



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

20.04.17 № 01-1d/3196

на № _____

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 29 марта 2017 года для использования в работе. Все материалы видеоконференции размещены на сайте Департамента здравоохранения Курганской области и Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница».

Материалы видеоконференции направить на фельдшерско-акушерские пункты для использования в работе.

Приложение: на 11 л. в 1 экз.

Заместитель директора Департамента
здравоохранения Курганской области –
начальник управления организации
медицинской помощи

Е.В. Островских

ПРОТОКОЛ № 1
видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области

от 29 марта 2017 года

для заместителей главного врача по лечебной и организационно-методической работе, врачей терапевтов, фельдшеров (на которых возложены функции участковых врачей), фельдшеров ФАП и других работников фельдшерско-акушерских пунктов, специалистов кабинетов и отделений медицинской профилактики, центров здоровья.

1. О порядке оказания терапевтической помощи населению Курганской области.

(Носова Елена Геннадьевна – главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения Курганской области).

Нормативные документы:

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – МЗ РФ) от 15.11.2012 N 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»;

Приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 12.09.2013 г. №1225 «Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению на территории Курганской области по профилю «терапия»;

Приказ МЗ РФ от №543н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 г. №1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения»;

Методические рекомендации МЗ РФ 2014 г. «Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития».

Медицинская помощь оказывается в виде первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Организация первичной медико-санитарной помощи осуществляется по территориально-участковому принципу в соответствии с приказом МЗ и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 27 июня 2012 г.).

В результате проведенной реорганизации территориального распределения участков и прикрепления населения в соответствии с нормативом в 2015 г. на конец 2016 г. всего организовано терапевтических участков – 401 (2015 г. – 398, 2014 г. – 280, 2013 г. – 264, 2012 г. – 273). Укомплектованность участковыми врачами терапевтами составляет – 30,6% (2015 г. - 34%), фельдшерами – 69,3% (2015 г.- 64,1%, 2014 г.- 55,7%, 2013 г. – 48%), при коэффициенте совместительства 1,2 (2015 г. – 1,2, 2014 г. – 1,4) по РФ – 1,25, по УРФО – 1,22.

Наименьшей уровень укомплектованности врачами терапевтами в Белозерской ЦРБ – 44%, Далматовской ЦРБ – 51%, Звериноголовской ЦРБ – 28,55, Кетовской ЦРБ – 44%, Макушинской ЦРБ – 44%, Петуховской ЦРБ – 41,3%, Шадринской ЦРБ, Шумихинской ЦРБ, Каргапольской ЦРБ (35%), Куртамышской ЦРБ – 43,5%, Курганской больнице №2 – 30 %, Шадринской городской больнице – 39%, Курганской поликлинике №1– 38,6%.

Основная документация участкового терапевта:

- медицинская карта амбулаторного больного – ф. 025/у-04;
- паспорт врачебного участка (терапевтического) – ф. 030/у-тер.;
- листок временной нетрудоспособности (больничный лист);
- рецептурный бланк – ф. № 107-1/у;
- рецептурный бланк № 148-1/у-88;
- рецепт льготный – ф. 148-1/у-04(л);
- специальный рецептурный бланк на наркотическое средство и психотропное средство;
- контрольная карта диспансерного наблюдения – ф. 030/у-04.

Амбулаторно-поликлиническая служба.

Количество посещений врачей терапевтов, а также участковых терапевтов в 2016 году уменьшилось на 0,8% и составило 987097 (2015 г. – 995469, 2014 г. – 912738, 2013 г. – 942523, 2012 г. – 1019587), количество посещений на 1 взрослого составляет 1,4 (2015 г. – 1,4 в год, 2014 г. – 1,4). Удельный вес посещений с профилактической целью в 2016 г. увеличился на 9,8% и составил – 41% , в 2015 г. – 32%, в 2014 г . – 30,9%. Функция врачебной должности участкового врача терапевта увеличилась на 10% и составила – 6976 (2015 г. – 6237, 2014 г. – 6245), почасовая нагрузка увеличилась – 4,6 (2015 г.– 3,2, 2014 г. – 4,3).

Охват профилактическими осмотрами декретированных групп населения увеличился и составил – 86,3% (2015 г. – 81,6%, 2014 г. – 96,6%, 2013 г. – 95,5%), наблюдается рост на 3%.

