Руководителям медицинских организаций
Курганской области

направлено по электронной почте

ПРАВИТЕЛЬСТВО
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ул. Томина, 49, г.Курган,
Курганская область, 640000
Тел./факс (83522) 498501, (83522) 498503
http://www.UZO.Kurgan-med.ru
e-mail: DZO@kurganobl.ru

03.04.15 № 01-12/2770
на № _____

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 19 марта 2015 года для использования в работе. Все материалы видеоконференции размещены на сайте Департамента здравоохранения Курганской области и ГБУ «Курганская областная клиническая больница».

Приложение: на 8 л. в 1 экз.

Первый заместитель директора Департамента
здравоохранения Курганской области П.А. Власов

Косарева С.Р.
46-51-03

ПРОТОКОЛ № 2
видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области

от 19 марта 2015 года

для руководителей медицинских организаций Курганской области, заместителей главного врача по поликлиническому и лечебному разделу работы, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, кабинетов (отделений) медицинской профилактики.

1. Изменения в порядке проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 года № 36ан

(Гвоздицкая Е.А. – главный внештатный специалист по медицинской профилактике Департамента здравоохранения Курганской области)

Процесс совершенствования Порядка проведения диспансеризации взрослого населения РФ начался практически с момента его опубликования (6 декабря 2012 г.) и продолжается по настоящее время.

В его основе лежит труд огромного числа людей, накопленный опыт проведения диспансеризации (уже более 40 млн. человек), глубокий клинико-экономический анализ ее результатов, а также результатов всех основных научных исследований, проведенных в других странах в области профилактического скрининга взрослого населения.

Изменена неудачная формулировка пункта 5 Порядка и расширена группа граждан, проходящих диспансеризацию ежегодно

5. Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды, предусмотренные приложением № 1 к настоящему Порядку, за исключением:

1) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников ВОВ, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин;

2) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин;

3) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин.

Указанные категории граждан проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста, за исключением исследований, имеющих противопоказания к ежегодному проведению (флюорография легких и маммография проводится 1 раз в 2 года, мазок с шейки матки 1 раз в 3 года).

Полноправным участником диспансеризации стал фельдшер фельдшерского здравпункта и ФАП(а)

10. Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации являются:

1) составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий год с учетом возрастной категории граждан;

2) активное привлечение населения к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению

диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

3) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;

4) выполнение доврачебных мед. исследований первого этапа диспансеризации (анкетирование, направленное на выявление ХНИЗ, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет ИМТ, измерение АД, а также определение уровня ОХ и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом, осмотр фельдшером, включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование);

5) определение факторов риска ХНИЗ на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением № 2 к настоящему Порядку;

6) формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров);

7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации;

8) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Уточнены обязанности врача-терапевта при проведении диспансеризации

4) проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя; направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, а также фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;

5) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Изменен и дополнен объем обследования 1-го этапа диспансеризации

12.1 (13.1) Первый этап диспансеризации (скрининг) включает в себя:

6) определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте с 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте до с 40 до 65 лет не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом;

- осмотр фельдшера (акушерки), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет включительно). За исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, virgo. Допускается вместо осмотра фельдшером (акушеркой) проводить осмотр врачом акушер-гинекологом, включая взятие мазка. Цитологическое исследование мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала проводится при окрашивании мазка по Папаниколау.

В Европе ПАП тест проводится у женщин с 25 до 69 лет 1 раз в 3 года; в США - с 21 до 65 лет 1 раз в 3 года.

10) маммографию обеих молочных желез (для женщин в возрасте от 39 до 75 лет). За исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с двусторонней мастэктомией. При проведении в год прохождении диспансеризации компьютерной томографии молочных желез маммография не проводится.

В Европе маммография проводится всем женщинам с 50 до 69 лет, в США - с 40(50) до 75 лет.

13) анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансаминазы, аланин-аминотрансаминазы, глюкозы, холестерина) для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет.

14) исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы) для граждан в возрасте от 48 до 75 лет.

В Европе анализ кала на скрытую кровь проводится с 55 до 69 лет 1-2 раза в год; В США – с 50 до 75 лет ежегодно, с 75 до 85 лет – только по желанию граждан, старше 85 лет – не проводится.

Изменен и дополнен пункт 12.1 (11.1) Порядка. Уточнен объем ультразвукового исследования для женщин и мужчин на 1 этапе диспансеризации

Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости и малого таза на предмет исключения новообразований для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (для женщин УЗИ поджелудочной железы, почек, матки и яичников; для мужчин УЗИ поджелудочной железы, почек и предстательной железы).

УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы у мужчин когда-либо куривших в жизни (однократно в возрасте 69 или 75 лет).

