



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Профессор Ипатов Петр Васильевич

О совершенствовании системы диспансерного наблюдения за состоянием здоровья граждан РФ с неинфекционными заболеваниями и высоким сердечно – сосудистым риском



Ориентировочный объем ДН пациентов с ХНИЗ в масштабах страны

| | | |
|-----------------------|---|-----------------------------|
| АГ – 12,2 млн. | } | 26,4 млн. |
| ИБС – 7,3 млн. | | |
| ЦВБ 6,9 млн | | |
| СД2 – 3,8 млн. | } | 2012 год Росстат |
| Хр. Бр.+эмф-1,9 | | |
| ХОБЛ – 0,8 | | |
| | | = 2,7 млн. |

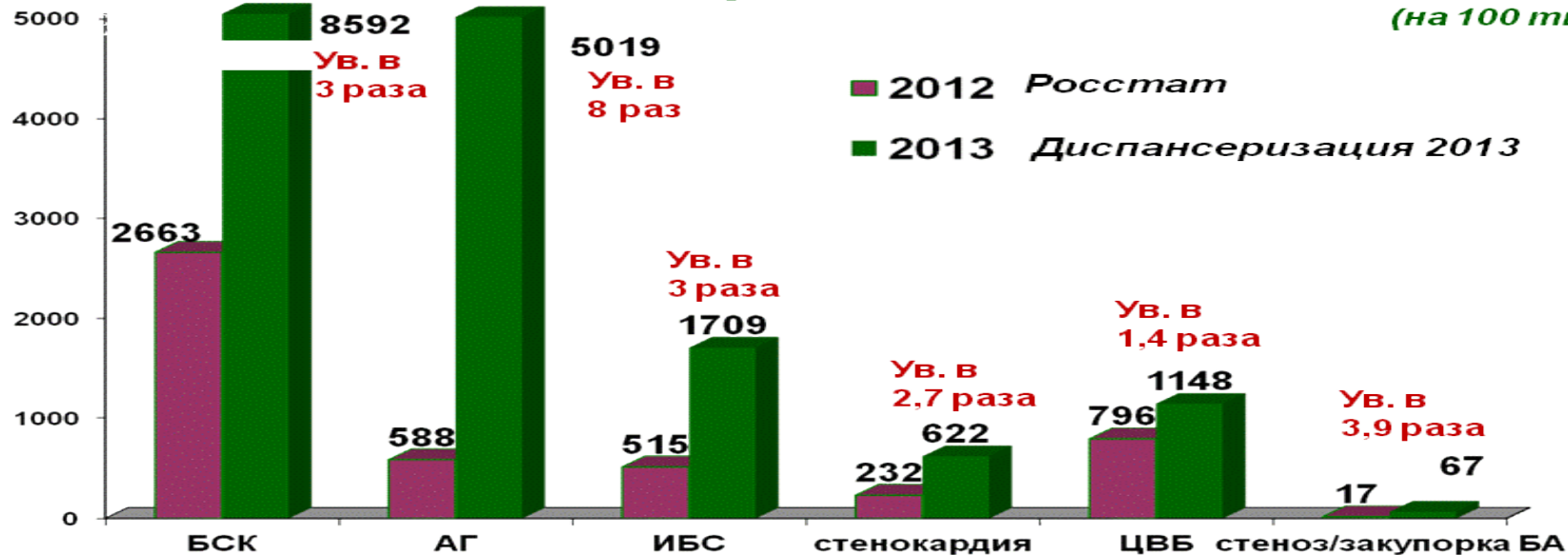
Итого ХНИЗ = 33,6 млн.

По предварительным результатам диспансеризации 2013 г.

из **20,5 млн.** чел., прошедших диспансеризацию у **1 млн.** впервые выявлено ХНИЗ

Несколько больший прирост числа больных ХНИЗ следует ожидать в 2014 и 2015 годах, т.е. к 2016 году число больных ХНИЗ за 3 года ориентировочно ув. на **4 млн.** человек и суммарно (**33,6+4**) составит **37,6 млн.** б-х ХНИЗ, подлежащих ДН

Впервые выявленные БСК (на 100 тыс.)