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя мероприятия по профилактике (проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения, периодических медицинских осмотров, профилактических медицинских осмотров), диагностике, лечению заболеваний и состояний.

Именно от участкового врача во многом зависит реализация концепции, которая направлена на снижение числа обострений заболеваний и, соответственно, на снижение обращений за медицинской помощью по поводу обострений, ведущее к снижению предотвратимой преждевременной смертности населения.

Важно с пониманием относиться к росту нагрузки на первоначальном этапе. В перспективе реализация стратегий высокого риска и вторичной профилактики через систематическое активное диспансерное наблюдение позволит на каждом терапевтическом участке переструктурировать амбулаторные посещения. Через увеличение посещений с профилактической целью в рамках диспансерного наблюдения, при условии качественного выполнения всего комплекса медицинской помощи (диагностической, лечебно-профилактической) предписанных рекомендациями

снизится число обращений по поводу обострений хронических заболеваний, которые по трудоемкости намного более затратны, чем посещения с профилактической целью.

Таким образом, диспансеризацию и диспансерное наблюдение следует рассматривать как неразрывные и наиболее рационально организационные технологии медицинской профилактики.

Переход к широкомасштабной диспансеризации взрослого населения сопряжен с ростом численности выявленных больных и лиц с риском развития заболевания, что и является одной из основных целей диспансеризации. Однако, выявление патологических отклонений не является самоцелью. Главное – это то, что диспансеризацию следует рассматривать только как первый шаг в последующей перестройке всей повседневной работы медицинских работников первичного звена здравоохранения.

Диспансерному наблюдению у терапевта подлежат следующие контингенты населения:

- больные, перенесшие острые заболевания и имеющие риск перехода в хронические болезни (после ангины, тяжелого течения гриппа и т.д.);
- больные с хронической терапевтической патологией (больные с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца (далее – ИБС) и т.д.);
- здоровые лица трудоспособного возраста, занятые на вредных производствах;
- летные и плавсостав, водители транспорта;
- беременные женщины;
- инвалиды и участники Великой Отечественной войны;
- лица, участвовавшие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС;
- войны-интернационалисты.

Группы диспансерных больных, подлежащих динамическому наблюдению врачами-терапевтами:

- реконвалесценты после перенесенного тяжелого течения гриппа (3 мес.);
- реконвалесценты после перенесенной ангины (1 мес. – 6 мес.);
- реконвалесценты после пневмонии (6 мес. – 1 год);
- нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу;
- гипертоническая болезнь (пожизненно);
- ИБС: стенокардия – пожизненно;
- инфаркт миокарда (2 года – совместное ведение терапевтом и кардиологом; затем наблюдается терапевтом как ИБС);
- кардиомиопатии (пожизненно – совместное ведение кардиологом и терапевтом);
- цереброваскулярная болезнь (с артериальной гипертензией или без нее) – совместное ведение с невропатологом;
- атрофический гастрит (пожизненно);
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (при язвенной болезни желудка – пожизненное; при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – 6 лет с момента наступления последнего обострения, при отсутствии – снятие с учета);
- хроническая обструктивная болезнь легких (пожизненно);
- бронхиальная астма (пожизненно, совместное ведение с аллергологом);
- бронхэкстазическая болезнь и кистозная гипоплазия легких (пожизненно, совместное ведение с пульмонологом);
- хронический абсцесс легкого (пожизненно, совместное ведение с пульмонологом);
- саркоидоз легких (совместное ведение с фтизиатром);

- хронический гепатит (пожизненно, хронический вирусный гепатит – совместное ведение терапевтом и инфекционистом, хронический гепатит другой этиологии – совместно с гастроэнтерологом);
- цирроз печени (пожизненно);
- хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью (6 лет с момента последнего обострения, при отсутствии рецидивов – снятие с учета);
- желчекаменная болезнь без обострений (пожизненно);
- хронический бескаменный холецистит (6 лет с момента последнего обострения, при отсутствии рецидивов – снятие с учета);
- хронический пиелонефрит (пожизненно);
- хронический диффузный гломерулонефрит (пожизненно);
- ревматоидный артрит;
- диффузные болезни соединительной ткани;
- анкилозирующий спондилоартрит;
- остеопороз;
- остеоартроз (пожизненно).

Стационарная помощь.

