

УДК 614.2

## АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Сандаков Я.П.

*Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, e-mail: sand\_2004@mail.ru*

---

В статье проведен обзор отечественных исследований, посвященных изучению организации и выполнения диспансерного наблюдения. Представлена эволюция нормативного регулирования и методической поддержки организации диспансеризации и диспансерного наблюдения. Показаны основные недостатки проведения диспансерного наблюдения и его организации, обнаруженные в ходе исследований. В качестве недостатков организации диспансерного наблюдения указываются пробелы нормативного правового регулирования, недостаточное выделение ресурсов на профилактику соматических неинфекционных заболеваний, несоблюдение требований нормативных документов, регулирующих проведение диспансерной работы в медицинской организации. В статье имеются ссылки на исследования, доказывающие, что недостатки диспансерного наблюдения приводят к увеличению срока временной нетрудоспособности, числа госпитализаций и вызовов скорой помощи, к росту посещений врачей поликлиники в связи с обострениями. Описаны практические рекомендации, сформулированные в научных работах, для искоренения недостатков диспансерного наблюдения.

---

Ключевые слова: диспансеризация, диспансерное наблюдение.

## RELEVANCE OF THE RESEARCH OF THE ORGANIZATION OF FOLLOW-UP CARE IN PRIMARY CARE

Sandakov Y.P.

*Diagnostic center № 3 Moscow Health Department, Moscow, e-mail: sand\_2004@mail.ru*

---

The article provides an overview of national research on the organization of follow-up care. The author presents the evolution of the regulatory and methodological support of the organization of regular medical check-up and follow-up care. The author describes the main shortcomings of the organization of follow-up care, which were found through research. Disadvantages of follow-up care are gaps in regulatory and legal regulation, inadequate allocation of resources for the prevention of somatic non-infectious diseases, non-compliance with the requirements of regulatory documents that regulate the follow-up care in a medical organization. In addition, the author sets out practical recommendations to overcome the deficiencies of follow-up care, offered by national researchers.

---

Keywords: regular medical check-up, follow-up care.

Уровень заболеваемости и смертности взрослого населения в нашей стране определяют болезни, относящиеся к предотвратимым причинам смерти, воздействие на которые приводит к значительному сокращению общей смертности [29]. За последние годы, например, в США снижение смертности приблизительно в половине случаев обусловлено контролем факторов риска, в остальных случаях – применением современных эффективных лечебных методов [32]. Доказано, что проведение мероприятий, сфокусированных на раннем выявлении заболеваний только системы кровообращения среди 200 человек, спасает от скоропостижной смерти одного, что в пересчете на ежегодную смертность снижает число скоропостижных смертей в этой группе вдвое [33]. Общенациональные программы США, Японии, Канады, Великобритании, Германии, направленные на борьбу с факторами,

являющимися ведущими в этиологии и патогенезе социально-значимых заболеваний, приводят к сокращению общей смертности на 20–30 % [34].

В нашей стране принцип приоритета профилактики в сфере охраны здоровья закреплён федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ФЗ-323 от 21.11.2011 г. За период с 2013 по 2017 год произошло увеличение нормативов объемов профилактической помощи, установленных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – ПГГ) (табл. 1) с 2,44 посещения до 3,05 посещения на 1 гражданина.

Таблица 1

Нормативы объемов профилактической помощи в амбулаторных условиях (посещения)

Годы	Прогноз в ПГГ 2013 г.		Прогноз в ПГГ 2014 г.		Прогноз в ПГГ 2015 г.		Фактические и прогноз на 2018, 2019 гг.	
	Бюджет	ОМС	Бюджет	ОМС	Бюджет	ОМС	Бюджет	ОМС
2013							0,4	2,04
2014	0,4	2,24					0,5	2,27
2015	0,4	2,3	0,6	2,35			0,6	2,3
2016			0,6	2,38	0,6	2,35	0,6	2,35
2017					0,6	2,38	0,7	2,35
2018							0,7	2,35
2019							0,7	2,35

Более того, фактический рост нормативов объемов профилактической помощи в 2017 году превысил планируемый показатель на 0,1 посещение на 1 гражданина, правда, за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, а не обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

Одновременно за обозначенный период произошел рост средних нормативов финансовых затрат на единицу объема профилактической помощи в амбулаторных условиях с 537,3 рублей на 1 посещение до 780,1 рублей на 1 посещение. Хотя фактический рост нормативов финансовых затрат за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов не совпадал с запланированным. Что касается средств ОМС, то только в 2017 году фактический норматив финансовых затрат на единицу объема профилактической помощи в амбулаторных условиях был меньше заявленного в ПГГ 2016 года.

