# ПРИЛОЖЕНИЕ

# Замечания и предложения экспертов Союза «Национальная Медицинская Палата» к проекту приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». 06.02.2017

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Положение проекта приказа, требующее изменений | Обоснование предлагаемых изменений | Предложение по новому тексту проекта |
| **Пункт 3. Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленногообследования состояния здоровья граждан в целях** |
|  **Подпункт4.** определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. | Отсутствует ссылка на нормативный акт, определяющий группы диспансерного наблюдения | Добавить: ссылку на нормативный акт, определяющий группы диспансерного наблюдения. |
| **Пункт** **4. Основной комплекс мероприятий диспансеризации проводится 1 раз в 3 года[[1]](#footnote-1) в возрастные периоды, предусмотренные приложением № 1 к настоящему Порядку[[2]](#footnote-2), за исключением:** |
| **Ссылка 2**«Маммография для женщин в возрасте от 39 до 51 года, исследование кала на скрытую кровь для граждан в возрасте от 49 до 74 лет, флюорография пегких для граждан в возрасте от 21 года и старше проводятся 1 раз в 2 года» | Противоречит пункту 13.1. подпункту 10. | Пункт 4. Ссылка 2. изложить в следующей редакции:«Маммография для женщин 1 раз в 3 года в возрасте 39-49 лет и 1 раз в 2 года в возрасте 51-69 лет, исследование кала на скрытую кровь для граждан в возрасте от 49 до 74 лет, флюорография легких для граждан в возрасте от 21 года и старше проводятся 1 раз в 2 года». |
| **Следует добавить !** | Особые контингенты. Нуждаются в ежегодных осмотрах. | 4)Тружеников тыла |
| **Следует добавить !** | Особые контингенты. Нуждаются в ежегодных осмотрах. | 5)Членов семьи умерших (погибших) ветеранов |
| **Следует добавить !** | Особые контингенты. Нуждаются в ежегодных осмотрах. | 6)Участников ликвидации аварии на ЧАЭС, «Маяк». |
| **Следует добавить !** | С целью улучшения демографической ситуации, повышения показателей онковыявляемости на ранних стадиях (I-IIст.), снижения смертности от заболеваний. | дополнительно в п.4, подпункт 4) инвалидов первой, второй, третей группы по общему заболеванию с прохождением диспансеризации ежегодно вне зависимости от возраста. |
| **Пункт 5. Перечень осмотров (консультаций) врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой), исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации в зависимости от возраста и пола гражданина (объем диспансеризации), определяется в соответствии с приложением № 1 к настоящему Порядку** |
|  **Ссылка 7**.Флюорография легких и маммография проводятся 1 раз в 2 года, мазок (соскоб) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование проводится 1 раз в 3 года. | Не указан возраст граждан | Пункт 5. Ссылка 7. изложить в следующей редакции:«Флюорография легких для граждан в возрасте от 21 года и старше проводится 1 раз в 2 года и маммография проводится для : женщин в возрасте 1 раз в 3 года в возрасте 39-­49 лет и 1 раз в 2 года в возрасте 51 - 69 лет, мазок (соскоб) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование проводится 1 раз в 3 года (для женщин в возрасте от 30 до 60 лет включительно)». |
| **Пункт 7. Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.** |
|  Гражданин Проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.  | Выполнение плана ДВН работающему населению связано с большими сложностями, несмотря на организацию работы в субботние дни.Организация выездной работы на предприятия, расположенные на территории обслуживания позволила бы увеличить охват населения мероприятиями по ДВН. Это также позволит заинтересовать работодателей в проведении ДВН сотрудников, т.к. результаты исследований могут быть использованы при прохождении периодического профилактического осмотра сотрудниками (годность результатов анализов 1 год), что снизит стоимость проведения профосмотра | Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь. При желании гражданина, в медицинской организации по адресу места работы, с последующей передачей информации в поликлинику по месту прикрепления |
|  *Гражданин**Проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.* | *Медучреждения проводят ДВН, в том числе и при прохождении гражданами профилактических осмотров лиц, работающих во вредных условиях труда, однако в условиях города на одном предприятии трудятся граждане прикрепленные к другим медорганизациям, в конечном итоге они оказываются неохваченными ДВН. т.к. не у всех есть возможность пройти ДВН в своей медорганизации во внерабочее время.* | *- Гражданин проходит диспансеризацию в любой медорганизации, на ею усмотрение.* |
| **Пункт 10. Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации являются:** |
| **Подпункт 2** активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;  | Дефицит времени у врача терапевта участкового. Время, затрачиваемое на беседы на уровне семьи и организованного коллектива, эффективнее использовать на охват населения диспансерными осмотрами, оформление документации. | Данные задачи необходимо переложить на службу страховых поверенных страховых медицинских организаций |
| **Подпункт 7.** индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, имеющих устранимые факторы риска и отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации; | Отсутствуют критерии устранимых факторов риска | Пункт 10. Подпункт 7. изложить в следующей редакции: «индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, имеющих факторы риска и отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации». |