Количество терапевтических коек составило – 694 (среднегодовые – 725) 2015 г. – 745 (2014 г. – 829; 2013 г. – 849; 2012 г. – 894). Уменьшение коек на 6,8%, но обеспеченность на 10 тыс. населения койками терапевтического профиля составляет – 10,1 (2015 г. – 10,7; 2014 г. – 8,8; 2013 г. – 11,8). РФ – 8,08, УРФО – 8,1, что превышает показатели 2014 г. и по РФ и УРФО.

Средний койко-день на терапевтической койке уменьшился и составил – 10,1 (2015 г. – 11,3; 2014 г. – 11,4; 2013 г. – 12,7; 2012 г. – 12,9; 2011 г. – 13,6; 2010 г. – 13,3; 2009 г. – 13,5). РФ – 12,3, УРФО – 12,0.

Летальность на терапевтической койке уменьшилось на 27% и составила – 2,0 (2015 г. – 2,3; 2014 г. – 3,0; 2013 г. – 3,0; 2012 г. – 3,3; 2011 г. – 3,0; 2010 – 2,6; 2009 – 2,6). РФ – 1,9, УРФО – 1,89.

Показаниями к экстренной госпитализации являются все угрожающие жизни состояния: острая сердечная и сосудистая недостаточность различного генеза; острая дыхательная недостаточность; церебральные сосудистые кризы; различные комы; острый живот и др.

Показания к плановой госпитализации:

- диагностические (для уточнения диагноза или осложнений заболевания необходимо динамическое наблюдение или диагностические мероприятия недоступные в поликлинике);
- лечебные (для подбора или коррекции терапии, ухудшение функционального состояния каких-либо органов, появление осложнений);
- решение экспертных вопросов по направлению в бюро МСЭ, военкоматов и др. учреждений.

Стационар на дому:

Организуется в составе поликлиники и предназначен для больных с острым или обострением хронических заболеваний, нуждающихся в соблюдении домашнего (постельного) режима, интенсивном лечении без круглосуточного наблюдения и не требующих оперативного вмешательства. Участковый врач осуществляет регулярные осмотры больных в домашних условиях, а участковая медицинская сестра выполняет врачебные назначения в домашних условиях.

Стационарзамещающие технологии:

Обеспеченность на 10 тыс. населения койками дневного стационара терапевтического профиля: при круглосуточном стационаре – 2,1 (2015 г. – 2,5,

2014 г. – 2,6) (РФ – 5,5, УРФО – 3,4), в амбулаторно - поликлинических подразделениях – 5,1 (2016 г. – 6,1, 2014 г. – 5,0) (РФ- 10,9, УРФО – 15).

На протяжении последних лет не организованы все виды дневного стационара в Альменевской ЦРБ. Не организован при круглосуточном стационаре в Мишкинской ЦРБ, Сафакульевской ЦРБ, Целинной ЦРБ, Петуховской ЦРБ. Нет дневного стационара при поликлинике в Сафакульевской ЦРБ, Курганской больнице №2.

Стационар на дому отсутствует в Далматовской ЦРБ, Мишкинской ЦРБ, Щучанской ЦРБ, Курганской больнице №2.

Обследование и лечение должно проводиться в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями до достижения цели.

В случае отсутствия положительных результатов пребывания в стационаре проводится проведение консилиума с приглашением заместителя главного врача по медицинской части, заинтересованных врачей специалистов, разработки программы ведения пациентов с указанием в медицинской карте и оценка результата.

При переводе на амбулаторный этап обязательна выписка с указанием проведенного обследования, лечения и результатов, рекомендации по лечению и обследованию.

Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в медицинских организациях и их подразделениях осуществляется на основе взаимодействия врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания пациента (врачей-кардиологов, врачей-ревматологов, врачей-эндокринологов, врачей-гастроэнтерологов и других).

При затруднении в диагностике и выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и при наличии медицинских показаний для лечения пациента врачом-специалистом по профилю его заболевания, врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач) направляет пациента на консультацию к врачу-специалисту в соответствии с профилем его заболевания (ГБУ «КОКБ», ГБУ «КОКД», ГБУ «КООД», ГБУ «КОПТД», и т.д.). В направлении необходимо указать полный по заболеванию объем обследования и проведенное лечение. В последующем осуществляется наблюдение за клиническим состоянием пациента, его лечение в соответствии с рекомендациями врача-специалиста по профилю заболевания.

При отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и (или) при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований по медицинским показаниям врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач терапевт-участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач) по согласованию с врачом-специалистом по профилю заболевания пациента направляет его в медицинскую организацию для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в том числе в стационарных условиях.

В случае невозможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях или в стационарных условиях терапевтического отделения пациент в плановом порядке направляется в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь и имеющую в своем составе соответствующие специализированные отделения для проведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий (ГБУ «КОКБ», ГБУ «КОКД»).

Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении МЗ РФ:

- при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствием эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения;
- высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний;
- необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у пациентов с осложненными формами заболевания;
- сопутствующих заболеваниях;
- при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций, а также при наличии у пациента медицинских показаний.

2. Актуальные вопросы оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе в части диспансерного наблюдения.

(Мелешенко Вадим Викторович – главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Курганской области).

В 2017 году снизилась настороженность в отношении атипичных форм острого инфаркта миокарда (далее – ОИМ), в первую очередь это касается гастроэнтерического дебюта, когда клиника напоминает острый гастрит, панкреатит и иные формы острого живота. В этом году у нас было несколько случаев несвоевременной диагностики таких инфарктов. Есть случаи, когда ОИМ не был прижизненно диагностирован. Клиническая особенность этой формы – локализация боли в животе, чаще в подложечной области или в левом подреберье. Часто пациент не может определить характер боли, так как она не имеет четкой локализации.

Боль в животе бывает при задней локализации инфаркта. Особенно часто допускаются случаи ложной диагностики панкреатита.

При тщательном расспросе можно установить зависимость боли от приема нитроглицерина, наличие ишемической болезни в анамнезе. Симптомы ИМ чаще возникают на фоне физического или эмоционального напряжения, но могут появиться и после еды, это связано с ухудшением кровоснабжения сердечной мышцы в период активной работы пищеварительного тракта. Интенсивность болевого симптома не изменяется при переменах положения тела.

Важный дифференциальный метод – осмотр живота. Обращает внимание отсутствие защитного напряжения живота, что не отвечает выраженности болевого симптома. Дополнительные методы не дают отчетливой картины «острого живота». Через 3-4 часа абдоминальные симптомы уменьшаются, боль перемещается в область типичной загрудинной локализации, поэтому важно посмотреть в динамике, сделать актив через 2-3 часа.

Всегда должна быть настороженность в отношении атипичного инфаркта у следующих групп пациентов:

- пожилых, особенно с диабетом;
- пациентов, у которых интенсивный болевой синдром не соответствует весьма умеренным объективным изменениям при пальпации живота;
- у пациентов с неспецифическими, не острыми коронарными изменениями на ЭКГ.

Наши действия:

1. тщательный расспрос;
2. назначение актива;

3. доставить пациента в стационар, взять анализ на активность кардиоспецифических ферментов.

Клинический случай, хорошего опроса в диагностике ИМ.

Мужчина, 58 лет	СМП 26.01	АПП 27.01	БСМП 6.02
Жалобы	Сегодня боль в эпигастрии и подреберьях, тошнота	Боли в грудном отделе позвоночника	Боли в н\З грудины и эпигастрии
Детализация жалоб - связь боли с нагрузкой, едой, дыханием, переменой положения тела, длительность	-	-	несколько раз в день, до 10-15 минут, чаще при бытовой нагрузке, но бывают и в покое, не зависят от еды и положения тела
Анамнез	Заболел сегодня	-	Болен с середины января
Объективно	Болезненность в эпигастрии	Боли по нижним реберьям	
ЭКГ	норма	-	ОИМ
Диагноз	Острый гастрит	Остеохондроз	ОИМ
Тактика	Обратиться в поликлинику, при рецидиве вызов СМП, кеторол	Лечение НПВС	ЧКВ