Форма 12 за 2012 год. Амбулаторно-поликлинические медицинские организации для взрослых и детей и медицинские организации, имеющие амбулаторно-поликлинические подразделения:

| Наименование классов и отдельных болезней | Код по МКБ-10 | Зарегистрировано пациентов с данным заболеванием | | Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года | Доля взятых под диспансерное наблюдение (%) |
|--|---------------|--|-------------------------------------|--|---|
| | | всего | из них с диагнозом, устан. впервые | | |
| Болезни, характеризующаясь повышенным АД | I10-I13 | 12 185 318 | 827 972 | 6 040 472 | 49.6 |
| ИБС | I20- I25 | 7 343 830 | 737 831 | 3 192 336 | 43.5 |
| Цереброваскулярные б-ни | I60-I69 | 6 875 409 | 925 808 | 1 050 097 | 15.3 |
| ТИА | G45 | 101 359 | 53 009 | 26 403 | 26,0 |
| СД 2 тип | E11 | 3 375 792 | 315 135 | 3 164 866 | 93.8 |
| Бронхит хронический и не уточненный, эмфизема | J40-J43 | 1 881 889 | 544 184 | 530 163 | 28.2 |
| ХОБЛ, бронхоэктатическая болезнь | J44,J47 | 778 573 | 69 790 | 380 864 | 48.9 |
| Астма; астматич. статус | J45,J46 | 1 037 032 | 64 513 | 872 968 | 84.2 |
| | ИТОГО: | 33 579 202 33,6 млн. | 3 473 729 3,5 млн. | 15 258 169 15,3 млн. | 45.4 |

Ориентировочный объем ДН больных ХНИЗ в масштабах терапевтического участка

2012 год
Росстат

ХНИЗ
33,6 млн.

2016 год
37,6 млн.

больных ХНИЗ,

Состоит под ДН
15,3 млн. (45 %)

Ув. в 1,7 раза

Должно состоять под ДН
70 % или 26,3 млн.

В стране по данным 2012 года **44890** участковых врачей и **28430** врачей-специалистов поликлиник по профилю ХНИЗ (кардиологи, пульмонологи, эндокринологи, неврологи)

73320 врачей

2012 год

$33,6 \text{ млн.} : 44890 = 750 \text{ б-х ХНИЗ}$
должны состоять под ДН на участке врача-терапевта и около **460** из них под его личным наблюдением

Реально состоит под ДН не более **220-340** больных ХНИЗ

2016 год

$37,6 \text{ млн.} : 44890 = 840 \text{ б-х ХНИЗ}$
должны состоять под ДН на участке врача-терапевта и около **510** из них под его личным наблюдением

В результате диспансеризации должно быть обеспечено взятие под ДН **не менее 70 % б-х ХНИЗ** или **600 чел.** на участке
Необходимо безотлагательное решение этой проблемы

В соответствии со статьей 46 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации

«Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц»

На основании этой статьи ФЗ нами разработан Порядок проведения диспансерного наблюдения, который был утвержденный Приказом Минздрава России 21 декабря 2012 г. под № 1344н.

Основными новациями данного Порядка позвольте Вам представить.



Впервые в число граждан, подлежащих ДН введены лица, имеющие высокий риск развития ХНИЗ

3. Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений)

В порядке прямо указывается, что **Диспансерное наблюдение за гражданами, страдающими ХНИЗ, являющимися основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, а также имеющими основные факторы риска развития таких заболеваний** (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение), **входит в часть комплекса приоритетных мероприятий по проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.**

Вся система диспансеризации и диспансерного наблюдения нацелена прежде всего на профилактику ХНИЗ, раннее их выявление и квалифицированное лечение

Для решения задачи ДН за лицами, имеющими высокий риск развития ХНИЗ в число ответственных лиц за осуществление ДН дополнительно введены:

Диспансерное наблюдение осуществляют следующие медицинские работники медицинской организации где гражданин получает первичную медико-санитарную помощь:

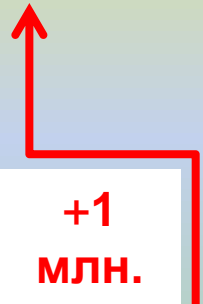
- 1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, врач общей практики (семейный врач));**
- 2) врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина);**
- 3) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики;**
- 4) врач (фельдшер) центра здоровья;**
- 5) фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в [порядке](#), установленном приказом Минздравсоцразвития России от 23 марта 2012 г. N 252н "**

14,7
тыс.