| **Подпункт 9** информирование граждан (в возрасте от 21 до 48 лет) о возможности медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» | В ФЗ от 30 марта 1995 г возраст не регламентируется | Пункт 10. Подпункт 9. изложить в следующей редакции:информирование граждан (в возрасте от 21 и старше) о возможности медицинского освидетельствования на ВИЧ- инфекцию в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1995 г. № 38-Ф3 |
|  |  |  |
|  **Пункт 11. Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации являются**: |
| **Подпункт 2** активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;  | Дефицит времени у врача терапевта участкового. Время, затрачиваемое на беседы на уровне семьи и организованного коллектива, эффективнее использовать на охват населения диспансерными осмотрами, оформление документации. | Данные задачи необходимо переложить на службу страховых поверенных страховых медицинских организаций |
| **Подпункт 3** проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания (состояния), определение абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 65 лет, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения(с учетом заключений врачей-специалистов), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение; | Противоречит пунктам 18.2. и 18.3. В пункте учитывается только абсолютный сердечно-сосудистый риск, но для лиц в возрасте от 21 до 39 лет важен расчет относительного сердечно-сосудистого риска. Не логично не определять относительный риск, он важен при определении групп здоровья, при проведении краткого и углубленного профилактического консультирования. (УПК граждан с IIIб группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий (абсолютный **или относительный) сердечно-сосудистый риск – цитата из пункта 18)** .  | проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания (состояния), определение относительного суммарного сердечно­-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 65 лет, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения(с учетом заключений врачей-специалистов), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение; |
| **Подпункт 6** участие в оформлении (ведении) медицинской документации; |  | **6) участие в оформлении (ведении) медицинской документации, в т.ч. заполнение Карты учета диспансеризации**; |
| **Подпункт 7** подведение итогов диспансеризации на своем участке.  | Лица, отнесённые в группу риска с пагубным употреблением алкоголя, как правило, «не доходят» по направлению терапевта или фельдшера к врачу психиатру-наркологу. На практике, врач терапевт не располагает временем для проведения краткосрочного мотивационного интервью лица с пагубным употреблением алкоголяВрач психиатр-нарколог, к сожалению, не включён в список специалистов участвующих в диспансеризации.Например, городская поликлиника провела диспансеризацию определённых групп населения, а районный врач психиатр-нарколог работает в городском диспансере по другому адресу-«дистанция огромного размера».Или ситуация в ЦРБ. На практике ни врач психиатр-нарколог, ни медработник кабинета профилактики не обмениваются информацией, не имеют стимулов в организации дальнейшей помощи лицу, включённого в «группу риска». Отсутствие консультации специалиста (нарколога) не влияет на исход диспансеризации- всё одно будет оцениваться как законченный случай.Отсутствует преемственность, контроль и заинтересованность в реальных, конечных результатах диспансеризации. | . «7) подведение итогов диспансеризации»дополнить словами «и информированиезаинтересованных специалистов медицинскойорганизации (психиатров-наркологов,онкологов и др.)» |
| **Пункт 12. Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики медицинской организации, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении диспансеризации являются**: |
| **Подпункт 6** учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации и отчета о проведении диспансеризации по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраныздоровья граждан в Российской Федерации»; | Практический опыт показывает, что заполнять карту учета диспансеризации может участковая служба (выполнил исследование –сразу отметил в карте), а отделение профилактики осуществляет контроль и анализ ведения карты. Далее Карта передается в отделение статистики для стат.обработки – выставление счетов и заполнения формы отраслевой статистической отчетности «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения» (отчетная форма № 131, утвержденная приказом Минздрава России от 6 марта 2015 г. № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению»). | Пункт 12. 6) учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации, включая **контроль** за заполнением карты учета диспансеризации и отчета о проведении диспансеризации по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»..  |
| **Пункт 13.1. Первый этап диспансеризации** |
| **Подпункт 6** определение абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 65 лет, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом, 1 раз в 3 года;  | Противоречит пунктам 18.2. и 18.3. В пункте учитывается только абсолютный сердечно-сосудистый риск, но для лиц в возрасте от 21 до 39 лет важен расчет относительного сердечно-сосудистого риска. Не логично не определять относительный риск, он необходим при определении групп здоровья, при проведении краткого и углубленного профилактического консультирования. (УПК граждан с IIIб группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий (абсолютный **или относительный) сердечно-сосудистый риск – цитата из приказа из пункта 18)** .  | Подпункт 6. изложить в следующей редакции: определение относительного суммарного сердечно­-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 65 лет, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом, 1 раз в 3 года; |
