочной артерии». В декабре 2012 года приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 21.12.2012 № 598-орг создана рабочая группа министерства здравоохранения Красноярского края по подготовке предложений по снижению смертности населения края от сердечно-сосудистых заболеваний, , на которой ежемесячно рассматриваются вопросы организации медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, совершенствование маршрутизации пациентов с БСК, вопросы профилактики и реабилитации.

1.7. Показатели деятельности, связанной с оказанием медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в субъекте (профилактика, раннее выявление, диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, реабилитация).

Ежегодно министерством здравоохранения Красноярского края утверждается приказ об организации диспансеризации определенных групп взрослого населения в рамках приказа Минздрава России от 26.10.2017 №869. В 2018 году проведение диспансеризации было регламентировано приказом от 11.01.2018 №7-орг.

На 01.01.2018 в Красноярском крае проживало 741 991 граждан возрастов, подлежащих диспансеризации в текущем году, включены в план 467 427 человек, — 63,0 %. Первый этап диспансеризации прошли 448 909 человек — 96,0 % подлежащих диспансеризации (в 2017, 2016 гг. — по 92,7 %), выполнение плана увеличилось, при этом только в 9 медицинских организациях исполнение плана составило менее 85% (67%-83%). Для мониторинга исполнения плана графика профилактических осмотров специалистами министерства здравоохранения проводятся ежемесячные селектора с сетью, для оценки исполнения как объемных, так и качественных показателей, с разбором эффективности проводимой диспансеризации.

По частоте выявления факторов риска на первом месте нерациональное питание — 24,7 % (в 2017, 2016 гг. — 25,5 и 20,4 % соотв.), далее: - недостаток физической активности — 14,9 % (в 2017, 2016гг.—15,1и 13,6 % соотв.), - избыточная масса тела — 12,9 % соотв. (в 2017, 2016гг.—13,1 и 9,4 % соотв.). Тенденции к росту факторов риска не отмечено. В 2018 г. возросла доля граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском: высокие значения сердечно-сосудистого риска имеют 5,6 % (в 2017, 2016 гг. — 4,5 и 3,4 % соотв.), очень высокие — 4,1 % (в 2017, 2016 гг. — 3,5 и 2,0 % соотв.), суммарно – 9,7% (в 2017, 2016 гг.-8,0% и 5,4% соответственно). В 2018 г. возросла доля взятых на диспансерное наблюдение - 9154 чел.— 2,0 % завершивших первый этап (2017, 2016 гг. — 1,1 и 0,7 % соотв.).

Признаны нуждающимися в индивидуальном профилактическом консультировании 33,9 % (в 2017, 2016 гг. — 34,7 и 30,4 % соотв.), от числа прошедших первый этап, прошли консультирование 30,2 % (в 2017, 2016 гг. — 30,5 и 28,9 % соотв.). Остается низким показатель нуждающихся в групповом профилактическом консультировании - 1,9 % (в 2017, 2016 гг. — 3,0 и 4,7 %), от числа прошедших первый этап, прошли консультирование 0,9 % (в 2017, 2016 гг. — 1,3 и 2,6 %). Снизилась доля направленных на второй этап диспансеризации - 34,4 % (в 2017, 2016 гг. — 43,2 и 38,5 %), завершили — 28,2 % (в 2017, 2016 гг. — 35,1 и 34,0 %).

Деятельность отделений (кабинетов) медицинской профилактики

В крае работает 46 кабинетов и 28 отделений медицинской профилактики, а также 10 центров здоровья для взрослых. Ежегодно около 10 тыс. граждан проходят групповое профилактическое консультирование в центрах здоровья.

Для реализации поставленных задач специалистами учреждения была проведена определенная организационно-методическая работа со службой: подготовлено 19 проектов приказов о деятельности службы медицинской профилактики, 13 методических писем, 37 выездов с организационно-методической целью учреждения здравоохранения края, 9 циклов последипломной подготовки для 162 специалистов учреждений здравоохранения края по вопросам профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ, организовано 2 краевые конференции и 8 межрайонных семинаров.

Для изучения анализа связей между здоровьем населения и его образом жизни, санитарной культурой, отделом мониторинга здоровья в 2018 году было проведено 5 социологических исследований: два касались уровня удовлетворенности профилактическими мероприятиями – краевой консультативной площадкой для населения и проведением краевой научно-практической конференции по вопросам профилактики и формирования ЗОЖ для специалистов учреждений здравоохранения. Уровень удовлетворенности составил 4,15 и 4,73 соответственно по пятибалльной шкале оценок. Кроме того, изучались проблемы с потреблением различных форм электронной доставки табака в Красноярском крае (ЭСДН), представления взрослого населения о здоровом образе жизни и распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и вопросы информирования и мотивирования граждан Красноярского края по вопросам сохранения здоровья. Полученные результаты данных исследований легли в основу обоснования целесообразности принятия нормативно-правового акта о приравнивании ЭСДН к табачным изделиям и распространения на них таких же мер ограничения и запрета.

Информирование и мотивирование граждан по вопросам сохранения и укрепления здоровья является одним из основных направлений деятельности центра медицинской профилактики. В 2018 году было организовано 23 информационно профилактических кампаний с общим числом участников кампаний 341789 человек. Подготовлено печатных просветительских мероприятий по 29 видам с тиражом 142790 экземпляров. Организовано выступлений в СМИ в т.ч.: на ТВ – 118, на РВ – 111, в печати – 383, в Интернете – 713, прокат роликов 1336. Кроме того, было реализовано 5 информационно профилактических проектов в которых приняло участие не менее 500000 жителей края.

Организация проведения диспансеризации в сельской местности и труднодоступных и отдаленных районах

В проведение диспансеризации в сельских местностях принимали участие выездные медицинские бригады (2016 - 17 мобильных медицинских бригад,

осмотрено 4772 граждан, что составило 1,2 % прошедших диспансеризацию, 2018г – 10 мобильных бригад, осмотрено 3279 граждан, 0.7%).

Ежегодно, с 2007 года, на территории края осуществляет работу передвижной консультативно-диагностический центр «Доктор Войно-Ясенецкий (св. Лука)» (ПКДЦ) для проведения медицинских осмотров сельского населения. В 2018 году осуществлено 10 выездов (работали на 75 станциях) в районы края. В Красноярском крае медицинскую помощь получили жители 22 районов края, осмотрено 15 233 человека, проведено 38 932 исследований.

Ежегодно, с 2013 года, организована работа передвижного консультативно–диагностического центра на колесах «Мобильная поликлиника» для работы в малонаселенных пунктах края. В 2018 году осуществлено 26 выездов в районы края. Своей работой «Мобильная поликлиника» помогает районным больницам с выполнением плана диспансеризации и онкоскрининга населения. Проведено 7 905 диагностических исследований, в том числе флюорографических исследований – 2 867, маммографических исследований – 3 568, ультразвуковых исследований – 1 470.

Организована выездная работа краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн» для повышения доступности медицинской помощи сельским жителям пожилого возраста. Выездной бригадой госпиталя в 2018 году осуществлено 6 выездов, осмотрено 249 человека, из числа ветеранов.

С учетом территориальной особенности края при оказании медицинской помощи населению отдаленных Северных территорий края, включая места компактного проживания коренных малочисленных народов Севера, широко используются как постоянно действующие, так и планомерно и оперативно формируемые выездные медицинские бригады. Постоянно действующие бригады – фельдшерские и врачебные работают в прикрепленных населенных пунктах, осуществляется оказание первичной медико-санитарной помощи (медицинские осмотры населения, первый этап диспансеризации, отпуск лекарственных средств, забор биологического материала). Плановые врачебные бригады осуществляют работу в соответствии с графиком выездов. Оперативные врачебные бригады формируются при отсутствии необходимого специалиста (по причине болезни, увольнения, отсутствия), либо при необходимости проведения целевых осмотров населения. В 2018 году медицинскими бригадами осмотрено 4 965 человек.

Наличие социального проекта для проведения диспансеризации

С целью привлечения к участию в данной задаче работодателей, активной общественности по инициативе Министра сформирован Общественный договор, целью и задачей которого является привлечение к повышению охвата профилактическими осмотрами работодателей и активные общественные организации. Сторонами договора являются Правительство Красноярского края, Ассоциация «Красноярская медицинская палата», Красноярская ассоциация

страховых медицинских организаций, Красноярская региональная общественная организация ветеранов (пенсионеров) войны, труда, Вооруженных сил и правоохранительных органов, Красноярский краевой союз организаций профсоюзов «Федерация профсоюзов Красноярского края», Некоммерческое партнерство работодателей «Союз товаропроизводителей, предпринимателей Красноярского края», Союз промышленников и предпринимателей Красноярского края (Регионального объединения работодателей), Союз «Центрально-Сибирская торгово-промышленная палата». Цель договора - повышение мотивации к прохождению медицинских осмотров с помощью работодателей и руководителей общественных организаций.

В настоящее время договоров сформирован, проходит согласование в правовом управлении Правительства. В ближайшее время общественный договор будет подписан и направлен всем заинтересованным сторонам для того, чтобы данная тема обсуждалась и вырабатывались дополнительные меры по побуждению граждан к прохождению профилактических осмотров.

Медицинскими организациями края, участвующими в проведении диспансеризации по территориально-участковому принципу, оптимизированы маршруты прохождения первого этапа диспансеризации до 1-2 визитов в поликлинику. Приглашение граждан, подлежащих диспансеризации, осуществляется участковыми медицинскими сестрами, сотрудниками контакт-центров, кабинетов профилактики, страховыми медицинскими организациями. Информирование населения края о проведении диспансеризации через краевые СМИ осуществляет министерство здравоохранения Красноярского края и Красноярский краевой центр медицинской профилактики. Для обеспечения населения районов края профилактическими медицинскими осмотрами используются имеющиеся мобильные передвижные комплексы (мобильная поликлиника краевой клинической больницы, флюоромобили краевого противотуберкулезного диспансера, поезд-здоровья).

Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни

В Красноярском крае работает 14 Центров здоровья, из них 10 Центров здоровья для взрослого населения, 4 – для детского и 1 – для взрослого и детского (мобильный).

Численность персонала в центрах здоровья продолжает снижаться. К 2018 году количество штатных должностей и врачей, и среднего медицинского персонала снизилось с 2016 г. на 19,7 и 4,1% соответственно.

Показатель укомплектованности врачебными и сестринскими кадрами сокращается. В центрах для взрослых это происходит за счет основных работников.

Количество посетителей центров здоровья для взрослых составило в 2018 г. 30375 обращений (на 13,7% меньше от уровня 2016 года). Возрастает доля лиц, направленных после прохождения диспансеризации.

Поток обращений в ЦЗ для детей снизился в 2018 г. на 1088 обращений по сравнению с 2016 годом (на 6,7%. 5), в том числе за счет доли детей, направленных по инициативе родителей. По-прежнему основной поток пациентов обеспечивают медицинские работники амбулаторно-поликлинических учреждений (49,6%).

Половозрастная структура обратившихся меняется незначительно и составляет за 2016-2018 годы соответственно:

Мужчины: 32,5% - 35,2% - 34,1%,

Женщины; 67,5% - 64,8% - 65,9%.

Лица моложе 30 лет: 22,2% - 24,4% - 25,1%,

Лица 30-55 лет: 46,9% - 45,8% - 47,1%,

Лица старше 55 лет: 30,9% - 29,8% - 27,8%.

Доля лиц, у которых выявлены факторы риска, остается стабильной и составила в 2016- 2017 - 2018 г.г. соответственно:

у пациентов взрослых центров здоровья 72,7%-73,5% - 72,4%,

у детей – пациентов центров здоровья 76,0% - 67,05 – 67,2%

Анализ за три года в динамике (отдельно по каждому году):

Одним из качественных показателей результатов деятельности центров здоровья является коррекция факторов риска. Структура и частота выявления факторов риска представлены в таб. 1,2. (таб. 1)

Таб. 1 Структура факторов риска ХНИЗ у взрослых, %:

	2016г.	2017г.	2018г..
Курение	21,1%	38,2%	27,7%
Избыточная масса тела	39,6%	61,1%	60,1%
Гипергликемия	4,1%	3,3%	4,2%
Гиперхолестеринемия	20,8%	26,7%	24,8%

Таб.2 Частота выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний при обследовании на стандартном оборудовании (2018 г.)

Наименование оборудования	Фактор риска	Взрослые	Дети
Биоимпедансметрия	Избыточная масса тела	60,1%	14,9%
	Дефицит массы тела	7,6%	8,2%
Смокелайзер	СО в выдыхаемом воздухе	36,3%	10,9%
	Курение	27,7%	11,7%
Кардиовизор	Функциональные и патологические отклонения на ЭКГ	25,8%	
Биохимический анализатор	Гиперхолестеринемия	24,8%	
	Гипергликемия	4,2%	0,8%
Компьютерный спирометр	Обструктивные нарушения	10,9%	23,8%
Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня	Высокий риск ХНИЗ	12,2%	

психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма			
	Высокий сердечно-сосудистый риск	9,4%	

Результаты коррекции наиболее распространенных в популяции факторов риска – потребление алкоголя и курение представлены в таб. 3,4.

Таб. 3 Выявление групп риска пагубного потребления алкоголя (тест AUDIT)

	Мужчины	Женщины
Прошли скрининг-тест	156	368
Результаты скрининга положительные	74 (47,4%)	119 (32,3%)
Безопасное потребление алкоголя	47 (63,5%)	67 (56,3%)
Опасное для здоровья потребление алкоголя	27 (36,5%)	52 (43,7%)
Проведена консультация	27 (36,5%)	52 (43,7%)
Удалось мотивировать на сокращение потребления алкоголя	12 (44,4%)	21 (40,4%)

Таб.4 Обследование и лечение курильщиков в центрах здоровья

	2016		2017		2018	
	Абс.	охват (%)	Абс.	охват (%)	Абс.	охват (%)
Число курящих	4564		8093		7468	
Обследовано на статус курения	3779	82,8%	4508	55,7%	2810	37,6%
Согласились на лечение	1197	31,6%	1300	28,8%	866	30,8%
Бросили курить	340	28,4%	319	24,5%	234	27,0%
Снизили число сигарет	510	42,6%	611	47,0%	569	65,7%

Одним из результатов деятельности центров здоровья является проведение группового профилактического консультирования /обучение пациентов в Школе здоровья

Таб. 5 Число лиц, обученных в школах

Центры здоровья	Число лиц, обученных в школах					
	2016 г.		2018 г.		2018 г.	
	Абс.	охват обучением лиц с ФР (%)	Абс.	охват обучением лиц с ФР (%)	Абс.	охват обучением лиц с ФР (%)
Всего по взрослым ЦЗ	9199	35,6	10503	40,7	7819	35,1
Всего по детским ЦЗ	6526	59,6	4637	41,1	4508	44,0

В большинстве ЦЗ недостаточный охват обучением лиц с факторами риска. Это объясняется, с одной стороны, низким откликом на посещение школ

здоровья, а с другой - высокой долей факторов риска среди обследованных граждан.