Таблица 2

Нормативы финансовых затрат на единицу объема профилактической помощи в амбулаторных условиях (руб.)

Годы	Фактические и прогноз на 2018, 2019 гг.		Прогноз в ПГГ 2013 г.		Прогноз в ПГГ 2014 г.		Прогноз в ПГГ 2015 г.	
	Бюджет	ОМС	Бюджет	ОМС	Бюджет	ОМС	Бюджет	ОМС
2013	271	266,3						
2014	360	318,4	360	318,4				
2015	271,7	351	448,9	348,4	448,9	351		
2016	388,4	358,7			468,2	355,5	388,4	355,5
2017	403,9	376,2					405,1	386,7
2018	403,9	437,7						
2019	403,9	457						

Однако ряд авторов считает, что при оказании медицинской помощи уклон не в сторону профилактической работы по ряду причин [15]. Учитывая, что значимой составляющей профилактической работы являются диспансеризации и диспансерное наблюдение, в ПГГ к профилактическим посещениям отнесены «... посещения в связи с диспансеризацией, ...», целью настоящего исследования стало обоснование актуальности проведения комплексных научных исследований, нацеленных на совершенствование организации и проведения диспансерного наблюдения, обоснование мер, направленных на искоренение существующих недостатков диспансерной работы и улучшение критериев эффективности диспансерного наблюдения.

### **Материалы и методы**

Контент анализ нормативных правовых документов компьютерной справочной правовой системы «Консультант плюс», публикаций в базе РИНЦ за 2006–2016 гг., материалов по результатам научных исследований в базе ЦНМБ Минздрава России за 1980–2016 гг., содержащих ключевые слова «диспансерное наблюдение», «диспансеризация» (214 работ).

**Результаты.** В нашей стране на снижение преждевременной смертности населения нацелена всеобщая регулярная диспансеризация, как высокоэффективная медицинская технология сбережения здоровья [4]. Впервые программа всеобщей диспансеризации населения была утверждена приказом Минздрава СССР в 1986 г. Были созданы отделения и кабинеты профилактики, на которые были возложены организация, контроль проведение, учет и анализ результатов диспансеризации [19]. В 2006 году была начата программа дополнительной диспансеризации работающего населения по месту работы граждан, а в 2012 году – утвержден порядок всеобщей диспансеризации взрослого населения, реализованный впоследствии на всей территории страны. Новый порядок всеобщей диспансеризации был построен на основе опыта зарубежных общенациональных программ

борьбы с социально-значимыми заболеваниями и с учетом отечественного опыта проведения диспансеризации [27].

Диспансеризацию в 2013 г. прошли 20,5 млн, в 2014 г. – 22,5 млн граждан. Только за первый год проведения всеобщей диспансеризации выявлено примерно 80 новых случаев сердечно-сосудистых заболеваний, 9,6 случаев болезней органов дыхания, 3–4 новых случая сахарного диабета, 1,4 случая онкологических заболеваний на тысячу человек, прошедших диспансеризацию [21]. В 2014 г. по сравнению с 2013 г. среди всех впервые выявленных больных частота выявления ЗНО при диспансеризации выросла на 17,6 %, среди всех активно выявленных – на 10,2 % [2].

Учитывая, что необходимым продолжением диспансеризации является диспансерное наблюдение, то для повышения эффективности всеобщей диспансеризации был утвержден участковый принцип ее реализации с закреплением ответственности за организацию и проведение диспансеризации участкового врача-терапевта [23]. Действительно, проведение диспансеризации становится бессмысленным без осуществления дальнейшего динамического наблюдения за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, направленного на превенцию обострений и осложнений заболеваний. Кроме того, диспансеризация и диспансерное наблюдение особенно значимы в условиях низкой активности россиян в отношении сохранения собственного здоровья [13, 16, 26, 28].

Однако работы отечественных авторов показывают, что российская система здравоохранения не обеспечивает активное медицинское наблюдение за пациентами, страдающими заболеваниями, являющимися основными причинами смерти [5, 12, 18, 30].