Удалены из объема обследования 1 этапа диспансеризации:

- профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога (для граждан в возрасте 51 год и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет

- определение уровня простатспецифического антигена в крови (для мужчин в возрасте старше 50 лет)

Изменен ряд исследований второго этапа диспансеризации. Уточнены показания

- осмотр (консультация) врачом-неврологом (в случае указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу), а также в случаях первичного выявления нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрения на депрессию у лиц 75 лет и старше);

- осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин в возрасте от 42 до 69 лет при впервые выявленных по результатам анкетирования признаках патологии мочеполовой системы или при отягощенной наследственности по раку предстательной железы, а также для мужчин в случае подозрения на рак предстательной железы по результатам УЗИ);

- колоноскопия или ректороманоскопия (в случае подозрения на онкологическое заболевание толстой кишки по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);

- осмотр (консультация) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 39 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление и для граждан в возрасте 75 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования)

- индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья фельдшерском здравпункте

или в фельдшерско-акушерском пункте (для граждан с выявленными факторами риска развития ХНИЗ, имеющих указанные заболевания или имеющих высокий и очень высокий суммарный абсолютный сердечно-сосудистый риск).

Добавлены новые исследования второго этапа диспансеризации

- осмотр (консультация) врача-оториноларинголога (для граждан в возрасте 75 лет и старше при наличии показаний по результатам анкетирования или осмотра врача-терапевта);

- спирометрия (для лиц с выявленным подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание по результатам анкетирования, курящих и по направлению врача терапевта);

Прошу обратить внимание, что и Европейское и Американское респираторные общества не рекомендуют проведение спирометрии у курящих лиц без подозрения на хроническое бронхолегочное заболевание.

- анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (по назначению врача-хирурга или врача-уролога мужчинам с выявленным подозрением на рак простаты по результатам опроса, осмотра, пальцевого исследования предстательной железы или УЗИ простаты)

Расширены возможности проведения дополнительных исследований не входящих в объем диспансеризации (п.15)

Дополнительные исследования могут проводится не только в соответствии с Порядками и Стандартами медицинской помощи, но и в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными в соответствии с частью 2 статьи 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Для уменьшения большого числа учетно-отчетной документации полностью отменена Маршрутная карта пациента и отменено оформление Паспорта здоровья в процессе диспансеризации

В связи с их отменой изменена процедура оформления учетной документации (п. 16): в Медицинскую карту амбулаторного больного подшивается не Маршрутная карта и Анкета, а Карта учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра).

Изменены и дополнены Группы состояния здоровья (пункт 17)

I группа состояния здоровья - …

Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование.

II группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (углубленное профилактическое консультирование и/или групповое профилактическое консультирование) в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта;

III группа состояния здоровья разбита на две подгруппы:

IIIа группа состояния здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения

или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

IIIб группа состояния здоровья - граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний, но имеющие другие заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

По результатам дополнительного обследования группа состояния здоровья гражданина может быть изменена. При наличии у пациента и хронических неинфекционных заболеваний и других заболеваний (состояний), требующих диспансерного наблюдения его включают в IIIа группу состояния здоровья.

Изменена тактика в отношении лиц III группы здоровья

Граждане IIIа и IIIб групп подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Гражданам IIIа группы, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний и гражданам IIIб группы, имеющим высокий и очень высокий суммарный (абсолютный и относительный) сердечно-сосудистый риск, проводится коррекция имеющихся факторов риска (углубленное профилактическое консультирование и/или групповое профилактическое консультирование) в рамках диспансеризации в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья или фельдшерском здравпункте или в фельдшерско-акушерском пункте.

Изменены критерии эффективности диспансеризации

1) охват диспансеризацией населения, находящегося на мед. обслуживании в мед. организации и подлежащего диспансеризации (плановое значение – не менее 23% ежегодно);

2) охват индивидуальным углубленным профилактическим консультированием (ИУПК) граждан со II и IIIа гр. состояния здоровья, а также граждан с IIIб гр. состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный и относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение – не менее 60% от имеющих мед.показания для проведения ИУПК);

3) охват групповым профилактическим консультированием (школой здоровья для пациентов) граждан с II и IIIа группой состояния здоровья, а также граждан с IIIб группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный и относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение – не менее 60% от имеющих медицинские показания для группового углубленного профилактического консультирования).

Изменен и дополнен пункт 20 Порядка диспансеризации

20. Первый этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения не менее 85 % от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача – терапевта.

В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации в соответствии с пунктом 14 настоящего Порядка, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных в соответствии с пунктом 14 настоящего Порядка осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85 % и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенной случай, при этом оплате подлежат

только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85 % от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85 % и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр.

В Приложение № 2 Диагностические критерии факторов риска внесены их коды в соответствии с МКБ-10

Повышенный уровень артериального давления – **коды I10-I15** (БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОВЫШЕННЫМ КРОВЯНЫМ ДАВЛЕНИЕМ), а также **код R03.0** (ПОВЫШЕННОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДИАГНОЗА ГИПЕРТЕНЗИИ)

Дислипидемия - **код Е 78** (НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ЛИПОПРОТЕИНОВ И ДРУГИЕ ЛИПИДЕМИИ)

Гипергликемия - **код R73.9** (ГИПЕРГЛИКЕМИЯ НЕУТОЧНЁННАЯ) либо наличие сахарного диабета, в том числе в случае, если в результате эффективной терапии достигнута нормогликемия.