Структура школ здоровья не меняется уже на протяжении ряда лет. В основном проводится «Круговая» школа здоровья, которая включает в себя 4 занятия по разным темам. В 2018 г. выросло число пациентов, посещавших школы по профилактике гипертонии, сахарного диабета. Соответственно уменьшилась доля «Круговой» школы.

Результаты работы центров здоровья

В деятельности центров здоровья края сформировались следующие тенденции:

Показатель укомплектованности врачебными кадрами сокращается.

Количество посетителей центров здоровья для взрослых и детей снижается в связи с уменьшением укомплектованности кадрами.

Срок эксплуатации оборудования составляет около 100%, часть оборудования заменена на новое за счет государственной программы «Развитие здравоохранения». Но остается потребность в дальнейшей замене.

В структуре факторов риска у взрослых лидирует избыточная масса тела (60%), на втором месте – курение (около 30%), на третьем – повышение уровня холестерина в крови (около 25%), среди детей на первое место вышли обструктивные нарушения функции внешнего дыхания (24%), на втором месте – избыточная масса тела (15%), на третьем – курение (12%).

Пилотный проект по раннему выявлению рисков пагубного потребления алкоголя в двух центрах здоровья показал высокий риск опасного для здоровья потребления алкоголя у женщин (43%). В то же время пагубное потребление алкоголя в центрах здоровья (риск развития алкоголизма) практически не выявляется.

Оказание медицинской помощи по отказу от курения позволяет достигнуть полного отказа от курения у 24-28% курящих пациентов, мотивированных на отказ от курения, и снизить интенсивность курения у 40-60% курящих, согласившихся на оказание медицинской помощи по отказу от курения

Изменение ситуации к лучшему может произойти при переводе центров здоровья в центры общественного здоровья, когда произойдет переход от индивидуальной профилактической работы (скрининг исследование и индивидуальное профилактическое консультирование) к коллективной и общественной профилактике в рамках реализации пилотного проекта «Укрепление общественного здоровья». Это позволит изменить приоритеты: от планирования посещений с целью скрининга отдельных граждан, к планированию коллективных программ сохранения здоровья на рабочем месте и общественных (муниципальных) программ сохранения и укрепления здоровья населения.

Организация оказания помощи пациентами с болезнями системы кровообращения в соответствии с Приказами Минздрава России от 15.11.2012 №

918н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями" и от 15.11.2012 № 928н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" (далее – ОКС и ОНМК соответственно)

Сведения об оказании медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями

№	Сосудистый центр	Уч-ние	Дата открытия	Фактический охват населения (количество человек)	Численность населения, находящегося в часовой доступности от данных учреждений	Зоны ответственности	
						ОКС	ОНМК
1	РСЦ	КГБУЗ «Краевая клиническая больница»	05.09.2009	247307-онмк 683240-окс	247307-онмк 683240-окс	г. Красноярск (кроме Октябрьского р-на), жители края проживающие в г. Красноярске	г. Красноярск (Советский р-он), жители края проживающие в г. Красноярске
2	ПСО	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»	01.02.2009	324385	324385	правобережье г.Красноярска	правобережье г.Красноярска
3	ПСО	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»	01.01.2013	177127	177127-онмк 129803-окс	г. Красноярск (Октябрьский р-он)	г. Красноярск (Центральный, Октябрьский р-он)
4	ПСО	КГБУЗ «Норильская МРБ №1»	01.09.2009	176252	176252	г. Норильск, г. Дудинка	г. Норильск, г. Дудинка
5	ПСО	КГБУЗ «Минусинская МРБ №1»	16.01.2009	243330	179453	г. Минусинск Минусинский р-н Ермаковский р-н Идринский р-н Каратузский р-н Краснотуранский р-н Курагинский р-н Шушенский р-н	г. Минусинск Минусинский р-н Ермаковский р-н Идринский р-н Каратузский р-н Краснотуранский р-н Курагинский р-н Шушенский р-н

6	ПСО	КГБУЗ «Канская МРБ»	01.01.2013	194890	160222	Абанский р-он Дзержинский р-он Иланский р-он Ирбейский район Н.Ингашский р-он Тасеевский р-он	Абанский р-он Дзержинский р-он Иланский р-он Ирбейский р-он Н.Ингашский р-он Тасеевский р-он
7	ПСО	КГБУЗ «Лесосибирска я МРБ»	10.01.2012	101561	48319	г. Лесосибирск, Енисейский р-он, Северо- Енисейский р-он Пировский р-он, Казачинский р-он, Мотыгинский р- он	г. Лесосибирск, Енисейский р-он, Северо- Енисейский р-он Пировский р-он, Казачинский р-он, Мотыгинский р- он
8	ПСО	КГБУЗ «Ачинская МРБ»	9.01.2013г	494416	110393	Бирилюсский, Боготольский, Б- Улуйский, Шарыповский, Козульский, Тюхтетский, Назаровский, Ужу рский районы	Бирилюсский, Боготольский, Б- Улуйский, Шарыповский, Козульский, Тюхтетский, Назаровский, Ужурский районы
9	ПСО	НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «Российские железные дороги»	01.10.2013	79482	79482		г. Красноярск (Железнодорожны й р-он)
1 0	ПСО	Филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница №42» (Зеленогорск)	01.10.2013				г. Зеленогорск Ирбейский, Уярский, Рыбинский, Саянский районы

Существующая система сосудистых центров позволяет обеспечить доступностью специализированной медицинской помощью 75% населения края. Однако есть потребность в создании 3 инвазивных центров (на юге и 2 на севере края) на базе уже существующих 3 первичных сосудистых центров (Минусинск, Норильск, Лесосибирск). С созданием инвазивных центров будет организована доступность современных методов диагностики и лечения для 95% населения края (5% «немые» территории с авиационной транспортной доступностью более 3-4 часов).

Перевод пациентов в региональные и первичные сосудистые центры осуществляется при наличии показаний и условий, предусмотренных указанными порядками.

При наличии противопоказаний к переводу (нетранспортабельные больные: нестабильная гемодинамика, тяжелая сопутствующая патология и др.; если время транспортировки в региональные и первичные сосудистые центры превышает 90-120 минут, сложные погодные условия и др.) пациентам оказывается медицинская помощь в соответствии с уровнем медицинской организации.

Организована круглосуточная работа 5 инвазивных центров (включая 2 в межрайонных центрах края), всего 10 сосудистых центров. Внедрено в практику медицинских учреждений технологии малоинвазивной сосудистой хирургии, догоспитального тромболитика при остром коронарном синдроме, телемедицины, позволяющей круглосуточно консультировать больных, результаты их исследований, включая компьютерные томограммы, работы в круглосуточном режиме центра дистанционного ЭКГ-консультирования, система online - мониторинга больных с ОКС и ОНМК, а также мероприятия, направленные на соблюдение маршрутизации и клинических протоколов при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В связи с внедрением эндоваскулярной технологии (тромбоэкстракция при ишемическом инсульте) в крае с апреля 2017 года пересмотрена маршрутизация пациентов с развившимся инсультом до 5 часов. Пациенты с ранним обращением направляются в один из трех инвазивных центров города Красноярск для возможной реканализации тромбированного сосуда.

Регион находится на среднем уровне обеспеченности врачами кардиологами, кардиохирургами, реаниматологами, средним медицинским персоналом. Узкие специалисты работают в РСЦ, ПСО на уровне районных больниц кардиологов практически нет.

В Красноярском крае создана и действует эффективная система оказания помощи пациентам с ОКС включающая этап скорой медицинской помощи, с активным применением методов догоспитальной ТЛТ у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, активно работает система дистанционного ЭКГ консультирования позволяющая принимать решения о проведении ТЛТ.

Отлажена логистика оказания помощи при ОКС которая учитывает региональные особенности. Около 70% пациентов с диагнозом ОКС получают лечение в системе сосудистых центров. После проведения ТЛТ 95% пациентов направляются для проведения КАГ и получают лечение в рамках фармако-инвазивной стратегии.

Согласно утвержденному порядку оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК в городе Красноярск создана сосудистая сеть, изменена маршрутизация для обеспечения эндоваскулярного лечения ишемического инсульта в сосудистых центрах города. Профильность госпитализаций по ОНМК в городе Красноярск составляет – 97,7%. В дальнейшем планируется тиражирование методики тромбоэкстракции в ПСО оснащенные ангиографами.

С целью соблюдения порядка оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК, увеличения профильных госпитализаций и достижения целевых показателей изменена маршрутизация, пациенты с ОНМК, при отсутствии абсолютных противопоказаний, доставляются напрямую в сосудистый центр с прикрепленной территории, минуя стационар по месту жительства.

В удаленных территориях, где возможна нейровизуализация, работает система телемедицинского консультирования пациентов в режиме онлайн, дистанционная оценка КТ снимков для дифференцированного лечения ОНМК, имеется возможность выполнения тромболитической терапии.

С целью соблюдения стандартов лечения пациентов с ОНМК в региональном мониторинге введен раздел оценки интенсивного этапа, контроль за которым осуществляется врачом реаниматологом РСЦ. Достигнута договоренность с Территориальным отделом ФОМС о применении штрафных санкций к случаям оказания медицинской помощи, где нет данных о внесении информации о пациенте в нейромониторинг.

Для обеспечения преемственной реабилитации принято решение о создании коек второго этапа реабилитации в сосудистых центрах.

Для преемственности оказания медицинской помощи стационарного и амбулаторного этапа созданы 3 кабинета вторичной профилактики ОНМК при ПСО. В дальнейшем в течении 2019 года планируется открытие таких кабинетов во всех ПСО края. По опыту работы кабинета вторичной профилактики инсульта РСЦ, за прошедший 2018 год количество повторных инсультов сократилось до 4% в наблюдаемой группе больных.

Данные о каждом пациенте с ОНМК, поступившем в медицинскую организацию, вносятся в систему нейромониторинга в режиме on-line и уточняются по мере обследования и лечения пациента. Далее после выписки, данные пациента передаются в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту прикрепления пациента, посредством системы нейромониторинга для дальнейшего диспансерного наблюдения и курации специалистов сосудистых центров. Определен порядок взаимодействия кабинетов вторичной профилактики и поликлиник, для оптимизации диспансерного наблюдения.

На территории г. Красноярска все пациенты с ОКС госпитализируются в центры с возможностью ЧКВ.

Маршрутизации пациентов в случае поломки оборудования (КТ, ангиограф) регулируется временным изменением маршрутизации под контролем министерства здравоохранения Красноярского края.

Внесение изменений в порядки оказания медицинской помощи и маршрутизацию, ведомственный контроль внедрения и реализации порядков, стимулирующие выплаты руководителям за достижение (недостижение) целевых показателей летальности и смертности на обслуживаемой территории.

На догоспитальном этапе все мероприятия направлены на диагностику острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST и соответственно

возможно раннюю реваскуляризация миокарда (тромболизис или ЧКВ), для чего внедрена система догоспитального тромболизиса. По итогам 2018 года проведено 891 ТЛТ, из них 513 на догоспитальном этапе.

На базе Регионального сосудистого центра КГБУЗ «Краевая клиническая больница» создан и работает в круглосуточном режиме центр дистанционного ЭКГ - консультирования, 196 бригад скорой медицинской помощи учреждений здравоохранения края оснащены ЭКГ - регистраторами, позволяющими передавать ЭКГ пациента с места вызова в центр телеЭКГ по каналам сотовой связи или по обычной телефонной линии. Кроме этого, в приемные, терапевтические отделения районных больниц, на ФАПы, врачебные амбулатории, участковые больницы передано 96 ЭКГ-регистраторов без функции распечатки ЭКГ («слепые»). Ежедневно центр принимает от 50 до 100 электрокардиограмм. В 2018 году принято 27 660 электрокардиограмм, дистанционно выявлено и даны рекомендации по ведению 783 нарушений ритма сердца и 1271 инфарктов миокарда.

В 2018 году доля выездов СМП при ОКС с временем доезда до 20 минут составила 93,7%. Доля профильной госпитализации при ОКС составила 80%.

Средняя длительность госпитализации при БСК 8,48 дней, при ЦВБ 16,7 дней.

Увеличилась доля пациентов, взятых на диспансерный учет с ИБС в 2018 году на 10,4%; с ЦВБ на 3,6% в сравнении с 2017 годом.

На территории края высокотехнологичную медицинскую помощь оказывают:

1. КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
3. КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»
4. КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»
5. ФГБУЗ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии»
8. КГБУЗ «Ачинская МРБ»
9. КГБУЗ «Канская МРБ»
10. ФГБУЗ «Сибирский научно-клинический центр ФМБА России»

Доля пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, в общей численности пациентов, нуждающихся в такой помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» составила 91,4%.

В 2018 году высокотехнологичную помощь по разделу сердечно-сосудистой хирургии получили 9410 человек, (2017 год – 9160 человек). В 2018 году произведено 11 трансплантаций сердца в КГБУЗ «Краевая клиническая больница», в 2017 – 4.

Медицинская реабилитация в крае проводится в соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края об организации медицинской реабилитации в Красноярском крае от 31.05.2018 №480-орг на

основании реабилитационного потенциала и ШРМ. Медицинская реабилитация больных по профилю кардиология осуществляется в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями «Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом ST». В 2016 году в крае реализован пилотный проект по медицинской реабилитации, который принципиально изменил подход к нейрореабилитации и кардиореабилитации. Так, в ведении документации заполняются протоколы работы мультидисциплинарных бригад, выставляется цель реабилитации и критерием выписки больного является достижение реабилитационной цели. Средний койко – день 2 этапа нейрореабилитации составляет 16,7

В крае создана трехэтапная система реабилитации больных, перенесших острый коронарный синдром (далее – ОКС), острое нарушение мозгового кровообращения (далее – ОНМК), высокотехнологичную медицинскую помощь (далее – ВМП) на сердце и сосудах. На I этапе ранняя реабилитация начинается в условиях регионального (КГБУЗ «Краевая клиническая больница») и 10 первичных сосудистых центров КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона», КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1», КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница», КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница», КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница», КГБУЗ «Канская межрайонная больница», ФГУЗ «Клиническая больница №42 ФМБА», ФГБУЗ «Клиническая больница № 51 ФМБА», НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО РЖД на ст. Красноярск. На II этапе для проведения реабилитации пациенты переводятся в ФГБУ Сибирский научно-клинический центр ФМБА России экспертного уровня со всем современным нейрореабилитационным оснащением, включая робототехнику, КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн», НИИ Медицинских проблем Севера ФИЦ КНЦ СО РАН, Больница КНЦ СО РАН, а также в учреждения здравоохранения края.

Работающие граждане (при наличии показаний) непосредственно после лечения в условиях стационара ОИМ, ВМП на сердце и магистральных сосудах, ОНМК проходят лечение на специализированных койках санаторно-курортных организаций, в 2018 году в ЗАО «Санаторий «Красноярское Загорье» пролечено 440 человек.