Еще отечественные работы 90-х годов, оценивающие качество медицинской помощи, указывали на крайне низкий удельный вес диспансерных посещений, причем 40 % обращений была вызвана обострением состояния [17]. Каждая третья женщина пенсионного возраста с хронической патологией была поставлена на диспансерный учет через 1–2 года после установки диагноза, а каждая пятая только через 3 и более лет [9]. Многочисленные работы демонстрируют низкий охват диспансерным наблюдением [3, 6, 7, 31]. Каждый пятый диспансерный больной с хирургической патологией находится без должного врачебного наблюдения врача-хирурга поликлиники [10]. Уровень удовлетворенности населения проведением диспансерного наблюдения составлял от 50,1 % до 75,3 % [31]. В структуре затрат рабочего времени участкового врача-терапевта на профилактическую работу тратится лишь 12,6 %. Участковыми терапевтами нерегулярно наблюдаются 48 % диспансерных больных, и врачами-специалистами – 70,2 %. У 30 % из числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, обследование проводится несвоевременно, у 41,7 % – в неполном объеме, в 40 % – не удовлетворительного качества [7].

Следует отметить, что результаты всеобщей диспансеризации подтверждают выше представленные данные. Например, в 2012 году под диспансерным наблюдением находилось только 43,5 % среди больных ИБС, 51,4 % среди больных стенокардией, и 10,9 % среди перенесших инфаркт миокарда [8]. По данным Российского общества профилактики неинфекционных болезней к началу всеобщей диспансеризации под диспансерным наблюдением находилось в 2 раза меньше нуждающихся лиц относительно числа лиц, имеющих ХНИЗ по данным диспансеризации. Прогноз, сделанный по результатам всеобщей диспансеризации, говорит о росте на одном терапевтическом участке численности пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении.

Одновременно, отечественными исследователями давно доказано, что недостатки диспансерного наблюдения приводят к увеличению срока временной нетрудоспособности почти на неделю, увеличению числа госпитализаций и вызовов скорой помощи, ведут к росту посещений врачей поликлиники в связи с обострениями [14].

В качестве недостатков организации диспансерного наблюдения авторы рассматривают недостаточное выделение ресурсов на профилактику соматических неинфекционных заболеваний, несоблюдение требований нормативных документов, регулирующих проведение диспансерной работы в медицинской организации, пробелы нормативного правового регулирования [31]. Причем, в одной из научных работ, выполненной в 2010 году, обосновано несоответствие нормативных документов современным клинко-диагностическим подходам к лечению и реабилитации ряда заболеваний, как относительно сроков и правил наблюдения, так и ведения документации [14]. Результаты данного исследования также демонстрируют высокую заинтересованность участковых врачей-терапевтов в методической поддержке по организации и выполнению диспансерного наблюдения.

В настоящее время организация и проведение диспансерного наблюдения больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития регламентированы нормативными правовыми актами [22, 24, 25]. Методические рекомендации, разработанные Минздравом России, Государственным НИЦ профилактической медицины Минздрава России, НИИ пульмонологии ФМБА России, Российским обществом профилактики неинфекционных болезней, подробно и всесторонне рассматривают общие и частные вопросы организации и проведения диспансерного наблюдения. В частности, в методических рекомендациях определены критерии эффективности диспансерного наблюдения: уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности, уменьшение числа госпитализаций по поводу обострений и осложнений заболеваний; отсутствие увеличения или сокращение числа случаев

инвалидности; снижение показателей предотвратимой смертности, уменьшение частоты обострений хронических заболеваний, снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям – среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением [8].

Кроме того, пристальное внимание к диспансерному наблюдению со стороны государства подтверждает ведение мониторинга эффективности проводимых мероприятий по снижению уровня смертности в медицинских организациях, в рамках которого медицинские организации обязаны направлять информацию о числе повторных вызовов скорой помощи на участке к лицам, состоящим под диспансерным наблюдением [20].