| **Подпункт 8**Осмотр фельдшером (акушеркой), взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее – мазок с шейки матки), цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года (для женщин в возрасте от 30 до 60 лет включительно) | В связи с «омоложением» онкопатологии шейки матки целесообразно проводить цитологическое исследование мазка с шейки матки с 21 года | Осмотр фельдшером (акушеркой), взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее – мазок с шейки матки), цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года (для женщин в возрасте от 21 до 60 лет включительно) |
| **Подпункт 9**Дополнить  | Выявление туберкулеза легких | Флюорография лёгких ежегодно |
| **Подпункт 9**флюорографию легких 1 раз в 2 года; | Деление на кратное и не кратное 3 усложняет работу  | флюорографию легких; |
| **Подпункт 13**измерение внутриглазного давления 1 раз в 3 года (**для граждан в возрасте от 60 лет и старше);** | Цель диспансеризации – раннее выявление заболевания. Какой смысл проводит это обследование в возрасте от 60 лет? 1) Раннее выявление глаукомы, которая проявляется на начальных стадиях только повышенным ВГД - единственная профилактикаслепоты.2) В течение последнего десятилетия глаукома занимает первое ранговое место в структуре необратимой слепоты и инвалидности3)Имеется тенденция раннего дебюта глаукомы у лиц моложе 35 летГлаукома бессимптомное заболевание, повышенное ВГД не чувствуется пациентом и, если будет отменен скрининг в более раннем возрасте, то в 60 лет будем выявлять только запущенные стадии глаукомы, что приведет к росту инвалидности | 13) измерение внутриглазного давления 1 раз в 3 года **(для граждан в возрасте 39 лет и старше)** для пациентов без отягощенного анамнеза по глаукоме. И с периодичностью 1 раз в год - для пациентов, кровные родственники которых страдали глаукомой |
| **Подпункт 14** прием (осмотр) врача-терапевта, по завершению исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью кратной 3, включающий установление диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации. **Подпункт 14.1** прием (осмотр) врача-терапевта, по завершению исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью не кратной 3 **при наличии выявленных патологических изменений**, включающий определение в соответствии с выявленными изменениями медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации. |  | Требует разъяснений количество осмотров терапевта и периоды осмотров в случае проведения исследований, не кратное 3.Является ли заключительный осмотр терапевта, не кратный 3, законченным случаем диспансеризации? |
| **Следует добавить**! |  | Добавить:добровольное медицинское освидетельствование на ВИЧ - инфекцию |
| **Добавить (вернуть) в перечень обследований 1 этапа** | С целью выявления новообразований и подозрений на новообразования органов брюшной полости |  ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости и малого таза на предмет исключения новообразований для граждан в возрасте 39 лет и старше (для женщин УЗИ поджелудочной железы, почек, матки и яичников); для мужчин УЗИ печени, поджелудочной железы, почек и предстательной железы).. |
| **Добавить (вернуть) в перечень обследований 1 этапа** |  | для мужчин, когда-либо куривших в жизни, также УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы однократно в возрасте 69 или 75 лет |
| **Добавить в перечень обследований 1 этапа** | исследование общего анализа крови и мочи входит в базовые исследования всех значимых нозологий (в соответствии со стандартами обследования) | В приложение к приказу МЗ РФ «Порядок проведени) диспансеризации определенных групг взрослого населения» п. 13.1 добавить следующие подпункты, изложенные в редакции приказа МЗ РФ от 03.02.2015 №36ан:-определение клинического анализа крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов); -определение клинического анализа крови развернутого (для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо клинического анализа крови);- определение общего анализа мочи. |
| **Добавить в перечень обследований 1 этапа** | Уменьшение объема обследования снизит мотивацию граждан к прохождению диспансеризации  | 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 вместо исследований |
|  |  | Включить в перечень обследования первого этапа диспансеризации, проведение тестирования мочи на присутствие наркотических и психотропных веществ |
| **Пункт 13.2. Второй этап диспансеризации** |
| **Подпункт 1** осмотр (консультацию) врачом-неврологом (в случаях первичного выявления нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрения на депрессию у граждан в возрасте 75 лет и старше, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением); |  |  |
| **Подпункт 2**дуплексное сканирование брахицефальных артерий (по назначению врача-невролога, а также для мужчин в возрасте от 45 до 75 лет и женщин в возрасте от 54 до 75 лет при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, избыточная масса тела или ожирение; |  | Добавить: . Определение липидного спектра крови (холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов) для граждан с выявленным повышением уровня общего холестерина в крови (мужчин от 45 лет до 75 лет и женщин от 54 лет до 75 лет). |
| **Подпункт 9**осмотр (консультацию) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 60 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); | Повышенное ВГД в любом возрасте требует консультации врача-офтальмолога. Это будет способствовать ранней диагностике и своевременному лечению глаукомы. | 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 |