На III этапе пациенты проходят медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара ФГБУ Сибирский научно-клинический центр ФМБА России, ООО «Центр современной кардиологии», в Профессорской клинике ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ. Амбулаторная реабилитация также осуществляется в поликлиниках по месту жительства (медикаментозная коррекция, обучение самоконтролю, модификации образа жизни, избавление от вредных привычек; динамическое наблюдение). В случае необходимости пациенты направляются на плановую ВМП.

В настоящее время обеспеченность кадрами по медицинской реабилитации врачи 87,23% средний мед. персонал 78%,

ВПО ГБОУ Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ составлен план обучения врачей - специалистов по специальности врач физической реабилитации, учреждениями здравоохранения направлены заявки в учебное заведение, финансовые средства на обучение выделены за счет НСЗ ТФОМС.

В настоящее время для повышения доступности специализированной помощи планируется открытие 130 стационарных коек и развитие, что позволит ежегодно увеличивать количество пролеченных больных на 2 этапе на 5 % коек в 7 учреждениях второго этапа медицинской реабилитации и открытие проекта дистанционной реабилитации с проведением дистанционных занятий пациентов со специалистами на основе разработанных программ.

Ранняя реабилитация начинается в условиях регионального (КГБУЗ «Краевая клиническая больница») и 10 первичных сосудистых центров. В 2018 году второй этап кардиореабилитации осуществлялся в 14 учреждениях края, по неврологии в 16 учреждениях края: КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона», КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1», КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница», КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница», КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница», КГБУЗ «Канская межрайонная больница», ФГУЗ «Клиническая больница №42 ФМБА», ФГБУЗ «Клиническая больница № 51 ФМБА», НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО РЖД на ст. Красноярск, Стационар ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России экспертного уровня со всем современным нейрореабилитационным оснащением, включая робототехнику.

В 2018 году второй этап кардиореабилитации осуществлялся в 14 учреждениях края, по неврологии в 16 учреждениях края, в том числе стационар ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России экспертного уровня со всем современным нейрореабилитационным оснащением, включая робототехнику.

Для проведения кардиореабилитации на III этапе используются койки дневного стационара. Число коек (дневные и стационар) по медицинской реабилитации по профилю неврология - 176, кардиология – 91.

1.8. Анализ проведенных мероприятий по снижению влияния факторов риска развития-сердечно-сосудистых заболеваний

Распространенность основных факторов риска неинфекционных заболеваний (избыточная масса тела, потребление алкоголя, курение, нерациональное питание, низкая физическая активность) в Красноярском крае

оценивается по результатам ежегодных социологических опросов квотной выборки взрослого населения (табл. 1).

Распространенность измеряемых факторов риска (повышенное артериальное давление, уровень холестерина и глюкозы в крови) оценивается на основании проведенного эпидемиологического исследования в 2015 году в г. Красноярске в рамках российской программы «ЭССЕ».

Первое место по уровню распространенности факторов риска имеет потребление алкоголя: употребляют алкоголь 74% взрослого населения. О подозрении на пагубное потребление алкоголя свидетельствуют ответы от 8% до 11% респондентов (употребление алкоголя несколько раз в неделю). Около 2% взрослого населения, по данным опросов 2015-2016 г.г., являются алкоголиками (употребляют алкоголь ежедневно). Доля таких респондентов уменьшилась в 2017 – 2018 г.г. до 0,3%.

По данным «ЭССЕ», в 2015 г. доля жителей г. Красноярска, употребляющих алкоголь, составила 79,8%; доля лиц с пагубным потреблением алкоголя - 2%, что сопоставимо с результатами социологических опросов.

Второе место по уровню распространенности факторов риска занимает нерациональное питание: от 50% до 60% респондентов дают ответы о недостаточном потреблении фруктов и овощей.

На 3 месте по уровню распространенности факторов риска находится повышенный холестерин крови. По данным «ЭССЕ», повышенный уровень холестерина определялся в 2015 г. у 55,8% обследованных из числа выборки взрослого населения г. Красноярска.

Артериальная гипертония занимает 4-е место в структуре распространенности факторов риска. По данным «ЭССЕ», распространенность артериальной гипертонии в 2015 г. составляла 49,4%.

На 5 месте по уровню распространенности факторов риска находится избыточная масса тела и ожирение – от 40% до 48% респондентов, при этом доля лиц с избыточной массой тела имеет тенденцию к росту - с 39,1% в 2013 г. до 43,2% в 2018 г.

Курение занимает 6-е место в структуре распространенности факторов риска. Начиная с 2016 г., в крае формируется тенденция к снижению доли курящих (с 32,4% в 2016 г. до 31,3% в 2018 г.). Произошло снижение доли курящих мужчин на 10% - с 48,3% в 2016 г. до 38,7% в 2018 г., и возросла доля курящих женщин - с 20,5% в 2016 г. до 24,6% в 2018 г., в основном за счет возрастной группы 18-24 лет: рост с 25,0% в 2016 г. до 34,3% в 2018 г.

Низкая физическая активность как фактор риска находится на 7 месте, распространенность этого показателя за последние 5 лет - в пределах 16,0%-23,0%.

Повышенный уровень глюкозы крови, по данным «ЭССЕ», определен у 5,9% граждан и занимает 8 место в структуре распространенности факторов риска.

Таблица 1. Динамика распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний в Красноярском крае по данным социологических опросов взрослого населения, %.

Факторы риска ХНИЗ	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Курение	33,1%	33,3%	38,0%	32,4%	31,5%	31,3%
Употребление алкоголя	75,6%	69,1%	74,0%	74,0%	74,2%	72,8%
Подозрение на пагубное потребление алкоголя (употребление алкоголя несколько раз в неделю)	13,4%	7,7%	9,0%	9,0%	11,0%	7,7%
Пагубное потребление алкоголя (ежедневное употребление)	Нет данных	0,9%	2,0%	2,0%	0,7%	0,3%
Избыточная масса тела и ожирение	39,1%	39,0%	35,0%	43,6%	47,5%	43,2%
Ожирение	14,4%	13,3%	12,0%	10,0%	16,0%	13,3%
Низкая физическая активность (ходьба менее 30 мин. в день)	Нет данных	16,4%	16,0%	18,0%	23,0%	17,4%
Недостаточное употребление фруктов и овощей	68,0%	59,5%	57,0%	50,0%	64,4%	59,1%

Реализация мероприятий, направленных на снижение факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Борьба с курением.

Мероприятия по борьбе с курением проводятся в нескольких направлениях:

- в направлении межведомственного взаимодействия по контролю за исполнением законодательства в области снижения потребления табака и защиты от табачного дыма;
- в направлении просветительской работы среди населения;
- в направлении организации и оказания медицинской помощи гражданам при отказе от курения.

Постановлением Правительства Красноярского края №270-п от 03.07.2014 создан Координационный Совет в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака. Заседания проводятся 2 раза в год, заслушиваются заместители глав администраций муниципальных образований об исполнении Федерального закона №15-ФЗ, принимаются решения и осуществляется контроль за исполнением решений Координационного совета.

Министерством здравоохранения Красноярского края заключено «Соглашение о взаимодействии органов исполнительной власти Красноярского края по вопросам охраны здоровья граждан от воздействия табачного дыма и

последствий потребления табака» со всеми министерствами, подчиненными Правительству Красноярского края;

Подписан «Порядок взаимодействия министерства здравоохранения Красноярского края с территориальными органами федеральных органов исполнительной власти по вопросам применения законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Ежемесячно ведется WEB-мониторинг нарушений закона №15-ФЗ на сайте КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр», куда вносятся число нарушений закона по конкретным статьям, число составленных протоколов, суммы выписанных штрафов. Мониторинг ведут ежемесячно по территориям края ГУ МВД по Красноярскому краю и Ространснадзор, Роскомнадзор, ежеквартально в целом по краю Роспотребнадзор. За 2018 год число нарушений закона №15-ФЗ составило 7805 (для сравнения – в 2014 г. -5649 нарушений).

Кроме того, проводится общественный контроль за исполнением антитабачного законодательства: путем обращений на горячую телефонную линию через колл-центр Территориального фонда ОМС (в 2014 г. – 51 обращение, в 2018г. – 5 обращений), а также силами волонтеров – студентов медицинских техникумов путем наблюдений на объектах общественного питания, образования, культуры, здравоохранения. Наблюдения проводились в 2014-2016 г.г., доля выявленных нарушений составила в 2014 г. – 40,6% нарушений, в 2016 г. - 48,3% случаев нарушений.

В связи с новой проблемой - распространением предложений электронных средств доставки никотина (ЭСДН), или «вэйпов», вопрос был рассмотрен на Координационном совете в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака в декабре 2018 г. Было принято решение о поддержке Федерального законопроекта №119575-7 «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» о приравнивании основных положений Федерального закона №15-ФЗ в отношении потребления табака к потреблению электронных систем доставки никотина; направлено обращение в поддержку данного законопроекта в адрес комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ.

Просветительская работа среди населения проводится путем проведения информационно-просветительских кампаний, приуроченных к Дню отказа от курения 31 мая; осуществляется прокат роликов социальной рекламы на мониторах кинотеатров и медицинских учреждений; работает межведомственная лекторская группы со взрослым населением и подростками в средних профессиональных образовательных учреждениях и в детских оздоровительных лагерях.

В 2018 г. в рамках Дня отказа от курения 31 мая в Красноярском крае в мероприятиях Всемирного Дня без табака участвовали не только учреждения системы здравоохранения (43 медицинских учреждения и 9 медицинских техникумов), но и учреждения образования, молодежной политики, полиция, администрации городов и районов края, СМИ. Информационный охват составил 305609 человек –10,6% от всего населения Красноярского края.

Организация и оказание помощи при отказе от курения в медицинских учреждениях.

Для подготовки врачей по методологии оказания помощи при отказе от курения и лечения табачной зависимости создан цикл последипломного образования на кафедре поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета.

Начиная с 2010 г., на цикле обучено 77 врачей различных специальностей из 36 медицинских учреждений.

Число граждан, обратившихся за медицинской помощью в медицинские учреждения края по отказу от курения, составило в 2018 г. 11373 человека (для сравнения: в 2014 г. – 11 032 человека).

Обследование курящего человека и лечение никотиновой зависимости проводится в 10 центрах здоровья для взрослого населения.

Ежегодное число курящих, которым проводится оценка статуса курения и лечение никотиновой зависимости в центрах здоровья, составляет от 2800 до 4500 человек. Доля отказавшихся от курения составляет ежегодно 24-28%, доля снизивших интенсивность курения возросла с 39% в 2015 г. до 81% в 2018 году.

Мероприятия, направленные на снижение потребление алкоголя

Мероприятия направлены на усиление антиалкогольного законодательства и на информирование населения о последствиях чрезмерного употребления алкоголя.

В сентябре 2018 г. состоялся «Круглый стол» «О реализации мер, направленных на снижение пагубного потребления алкоголя в Красноярском крае». По итогам «Круглого стола» сформированы предложения для Государственной Думы РФ по внесению изменений в федеральный закон № 171-ФЗ от 22.11.1995 «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» в части введения лицензирования розничной продажи пива и пивных напитков, спиртосодержащей непищевой продукции и наделение указанными полномочиями органов исполнительной власти субъектов РФ; а также в части установления органами государственной власти субъектов Российской Федерации дополнительных ограничений мест розничной продажи алкогольной продукции при оказании услуг общественного питания; сформированы предложения для Законодательного Собрания Красноярского края по внесению изменений в Закон Красноярского края от 01.11.2012 № 3-672 «Об отдельных

вопросах государственного регулирования в сфере производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции» дополнительных ограничительных мер продажи алкогольных напитков.

Для привлечения внимания общественности к проблеме алкоголя проведена информационно-профилактическая кампания, приуроченная к Всероссийскому Дню трезвости под девизом «Быть трезвым — значит здраво мыслить».

В организации и проведении мероприятий Всероссийского Дня трезвости совместно с министерством здравоохранения Красноярского края приняли участие: агентство молодежной политики и реализации программ общественного развития; Главное управление МВД России по Красноярскому краю; министерство культуры Красноярского края; министерство образования Красноярского края; крупные торговые сети и общественные организации Красноярского края.

В рамках кампании проведен Краевой педагогический совет – 2018 с в котором приняли участие более 1500 человек: заместители глав городов и районов края, руководители муниципальных органов управления образованием, руководители и педагоги муниципальных образовательных организаций, врачи-специалисты учреждений здравоохранения Красноярского края.

Сотрудниками отделения участковых уполномоченных полиции Красноярска проведены рейды по пресечению незаконной продажи алкоголя и фактам распития в общественных местах; автоинспекторы совместно с сотрудниками Красноярского краевого Центра медицинской профилактики и краевого наркологического проводили профилактическую работу с водителями, волонтеры-медики провели викторину по здоровому образу жизни среди посетителей заповедника «Столбы»; подобная акция прошла в г. Канске, Минусинске, Дивногорске, Ачинске.

Специалистами межведомственной лекторской группы и студентами-пропагандистами медицинских техникумов проведены публичные лекции и интерактивные занятия в городах края для студентов средних профессиональных образовательных учреждений, прочитано более 200 лекций для более 5000 учащихся, около 60 лекций для родителей школьников.

В 37 медицинских учреждениях проведен опрос населения с оценкой пагубности потребления алкоголя (тест AUDIT). Всего заполнили опросник 2470 человек. Выявлено: 14,7 % человек с высоким риском пагубных последствий потребления алкоголя, 4,7% человек с возможной алкогольной зависимостью. Проведены 82 школы здоровья по отказу от алкоголя, приняло участие 1500 пациентов; опубликовано 23 материала в краевых и в районных газетах, 9 сюжетов на телевидении по проблемам потребления алкоголя, 19 публикаций на сайтах и в социальных сетях. Общий информационный охват через СМИ составил более 500 000 человек.

1.9. Выводы

Для совершенствования организации оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и обеспечению кадров необходимо:

1. В целях улучшения качества оказания помощи пациентам с ССЗ на амбулаторном этапе рассмотреть возможность формирования краевого амбулаторного кардиологического диспансера на базе РСЦ КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

2. Обеспечить строгое соблюдение порядка оказания помощи и маршрутизации пациентов с ОКС, разработать и внедрить форму личной ответственности руководителей МУ (ПСО и РСЦ), а также руководителей СМП.

3. Разработать и внедрить программу постановки и контроля за постановкой на диспансерный учет не менее 95% пациентов, страдающих наиболее значимыми в части сосудистых осложнений заболеваниями: все формы ИБС в сочетании в СД II типа, перенесенный ОКС, все стадии ГБ в сочетании с СД II типа; ГБ после перенесенного ОНМК; все пациенты, перенесшие жизнеугрожающие нарушения ритма сердца (желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков), сердечная недостаточности стадии ПА и выше (по классификации Образцова - Стражеско), пациенты после коронарной реваскуляризации (стентирования, АКШ) (в течение года).