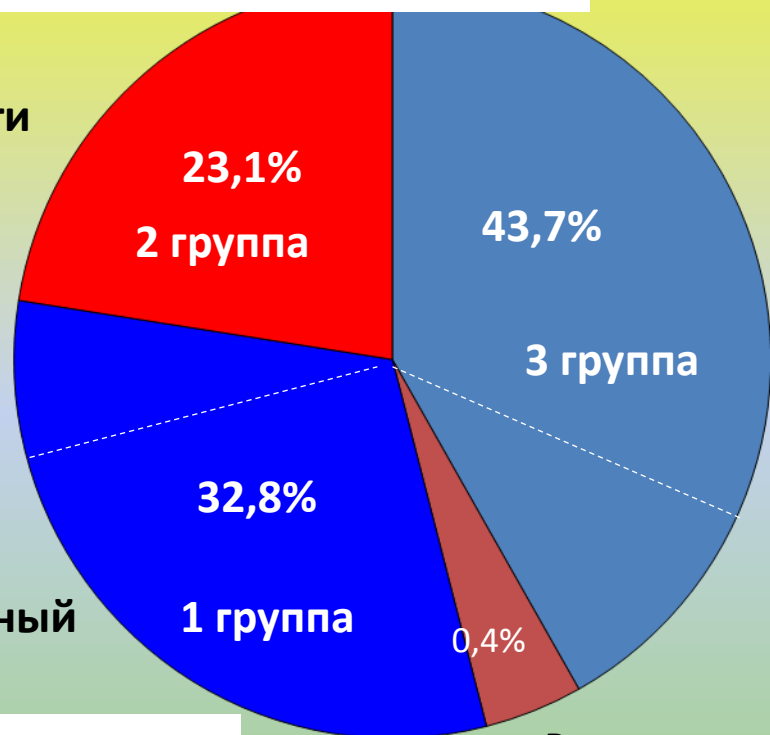
Группы здоровья по итогам Д в 2013 г.

4,7 млн. из 20,5 млн. прошедших Д в 2013 г.
К 2016 г. будет более 14 млн. (по 950 чел. на каждого врача (фельдшера) ОМП+КМП+ЦЗ)

Высокий и очень высокий риск смерти без доказанных заболеваний



Низкий и умеренный риск смерти



Заболевания, требующие динамические наблюдения
3 группу целесообразно разделить на две подгруппы:
3а (ХНИЗ) и **3б** (другие болезни)

Из 1-й группы целесообразно выделить и перевести во 2-ю группу молодых людей до 35 лет с высоким и очень высоким относительным риском развития ССЗ

ВЫВОД: Чтобы справиться с задачей надо в 1,5-2 раза расширить сеть ОМП, КМП, ЦЗ

Важно, что Порядок ДН обязывает участкового врача (фельдшера) и врачей-специалистов по результатам диспансерного осмотра направлять пациентов, имеющих устранимые факторы риска

9. Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом (фельдшером) включает:

- 1) оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение краткого профилактического консультирования;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе **направление гражданина** в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, **в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента)**

**Для определения периодичности, длительности, необходимого объема обследования и лечения при диспансерном наблюдении
Приказ Минздрава России N 1344н отсылает врача (фельдшера) к**

5. Наличие оснований для проведения диспансерного наблюдения, группа диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), объем обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий **определяются врачом (фельдшером) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Минздравом России, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также клиническими рекомендациями, разрабатываемыми и утверждаемыми медицинскими профессиональными организациями, с учетом состояния здоровья гражданина, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).**

При проведении диспансерного наблюдения медицинским работником, **учитываются рекомендации врача-специалиста по профилю заболевания (состояния) гражданина**, содержащиеся в его медицинской документации, в том числе вынесенные по результатам лечения гражданина в стационарных условиях.

Безусловно, лучшим нормативно-правовым документом, регламентирующим периодичность, длительность, объем и стоимость обследования и лечения при ДН больных с ХНИЗ является
Стандарт первичной медико-санитарной помощи

Так как ХНИЗ протекают длительно, в большинстве случаев пожизненно, то и стандарты амбулаторной помощи рассчитываются на 1 год лечения или точнее диспансерного наблюдения пациента.

**Стандарт
первичной медико-санитарной помощи
при инсулиннезависимом сахарном диабете**

(утвержден приказом Минздрава России от 28 декабря 2012 г. № 1581н)

Категория возрастная: **взрослые**

Пол: любой

Фаза: любая

Стадия: любая

Осложнения: **без осложнений**

Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь

Условия оказания медицинской помощи: **амбулаторно**

Форма оказания медицинской помощи: **плановая**

Средние сроки лечения (количество дней): 365

Код по МКБ 10

E11.9 Инсулиннезависимый сахарный диабет без осложнений

Нозологические

E13.9 Другие уточненные формы сахарного диабета без осложнений

единицы

E14.9 Сахарный диабет неуточненный без осложнений

1. Медицинские мероприятия для диагностики СД2 (Мероприятия этого раздела выполняет врач-эндокринолог, а при его отсутствии врач-терапевт. Если диагноз СД2 у пациента установлен, то мероприятия этого раздела не выполняются)