| **Подпункт10**углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте10) (для граждан с выявленными устранимыми факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний, имеющих указанные заболевания или имеющих высокий и очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск, а также для всех граждан, имеющих уровень холестерина в крови 8 ммоль/л и более, индекс массы тела 30 кг/м2 и более, **курящих более 20 сигарет в день);** | Основным показателем, который используется при расчете частоты курения и оценки влияния курения на здоровье является индекс курящего человека (ИКЧ). | углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте10) (для граждан с выявленными устранимыми факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний, имеющих указанные заболевания или имеющих высокий и очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск, а также для всех граждан, имеющих уровень холестерина в крови 8 ммоль/л и более, индекс массы тела 30 кг/м2 и более, **индекс** **курящего человека более 20);** |
| **Подпункт 17.** **II группа состояния здоровья** - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также взрослые лица любого возраста у которых выявлено ожирение и/или дислипидемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более и/или **лица курящие более 20 сигарет в день,** и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).  | Основным показателем, который используется при расчете частоты курения и оценки влияния курения на здоровье является индекс курящего человека (ИКЧ).  | Пункт 17. **II группа состояния здоровья** - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также взрослые лица любого возраста у которых выявлено ожирение и/или дислипидемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более **и/или индекс курящего человека более 20,** и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).  |
| **Следует добавить!** |  | Добавить: Определение общего анализа крови и мочи. |
| **Добавить (вернуть) в перечень обследований 2 этапа** |  | Определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе (для граждан с выявленным повышением уровня глюкозы в крови |
| **Добавить (вернуть) в перечень обследований 2 этапа** | С целью выявления новообразований и подозрений на новообразования верхних отделов желудочно – кишечного тракта | *эзофагогастродуоденоскопию (по назначению врача – терапевта - при выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов желудочно-кишечного тракта)*  |
| **Пункт 18. Основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются:** |
| **Подпункт 1.**  охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации и подлежащего диспансеризации в текущем году (плановое значение – не менее 21 % ежегодно);  | В каждом АПУ на диспансерном учете состоит 30 - 34% от численности проживающего населения с хроническими неинфекционными заболеваниями, участники Великой отечественной войны, которые проходят диспансерные осмотры не реже 1 раза в год с объемом лабораторного, инструментального обследования и врачебных осмотров, значительно превышающем объем обследования при ДВН. Данные осмотры подаются в реестр и оплачиваются из средств ОМС. Проведение ДВН данным лицам необоснованно, финансирование дублируется. Планы на ДВН по этой причине завышены, что может вызвать формальный подход к ее проведению | Проведение диспансеризации лицам, не состоящим на диспансерном учете, не обращавшимся в поликлинику более 1 года. Планировать на диспансеризацию преимущественно лиц в возрасте до 50 лет |
| **Пункт 20. Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи..** |
|  | Улучшение качества проводимой диспансеризации определённых групп взрослого населения | дополнительно проводить оплату всего комплекса проведённого исследования, в соответствии с возрастом, входящего в объём диспансеризации, не принимая во внимание, что исследования проводились в 12-тимесячный отрезок ото дня проведения диспансеризации. |
| **Приложение № 2 к порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения «Диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний»** |
| 10. Приложение № 2 к порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения «Диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний» | Выявление анамнестических данных ^отягощеннаянаследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, злокачественным новообразованиям, хроническим болезням дыхательных путей, сахарному диабету) позволяет отнести пациента к группе высокого риска по развитию вышеуказанных заболеваний | В Приложение № 2 к порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения добавить следующими пунктами, изложенными в редакции приказа МЗ РФ от 03.02.2015 №3б АН-отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям определяется при наличии инфаркта миокарда (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.4") и (или) мозгового инсульта (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.31 у близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет);-отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям- наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте, или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (кодируется по МКБ-10 кодом Z80).-отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей - наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.5);-отягощенная наследственность по сахарному диабету - наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (кодируется по МКБ-10 кодом Z83.31. |
| Добавить приложение №3 | С целью повышения значимости метода анкетирования, как важнейшего элемента первого этапа ДВН |  Добавить приложение №3: Анкеты на выявление ХНИЗ, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача форма 1 - анкета для граждан в возрасте до 45 лет; форма 2 - правила вынесения заключений по анкете для граждан до 45 лет; форма 3 - анкета для граждан 45 лет и старше; форма 4 - правила вынесения заключений по анкете для граждан 45 лет и старше |