4. Обеспечить качественное диспансерное наблюдение таких пациентов, разработать и внедрить систему проактивного контроля за достижением целевых уровней артериального давления, холестерина, ведения здорового образа жизни в части питания и отказа от вредных привычек и т.д.

5. Разработать и внедрить программу повышения уровня знаний врачей-терапевтов в вопросах ведения пациентов кардиологического и неврологического профиля (путем вебинаров и семинаров, селекторов).

6. Обеспечить контроль за соблюдением клинических рекомендаций по профилактике ишемического инсульта у пациентов с ФП, а также иных клинических рекомендаций по лечению пациентов с различными БСК.

7. Обеспечить согласованный подход к установлению причин смерти в соответствии с предложениями МЗ РФ.

8. Обеспечить 100% целевую госпитализацию пациентов с ОКС с подъемом ST в ПСО или РСЦ. Увеличить количество ЧКВ в первые 2 часа от момента установления диагноза инфаркта миокарда с подъемом ST. В тех случаях, когда это невозможно, пациентам должен быть осуществлен тромболизис на догоспитальном этапе и доставка в ПСО для проведения коронарной ангиопластики. Чаще проводить КАГ пациентам с ИМбпST и чаще проводить ЧКВ этой категории больных.

9. Увеличить объем плановых ЧКВ пациентам с хронической ИБС.

10. Разработать программу по увеличению количества ЧКВ в ПСО № 5 на базе КГБУЗ «Канская межрайонная больница» и ПСО № 6 на базе КГБУЗ

«Ачинская межрайонная больница» и довести это количество до не менее 400 операций в год. В рамках программы рассмотреть возможность в резервной ангиографической установке в городе Ачинске.

11. Проанализировать условия и увеличить количество коек для пациентов с ОКС и ОНМК в ПСО за пределами г. Красноярск.

12. Сформировать заказ МЗ Красноярского края на подготовку дополнительного количества врачей функциональной диагностики.

13. Сформировать заказ МЗ Красноярского края на подготовку дополнительного количества врачей кардиологов в соответствие с имеющимся дефицитом врачей в регионе.

14. Разработать и внедрить программу стимулирования раннего вызова СМП пациентами при симптомах ОКС.

15. Оптимизировать работу СМП, исключить практику вызова второй реанимационной бригады к тяжелым пациентам с ОКС, ускорив вместо этого госпитализацию в специализированные стационары в соответствии с планом маршрутизации.

16. Необходимо организовать обучение специалистов проведению стресс-эхокардиографии.

17. Ввести нагрузочное тестирование, в т.ч. стресс-эхокардиографию, в МЭС, действующие в Красноярском крае (в настоящее время диагностический МЭС при хронической ИБС не включает нагрузочное тестирование).

Проблемы оказания медицинской помощи больным с ОНМК.

1. Затруднение оказания помощи пациентам с ОНМК в северных территориях края (Богучаны, Туруханск и др). В этих территориях нет компьютерных томографов. Вывозить всех пациентов не представляется возможным (только спецрейс самолетом на такое большое расстояние).

Решение:

- запланировать создание ПСО на базе КГБУЗ «Богучанская РБ»
- усиление курации данных территорий возможностями телемедицины (мониторинг инсультов телеконсультации).

2. Нехватка коек паллиативной помощи в регионе.

Имеется существенные затруднения в переводе тяжёлых, длительно находящихся (порой до 6 месяцев и выше) на сосудистых койках пациентов, в другие стационары, так как нет специальных центров продленного ухода и респираторной поддержки в городе крае. Это существенно снижает эффективность использования сосудистой койки.

3. Недостаточный охват диспансерным наблюдением пациентов, перенёвших ОНМК 62 - %

Решение: с июня 2019 подключение всех поликлиник города и края к амбулаторному мониторингу инсультов, с оценкой охвата, а также качества

проведения диспансерного наблюдения и достижения целевых показателей у пациентов (АД, глюкоза, холестерин и пр.)

2. Цель, показатели и сроки реализации региональной программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Снижение смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения к 2024 году, а также снижение больничной летальности от инфаркта миокарда до 8,0% и от острого нарушения мозгового кровообращения до 14,0% в 2024 году, увеличение количества рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях в 2024 году до 6726 ед.

№ п/п	Наименование показателя	Базовое значение 31.12.2017	Период, год					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Смертность от инфаркта миокарда, на 100 тыс. населения	76,9	71,3	68,7	66,1	63,5	60,8	58,9
2.	Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения, на 100 тыс. населения	101,7	94,3	90,9	87,4	83,9	80,5	77,9
3.	Больничная летальность от инфаркта миокарда, %	13,9	12,4	11,6	10,6	9,6	8,8	8,0
4.	Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения, %	20,9	17,2	16,7	16,2	15,6	14,8	14,0
5.	Отношение числа рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях к общему числу выбывших больных, перенесших ОКС, %	79,5	80,5	81,0	81,5	82,0	82,5	83,0
6.	Количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, ед.	6442	6523	6564	6604	6645	6685	6726

7.	Доля профильных госпитализаций пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи, %	0,1	15,9	31,7	47,6	63,4	79,2	95,0
----	---	-----	------	------	------	------	------	------

3. Задачи региональной программы

- Проведение мероприятий по профилактике и лечению факторов риска болезней системы кровообращения, в том числе: повышение первичной выявляемости артериальной гипертензии; сахарного диабета; ишемической болезни сердца; хронической церебро-васкулярной недостаточности; улучшение качества диагностики и оценки степени выраженности факторов риска: курения, употребления алкоголя; высокого уровня холестерина; низкой физической активности; избыточной массы тела и ожирения; повышение уровня информированности населения о факторах риска ССЗ и методах их коррекции на популяционном уровне с использованием средств массовой информации, проката роликов социальной рекламы на мониторах медицинских учреждений и в кинотеатрах; организация и внедрение Школ здоровья, в том числе для пациентов группы высокого риска по возникновению острого нарушения мозгового кровообращения и острого коронарного синдрома; коррекция факторов риска ССЗ в центрах здоровья и формирование здорового образа жизни.
- Внедрение алгоритмов диспансерного наблюдения за группами пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, в том числе коррекции факторов риска у пациентов с высоким риском развития острого нарушения мозгового кровообращения, острого коронарного синдрома, инфаркта миокарда, инсульта, хронической сердечной недостаточности.
- Разработать меры по повышению качества оказания медицинской помощи у пациентов ключевых групп сердечно-сосудистых заболеваний, определяющие основной вклад в заболеваемость и смертность от ССЗ.
- Внедрение новых эффективных технологий диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения с увеличением объемов оказания медицинской помощи, реализацией программ мониторинга (региональные регистры) и льготного лекарственного обеспечения пациентов высокого риска повторных событий и неблагоприятного исхода;
- Разработка и реализация комплекса мероприятий по совершенствованию системы реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения,

внедрение ранней мультидисциплинарной реабилитации больных, реабилитации на амбулаторном этапе лечения.

- Совершенствование материально-технической базы учреждений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с болезнями системы кровообращения.
- Переоснащение медицинским оборудованием медицинских организаций (если применимо для Субъекта, в соответствии с Паспортом Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»).
- Организация сбора достоверных статистических данных по заболеваемости, смертности, летальности и инвалидности по группе болезней системы кровообращения (гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, инсульт и др.), в том числе с использованием региональных информационных сервисов.
- Привлечение специалистов и укомплектование врачами-терапевтами участковыми и врачами-неврологами амбулаторно-поликлинической службы.
- Обеспечить повышение качества оказания медицинской помощи больным с ССЗ в соответствии с клиническими рекомендациями совместно с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами.

4. План мероприятий региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на 2019 – 2024 годы на территории Красноярского края.

№ п/п	Наименование мероприятия, контрольной точки	Сроки реализации проекта		Ответственный исполнитель	Характеристика результата
		Начало	Окончание		
<u>4.2.1. Мероприятия по внедрению и соблюдению клинических рекомендаций и протоколов ведения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями</u>					
1.	Разработка и утверждение перечня индикаторов выполнения клинических рекомендаций и план внутренних проверок указанных индикаторов по данным медицинской документации в каждой медицинской организации как на амбулаторном, так и на стационарном этапе.	01.07.2019	31.12.2019	МЗ КК, руководители медицинских организаций.	Нормативный правовой акт министерства о внедрении перечня индикаторов проверки выполнения клинических рекомендаций по данным медицинской документации
1.2.	Разработка технологических карт по профилю «сердечно-сосудистые заболевания» на основе соответствующих клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи по профилю и с учетом стандарта медицинской помощи и их внедрение в каждой медицинской организации	01.09.2019	31.12.2020	МЗ КК, руководители медицинских организаций	Утверждены 10 технологических карт по профилю «сердечно-сосудистые заболевания» в Красноярском крае и внедрены в каждой медицинской организации
1.3.	Разработка и внедрение технологических карт по профилю «сердечно-сосудистые заболевания» для фельдшеров с учетом клинических рекомендаций и стандартов	01.09.2019	31.12.2020	МЗ КК, руководители медицинских организаций.	Утверждены 5 технологических карт по профилю «сердечно-сосудистые заболевания» в Красноярском крае и внедрены

					в каждой медицинской организации
2	Проведение научно-практических конференций, выездных школ-семинаров, телемедицинских семинаров по изучению и внедрению клинических рекомендаций по лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Красноярском крае	01.09.2019	31.12.2020	МЗ КК, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно- Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ (по согласованию)	Кратностью не реже 1 раза в квартал проводятся тренинги для различных категорий медицинских работников (кардиологов, неврологов, реаниматологов, врачей ЛФК, физиотерапевтов, инструкторов-методистов ЛФК, инструкторов ЛФК, логопедов, среднего медицинского персонала)
3	Организация системы внутреннего контроля качества оказываемой медицинской помощи для обеспечения выполнения критериев оценки качества, основанных на клинических рекомендациях и протоколах лечения (протоколах ведения) пациентов с болезнями системы кровообращения (далее - БСК). Мониторинг выполнения клинических рекомендаций, в рамках системы внутреннего контроля качества в каждой медицинской организации как на амбулаторном, так и на стационарном этапе.	01.09.2019	31.12.2024	Руководители медицинских организаций, оказывающих первичную доврачебную, врачебную и специализированную медико-санитарную помощь	Врачебными комиссиями медицинских организаций ежемесячно проводится контроль случаев БСК по выполнению клинических рекомендаций, утвержденных Минздравом России, с протокольным оформлением результатов контроля по индикаторам (п.п. 1.1) и ежемесячным направлением отчета главным внештатным специалистам министерства здравоохранения Красноярского края, по форме, утверждённой министерством здравоохранения Красноярского края.
4	Мониторинг соблюдения порядков оказания медицинской помощи по	01.01.2019	31.12.2024	МЗ КК, руководители	Министерством здравоохранения

	<p>профилям БСК и выполнения клинических рекомендаций, протоколов лечения (ведения) пациентов, утвержденных Минздравом России в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (проведение экспертизы медицинских карт стационарных пациентов с ОНМК, ХСН, ОКС).</p>			<p>медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, имеющих в своем составе ПСО, РСЦ</p>	<p>здравоохранению, главными внештатными специалистами по профилю в соответствии с ежегодно утверждаемым планом мероприятий по ведомственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности проводится мониторинг выполнения порядков оказания медицинской помощи по профилям БСК, утвержденных Минздравом России не менее одного раза в квартал.</p>
5	<p>Включить в материалы лекций и практических занятий слушателей дипломного и последипломного образования включить вопросы и разборы клинических рекомендаций по профилактике, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения в том числе, острый инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения для их обязательного применения</p>	2019	2024	<p>МЗ КК; Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее КГМУ) (по согласованию)</p>	<p>Снижение показателя летальности пациентов с болезнями системы кровообращения до установленных целевых значений в крае</p>

6	Ежемесячно при проведении заседаний терапевтического общества и Дня кардиолога включение вопросов и разбора клинических рекомендаций профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения	2019	2024	МЗ КК, КГМУ (по согласованию)	Снижение показателя летальности пациентов с болезнями системы кровообращения до установленных целевых значений в крае
7	Проведение межрайонных семинаров по внедрению и обязательному применению клинических рекомендаций по профилактике, диагностики, лечению и реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения на базе межрайонных центров края для врачей-специалистов	2019	2024	МЗ КК, КГМУ (по согласованию)	Снижение показателя летальности пациентов с болезнями системы кровообращения
<u>4.2.2. Мероприятия по организации внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи</u>					
1	При организационно-методической поддержке профильных национальных медицинских исследовательских центров разработать и осуществить мероприятия по внедрению системы контроля качества медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на основе критериев качества медицинской помощи и клинических рекомендаций, включающих, в том числе инновационные медицинские технологии.	2019	2024	МЗ КК, руководители медицинских организации, ТФОМС (по согласованию)	Повышение эффективности и стандартизации оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ и улучшение результатов их лечения. Обеспечение своевременного внедрения в практику новых методов диагностики, лечения и реабилитации ССЗ. Обеспечение стандартизации выявления дефектов в оказании медицинской помощи с целью их исправления.