Актуальная проблема связана с ростом назначений оральных антикоагулянтов (далее – АК). К ним относятся варфарин и новые препараты – ксарелто и продакса. Они блокируют свертывающую систему крови и сегодня их назначают очень часто для снижения риска тромбозов и тромбоэмболий. Кардиологи назначают эти препараты при мерцательной аритмии или при фибрилляции предсердий (далее – ФП). При ФП предсердия не сокращаются, хаотически продергиваются и в них образуются тромбы, которые могут вызвать ОНМК. Для того, чтобы этого не случилось, назначаются АК после операций при пороках сердца, когда имплантируются искусственные механические клапаны. Активно назначают АК ортопеды. После крупных ортопедических операций, например, замены тазобедренного или коленного сустава, ремонта разрушенного бедра основным осложнением являются тромбозы и для их профилактики назначаются АК. Врач перед назначением АК оценивает вероятность тромбоза и кровотечения по специальным шкалам – CHADS-VASc и HAS-BLED и только убедившись в безопасности, назначает препарат. Кровотечения могут быть внутренними, невидимыми и симулировать, например, острый живот. За последнее время было несколько случаев, когда у пациентов на варфарине с клиникой острого живота искали и лечили панкреатит,

холецистит, язву, в то время как там было кровотечение. Опасность варфарина заключается в том, что алкоголь в приличных количествах сильно усиливает действие препарата и еще больше разжижает кровь, увеличивая риск кровотечений. Поэтому наблюдая пациентов, принимающих варфарин, ксарелто, продаксу всегда нужно помнить про риск кровотечений.

Нельзя забывать, что перед плановыми операциями, большими инвазивными манипуляциями, пациентам, принимающим ксарелто и продаксу, надо отменять препараты за сутки, а варфарин за 2-3 дня.

После назначения ксарелто и продаксы необходимо проводить лабораторный контроль, при приеме врафарина следует делать анализы, чтобы контролировать адекватность лечения. Анализ сертываемости крови сначала делают как можно чаще, после того, как доза подобрана, один раз в три месяца. Если появились беспричинные синяки у больного, петехиальная сыпь, кровотечения из носа, десен, надо сделать внеочередной анализ.

Действие варфарина также усиливают некоторые лекарства, в таких случаях всегда нужно внимательно читать инструкцию. Зеленые овощи, богатые витамином К, наоборот, ослабляют действие варфарина, препарат может быть неэффективным и возникнет риск тромбозов.

Бисопролол и метопролол снижают число сердечных сокращений, поэтому по частоте пульса легко оценить их эффективность. У этих препаратов есть нехороший эффект – синдром отмены. При прекращении регулярного приема препарата развивается тахикардия, пациент чувствует себя довольно плохо. В-блокеры нужно принимать регулярно. При оценке почти тысячи амбулаторных карт, больше чем в половине карточек на приемах не было снижения пульса после назначения препарата, а в 20% пульс указывали даже больше, чем до назначения В-блока. Значит, либо пациенты не принимают препарат, либо врач на приеме не измерял пульс.

Следующая проблема носит организационный характер. Болезни системы кровообращения (далее – БСК) должны составлять 37-38% в структуре всех смертей. В Курганской области в 2016 г. удельный вес сердечно-сосудистых смертей составил почти 39%. В январе 2017 г. он возрос почти до 60%. В некоторых районах и до 70-80%.

Необходимо научиться выдерживать рекомендованную структуру смертности. Примерно 4 из 10 больных умирают от БСК, остальные от других причин.

3. Организация диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях Курганской области.

(Хайрова Наталья Фаритовна – главный внештатный специалист по медицинской профилактике Департамента здравоохранения Курганской области)

Реализация в медицинских организациях Федерального закона (далее – ФЗ) от 23 февраля 2013 года №15 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака», приказа МЗ РФ от 30 июня 2016 года №446 «Об утверждении Порядка создания и функционирования «горячих линий по прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости».

Школы отказа от курения в медицинских организациях Курганской области

Показатель	2016 год	2015 год	2014 год
Количество функционирующих школ отказа от курения	19	16	10
Количество граждан, обученных в школе отказа от курения	2096	1115	527

Медицинские организации Курганской области, в которых работают школы отказа от курения:

ГБУ «Глядянская ЦРБ»; ГБУ «Далматовская ЦРБ»; ГБУ «Звериноголовская ЦРБ»; ГБУ «Катайская ЦРБ»; ГБУ «Куртамышская ЦРБ»; ГБУ «Лебяжьевская ЦРБ»; ГБУ «Мишкинская ЦРБ»; ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»; ГБУ «Частоозерская ЦРБ»; ГБУ «Шумихинская ЦРБ»; ГБУ «Юргамышская ЦРБ»; ГБУ «Курганская поликлиника №1»; ГБУ «Курганский областной наркологический диспансер»; ГБУ «Курганский областной кожно-венерологический диспансер»; ГКУ «Курганский областной Центр медицинской профилактики»; ГБУ «Курганский областной госпиталь для ветеранов войн»; ГБУ «Курганский областной наркологический диспансер»; ГБУ «Шадринская городская больница».