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста

| Наименование медицинской услуги | Усредненный показатель частоты предоставления ¹ | Усредненный показатель кратности применения |
|--|--|---|
| Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового первичный | 0,1 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный | 1 | 1 |

Лабораторные методы исследования

| | | |
|---|-----|---|
| Исследование уровня мочевой кислоты в крови | 0,5 | 1 |
| | | |

Инструментальные методы исследования

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Регистрация электрокардиограммы | 1 | 1 |
| | | |

2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением (соответствуют объему диспансерного наблюдения за пациентом с СД 2)

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста

| | | |
|--|------|---|
| Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный | 0,2 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре повторный | 0,05 | 1 |

Лабораторные методы исследования

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Инструментальные методы исследования

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации

| | | |
|---|-----|---|
| Школа для пациентов с сахарным диабетом | 0,5 | 1 |
|---|-----|---|

3. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения у больных СД2, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных доз (ССД) и средних курсовых доз (СКД)

| Анатомо-терапевтическо-химическая классификация | Наименование лекарственного препарата | Усредненный показатель частоты предоставления | Единицы измерения | ССД | СКД |
|---|---------------------------------------|---|-------------------|-----|-------|
| Инсулины короткого действия и их аналоги для инъекционного введения | | 0,4 | | | |
| | Инсулин аспарт | | ЕД | 40 | 14600 |

В связи с полным отсутствием в 2012 году стандартов амбулаторной медицинской помощи в Порядок ДН введен перечень основных ХНИЗ, при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом

| № | Заболевание (состояние), по поводу которого проводится диспансерное наблюдение | Периодичность осмотров | Длительность диспансерного наблюдения | Примечания |
|----|--|------------------------|---------------------------------------|---|
| 1. | Хроническая ишемическая болезнь сердца без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН не более II функционального класса (ФК) | 2 раза в год | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям |
| 2. | Состояние после перенесенного ИМ по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I-II ФК со стабильным течением, ХСН не более II ФК | 2 раза в год | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям |
| 3. | Стенокардия напряжения I-II ФК со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста | 2-4 раза в год | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям |
| 4. | Стенокардия напряжения I-IV функционального класса со стабильным течением у лиц пенсионного возраста | 2-4 раза в год | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям |

| № | Заболевание (состояние), по поводу которого проводится наблюдение | Периодичность осмотров | Длительность наблюдения | Примечания |
|----|---|---|---|--|
| 5. | Артериальная гипертония 1-3 степени у лиц с контролируемым АД на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов | 2 раза в год | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям |
| 6. | Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения ССЗ по прошествии 6 месяцев от даты операции | 2 раза в первые 6 мес., далее - 1-2 раза в год | По рекомендации врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярн. диагностике и лечению | Прием (консультация) врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярн. диагностике и лечению по медицинским показаниям |
| 7. | Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения ССЗ по прошествии более 12 месяцев от даты операции | 2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 2 раза в год | | |
| 8. | ХСН I-III функционального класса, стабильное состояние | 1-2 раза в год | Пожизненно | Консультация врача-кардиолога по показаниям |
| 9. | Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы при эффективной профилактической антиаритмической терапии) | 2 раза в год | Пожизненно | Прием (консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям |
| 10 | Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем частоты сердечных сокращений на фоне приема лекарственных препаратов) | 2 раза в год | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям |

| № | Заболевание (состояние), по поводу которого проводится наблюдение | Периодичность осмотров | Длительность наблюдения | Примечания |
|----|--|------------------------------------|------------------------------------|---|
| 11 | Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии при эффективной профилактической антиаритмической терапии | 2 раза в год | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям |
| 12 | Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода | 1-2 раза в 6 месяцев | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-невролога 1-2 раза в год |
| 13 | Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70 % | 2 раза в год | Пожизненно | Консультация врача-сосудистого хирурга при стенозе внутренней сонной артерии 70 % и более |
| 14 | Инсулиннезависимый сахарный диабет (2 тип) Этот раздел практически можно отменить в связи с выходом стандарта | 1 раз в 3 месяца | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога |
| 15 | Рецидивирующий и хронический бронхиты | По рекомендации врача-пульмонолога | По рекомендации врача-пульмонолога | Прием (консультация) врача-пульмонолога, врача-онколога по медицинским показаниям |

| № | Заболевание (состояние), по поводу которого проводится наблюдение | Периодичность осмотров | Длительность наблюдения | Примечания |
|-----------|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
| 16 | ХОБЛ нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии | По рекомендации врача-пульмонолога | По рекомендации врача-пульмонолога | Прием (консультация) врача-пульмонолога 1 раз в год |
| 17 | Бронхиальная астма (контролируемая на фоне приема лекарственных препаратов) | 2 раза в год | Пожизненно | Консультация врача-пульмонолога или аллерголога- иммунолога 1 раз в год |