1.1	При осуществлении ведомственного контроля проводить оценку внедрения протоколов ведения пациентов с ССЗ, выполнения клинических рекомендаций, профильности госпитализации больных с ОКС, определения натриуретического пептида (НУП), использование оценочных неврологических шкал (шкалы Глазго, шкала NIHSS и др.) для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) и др., использование возможностей имеющихся инновационных медицинских технологий с последующим информированием руководителей о выявленных нарушениях, для принятия организационных мер.	2019	2024	МЗ КК	95% выполнение мероприятий при оказании медицинской помощи при ССЗ на основе клинических рекомендаций. Повышение качества оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ. Снижение количества непрофильных госпитализаций.
2	Внедрение системы внутреннего контроля качества медицинской помощи пациентам с БСК на основе критериев качества медицинской помощи и клинических рекомендаций	01.01.2019	31.12.2020	Руководители медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, имеющих в своем составе имеющих в своем составе ПСО, РСЦ	При каждой медицинской организации создана и функционирует комиссия I уровня по анализу дефектов оказания помощи и случаев смерти от инфаркта миокарда и мозгового инсульта. В медицинских организациях издан приказ по созданию и внедрению системы внутреннего контроля качества.
3	Разработка мероприятия по исключению необоснованной и непрофильной госпитализации и эффективному использованию ресурсов круглосуточного стационара.	01.07.2019	01.12.2024	МЗ КК, главные внештатные специалисты МЗ КК,	При анализе дефектов оказания медицинской помощи, главными специалистами МЗ КК осуществляется разбор случаев непрофильной

				руководители медицинских организаций	госпитализации с ежеквартальным изложением результатов деятельности в общую лечебную сеть, принятием, при необходимости, управленческих решений на уровне края.
4	Разбор сложных и запущенных случаев ССЗ с формированием заключения и с последующей трансляцией результатов в медицинскую организацию Красноярского края	01.09.2019	31.12.2024	МЗ КК	Разобрано не менее 5 клинических случаев ежеквартально
5	Разработка и внедрение алгоритмы (протоколы) при ведении больных с болезнями системы кровообращения с учетом клинических рекомендаций по нозологическим профилям по профилактике, диагностики, лечению и реабилитации больных с болезнями системы кровообращения	01.07.2019	2024	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Ежегодное внедрение не менее 18 алгоритмов для ведения больных с ССЗ Достижение целевых показателей регионального проекта
<u>4.2.3. Мероприятия по работе с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний</u>					
1	Проведение комплекса мероприятий в муниципальных образованиях края по борьбе с табакокурением и злоупотреблением алкоголем в Красноярском крае:	2019	2024	МЗ КК, главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой центр медицинской профилактики» (далее - ККЦМП) Кутумова О.Ю.	Снижение доли курящих среди населения на 3% (с 31,3% до 28%), Снижение продаж алкоголя на душу населения до 5,7 л (2018 г. – 6,2 л)

1.2	Расширение охвата / улучшение качества оказания помощи по отказу от табака (организация консультативных приемов по оказанию помощи при отказе от курения в отделениях медицинской профилактики, амбулаторной и стационарной сети, организация психологической помощи лицам с никотиновой зависимостью).	2019	2024	Главный врач ККЦМП Кутумова О.Ю. Руководители медицинских организаций	Увеличение числа обратившихся за медицинской помощью по отказу от курения на 20% (в 2018 г. - 11373), увеличение доли отказавшихся от курения на 5% (в 2018 г. – 7,7%) Организация и оказание помощи при отказе от курения в 23 учреждениях здравоохранения края, в том числе в 9 крупных стационарах края
1.3	Создание и тиражирование полиграфических просветительских материалов (буклетов, плакатов, листовок) о вреде курения получения помощи при отказе от курения, публикации в СМИ профилактических материалов о вреде курения, методах отказа от курения, получения помощи при отказе от курения, прокат роликов социальной рекламы на экранах кинотеатров и на мониторах медицинских учреждений о вреде курения и последствиях курения	2019	2024	Главный врач ККЦМП Кутумова О.Ю.	Охват информированием населения о вреде табака и возможности получения помощи при отказе от курения – 10%
1.4	Социологические опросы для изучения динамики ситуации, связанной с курением	2019	2024	Главный врач ККЦМП Кутумова О.Ю.	Получение данных о распространенности курения для оценки эффективности антитабачных мероприятий, снижение распространенности курения на 5%
2.	Информирование о принципах правильного питания (тиражирование полиграфических просветительских материалов (буклетов,	2019	2024	Главный врач ККЦМП Кутумова О.Ю.	Повышение доли граждан, мотивированных и изменивших пищевые привычки в сторону

	плакатов, листовок) по вопросам здорового питания, работа лекторской группы по информированию населения о факторах риска БСК и их коррекции, в том числе вопросам рационального питания.			Руководители медицинских организаций	здорового питания, на 10% (с 44% до 54-55%)
3	Проводить информирование населения о признаках сердечно-сосудистых заболеваний и факторах риска их развития путем проведения информационно-профилактических кампаний (Дней здоровья), публикаций в региональных и муниципальных СМИ, тиражирования и распространения профилактических полиграфических материалов, лекторских программ для медицинских работников и немедицинских работников)	2019	2024	Главный врач ККЦМП Кутумова О.Ю.	Привлечение внимания населения к проблеме сердечно-сосудистых заболеваний и мотивирование к изменению поведения в сторону формирования ЗОЖ, Информационный охват населения не менее 15%
4	Разработать мероприятия по межведомственному взаимодействию с органами социальной защиты, пенсионного обеспечения, религиозными и иными организациями в вопросах сотрудничества по формированию здорового образа жизни среди населения Субъекта, ответственного отношения граждан к своему здоровью. Привлечение различных общественных и волонтерских организаций к пропаганде культа здоровья как фундаментальной ценности жизни современного человека:	2019	2024	Главный врач ККЦМП Кутумова О.Ю.	Повышение эффективности мер, направленных на формирование здорового образа жизни Повышение активности гражданского общества в пропаганде здорового образа жизни

4.1	Разработка образовательной программы для социальных работников по вопросам медико-социального ухода и реабилитации маломобильных граждан	2020	2021	Министерство социальной политики Красноярского края, Красноярский государственный медицинский университет,	Повышение уровня профессиональных знаний и умений социальных работников при оказании помощи маломобильным гражданам
4.2	Разработка «Программы милосердия»	2021	2022	Главный врач ККЦМП О.Ю. Кутумова	Подготовка сестер милосердия для оказания волонтерской помощи в стационарах и учреждениях социального обслуживания
4.3	Продвижение проекта «Добро в село» по оказанию помощи гражданам с сердечно-сосудистыми заболеваниями	2019	2024	МЗ КК	Помощь гражданам с сердечно-сосудистыми заболеваниями по приобретению навыков само-и взаимопомощи при неотложных состояниях
4.4	Создание переговорной площадки с СО НКО об участии в конкурсе на получение субсидий СО НКО, реализующих проекты по вопросам ЗОЖ, и оказание им консультативной и методической помощи	2020	2024	Главный врач ККЦМП Кутумова О.Ю.	Помощь СО НКО в участии в конкурсе краевых грантов и разработке не менее 1 проекта в сфере пропаганды ЗОЖ среди населения
4.5.	Продолжение реализации проекта «Знание-сила» по интерактивной программе «Равный обучает равного» с привлечением волонтеров-медиков-пропагандистов по вопросам профилактики заболеваний и здорового образа жизни среди учащихся средних профессиональных учебных заведений	2019	2024	Главный врач ККЦМП Кутумова О.Ю.	Достижение уровня информирования о факторах риска ССЗ среди учащихся средних профессиональных образовательных учреждений до 80% от числа участников интерактивной программы

4.6.	Реализация проектов по пропаганде здорового образа жизни и первичной профилактике ССЗ («Маршрут здоровья», «Здоровье на рабочем месте», информационно-просветительский проект «Научись спасать жизнь»)	2019	2024	Главный врач ККЦМП Кутумова О.Ю. МЗ КК, министерство транспорта Красноярского края, Региональное управление «Почта России» по Красноярскому краю (по согласованию)	Повышение уровня информирования населения о факторах риска БСК, раннем выявлении БСК и оказании первой помощи при неотложных состояниях
<u>4.2.4. Комплекс мер, направленный на совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях</u>					
1	Разработать специализированные программы ведения больных хронической сердечно-сосудистой патологией высокого риска (программы для больных хронической сердечной недостаточностью, кабинеты антикоагулянтной терапии) с последующим тиражированием в медицинские организации края	2019	2020	МЗ КК	Снижение смертности на терапевтическом участке не менее чем на 2%
2	Внедрить федеральные и/или региональные регистры (с использованием региональных информационных сервисов) пациентов с высоким риском повторных событий и неблагоприятного исхода, в том числе для	31.12.2019, первый контроль срок 01.09.2019,	2020	МЗ КК	2019 год – 100% включение пациентов с БСК в региональную программу кардиомониторинга и нейромониторинга.

	обеспечения преемственности амбулаторного и стационарного этапов оказания медицинской помощи	далее ежемесячно			
3	<p>Проводить профилактические акции, иные площадки, направленные на пропаганду ЗОЖ.</p> <p>Обеспечить публикации в региональных СМИ («Краевое радио», Телеканал «Енисей», газета «Наш Красноярский край», 44-х районных газетах новостных и тематических материалов о положительных результатах диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, о проведенных акциях и кампаниях, об обучении граждан в Школах здоровья, работе групп здоровья, об изменениях в политике здорового питания в крае.</p> <p>Информировать о проведенных мероприятиях МЗ КК</p>	<p>2019</p> <p>По графику в течение года</p> <p>Ежеквартально</p>	2024	МЗ КК, Главный врач ККЦМП Кутумова О.Ю.	<p>Даты проведения мероприятия</p> <p>Информация о проведенных мероприятиях</p> <p>Количество опубликованных материалов</p>
4	Внедрить единую методологию Краевой школы здоровья по темам «Артериальная гипертензия», «Ишемическая болезнь сердца», «Хроническая сердечная недостаточность», «Школа отказа от курения», «Школа здорового питания»	01.07.2019	31.12.2019	Главный врач, ККЦМП Кутумова О.Ю.	Методические рекомендации (письмо) - Единая методология Краевой школы здоровья по темам профилактики и самоконтроля болезней системы кровообращения повысит уровень обучения пациентов с БСК
5	Обеспечить работу Школ здоровья по профилактике БСК (включая здоровое питание, отказ от курения, коррекцию	С 01.06.2019	2024	Руководители медицинских организаций,	Приказ о работе Школы здоровья, график работы

	образа жизни, приверженность к терапии и др.)			оказывающие ПМСП	
6	Провести перепись населения по терапевтическим участкам. Выделить группы диспансерного наблюдения и факторов риска их развития (выявление «молчунов»)	01.06.2019 Далее ежегодно	2024	Руководители медицинских организаций, оказывающие ПМСП	Актуализированный паспорт участка
7	Организовать проведение информационного сопровождения пациентов после перенесенных острого инфаркта миокарда и ОНМК, информировать МЗ КК	2019 Ежемесячно отчет	2024	Страховые медицинские организации (по согласованию)	100% сопровождение пациентов после перенесенных ОИМ и ОНМК страховыми представителями
8	Организация школ для родственников пациентов, перенесших инсульт	2019	2024	Главные врачи медицинских организаций края, имеющих в составе РСЦ и ПСО	Охват обучением в Школах не менее 30% пациентов (родственников) от общего числа пролеченных
9	Отработать учет и анализ на каждом терапевтическом участке все случаи госпитализации пациентов по экстренным показаниям с сосудистыми катастрофами; Упорядочить работу с выписными эпикризами из стационаров выписанных больных с сосудистыми катастрофами	2019	2024	МЗ КК, Руководители медицинских организаций, оказывающие ПМСП	Информация о количестве пациентов на участке, госпитализированных по экстренным показаниям с сосудистыми катастрофами
10	Обеспечить выполнение обязательных требований порядков и стандартов оказания медицинской помощи	2019	2024	Руководители медицинских организаций,	95% выполнение требований порядков и стандартов

				оказывающие ПМСП СМО	
11	Провести образовательные семинары по изучению клинических рекомендаций по лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в медицинских организациях Красноярского края	2019	2024	Руководители медицинских организаций,	Ежегодно проводится 4 семинара (1 в квартал)
12	Внедрение в каждой медицинской организации протоколов лечения по профилю ССЗ (протоколов ведения пациентов) на основе соответствующих клинических рекомендаций по профилю, порядка оказания медицинской помощи по профилю и с учетом стандарта медицинской помощи	2019	2024	МЗ КК, Руководители медицинских организаций, оказывающие ПМСП	95% выполнение мероприятий при оказании медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях на основе клинических рекомендаций
13	Мониторинг образовательных программ повышения квалификации по внедрению клинических рекомендаций в практику работы врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи населению Красноярского края, с обсуждением итогов подготовки врачей по программам повышения квалификации на заседаниях учебно-методических и Ученых советов	2019	2024	ФГБОУ ВО КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации (по согласованию)	Тестовый контроль знаний врача и практических навыков (тестирование, практические навыки) в рамках аттестации 220 человек в год
14	Регулярное проведение образовательных Региональных обучающих мероприятий для участковых врачей, кардиологов и неврологов поликлиник, в том числе	01.07.2019	31.12.2020	МЗ КК: Руководители медицинских организаций	100% включение пациентов с БСК в региональную программу кардиомониторинга и нейромониторинга (в том

	при проведении выездной работы по методам ранней диагностики ССЗ и современным возможностям проведения вторичной профилактики, включающим высокотехнологичную специализированную помощь.				числе ведение на амбулаторном этапе). Снижение количества непрофильных госпитализаций. Повышение квалификации медицинских работников. Рациональное использование медицинского оборудования медицинских учреждений, в том числе в круглосуточном режиме оказания специализированной медицинской помощи.
15	Утверждение Плана региональных образовательных мероприятий для участковых врачей, кардиологов и неврологов поликлиник, в том числе при проведении выездной работы по методам ранней диагностики ССЗ и современным возможностям проведения вторичной профилактики, включающим высокотехнологичную специализированную помощь.	01.07.2019	31.12.2019 (с ежегодным обновлением)	МЗ КК, Руководители медицинских организаций,	План региональных образовательных мероприятий для участковых врачей, кардиологов и неврологов поликлиник, в том числе при проведении выездной работы по методам ранней диагностики ССЗ и современным возможностям проведения вторичной профилактики, включающим высокотехнологичную специализированную помощь.
16	Организация работы на базе РКЦ центра мониторинга деятельности учреждений здравоохранения Красноярского края по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний.	2019	2021	Главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Е.Е. Корчагин, МЗ КК	Создан центр мониторинга деятельности учреждений здравоохранения Красноярского края по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний

17	Осуществлять контроль выполнения планов-графиков диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактических осмотров	Ежемесячно		МЗ КК	Данные ежемесячного отчета ТФОМС, Итоги селекторных совещаний
18	Осуществлять ежеквартальный анализ и мониторинг результатов диспансеризации взрослого населения	01.01.2019	31.12.2024	Главный врач ККЦМП Кутумова О.Ю.	Принятие своевременных управленческих решений для улучшения результатов диспансеризации
19	Проводить индивидуальное и групповое углубленное профилактическое консультирование (Школы здоровья и Школы пациентов по профилям) для лиц, имеющих повышенный вес, о принципах правильного питания и методах физиологического снижения веса	2019	2024	Руководители медицинских организаций,	Снижение индекса массы тела у 50% граждан с повышенным весом от числа прошедших профилактическое консультирование, по итогам динамического наблюдения
<u>4.2.5. Мероприятия по вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.</u>					
1	Обеспечение разбора сложных случаев сердечно-сосудистых заболеваний на рабочей группе по снижению смертности от БСК министерства здравоохранения Красноярского края с последующей трансляцией результатов в медицинские организации края	2019	2024	МЗ КК	Повышение компетенции врачей и уровня грамотности медицинских работников при оказании медицинской помощи пациентам с ССЗ Проведение экспертного совета не реже 1 раза в квартал
2	Организация диспансерного наблюдения больных с ССЗ, в том числе абсолютно всех после перенесенных инфаркта миокарда	2019	2024	Руководители медицинских организаций	100% охват после перенесенных инфаркта миокарда и/или острого

