

УДК 6.61.614.614.2

**О ВОЗМОЖНЫХ КРИТЕРИЯХ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОГО  
НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ В Г. МОСКВЕ**

***О.А. Волкова, Е.В. Смирнова***

*ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва*

**POSSIBLE CRITERIA FOR ASSESSING THE QUALITY OF DISPENSARY  
OBSERVATION OF PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES  
IN MOSCOW**

***O.A. Volkova, E. V. Smirnova***

*GBU «Research Institute of health care organization and medical management of the Department of health of the city of Moscow», Moscow*

Стремительно растущая, начиная с последних десятилетий XX века урбанизация, сопряженная со старением населения и массивной популяризацией нездорового образа жизни средствами массовой информации, привели к принципиальному изменению причин смерти в развитых странах, включая Россию. На первый план вышли хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) на долю которых в нашей стране приходится до 75% всех причин смерти взрослого населения.

Для изменения сложившейся негативной тенденции с 2013 года во всех субъектах Российской Федерации проводится широкомасштабная диспансеризация взрослого населения, инициированная Минздравом России. Целью проведения данного мероприятия является раннее выявление заболеваний, определяющих структуру смертности и инвалидизации населения, коррекция факторов риска их развития. Однако выявление ХНИЗ только часть проблемы, не менее важной задачей является практически пожизненное наблюдение за этими больными.

Согласно статье 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 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.

В 2012 году в соответствии со статьями 32, 33 и 34 вышеуказанного Федерального закона и в целях совершенствования оказания первичной медико-санитарной помощи населению города Москвы Департаментом здравоохранения города Москвы (ДЗМ) утвержден приказ № 983 «Об утверждении методических рекомендаций по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи», регламентирующий, в рамках соблюдения принципа преемственности медицинской помощи этапность ее оказания относительно диагноза и тяжести заболевания, отчетность о деятельности медицинских организаций оказывающих ПМСП и критерии качества, включая качество диспансерного наблюдения.

В 2013 году приказом ДЗМ № 1344 утвержден «Регламент проведения диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи», устанавливающий

сроки диспансерного наблюдения в разрезе нозологических форм, кратность осмотра, обследований и необходимых консультаций врачей-специалистов.

Вместе с тем, анализ данных эпидемиологических исследований и результатов диспансеризации взрослого населения, проведенный в 2013 году Минздравом России в субъектах Российской Федерации, показал, что из подлежащих диспансерному наблюдению 800 человек прикрепленных к врачебному участку городской поликлиники, диспансерным наблюдением охвачено не более 200. Т.е., регламентируемые нормативными документами периодичность, длительность, объем обследования и лечения при диспансерном наблюдении в ряде случаев не соблюдаются.

В этой связи, совершенствование методов контроля и оценки качества диспансерного наблюдения становится необходимым условием профилактики ХНИЗ. Однако существующий статистический инструментарий не позволяет в полной мере оценить эффективность диспансерного наблюдения.

Так, анализ сведений формы ФСН № 12, позволяя оценить распространенность и динамику ХНИЗ в разрезе нозологий, не позволяет оценить качество диспансерного наблюдения. ФСН №30 содержит сведения о диспансерном наблюдении инвалидов, участников ВОВ и воинов-интернационалистов, но сопоставить ее данные со сведениями ФСН №12 невозможно, т.к. в последней учитывается все население старше трудоспособного возраста.

Для полноценной оценки качества и эффективности диспансерного наблюдения контингента, имеющего ХНИЗ, необходим анализ данных, содержащихся в первичной документации медицинских организаций, предоставляющих ПМСП. В частности консолидация и анализ информации содержащейся в «контрольной карте диспансерного наблюдения» позволит оценить **эффективность и качество** диспансерного наблюдения по следующим параметрам:

- удельный вес больных снятых с диспансерного учета в связи с выздоровлением и смертью,
- число диспансерных пациентов, переведенных из III во II группу наблюдения;
- частота и продолжительность рецидивов заболеваний;
- частота первичной инвалидности в группе диспансерного наблюдения;
- динамика общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди диспансерных больных;
- регулярность диспансерного наблюдения больных (в %);
- среднегодовое число активных посещений, приходящихся на одного больного, состоящего под диспансерным наблюдением;
- полнота обследования больных, состоявших под диспансерным наблюдением (в %);
- полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий за год наблюдения (в %);
- доля больных состоящих на диспансерном учете и не наблюдавшихся врачом в течение года (%).

В качестве целевых ориентиров (индикаторов) могут быть использованы: сроки диспансерного наблюдения в разрезе нозологических форм, кратность осмотра, обследований и необходимых консультаций врачей-специалистов, утвержденные Регламентом.