В приведенном перечне основных ХНИЗ указана только длительность наблюдения и частота диспансерных осмотров

Для определения объема лабораторно-инструментальных исследований врач (фельдшер) отсылается к **иными нормативными правовыми актами Российской Федерации (это в основном к таблицам ДН в Приказе МЗ СССР от 1986 года № 770 О всеобщей диспансеризации населения)**, а также к **национальным клиническим рекомендациям**, разрабатываемым и утверждаемым медицинскими профессиональными организациями

Для облегчения участковому врачу (фельдшеру) решения этой задачи мы подготовили **Методические рекомендации по ДН всех этих 17 нозологических форм ХНИЗ, а также по ДН трех форм хронических болезней почек и ДН пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском**

Методические рекомендации состоят из первой общей части, где преимущественно раскрывается содержание Порядка проведения ДН, утвержденного приказом Минздрава России от декабря 2012 г. № 1344н с пояснением правил заполнения учетно-отчетных форм **и второй части**, посвященной ДН пациентов с 17 конкретными нозологическими формами ХНИЗ, 2 формами хронической болезни почек и пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском

Вторая специальная часть Методических рекомендаций состоит из трех разделов:

Первый раздел – краткий алгоритм ДН, представлен в форме таблицы

| Заболевание, состояние | Регулярность профилактических посещений | Рекомендуемые методы исследования во время профилактических посещений |
|--------------------------------------|--|---|
| АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП | Не менее 1 раза в год при контроле АД на уровне целевых значений Консультация кардиолога при отсутствии контроля АД на уровне целевых значений. | <ul style="list-style-type: none"> - опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, объеме диуреза - уточнение факта приема гипотензивных препаратов - уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний - опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности - измерение АД при каждом посещении - анализ данных СКАД - уточнение характера гипотензивной терапии |

Второй раздел - представлен краткой основной информацией из национальных или европейских (американских) методических клинических рекомендаций, **позволяющих врачу быстро найти необходимые материалы, целевые показатели терапии для полноценного диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ**

Краткая основная информация по диспансерному наблюдению больных с артериальной гипертонией

Индивидуальная и медико-социальная значимость артериальной гипертонии. Артериальная гипертония (АГ) является не только заболеванием, но и ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, инсульт, ИБС, хроническая сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных заболеваний (хроническая болезнь почек), а также смерти, чем, собственно говоря, и определяется ее чрезвычайно высокая индивидуальная значимость для каждого человека с повышенным АД. Медико-социальная значимость АГ определяется ее очень высокой распространенностью - по данным российских исследований около 40% взрослых имеют повышенное АД.

Классификация и методы диагностики АГ. Прогноз для больных с АГ главным образом зависит от уровня АД – чем выше АД, тем больше вероятность развития выше перечисленных осложнений и смерти.

Классификация уровней АД у лиц старше 18 лет представлена в таблице 1.1. Если значения САД и ДАД попадают в разные категории, то степень АГ оценивается по более высокой категории. Результаты суточного мониторирования АД (СМАД) и самостоятельного контроля АД (СКАД) могут помочь в диагностике АГ, но не заменяют повторные измерения АД в лечебном учреждении. Критерии диагностики АГ по результатам СМАД, СКАД и измерений АД, сделанных врачом, различны, данные представлены в таблице 1.2. Следует обратить особое внимание на пороговые значения АД, при которых диагностируется АГ при проведении СКАД – САД \geq 135 мм рт.ст. и/или ДАД \geq 85 мм рт.ст.