Курение табака - **код Z72.0** (УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА)

Нерациональное питание – **код Z72.4** (НЕПРИЕМЛЕМАЯ ДИЕТА И ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ В ПИТАНИИ)

Избыточная масса тела - **код R63.5** (АНОРМАЛЬНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА)

Ожирение - **код Е 66** (ОЖИРЕНИЕ)

Низкая физическая активность - **код Z72.3** (НЕДОСТАТОК ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ)

Риск пагубного потребления алкоголя **- код Z72.1** (УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ)

Риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача **- код Z72.2** (УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ)

Отягощенная наследственность по ССЗ **- код Z82.4**

Отягощенная наследственность по мозговому инсульту - **код Z82.3**

Отягощенная наследственность по ЗНО – **код Z80**

Отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей - **код Z 82.5**).

Отягощенная наследственность по СД - **код Z83.3**.

Суммарный относительный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 21 до 39 лет, суммарный абсолютный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 40 до 65 лет при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом. У граждан в возрасте старше 65 лет и у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень суммарного абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале суммарного риска не рассчитывается. При отнесении граждан ко II группе состояния здоровья учитывается только величина абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска.

2. Основные нарушения порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности в соответствии с требованиями Порядка выдачи листков нетрудоспособности, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июня

2011 года №624н (с изменениями) по результатам работы отдела страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

(Лазарев Ю.Ю. – специалист отдела страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Курганского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации)

В целях реализации задач пилотного проекта специалистами Курганского регионального отделения Фонда социального страхования РФ проводится контроль правильности оформления листков нетрудоспособности, предъявляемых на оплату на бумажном носителе в отделение Фонда.

После проведения анализа по вопросам данного раздела работы Отделением Фонда принято решение осветить несколько моментов по указаному разделу в Департаменте здравоохранения Курганской области. Отметим наиболее распространенные замечания при проверке правильности заполнения листков нетрудоспособности:

- не прочеркнутые пустые строки в таблице «Освобождение от работы» в листках нетрудоспособности;
- отсутствие отметок в ячейках «Первичный» и «Дубликат», «Основное» либо «По совместительству», в ячейке «Пол» и в ячейке «Поставлена на учет в ранние сроки беременности»;
- недооформленные листки нетрудоспособности: отсутствие информации на информационном поле (номера продолжения листка нетрудоспособности, кода заболевания, кода «Иное» и т.д.), отсутствие печати медицинского учреждения, отсутствие подписи врача либо подписи председателя врачебной комиссии;
- ошибки при выдаче и заполнении листка нетрудоспособности: не верно указывается дата выдачи листка нетрудоспособности, наложение сроков освобождения от работы по двум листкам, нарушение сроков выдачи листка фельдшером либо врачом и т.д.

В связи с большим количеством случаев наложения дат освобождения от работы в идущих друг за другом листках нетрудоспособности разъясним понятие единый страховой случай. Медицинские работники считают страховым случаем одну нозологическую форму болезни, а не сам случай нетрудоспособности, несмотря на то, что гражданин остается нетрудоспособным на фоне другой, присоединившейся формы заболевания.

Специалисты отдела при работе по экспертизе листков нетрудоспособности сталкиваются с таким явлением как обращение за консультацией работника медицинской организации, занимающегося выпиской листков нетрудоспособности (мед. статист либо регистратор), по вопросам не связанным с оформлением листка, а связанным с вопросами работы врачебной комиссии, такими, как сроки продления листка нетрудоспособности, решение о признании трудоспособным либо нетрудоспособным гражданина, решение по вопросу о наложении сроков по датам освобождения от работы по двум листкам. При этом в нарушении раздела 9 «Заполнение листка нетрудоспособности» (Приказа Министерства здравоохранения и социального развития от 29.07.2011г. № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» (далее Порядок) допускаются массовые случаи недооформленных листков нетрудоспособности: строки не прочеркнуты либо прочеркнуты не до конца (в эти ячейки третьему лицу легко вписать ненужную информацию об освобождении от работы), отсутствие отметок таких как - «первичный», «дубликат», «основное», «по совместительству», «поставлена на учет в ранние сроки беременности», отметка пол, код заболевание. Врачи, закрывающие такие листки, а также председатели врачебных комиссий медицинских организаций не обращают внимания на то, что листки не дооформлены.

Строка «место работы – наименование организации» входит в раздел «Заполняется врачом медицинской организации» и подлежит обязательному заполнению, но зачастую встречаются случаи отказа в заполнении этих строк.

В заключении отмечаем, что при оформлении листка нетрудоспособности с ошибками Курганское отделение ФСС такой листок к оплате не принимает (требуется либо его дооформить листок нетрудоспособности либо выписать дубликат), что ведет к отсрочке оплаты по каждому такому случаю нетрудоспособности и, соответственно, непониманию и недовольству граждан, в том числе и в адрес медицинских организаций, выдавших листок нетрудоспособности с ошибками.

Необходимо усиление контроля со стороны представителей медицинских организаций по озвученным вопросам при проведении экспертизы временной нетрудоспособности и оформления листков нетрудоспособности.

Решение:

Направить материалы видеоконференции на фельдшерско-акушерские пункты для использования в работе.