	и/или острого нарушения мозгового кровообращения				нарушения мозгового кровообращения
3	Регулярный (ежемесячный) анализ эффективности диспансерного наблюдения пациентов с ССЗ: количество случаев и количество дней ВН; количество госпитализаций, в т. ч. по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний; число случаев инвалидности, частоту обострений хронических заболеваний число вызовов СМП; показатели смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций	2019	2024	Руководители медицинских организаций	Достижение целевых показателей
4	Проведение образовательных краевых семинаров в том числе в форме вебинаров для участковых врачей, кардиологов и неврологов поликлиник, в том числе при проведении выездной работы по методам ранней диагностики и современным возможностям проведения вторичной профилактики, включающим высокотехнологичную специализированную помощь.	2019	2024	МЗ КК	Повышение грамотности медицинского персонала по методам ранней диагностики и современным возможностям проведения вторичной профилактики, включающим высокотехнологичную специализированную помощь. Проведение семинаров 1 раз в месяц

5	Создание кабинетов вторичной профилактики перенесших ОНМК, ОКС при сосудистых центрах	2019	2021	Руководители медицинских организаций	Снижение повторных сосудистых событий не менее чем на 10%
6	Продление нейромониторинга и кардиомониторинга на амбулаторный этап с осуществлением контроля ведения мониторинга с целью оценки диспансерного наблюдения пациентов перенесших ОКС, ОНМК.	2019	2021	МЗ КК	Снижение повторных сосудистых событий не менее чем на 10%
<u>4.2.6. Комплекс мер направленный на совершенствование организации диспансерного наблюдения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями</u>					
1	Разработка и утверждение алгоритма организации диспансерного наблюдения пациентов с ССЗ	15.05.2019	01.09.2019	МЗ КК	Приказ об утверждении алгоритма организации диспансерного наблюдения пациентов с ССЗ
2	Обеспечить взятие на диспансерный учет и проводить коррекцию факторов риска в группах пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	2019	2024	Руководители медицинских организаций	Снижение доли лиц с высоким сердечно-сосудистым риском на 50% (к 2024 году)
3	Провести анализ групп диспансерного наблюдения в медицинской организации на терапевтических участках для достижения целевого охвата диспансерным наблюдением лиц с ССЗ, в том числе граждан старше трудоспособного возраста на предмет охвата диспансерным наблюдением по поводу ХНИЗ и патологических состояний, включая старческую астению	01.06.2019 Ежемесячно отчет	2024	Руководители медицинских организаций	Доля лиц на одном терапевтическом участке с ССЗ, находящихся под диспансерным наблюдением, не менее 36%; Актуализированные группы диспансерного наблюдения в паспорте участка

	Проведение оценки и ранжирование участков по группам диспансерного наблюдения, выборочный контроль амбулаторных карт.				Данные контрольных мероприятий ведомственного контроля, ТФОМС и СМО
4	<p>Обеспечение полный охват диспансерным наблюдением группы риска по внезапной смерти:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пациенты с ИБС (все формы) в сочетании с сахарным диабетом; - перенесенный ОКС; - все стадии гипертонической болезни в сочетании с сахарным диабетом II типа; - гипертоническая болезнь после перенесенного ОНМК/ТИА; после перенесенных жизнеопасных нарушений сердечного ритма (желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков); - СН IIА ст. и выше (по классификации Образцово-Стражеско); - пациенты после коронарной реваскуляризации (коронарное стентирование, АКШ). 	2019 Ежемесячн о отчет	2024	Руководители медицинских организаций, СМО	<p>Доля лиц из группы риска по внезапной смерти на одном терапевтическом участке, находящихся под диспансерным наблюдением, не менее 100%;</p> <p>Данные контрольных мероприятий ведомственного контроля, ТФОМС и СМО</p>
5	<p>Обеспечение достижения целевых показателей артериального давления, холестерина и др.</p> <p>Проведение оценки организации диспансерного наблюдения, выборочный</p>	2019 Ежемесячн о отчет	2024	Руководители медицинских организаций, оказывающие ПМСП	Доля лиц диспансерной группы на одном терапевтическом участке, достигших целевые показатели, не менее 70%

	контроль амбулаторных карт (внутренний контроль качества).			СМО	Достижение целевых показателей ХС ЛПНП $\leq 1,8$ ммоль/л у пациентов с высоким риском, включая больных ХИБС, АГ, перенесших ОКС, ЧКВ, КШ, ангиопластику БЦА, артерий нижних конечностей, каротидную эндартерэктомию, подвздошно-бедренное, бедренно-подколенное шунтирование), сочетание ССЗ с СД и/или ХБП с СКФ <60 мл/мин/1,73 м ² .;
6	Проведение ежегодных профилактических осмотров у лиц, родственники которых имели БСК, особенно случаи инфарктов миокарда, нарушений мозгового кровообращения, внезапной смерти, включая применение в сельской местности подворовых обходов	2019 Ежегодно	2024	Руководители медицинских организаций, оказывающие ПМСП	Количество проведенных профилактических осмотров лиц, родственники которых имели БСК, особенно случаи инфарктов миокарда, нарушений мозгового кровообращения, внезапной смерти (по данным медицинской документации в медицинской организации)
7	Разработать и внедрить меры по увеличению охвата диспансерным наблюдением пациентов ключевых групп сердечно-сосудистых заболеваний и улучшению преемственности между стационаром и поликлиникой в отношении лиц, перенесших острые сердечно-сосудистые события. Разработка схемы адресной передачи выписок из центров	01.07.2019	31.12.2024	МЗ КК; Руководители медицинских организаций	Внедрена схема адресной передачи выписок из центров ЧКВ и сосудистых центров в поликлиники (заведующему терапевтическим отделением поликлиники или заместителю главного врача поликлиники) Увеличен охват диспансерным наблюдением БСК – до 70%

	ЧКВ и сосудистых центров в поликлиники (заведующему терапевтическим отделением поликлиники или заместителю главного врача поликлиники)				
8	Внести изменения в приказ МЗ КК от 25.01.2019 № 38-орг в части изменения порядка и возрастного охвата проведения профилактических осмотров и диспансеризации взрослого населения, включая граждан старше трудоспособного возраста на выявление симптомов старческой астении	01.06.2019		МЗ КК:	Утверждение приказа МЗ КК
9	Внести изменения в программный продукт реестрового учета законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения	01.06.2019	01.09.2019	МЗ КК, ТФОМС:	Возможность учета законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров в разрезе возрастов, проведенных обследований и выявленных нарушений
<u>4.2.7. Комплекс мер, направленный на совершенствование оказания скорой медицинской помощи при болезнях системы кровообращения</u>					
1	Обеспечить стабильную работу по дистанционному ЭКГ-консультированию	2019	2024	МЗ КК	Проведение не менее 25 тысяч расшифрованных ЭКГ ежегодно с рекомендациями по тактике
2	Организовать проведение тромболитической терапии при ОКС на догоспитальном этапе	2019 Ежемесячный учет	2024	Руководители медицинских организаций, оказывающие медицинскую	Доля больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, которым выполнен тромболизис на

				помощь пациентам с ССЗ, СМО, ТФОМС	догоспитальном этапе, не менее 25%
3	<p>Обеспечение на догоспитальном этапе диагностики и лечения ОКС:</p> <ul style="list-style-type: none"> - долю обращений граждан ранее 2 часов от начала симптомов ОКС: не менее 25% от общего числа обращений; - соблюдение интервала «вызов - прибытие скорой медицинской помощи»: не более 20 минут; - соблюдение интервала «первый медицинский контакт - регистрация ЭКГ» не более 10 минут; - соблюдение интервала «постановка диагноза ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) (регистрация и расшифровка ЭКГ) – тромболитическая терапия (ТЛТ)»: не более 10 мин; - долю проведения реперфузионной тактики при ОКСпST: не менее 85% от всех случаев ОКСпST; - долю ТЛТ на догоспитальном этапе при невозможности провести ЧКВ в течение 120 минут после постановки диагноза ОКСпST (фармако-инвазивная тактика): не менее 90% от всех случаев ОКСпST с невозможностью провести ЧКВ в течение 120 минут после постановки диагноза - долю больных с ОКС, госпитализированных в профильные специализированные отделения: не менее 95% от всех случаев ОКС; 	2019	2024	МЗ КК	Ежемесячный отчет по указанным показателям

	<p>- приоритетный выезд СМП при ОНМК, первоочередную транспортировку с предварительным информированием принимающего стационара; обеспечить обучение диспетчеров и выездного персонала скорой медицинской помощи методикам диагностики и догоспитального лечения мозгового инсульта.</p> <p>- приоритетный выезд СМП при ОКС, первоочередную транспортировку с предварительным информированием принимающего стационара; обеспечить обучение диспетчеров и выездного персонала скорой медицинской помощи методикам диагностики и догоспитального лечения инфаркта миокарда</p>				
4	<p>Ежемесячный контроль достижения целевых показателей:</p> <ul style="list-style-type: none"> - долю обращений граждан ранее 2 часов от начала симптомов ОКС: не менее 25% от общего числа обращений; - соблюдение интервала «вызов - прибытие скорой медицинской помощи»: не более 20 минут; - соблюдение интервала «первый медицинский контакт - регистрация ЭКГ» не более 10 минут; - соблюдение интервала «постановка диагноза ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) (регистрация и расшифровка ЭКГ) – тромболитическая терапия (ТЛТ)»: не более 10 мин; 	2019	2024	Руководители медицинских организаций,	Информационная справка МЗ КК о достижении целевых показателей ежемесячно

	<ul style="list-style-type: none"> - долю проведения реперфузионной тактики при ОКСпСТ: не менее 85% от всех случаев ОКСпСТ; - долю ТЛТ на догоспитальном этапе при невозможности провести ЧКВ в течение 120 минут после постановки диагноза ОКСпСТ (фармако-инвазивная тактика): не менее 90% от всех случаев ОКСпСТ с невозможностью провести ЧКВ в течение 120 минут после постановки диагноза - долю больных с ОКС, госпитализированных в профильные специализированные отделения: не менее 95% от всех случаев ОКС; - приоритетный выезд СМП при ОНМК, первоочередную транспортировку с предварительным информированием принимающего стационара; обеспечить обучение диспетчеров и выездного персонала скорой медицинской помощи методикам диагностики и догоспитального лечения мозгового инсульта. - приоритетный выезд СМП при ОКС, первоочередную транспортировку с предварительным информированием принимающего стационара; обеспечить обучение диспетчеров и выездного персонала скорой медицинской помощи методикам диагностики и догоспитального лечения инфаркта миокарда 				
5	Обеспечение оптимальную маршрутизацию пациентов с острыми сосудистыми	2019	2021	МЗ КК, Руководители медицинских	Приказ по маршрутизации пациентов с острыми сосудистыми событиями

	событиями (ОНМК и ОКС) в медицинские учреждения края			организаций, оказывающие медицинскую помощь пациентам с ССЗ	(ОНМК и ОКС) в медицинские учреждения края
5.1	Обеспечение маршрутизацию пациентов с острыми сосудистыми событиями (ОНМК и ОКС) в медицинские учреждения края с учетом доступности специализированных центров и отделений (независимо от места проживания)	2019	2024	Руководители медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь пациентам с ССЗ СМО, ТФОМС	Профильная госпитализация и маршрутизация не менее 95% в соответствии с утвержденным порядком
5.2	Обеспечение своевременную и профильную госпитализацию больных с ОНМК в региональный и первичный сосудистые центры в соответствии с маршрутизацией (региональные особенности, связанные с протяженностью края)	2019 Ежемесячно отчет	2024	Руководители медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь пациентам с ССЗ, СМО	Доля больных с ОНМК, госпитализированных в профильные отделения для лечения больных с ОНМК (региональный и первичный сосудистые центры) в первые 4,5 часа от начала заболевания (момента обращения за медицинской помощью), не менее 40%
5.3	Обеспечение своевременную и профильную госпитализацию больных с ОНМК в региональный и первичный сосудистые центры в соответствии с маршрутизацией	2019 Ежемесячно отчет	2024	МЗ КК	Доля больных с ОНМК, госпитализированных в профильные отделения для лечения больных с ОНМК (региональный и первичный сосудистые центры) в первые 1,5 часа от начала заболевания (момента обращения за

					медицинской помощью), не менее 80%
6	Обеспечение медицинскую эвакуацию пациентов из отдаленных и труднодоступных районов с использованием санитарной авиации	2019 Ежемесячно отчет	2024	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Количество пациентов с ОКС и ОНМК, эвакуированных с применением санитарной авиации Доля лиц, госпитализированных в медицинские организации по экстренным показаниям (включая ОКС и ОНМК) в течение первых суток не менее 95%
7	Организация укомплектования бригад скорой медицинской помощи:				
7.1	Повышать ежегодно укомплектованность бригад скорой медицинской помощи врачами	2019 Ежегодный отчет	2024	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Увеличение укомплектованности и качества подготовки специалистов скорой медицинской помощи (подготовка не менее 12 врачей ежегодно)
7.2.	Обеспечение дополнительной профессиональной подготовки средних медицинских работников по программе «Скорая и неотложная медицинская помощь»	2019 Ежегодный отчет	2024	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Увеличение укомплектованности и качества подготовки специалистов скорой медицинской помощи (подготовка не менее 40 фельдшеров ежегодно)

8	Повышать уровень знаний и подготовки специалистов СМП, немедицинских специалистов:				
8.1	Организовать для специалистов СМП обучающие семинары, направленные на исполнение клинических рекомендаций по ОКС на догоспитальном этапе: - интервал «вызов - прибытие скорой медицинской помощи» не более 20 минут; - интервал «первый медицинский контакт - регистрация ЭКГ» не более 10 минут; - интервал «постановка диагноза ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) (регистрация и расшифровка ЭКГ) – тромболитическая терапия (ТЛТ)» не более 10 мин; - доля ТЛТ на догоспитальном этапе при невозможности провести ЧКВ в течение 120 минут после постановки диагноза не менее 90% (фармако-инвазивная тактика).	2019 В течение года по графику	2024	МЗ КК	Не менее 1 семинара ежеквартально
8.2.	Обеспечить настороженность специалистов на догоспитальном этапе в части подозрения на ОКС, ОНМК, доставку в медицинскую организацию для уточнения диагноза Проведение лекций со специалистами скорой медицинской помощи	2019 В течение года	2024	Руководители медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь пациентам с ССЗ	Увеличение выявляемости сосудистых катастроф в раннем периоде заболевания. Снижение непрофильных госпитализаций. Не менее 1 лекции ежеквартально
8.3.	Обеспечить регулярное проведение семинаров со специалистами, оказывающими помощь в экстремальных ситуациях (пожарных, специалистов МЧС, аварийно-спасательных служб, полиции и	2019 В течение года по графику	2024	МЗ КК	Повышение грамотности немедицинских специалистов, оказывающих экстренную помощь в части признаков