Третий раздел специальной части МР включает основные источники информации по диспансерному наблюдению больных с конкретной нозологической формой ХНИЗ, с обязательным указанием адреса доступа к источнику по компьютерной сети Интернет

Основные источники информации по диспансерному наблюдению больных с артериальной гипертонией

1. Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденный Приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 918н. Интернет-ресурс: <http://www.rg.ru/2013/04/25/serdechniki-dok.html>
2. Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Минздрава России от 3 декабря 2012 года №1006. Интернет-ресурс: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144651/
3. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни), утвержденный приказом Минздрава России от 09.11.2012 № 708н Интернет-ресурс: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=141948>
4. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов). Системные гипертензии, 2010; 3:5-26. Интернет-ресурс: http://www.gipertonik.ru/files/any/recommendations_ag_2013.pdf
5. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации. М., Клинические рекомендации, подготовленные специалистами Российского кардиологического научно-производственного комплекса по поручению Министерства здравоохранения РФ 2013; 50 с. Интернет-ресурс: <http://www.cardioweb.ru/klinicheskie-rekomendatsii>
6. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза Российские рекомендации, V пересмотр. М., 2012; 48 с. Интернет-ресурс: <http://www.webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/noa2012short.pdf>

Основным учетным документом диспансерного наблюдения является форма № 030/у-04 **"Контрольной карты диспансерного наблюдения"**

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

(наименование медицинского учреждения)

Медицинская документация
Форма № 30/у-04 _____
утверждена приказом Минздравсоцразвития России

от _____ № _____

Код ОГРН _____ (адрес) _____

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА диспансерного наблюдения

Фамилия врача _____
Должность _____
Дата взятия на учет _____
Дата снятия с учета _____
Причина снятия _____

Код или № медицинской карты амбулаторного больного
(истории развития ребенка) _____
1. Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное
наблюдение _____
2. Диагноз установлен впервые в жизни _____
(дата)
3. Код по МКБ _____
4. Сопутствующие заболевания _____
5. Заболевание выявлено:
5.1. при обращении за лечением
5.2. при профосмотре
6. Код льготы _____

7. Фамилия, имя, отчество _____
8. Пол М/Ж _____ 9. Дата рождения _____
10. Адрес проживания _____
11. Место работы (учебы, дошкольное учреждение) _____
12. Профессия (должность) _____
13. Контроль посещений _____

Даты явок

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Назначено явиться | | | | | | | | | | | | | | |
| Явился | | | | | | | | | | | | | | |

Даты явок

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Назначено явиться | | | | | | | | | | | | | | |
| Явился | | | | | | | | | | | | | | |

Для типографии!
При изготовлении документа формат А5


14. Сведения об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях _____

15. Проводимые мероприятия (лечебно-профилактические, направление на консультацию, в дневной стационар, госпитализацию, на санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

| № п/п | Дата начала | Дата окончания | Мероприятия |
|-------|-------------|----------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Подпись врача _____

В Карте диспансерного наблюдения регистрируются события постановки и снятия с ДН, диагноз заболевания, даты явки на прием и основные лечебно-профилактические мероприятия. **В Карте нет ни какой оценки эффективности проводимых мероприятий.**

Одним из важнейших критериев качества ДН является **достижение целевых показателей лечения больных с ХНИЗ**, которые предлагается ввести в Карту ДН в следующей форме: 

Существенное значение в аспекте совершенствования всей системы Диспансерного наблюдения является возложение обязанности по анализу и оценке результатов этой работы, как на врача (фельдшера) осуществляющего ДН, так и на Заместителя руководителя медицинской организации.

В приказ введены следующие основные критерии эффективности ДН:

- 1) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 2) уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;
- 3) отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 4) снижение показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 5) уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 6) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

Практически все Клинические рекомендации в США и Европе имеют полный и краткий текст и все они адаптированы к нынешним планшетам и смартфонам, используемым зарубежными врачами в режиме карманного электронного справочника.

Нам тоже уже пора осваивать эти технологии, которые значительно облегчают труд врача. Мы надеемся, что и наши **Методические рекомендации по ДН пациентов с ХНИЗ** в ближайшем будущем увидят свет в таком современном электронном виде.

В заключении хочу сообщить также, что, нами направлено ходатайство на имя заместителя Министра здравоохранения Т.В. Яковлевой о введении в Номенклатуру медицинских услуг, двух услуг которые напрямую касаются ДН это:

| | |
|--------------------|---|
| В04.069.013 | Телефонный (дистанционный) контакт врача с пациентом при диспансерном наблюдении |
| В04.069.014 | Телефонный (дистанционный) контакт фельдшера (мед. сестры) с пациентом при диспансерном наблюдении |

В ряде стран эти услуги уже широко применяется, есть публикации и доказательства их высокой эффективности. По результатам обращения получено согласие на проведение пилотного исследования для отработки механизма оказания таких услуг, их учета и оплаты.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!