**Общие замечания:**

1. В очередной раз можно констатировать диссонанс между декларациями и практическим исполнением мероприятий по вопросам профилактики и раннего выявления случаев социально значимых заболеваний.

В проекте приказа п. 3 декларируется раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, основных факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное употребление алкоголя...), т.е. 3-4 рейтинговое место занимают расстройства, вызывающие зависимость, что является полем деятельности специалистов психиатров- наркологов.

Не секрет что, в общей структуре причин смертности населения ежегодно второе - третье место занимают «травмы и отравления». Также хорошо известно, что значительное число соматических и неврологических заболеваний носят алкоголь-ассоциированный характер. По данным литературных источников до 20-25% взрослого мужского населения страны злоупотребляют алкогольной продукцией.

Однако, участие в диспансеризации специалистов психиатров-наркологов не предусмотрено, видимо, из-за того, что:

а) диспансеризация проходит в рамках ОМС, а наркология финансируется из бюджета;

б) лица с «пагубным потреблением алкоголя», в силу наличия анозогнозии - отрицания болезни (а это значительное число граждан) не «дойдут» до нарколога, что будет расцениваться как незаконченный случай, и будет дана соответствующая оценка работы руководителя медицинской организации по итогам диспансеризации взрослого населения.

Представленный в проекте «маршрут» лица, у которого выявлено «пагубное потребление алкоголя», носит больше теоретический характер, который предполагает то, что с этим лицом будет проведена мотивационная беседа терапевтом или медработником по изменению поведения и соблюдению здорового образа жизни. Беседа нереальна, так как указанные специалисты не имеют теоретических и практических навыков работы и проведения

мотивационного интервью с этой непростой категорией больных и не располагают достаточным временным пространством.

В качестве подтверждения вышесказанного приводим данные, полученные из ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики» за 2016 год (данные из таб.4000 формы №131 «Сведения о диспансеризации определённых групп населения»). По данным 65 государственных медицинских организаций и ведомств - у 3521 лица выявлен риск пагубного потребления алкоголя и у 1278 - риск пагубного потребления наркотических и психотропных веществ. Направлено к врачу - наркологу из первой группы («алкогольная») - 599 лиц или 17% от общего числа выявленных, из второй группы («наркотической») 52 лица или 4%. В связи с чем возникают вопросы:

а) причина низкого показателя направленных лиц к специалисту;

б) причины отсутствия информации (обратной связи) о лицах, получивших консультацию специалиста психиатра-нарколога, которая не предусмотрена в отчётных формах.