Основными принципами охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака в соответствии с ФЗ от 23 февраля 2013 года №15 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака» ст. 4. «Основные принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» являются:

1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

2) предупреждение заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности населения, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и потреблением табака;

3) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

4) системный подход при реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, непрерывность и последовательность их реализации;

5) приоритет охраны здоровья граждан перед интересами табачных организаций;

6) обеспечение международного сотрудничества Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

7) взаимодействие органов государственной власти, органов местного самоуправления, граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц, не связанных с табачными организациями;

8) открытость и независимость оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака;

9) информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма;

10) возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью, имуществу гражданина, в том числе имуществу индивидуального предпринимателя, или юридического лица вследствие нарушения законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака в соответствии с ФЗ от 23 февраля 2013 года №15 «Об охране

здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака» ст. 6. «Полномочия органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» относится обеспечение организации оказания гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, в медицинских организациях субъектов РФ в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья.

В сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака граждане в соответствии ФЗ от 23 февраля 2013 года №15 «Об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака» ст. 9. «Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» имеют право на:

1) благоприятную среду жизнедеятельности без окружающего табачного дыма и охрану здоровья от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

2) медицинскую помощь, направленную на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости;

3) возмещение вреда, причиненного их жизни или здоровью, имуществу вследствие нарушения другими гражданами, в том числе индивидуальными предпринимателями, и (или) юридическими лицами законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

В сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака граждане обязаны:

1) соблюдать нормы законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

2) заботиться о формировании у детей отрицательного отношения к потреблению табака, а также о недопустимости их вовлечения в процесс потребления табака;

3) не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на благоприятную среду жизнедеятельности без окружающего табачного дыма и охрану их здоровья от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

В целях сокращения спроса на табак и табачные изделия, профилактики заболеваний, связанных с потреблением табака, формирования ответственного отношения к здоровью и отрицательного отношения к потреблению табака осуществляются просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма.

Просвещение населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляется в семье, в процессе воспитания и обучения в образовательных организациях, в медицинских организациях, а также работодателями на рабочих местах.

Приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 24 марта 2017 года № 356 «Об организации работы «горячей линии», способствующей прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости, на территории Курганской области:

1. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения «Курганский областной кардиологический диспансер» (Мелешенко В.В.):

1.1. организовать в срок до 1 апреля 2017 года работу «горячей линии», способствующей прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости в соответствии с приказом МЗ РФ № 446н;

1.2. обеспечить работу «горячей линии» не менее двух часов в день в течение пяти рабочих дней в неделю;

2. Руководителям медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья:

2.1. обеспечить оказание медицинской помощи при отказе от курения;

2.2. организовать индивидуальное углубленное консультирование по отказу от курения;

2.3. обеспечить проведение с пациентами информационно-просветительской работы, направленной на профилактику табакокурения, путем размещения и распространения информационно-пропагандистских материалов, осуществления регулярной трансляции видеороликов профилактической направленности, проведения бесед;

2.4. в срок до 1 апреля 2017 года организовать работу кабинетов отказа от курения;

2.5. в срок до 1 мая 2017 года организовать работу школ отказа от курения;

2.6. разместить информацию о работе «горячей линии», режиме работы кабинета отказа от курения, расписание работы школ отказа от курения в регистратуре (холле) медицинской организации, отделении (кабинете) медицинской профилактики, на сайте медицинской организации;

2.7. информировать Государственное бюджетное учреждение «Курганский областной кардиологический диспансер» о режиме работы кабинета отказа от курения, расписании занятий в школе отказа от курения;

2.8. ежеквартально в срок до 10 числа, следующего за отчетным кварталом, направлять главному внештатному специалисту по медицинской профилактике Департамента здравоохранения Курганской области (Хайрова Н.Ф.) на электронный адрес: kurganprof@mail.ru отчет (нарастающим итогом) о работе по профилактике и прекращению табакокурения по форме согласно приложению 3 к настоящему приказу.

3. Руководителям медицинских организаций обеспечить информирование населения о работе «горячей линии».