В то же время, на фоне совершенствования нормативного правового регулирования организации диспансерного наблюдения, разработки методических рекомендаций по выполнению диспансерного наблюдения, усиления контроля со стороны органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, научные работы, посвященные изучению диспансерного наблюдения, последних 5 лет все еще отмечают несвоевременное взятие на диспансерный учет, неполное обследование и отсутствие информирования о дате очередного осмотра диспансерных больных, формальный подход к работе с лицами, находящимися под диспансерным наблюдением, в отношении приверженности лечению, низкий уровень взаимодействия участковых врачей-терапевтов и врачей-специалистов, недостатки ведения учётной документации [1, 11].

### **Обсуждение**

На основании приведенных данных можно предположить, что практические рекомендации, сформулированные в рамках научных работ, посвященных изучению диспансерного наблюдения, не носили системный характер и не привели к искоренению основных недостатков ее организации и выполнения. Практические рекомендации по улучшению организации диспансерного наблюдения зачастую сводятся к созданию электронных баз, содержащих информацию о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением; введению в график приема врачей-терапевтов диспансерных дней. Иные рекомендуемые меры: создание наглядных информационных материалов для пациентов, привлечение средств массовой информации для повышения медицинской активности населения, проведение просветительских мероприятий с представителями работодателя, стимулирование социальной и профессиональной активности медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений, – несомненно оказывают положительное влияние на здоровье населения, но в отношении организации диспансерного наблюдения носят формальный характер.

**Заключение.** В этой связи, полагаем весьма актуальным проведение комплексных научных исследований, нацеленных на совершенствование организации и проведения диспансерного наблюдения, обоснование мер, направленных не только на искоренение существующих недостатков диспансерной работы, но и улучшение критериев эффективности диспансерного наблюдения.

### Список литературы

1. Агамов З.Х. Социально-гигиенические и организационные аспекты совершенствования диспансеризации населения в городской поликлинике города Москвы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/ Агамов Загир Хидирович. – М., 2013. – 24 с.
2. Александрова Л.М. Результаты выявления злокачественных новообразований при диспансеризации населения в 2013–2014 гг. /Л.М. Александрова, В.В. Старинский, А.М. Калинина, А.Д. Каприн, С.А. Бойцов.// Терапевтический архив. – 2016. – Т.88. – № 1. – С. 60-66.
3. Арефьев А.А. Современные подходы оптимизации диспансеризации работающего населения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Арефьев Артем Андреевич. – СПб., 2010. – 24 с.
4. Бойцов С.А. Актуальные направления и новые данные в эпидемиологии и профилактике неинфекционных заболеваний/ С.А. Бойцов // Терапевтический архив. – 2016. – Т.88. – № 1. – С. 4-10.
5. Бойцов С.А. Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы / С.А.Бойцов, С.В. Вылегжанин // Терапевтический архив. – 2015. – Т.87. – № 1. – С.4-9.
6. Бурлаков С.Д. Медико-социальные и экономические аспекты диспансеризации населения в территориальной поликлинике: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Бурлаков Сергей Дмитриевич. – СПб., 2008. – 24 с.
7. Гасанова А.З. Медико-организационные и социально-экономические аспекты диспансеризации работающего городского населения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/ Гасанова Айшат Зайнудиновна. – М., 2012. – 26 с.
8. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: методические рекомендации / под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина [Электронный ресурс]. – М.: РОПИС, 2014. – 112 с. – Режим доступа: <http://www.gnicpm.ru> (дата обращения 23.02.2017).