	т.д.) по вопросам первых признаков инфаркта и инсульта и действиям на домедицинском этапе				острых сосудистых событий и действий при них Не менее 1 лекции ежеквартально
9	Обеспечить бесперебойное информирование стационара о транспортировке пациента с угрожающим жизни состоянием	2019 Постоянно	31.12.2019	Руководители медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь пациентам с ССЗ СМО	Приказ во всех медицинских организациях по транспортировке пациента с угрожающим жизни состоянием
10	Продолжить проведение работ по модернизации и развитию медицинских информационных систем в работу медицинских организаций края, в части внедрения информационной системы «Управление скорой и неотложной медицинской помощью (в том числе санитарной авиацией)», взаимодействующей с «Системой 112»	2019 В течение года по отдельному плану	2021	МЗ КК, Руководители медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь пациентам с ССЗ	План мероприятий по модернизации и развитию региональных информационных систем в сфере здравоохранения Красноярского края, в части внедрения региональной информационной системы «Управление скорой и неотложной медицинской помощью (в том числе санитарной авиацией)» В настоящее время создана и функционирует Единая диспетчерская служба скорой медицинской помощи на базе КГБУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф», к которой подключены все

					станции и отделения скорой медицинской помощи и санавиации.
10.1	Создание региональной информационной системы «Управление скорой медицинской помощью, включая неотложную медицинскую помощь и санавиацией» с размещением на базе КГБУЗ «Красноярский территориальный центр медицины», далее - КТЦМК	01.04.2019	31.12.2019	МЗ КК	Создана единая база данных о принятых и обслуженных вызовах. Контроль поводов, результатов и времени обслуживания вызовов, диспетчеризация санитарного автотранспорта при возникновении чрезвычайных ситуаций
10.2	Внедрение единого программного обеспечения диспетчеризации санитарного автотранспорта в межрайонных больницах края, подключение к региональной информационной системе «Управление скорой медицинской помощью, включая неотложную медицинскую помощь и санавиацией»	01.07.2019	31.12.2019	МЗ КК	Диспетчеризация санитарного автотранспорта межрайонных центров
10.3	Внедрение единого программного обеспечения диспетчеризации санитарного автотранспорта «АДИС» в районах красноярской агломерации, подключение к региональной информационной системе «Управление скорой медицинской помощью, включая неотложную медицинскую помощь и санавиацию»	01.07.2019	31.03.2020	МЗ КК	Единая диспетчерская служба для управления санитарным автотранспортом г. Красноярска и красноярской агломерации
10.4	Внедрение единого программного обеспечения диспетчеризации санитарного автотранспорта «АДИС» в районах края, подключение к региональной	01.01.2020	31.12.2020	МЗ КК	Единые диспетчерские службы на базе межрайонных центров (медицинских округов) для управления санитарным

	информационной системе «Управление скорой медицинской помощью, включая неотложную медицинскую помощь и санавиацию»				автотранспортом в пределах медицинского округа.
<u>4.2.8. Мероприятия по развитию структуры специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи</u>					
1	Продолжить ведение клинического мониторинга больных с острым коронарным синдромом и ОНМК, находящихся в районных больницах края	2019 Постоянно, Еженедельное подведение итогов на селекторах по ОКС и ОНМК	2024	МЗ КК Руководители медицинских организаций	100% внесение в мониторинг информации по пациентам с ОКС и ОНМК
2	Организовать бесперебойное проведение консультирования и курацию пациентов, находящихся в блоках интенсивной терапии городских и первичных сосудистых отделениях специалистами регионального сосудистого центра, в том числе с использованием мониторингов и возможностей телемедицины.	2019 В течение года	2024	МЗ КК	Снижение уровня летальности и достижение целевых показателей для ПСО, установленных в регионе.
3	Обеспечить выполнение объемов высокотехнологичной медицинской помощи в медицинской организации	2019	2024	Руководители медицинских организаций	Не менее 15 тыс. пациентов ежегодно

		В течение года по плану			
4	Продолжить внедрение современных методов лечения больных с острым коронарным синдромом (стентирование и ангиопластика больных с инфарктом миокарда)	2019 Ежемесячно отчет	2024	Руководители медицинских организаций, в которых организованы инвазивные центры	Количество проведенных ангиопластик Доля ангиопластик коронарных артерий, проведенных больным с ОКС, к общему числу выбывших больных, перенесших ОКС, не менее 35% (по краю)
5	Продолжить внедрение системного тромболизиса при оказании медицинской помощи больным с ишемическим инсультом	2019 Ежемесячно отчет	2024	Руководители медицинских организаций, в составе которых развернуты региональный и первичный сосудистые центры	Доля больных с ишемическим инсультом, которым выполнен системный тромболизис, не менее 5% (по краю)
6	Обеспечить соблюдение маршрутизации и клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в стационарах края	2019 Ежемесячно отчет	2024	Руководители медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь больным с ОКС	Доля больных с острым коронарным синдромом умерших в первые сутки от числа всех умерших с острым коронарным синдромом за период госпитализации, менее 25% (по краю)
7	Обеспечить соблюдение маршрутизации, протоколов и клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи больным с ишемическим и	2019 Ежемесячно	2024	Руководители медицинских организаций, оказывающие медицинскую	Доля умерших больных с ишемическим и геморрагическим инсультом в стационарах края от общего количества выбывших больных

	геморрагическим инсультом в стационарах края			помощь больным с ОНМК	с ишемическим и геморрагическим инсультом, менее 20% (по краю)
8	Обеспечить работу по открытию специализированных кабинетов профилактики повторных сосудистых катастроф в ПСЦ (профилактика повторного ОИМ ОНМК) Обеспечить функционирование кабинетов профилактики повторных сосудистых катастроф в ПСЦ	01.09.2019	2024	Руководители медицинских организаций, в составе которых развернуты первичные сосудистые центры	Снижение повторных сосудистых катастроф у пациентов, перенесших ОКС и ОНМК
9	Подготовить предложения в министерство финансов Красноярского края о необходимости выделения дополнительных финансовых средств на льготное лекарственное обеспечение граждан в течение 12 месяцев после перенесенного ОИМ за счет средств краевого бюджета	01.01.2020	31.12.2024	МЗ КК	Эффективная вторичная профилактика, снижение на 15% числа повторных ОИМ и ОНМК, уменьшение смертности от БСК до целевых показателей
10	Разработать мероприятия по созданию специализированного кардиологического диспансера	01.05.2019	01.06.2019	МЗ КК	План мероприятий
11	Организовать и обеспечить реализацию мероприятий по переоснащению/дооснащению медицинским оборудованием региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений края	2019	2021	МЗ КК	Создание центров ЧКВ в Норильской межрайонной больнице №1 в 2019 году, Лесосибирской межрайонной больнице и Минусинской межрайонной больнице в 2020 году
12	Сформировать план мероприятий по увеличению количества проведенных	2019 апрель	2019 май	МЗ КК Руководители	План мероприятий на 2019 – 2024 годы

	рентгенэндоваскулярных лечебных процедур пациентам с ОКС и ОНМК			медицинских организаций	
13	Предусмотреть мероприятия по расширению коечного фонда интенсивного этапа в первичных сосудистых центрах края для возможности госпитализации пациентов в коме из районных больниц.	2019 Июль	2019 октябрь	Главный врач КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница» Лебедев Д.Ю.	2019 год – увеличение на 12 коек реанимации в Ачинской МРБ
14	Обеспечить ежегодную подготовку нейрохирургов для краевых ПСЦ (которые одновременно являются травмоцентрами 2 уровня) для увеличения активности хирургического лечения геморрагического инсульта на местах.	2019	2020	МЗ КК	Достижение целевого показателя 10-15% хирургического лечения у пациентов с геморрагическим инсультом.
15	Продолжить внедрение в сосудистых центрах современных методов лечения больных с с ОКСпСТ	2019	2024	МЗ КК	
15.1	Проведение реперфузионной терапии при с ОКСпСТ	2019	2024	МЗ КК.	Не менее 85% больных с ОКСпСТ 2019 год – 73%
15.2	Проведение первичного ЧКВ при ОКСпСТ	2019	2024	МЗ КК	Не менее 60% больных с ОКСпСТ На 2019 год – 55%
15.3	Проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе	2019	2024	МЗ КК.	Не менее 70% от всей ТЛТ пациентам с ОКСпСТ На 2019 год -
16	Выделить специализированные койки на базе регионального сосудистого центра краевой клинической больницы и первичных сосудистых отделений для	2019 октябрь	2019 декабрь	Руководители медицинских организаций, на	Достижение профильной госпитализации больных с декомпенсацией ХСН, заболеваниями миокарда,

	лечения пациентов с декомпенсированной сердечной недостаточностью			базе которых созданы ПСО	эндокарда и перикарда, тромбоэмболией легочной артерии, легочной гипертонией в кардиологических отделениях с ПРИТ не менее 95% к 2024 году 2019 год – 55%.
17	Организовать и обеспечить реализацию мероприятий по переоснащению/дооснащению медицинским оборудованием региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений края:	2019	2024	МЗ КК, руководители медицинских организаций, в которых планируется установка медицинского оборудования в рамках проекта	
17.1	Подготовка медико-технических характеристик на приобретаемое оборудование (ангиографы)		До 12.04.2019	МЗ КК, Руководители медицинских организаций:	Формирование медико-технических характеристик на поставку медицинского оборудования
17.2	Подготовка медико-технических характеристик на приобретаемое оборудование (ИВЛ)		До 21.02.2019	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Формирование медико-технических характеристик на поставку медицинского оборудования
17.3	Осуществление закупок по приобретению медицинского оборудования с учетом исполнения контрактных обязательств (ангиографы)		До 20.12.2019	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Осуществление закупок по приобретению медицинского оборудования с учетом исполнения контрактных обязательств в соответствии с 44 ФЗ

17.4	Осуществление закупок по приобретению медицинского оборудования с учетом исполнения контрактных обязательств (ИВЛ)		До 10.12.2019	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Осуществление закупок по приобретению медицинского оборудования с учетом исполнения контрактных обязательств в соответствии с 44 ФЗ
17.5	Осуществление мониторинга за реализацией мероприятий по приобретению медицинского оборудования (ангиографы)		До 20.12.2019	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Еженедельная информация (R:\Мониторинг по федеральному бюджету 2018-2019\Отдел УМТР 2019)
17.6	Осуществление мониторинга за реализацией мероприятий по приобретению медицинского оборудования (ИВЛ)		До 10.12.2019	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Еженедельная информация (R:\Мониторинг по федеральному бюджету 2018-2019\Отдел УМТР 2019)
17.7	Осуществление мониторинга за реализацией подготовки помещений для установки диагностического оборудования в медицинских организациях(ангиографы)		До 20.12.2019	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Еженедельная информация (R:\Мониторинг по федеральному бюджету 2018-2019\Отдел УМТР 2019)
17.8	Реализация подготовки помещений для установки диагностического оборудования в медицинских организациях края (ангиографы)		До 20.12.2019	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Подготовленные помещения для установки диагностического оборудования в медицинских организациях
18	Анализ ресурсов медицинских организаций края с целью организации помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью (далее – ХСН)	01.08.2019	31.12.2020	МЗ КК Руководители медицинских организаций	Документы МЗ КК о выделения мощностей для организации помощи пациентам с ХСН
19	Разработка и утверждение приказа о маршрутизации пациентов с ХСН в Красноярском крае	01.08.2019	31.12.2020	МЗ КК	Приказ о маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью

				Руководители медицинских организаций	(далее – ХСН) в Красноярском крае
20	Разработка и утверждение Положения о работе структур (отделения, кабинеты, межрайонные отделения) для оказания помощи пациентам с ХСН	01.08.2019	31.12.2020	МЗ КК Руководители медицинских организаций	Положения о работе структур (отделения, кабинеты, межрайонные отделения) для оказания помощи пациентам с ХСН
21	Мониторинг работы структур (отделения, кабинеты, межрайонные отделения) для оказания помощи пациентам с ХСН	01.08.2019	31.12.2020	МЗ КК Руководители медицинских организаций	Отчет о работе структур (отделения, кабинеты, межрайонные отделения) для оказания помощи пациентам с ХСН
22	На основе отчетности МО проводить анализ работы структур для оказания помощи пациентам с ХСН с формированием управленческих решений на уровне Красноярского края	01.07.2019	01.08.2024	МЗ КК	Отчет о результате анализа работы структур для оказания помощи пациентам с ХСН
<u>4.2.9. Мероприятия по организации службы реабилитации пациентов с ССЗ</u>					
1	Разработка системы учета пациентов, перенесших острые сосудистые катастрофы и направленных на этап реабилитации и прошедших реабилитацию	2019	31.12.2019	МЗ КК Руководители медицинских организаций	85% пациентов с ССЗ, которым показана реабилитация, прошли реабилитацию
2	Организовать и обеспечить 2 этап реабилитации на уровне межрайонных центров (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»)	2019	01.01.2020	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Организация к концу 2019 года 90 коек для медицинской реабилитации в стационарных условиях: МКБ № 20 – 20 коек, БСМП – 10 коек; ККБ – 10 коек,

					Канская МРБ – 10 коек, Ачинская МРБ – 10 коек, Лесосибирск МРБ – 10 коек, Норильская МРБ №1 – 10 коек, Минусинская МРБ – 10 коек
3	Разработать программу медицинской реабилитации больных с перенесенным ОНМК, ОКС, ХСН		01.07.2019	МЗ КК	Программа, утвержденная главным внештатным специалистами
4	Обеспечить реабилитацию не менее 70% больных, перенесших ОКС, кардиохирургические вмешательства, лечение по поводу декомпенсации ХСН и не менее 90 % больных, перенесших ОНМК. Организовать мероприятия по реабилитации больных, перенесших ОКС и/или ОНМК, в амбулаторно-поликлинических, санаторно-курортных учреждениях, в отделениях реабилитации лечебных учреждений с соблюдением этапности реабилитации.	01.07.2019	31.12.2021	Руководители медицинских организаций	Проводятся мероприятия по реабилитации не менее 70% больных, перенесших ОКС, кардиохирургические вмешательства, лечение по поводу декомпенсации ХСН и не менее 90 % больных, перенесших ОНМК. Мероприятия по реабилитации больных, перенесших ОКС и/или ОНМК, в амбулаторно-поликлинических, санаторно-курортных учреждениях, в отделениях реабилитации лечебных учреждений с соблюдением этапности реабилитации - реализуются.
5	Ежеквартально анализ и принятие управленческих решений на основании отчетной документации об исполнении приказа об обязательном исполнении мер по увеличению доли пациентов с ССЗ, которым проведена реабилитация	2019	2024	МЗ КК	Ежеквартально протокол совещаний по вопросам организации службы реабилитации; документ о результате проведенного анализа отчетной документации об исполнении приказа об обязательном