Как оценивать итоги диспансеризации этой категории граждан?

1. **Обращает внимание несоответствие кратности медицинских исследований на  ПЕРВОМ этапе диспансеризации при проведении исследований 2 раза в год в тексте приложения и в таблицах.**

Например,проведение маммографии у  женщин,  а так же исследование кала на скрытую кровь и проведение флюорографического  исследования легких у мужчин и женщин в определенном возрастном промежутке в таблице Приложения  заявлены не 1 раз в 2 года ( как определено в тесте Приложения пункты 13.1 п.п. 9), 10), 11), а имеются периоды до 4-х лет без прохождения исследований.

**Необходимо внести изменения в таблицу и привести ее в соответствие 2-х летней периодичности указанных выше исследований**.

 **3** **По сравнению с Приказом МЗ РФ от 03.02.2015 № 36ан :**

 1.Изменен в сторону уменьшения объем исследований (исключены: общий анализ кров, мочи, биохимическое исследование крови, ограничение по возрасту записи ЭКГ, более позднее по возрасту измерение внутриглазного давления) что на наш взгляд, приведет к снижению выявления новых заболеваний, в том числе социально значимых! Кроме того, это снизит привлекательность диспансеризации для населения, что в свою очередь может привести к затруднению выполнения планов диспансеризации для медицинских организаций и территории в целом.

2. Понятие «осмотр врачом терапевтом с периодичностью кратный 3 и не кратный 3» сложен для понимания и статистического учета.

3. При сохранении профилактических медицинских осмотров целесообразнее проводить профилактические медицинские осмотры (ПМО) по приказу МЗ РФ от 06.12.2012 № 1011н, а не диспансеризацию с кратностью проведения исследований и осмотром терапевта.

Объем ПМО:

- Проводится с периодичностью 1 раз в 2 года,

- проводится за 1 этап, любые осмотры врачами специалистами находятся за рамками ПМО,

- в год проведения ПМО диспансеризации не проводится!

- объем ПМО:

1) опрос (анкетирование),

2) антропометрия (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;

3) измерение артериального давления;

4) определение уровня общего холестерина в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);

5) исследование уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);

6) определение суммарного сердечно-сосудистого риска (для граждан в возрасте до 65 лет);

7) флюорографию легких;

8) маммографию (для женщин в возрасте 39 лет и старше);

9) клинический анализ крови (минимальный объем исследования включает: определение концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов);

10) исследование кала на скрытую кровь (для граждан в возрасте 45 лет и старше);

11) прием (осмотр) врача-терапевта,

К тому же ПМО оплачивается как комплекс в зависимости от пола и возраста. Получится диссонанс между диспансеризацией и ПМО в возрастах 22, 23, 25, 26 лет и тд.

К тому же объем ПМО значительно больше объема диспансеризации «не кратной 3» (возраста 22, 23, 25, 26 лет и т.д.)

Дополнительно обращаем внимание, что для оплаты случая диспансеризации или профилактического осмотра в системе ОМС должны быть четкие критерии, которые в новом порядке можно трактовать неоднозначно.

**3. Не решен** вопрос с отбором граждан в 1 и 2 группы состояния здоровья. Учитывая, что абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск определяется у граждан с 40 до 65 лет, в 1 и 2 группы состояния здоровья не попадают граждане до 40 лет, имеющие факторы риска.

**4. В новом** порядке диспансеризации относительный суммарный сердечно-сосудистый риск не определяется, но в критериях эффективности диспансеризации он прописан.

**5. Понятие «завершенный первый этап»** крайне труден для понимания, учитывая введенное понятие «диспансеризации проводимой с периодичностью кратной 3» и «не кратной 3».

6. Указан разный возрастной промежуток определения абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска: в порядке проведения 1 этапа диспансеризации – с 42 до 65 лет, в критериях факторов – с 40 до 65 лет

**ПРЕДЛОЖЕНИЯ:**

1. Оставить порядок и объемы 1 и 2 этапов диспансеризации в прежнем объеме.

2. Оставить кратность проведения 1 раз в 3 года (с учетом проведения ПМО с кратностью 1 раз в 2 года).

3. Определить критерии для включения в 1 и 2 группу состояния здоровья для лиц моложе 40 лет.

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)