9. Егорова О.В. Образ жизни и состояние здоровья работающих женщин пенсионного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Егорова Ольга Викторовна. – М., 2011. – 26 с.
10. Есауленко С.Н. Оценка состояния и научное обоснование организационных форм повышения качества амбулаторной хирургической помощи в условиях окружного медицинского центра: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Есауленко Светлана Николаевна. – СПб., 2009. – 24 с.
11. Зелионко А.В. Дефекты оформления медицинской документации как следствие недостаточного медицинского контроля за модификацией факторов риска важнейших неинфекционных заболеваний/ А.В. Зелионко, В.С. Лучкевич, И.А. Мишкич, М.В. Авдеева // Профилактическая и клиническая медицина. – 2015. – № 3[56]. – С.24-30.
12. Какорина Е.П. Гендерные особенности смертности населения трудоспособного возраста / Е.П. Какорина, Д.М. Ефимов, С.Н. Чемякина // Здоровоохранение. – 2010. – № 2. – С. 22-31.
13. Конаков С.А. Медицинская активность как отношение к собственному здоровью / С.А. Конаков // Общество XXI века: итоги, вызовы, перспективы. – 2014. – № 3. – С. 33-35.
14. Королева Т.А. Научное обоснование совершенствования поликлинического диспансерного учета хронических неинфекционных заболеваний у лиц трудоспособного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Королева Татьяна Александровна. – М., 2010. – 24 с.
15. Кочубей А.В. Особенности нормативного правового регулирования организации профилактической помощи при реализации программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи /А.В. Кочубей, А.Г. Ластовецкий, Е.А. Цветкова // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 3. – С.64-66.
16. Кочубей А.В. Порядок рассмотрения случаев скоропостижной смерти / А.В. Кочубей, Д.В. Елин // Здоровоохранение. – 2013. – № 9. – С. 80-87.
17. Линькова И.В. Исследование организации и качества медицинской помощи на дому: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Линькова Ирина Виленовна. – М., 1991. – 24 с.
18. Маликов В.Е. Возвращаемость к трудовой деятельности и социальные аспекты у больных ИБС после операции аортокоронарного шунтирования / В.Е. Маликов, Л.В. Петрунина, И.Н. Ступаков/ Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН сердечно-сосудистые заболевания. – 2015. – Т.16. – № S3. – С.170-173.
19. О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения: приказ М-ва здр-я СССР от 30 мая 1986 г. № 770. – [Электронный ресурс]. – URL: [http://uristu.com/library/sss/usr\\_13332](http://uristu.com/library/sss/usr_13332).

20. О представлении участковыми терапевтами (фельдшерами) и врачами общей практики, еженедельной и ежемесячной информации: письмо Минздрава России от 2 апреля 2015 г. №17-9/10/2-1002. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://base.garant.ru/71100822>.
21. Об итогах работы Министерства в 2014 году и задачах на 2015 год: доклад Министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой на заседании итоговой Коллегии Минздрава России. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения 23.02.2017).
22. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон: принят Гос. Думой 21 нояб. 2011 г. // Рос. газ. – 2011. – 23 ноября. – № 263. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс» (дата обращения 27.02.2017).
23. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: приказ Минздрава России от 03.12.2012 г. № 1006н // Рос. газ. – 2013. – 25 апреля. – № 90/1.
24. Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения: приказ Минздрава России от 21.12.2012 г. №1344н // Рос. газ. – 2013. – 25 апреля. – № 90/1.
25. Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению: приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. №834н.– [Электронный ресурс]. – URL: <http://base.garant.ru/70877304>. (дата обращения: 27.02.2017).
26. Овод А.И. Результаты исследования обращаемости женщин трудоспособного возраста за профилактической помощью / А.И. Овод, В.А. Солянина // Возраст-ассоциированные и гендерные особенности здоровья и болезни: сб. материалов Международной научно-практической конференции / Курский гос. мед. ун-т. – Курск, 2016. – С. 244-253.
27. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации /под ред. С.А. Бойцова. – М., 2015. – 111 с.
28. Пикалов С.М. Медицинская активность, как отношение к собственному здоровью / С.М. Пикалов, С.В. Королёв, С.А. Канаков // Современное общество: проблемы, идеи, инновации. – 2014. – Т. 2. – № 3. – С. 27-30.
29. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения / под ред. Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова. – М.: ЦНИИОИЗ, 2006. – 308 с.
30. Стародубов В.И. Первичная медицинская помощь. Состояние и перспективы развития / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. – М.: Медицина, 2007. – 264 с.

31. Шамсеева Г.А. Организационно-методические аспекты диспансеризации населения с целью предупреждения возникновения соматических неинфекционных заболеваний: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03. – Казань, 2010. – 24 с.
32. Bybee K.A. Matters of the heart: cardiovascular disease in U.S. / K.A. Bybee, T.L. Stevens. // *Mo Med.* – 2013. – Vol. 110[1]. – P.65-70.
33. Oliva A. State of the art in forensic investigation of sudden cardiac death / A. Oliva, R. Brugada, E. D\_Aloja. // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* – 2011. – Vol. 32. – P. 1-16.
34. Shiba N. Prospective care of heart failure in Japan: lessons from CHART studies / N. Shiba, H. Shimokawa // *Circulation Journal.* – April 2011. – Vol. 75. – P. 425-438.