					исполнении мер по увеличению доли пациентов с ССЗ, которым проведена реабилитация
<u>4.2.10. Меры по кадровому обеспечению системы оказания медицинской помощи больным с ССЗ</u>					
1	Определить потребность в кадрах с учетом переоснащения/дооснащения медицинским оборудованием организаций, предполагаемыми изменениями маршрутизации, и другими организационными изменениями в медицинских учреждениях, связанных с проектом, составить Дорожную карту до 2024 года по обеспечению кадрами		01.01.2019	МЗ КК	Определена потребность в кадрах до 2024 года
2	Обеспечить отбор и направление претендентов для участия в конкурсе на целевые места в рамках целевой подготовки по программам ординатуры в рамках реализации мероприятий регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»	01.01.2019	31.12.2019	МЗ КК	Заключены договоры о целевой подготовке в ординатуре по специальностям 8: анестезиология-реаниматология -2, неврология -3, терапия -3. Снижение дефицита врачей отдельных специальностей.
3	Обеспечить направление врачей – специалистов на обучение по программам дополнительной профессиональной подготовки и повышения квалификации в рамках реализации мероприятий регионального проекта по вопросам профилактики неинфекционных	01.01.2019	31.12.2024	МЗ КК Руководители медицинских организаций	Переподготовка врачей по специальностям: кардиология -1, рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение-1, рентгенология- 2. Прошли повышение квалификации 10 врачей-

	заболеваний и формирования здорового образа жизни				специалистов, 15 средних медицинских работников.
4	Разработать с учетом национальных приоритетов и стратегических задач в области здравоохранения практико-ориентированных дополнительных профессиональных программ среднего профессионального образования – программ повышения квалификации и их реализация	01.01.2019	31.12.2019	Директор КГБОУ ДПО «Красноярский краевой центр повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием» Грицан А.И.	Доклад КГБОУ ДПО «Красноярский краевой центр повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием». Ведется реестр образовательных программ дополнительного профессионального образования-программы повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников
5	Обеспечить укомплектованность профильными специалистами ПСО, РСЦ, в том числе анестезиологами-реаниматологами ПРИТ и БИТР; врачами по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению отделений рентгенхирургических методов лечения в соответствии с Приказами Минздрава России от 5 ноября 2015 г. №918н, от 15 ноября 2012 г. №928н.	2019	2024	МЗ КК, руководители медицинских организаций,	К 31.12.2024 году укомплектованность ПСО и РСЦ в соответствии с приказами МЗ РФ соответствует 85%.
6	Ежеквартальный контроль укомплектованности кадрами МО (в соответствии со стандартами)	2019	2024	МЗ КК, руководители медицинских организаций	Информационная справка МЗ КК об укомплектованности кадрами МО субъекта.
7	Расширение штатного расписания и подготовка (обучение) кадров для обеспечения эффективной работы мультидисциплинарной бригады в РСЦ и ПСО (врач ЛФК, физиотерапевт,	2019	2024	МЗ КК, руководители медицинских организаций	К 1.09.2022 году все ПСО и РСЦ укомплектованы мультидисциплинарными бригадами для проведения

	инструкторы, инструкторы- методисты ЛФК, психолог, психотерапевт, логопед, реабилитолог, фониатр, массажист, рефлексотерапевт, диетолог).				реабилитационных мероприятий
<u>4.2.11. Мероприятия по организационно-методическому обеспечению качества оказания медицинской помощи</u>					
1	Организовать комиссионное рассмотрение на уровне министерства здравоохранения Красноярского края разбора сложных и запущенных клинических случаев, определения очередности и взаимодействия МО у тяжелых коморбидных пациентов и рассмотрения иных ситуаций, требующих коллегиального и/или межведомственного решения.	01.07.2019	31.12.2019	МЗ КК	Приказ об организации комиссии МЗ КК.
2	Разбор сложных и запущенных случаев ССЗ на рабочей группе министерства здравоохранения края с формированием заключения и с последующей трансляцией результатов в медицинские организации края	2019	2024	МЗ КК	Разобрано не менее 5 клинических случаев ежеквартально.
3	Проведение ежемесячный анализ демографической ситуации по БСК в Красноярском крае	2019 Ежемесячно при опубликовании данных Росстата	2024	МЗКК	Информация за анализируемый период времени
4	Разработать (актуализировать) порядки оказания медицинской помощи, включая	01.06.2019	31.12.2019	МЗ КК	Приказы по Минздраву

	маршрутизацию, больным с ОКС, ОНМК, нарушениями ритма сердца, ТЭЛА, СН				
5	Установить целевые показатели по снижению летальности от ОИМ и ОНМК для регионального сосудистого центра, сосудистых отделений. Довести целевые показатели до медицинских организаций	01.06.2019 Далее ежегодно	2024	МЗ КК	Установленные и доведенные целевые показатели до медицинских организаций
6	Определить объемы диспансерного наблюдения	01.06.2019 ежегодно	2024	МЗКК	Приказ МЗ КК (по согласованию с ТФОМС)
7	Представлять в МЗКК информацию о дефектах случаев госпитальной летальности по данным экспертизы качества оказания медицинской помощи (ЭКМП), проведенной СМО	2019 Ежемесячно	2024	ТФОМС (по согласованию)	Информация из ТФОМС с отработкой дефектов по конкретной организации
8	Продолжить функционирование рабочей группы МЗ КК по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (под руководством руководителя РСЦ А.В. Протопопова).	2019 По решению руководителя рабочей группы, не реже 1 раза в квартал	2024	МЗ КК:	Повестка и протокол заседания рабочей группы с оценкой выполненных организационных мероприятий, выявленным дефектам, мероприятиям по устранению дефектов
9	Обеспечить рассмотрение на комиссии по демографии Правительства Красноярского края (постановление Правительства Красноярского края от 08.11.2018 г. № 653-	2019	2024	МЗ КК	Ежеквартальное рассмотрение демографической ситуации (повестка и протокол заседания комиссии по демографии)

	п «О создании комиссии по вопросам демографии») под председательством А.В. Подкорытова итогов демографической ситуации за анализируемый период с оценкой проводимых организационных, мероприятия медицинскими организациями, направленных на снижение смертности от БСК				
10	Провести образовательные краевые семинары в том числе в форме вебенары для участковых врачей, кардиологов и неврологов поликлиник, в том числе при проведении выездной работы с учетом анализа имеющихся дефектов оказания медицинской помощи.	2019	2024	МЗ КК	Повышение грамотности медицинского персонала по методам ранней диагностики и современным возможностям проведения вторичной профилактики, включающим высокотехнологичную специализированную помощь.
11	Обеспечить ежемесячный мониторинг ситуации со вскрытиями умерших от БСК с достижением целевого показателя	2019 мониторинг	2024	МЗ КК Руководители медицинских организаций	Достижение не менее 85% вскрытий умерших на дому
12	Мониторировать ситуацию по правильности кодирования причин смерти	2019 Ежемесячный мониторинг	2024	МЗ КК, Руководители медицинских организаций	Достижение правильности кодирования до 95%.
13	Проведение семинаров по обучению правилам кодирования причин смерти от БСК.	2019	2024	МЗ КК	Достижение правильности кодирования до 95%.

		В течение года по графику			
14	Определить приказом по медицинской организации рабочую группу по реализации проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», приказ направить в МЗ КК	01.07.2019	31.11.2019	Руководители медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь взрослым пациентам с ССЗ	Приказ по медицинской организации
15	Разработать (актуализировать) порядки оказания медицинской помощи в медицинской организации на обслуживаемой территории больным с ОКС, ОНМК (с учетом краевых порядков), представить вместе с планом и приказом по рабочей группе	01.07.2019	31.10.2019	Руководители медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь пациентам с ССЗ	Приказы (утвержденные, актуализированные) по медицинской организации
16	Осуществлять разбор каждого случая смертности на дому от болезней системы кровообращения	2019 В течение года постоянно	2024	Руководители медицинских организаций, оказывающие ПМСП СМО (контроль)	Протоколы КИЛИ медицинских организаций
17	Осуществлять разбор каждого случая госпитальной летальности с представлением результатов в МЗ КК	2019 Ежемесячно в виде письма в МЗ КК с приложениями	2024	Руководители медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь пациентам с ССЗ СМО	Информация из СМО, медицинских организаций с отработкой конкретных организационных мероприятий, направленных на устранением дефектов

		ем актов разбора			
18	Регулярное проведение образовательных семинаров для участковых врачей, кардиологов и неврологов поликлиник, в том числе при проведении выездной работы по методам ранней диагностики и современным возможностям проведения вторичной профилактики, включающим высокотехнологичную специализированную помощь.	01.09.2019	31.12.2024	МЗ КК, ТФОМС (по согласованию)	Усовершенствование профессиональных компетенции (осуществление комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществление диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными), направленные на снижение смертности от болезней системы кровообращения. Врачи первичного звена (врачи-терапевты, врачи общей практики, врачи-гериатры).
19	Разработать регламент взаимодействия с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами разработать	2019	2024	МЗ КК	Регламент
20	Обеспечение возможности записи в государственные медицинские организации Красноярского края, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, на прием к врачу, диспансеризацию (профилактический осмотр) в Личном кабинете пациента на ЕПГУ.	2019	2020	МЗ КК	100% структурных подразделений государственных медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь Красноярского края, предоставляют возможность записи на прием к врачу, диспансеризацию

					(профилактический осмотр) в Личном кабинете пациента на ЕПГУ
21	Предоставление гражданам доступа к электронным медицинским документам в Личном кабинете пациента на едином портале государственных услуг	2019	2024	МЗ КК	100% структурных подразделений государственных медицинских организаций Красноярского края предоставляют гражданам доступ к электронным медицинским документам в Личном кабинете пациента на ЕПГУ
22	<p>Проведение работ по модернизации и развитию медицинских информационных систем, эксплуатирующихся в государственных медицинских организациях Красноярского края, в соответствии с требованиями Минздрава России и для обеспечения следующих функций:</p> <ul style="list-style-type: none"> – контроль кодирования ХСН (I50) в качестве основного заболевания в случае обращения пациента за медицинской помощью в поликлинику или поступление в стационар по данному поводу (развитие острой СН или декомпенсация ХСН); – внутрибольничный анализ выполнения критериев контроля качества оказания медицинской помощи в соответствии со справочниками подсистемы нормативно-справочной информации ЕГИСЗ; 	2019	2022	МЗ КК, Главные врачи медицинских организаций	Медицинские информационные системы, эксплуатирующиеся в государственных медицинских организациях Красноярского края, приведены в соответствии с требованиями Минздрава России и обеспечивают информационную поддержку процесса лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

	<ul style="list-style-type: none"> – формирование и направление электронных медицинских документов в системы РЭМД и ИЭМК; – предоставление доступа лечащему (участковому) врачу к электронным медицинским документам пациента; – обеспечение записи пациентов на прием к врачу, диспансеризацию (профилактический осмотр) в Личном кабинете пациента на ЕПГУ. 				
23	Проведение работ по созданию региональной информационной системы «Управление потоками пациентов», обеспечивающей, в том числе, и управление потоками пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями	2019	2021	МЗ КК, Главные врачи медицинских организаций, оказывающих помощь пациентам с ССЗ	Создание инструментов для обеспечения маршрутизации, ведения электронной очереди и планирования и управления потоками пациентов при оказании медицинской помощи пациентам с ССЗ
24	Проведение работ по развитию региональной информационной системы «Региональный архив медицинских изображений», к которой подключены 100% государственных медицинских организаций Красноярского края, включая оказывающие помощь пациентам с ССЗ.	-	30.11.2021	МЗ КК, Главные врачи медицинских организаций	Использование данных регионального архивов медицинских изображений (PACS-архив) для оказания помощи пациентам с ССЗ с использованием телемедицинских технологий
25	Проведение работ по модернизации и развитию региональных информационных систем в сфере здравоохранения Красноярского края, в части внедрения региональной информационной системы «Управление скорой и неотложной медицинской помощью (в том числе	01.06.2019	30.11.2020	МЗ КК, Главные врачи медицинских организаций, участвующих в оказании скорой и неотложной	Создана и функционирует Единая диспетчерская служба скорой медицинской помощи на базе КГБУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф», к которой подключены все

	санитарной авиации)», взаимодействующей с «Системой 112»			медицинской помощи	станции и отделения скорой медицинской помощи и санавиации.
26	Обеспечение возможности записи в государственные медицинские организации Красноярского края, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, на прием к врачу, диспансеризацию (профилактический осмотр) в Личном кабинете пациента на едином портале государственных услуг (далее -ЕГПУ).	2019	2020	МЗ КК, Главные врачи медицинских организаций, оказывающих ПМСП	100% структурных подразделений государственных медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь Красноярского края, предоставляют возможность записи на прием к врачу, диспансеризацию (профилактический осмотр) в Личном кабинете пациента на ЕПГУ
27	Предоставление гражданам доступа к электронным медицинским документам в Личном кабинете пациента на ЕПГУ.	2019	2024	МЗ КК	100% структурных подразделений государственных медицинских организаций Красноярского края предоставляют гражданам доступ к электронным медицинским документам в Личном кабинете пациента на ЕПГУ
28	Проведение работ по модернизации и развитию медицинских информационных систем в медицинских организациях края, для обеспечения следующих функций: – контроль кодирования ХСН (I50) в качестве основного заболевания в случае обращения пациента за медицинской помощью в поликлинику или поступление в	2019	2022	МЗ КК, Главные врачи медицинских организаций	Медицинские информационные системы, эксплуатирующиеся в государственных медицинских организациях Красноярского края, приведены в соответствии с требованиями Минздрава России и обеспечивают

	<p>стационар по данному поводу (развитие острой СН или декомпенсация ХСН);</p> <ul style="list-style-type: none"> – внутрибольничный анализ выполнения критериев контроля качества оказания медицинской помощи в соответствии со справочниками подсистемы нормативно-справочной информации ЕГИСЗ; – формирование и направление электронных медицинских документов в системы РЭМД и ИЭМК; – предоставление доступа лечащему (участковому) врачу к электронным медицинским документам пациента; – обеспечение записи пациентов на прием к врачу, диспансеризацию (профилактический осмотр) в Личном кабинете пациента на ЕПГУ. 				информационную поддержку процесса лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
29	Проведение работ по созданию региональной информационной системы «Управление потоками пациентов», обеспечивающей, в том числе, и управление потоками пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями	2019	2021	МЗ КК, Главные врачи государственных медицинских организаций, оказывающих помощь пациентам с ССЗ	Создание инструментов для обеспечения маршрутизации, ведения электронной очереди и планирования и управления потоками пациентов при оказании медицинской помощи пациентам с ССЗ

5. Ожидаемые результаты региональной программы.

Исполнение мероприятий региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» позволит достичь к 2024 г. следующих результатов:
снижения уровня смертности от инфаркта до 58,9 на 100 тыс. населения;
снижения смертности от нарушения мозгового кровообращения до 77,9 на 100 тыс. населения;

снижение больничной летальности от инфаркта миокарда до 8,0%;

снижения больничной летальности от острого нарушения мозгового кровообращения до 14,0%;

повышение отношения числа рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях к общему числу выбывших больных, перенесших ОКС, до 83%;

увеличение количества рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях до 6726 ед;

повышение доли профильных госпитализаций пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи, до 95%.