

Оригинальная (диссертационная) статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.009

Кабинет хронических неинфекционных заболеваний как лучшая практика организации диспансерного наблюдения

Наталья Владимировна Шинкарева^{1✉}, Нелли Анатольевна Вишнякова²,
Оксана Юрьевна Александрова³, Роман Викторович Горенков⁴,
Сергей Владимирович Шинкарев⁵, Евгений Владимирович Кустов⁶,
Дмитрий Павлович Семенцов⁷, Александр Владимирович Зубко⁸

^{1, 3, 4}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

^{1, 5}Красногорская городская больница, Красногорск, Россия;

^{2, 7}Люберецкая областная больница, Люберцы, Россия;

⁴Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский
Университет), г. Москва, Россия;

⁶Министерство здравоохранения Московской области, Россия;

⁸Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения
Министерства здравоохранения России, г. Москва, Россия

¹natalya.shinkareva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3648-9181>

²nelli.vishnyakova.76@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9111-9645>

³alexandrovaoyu@nrph.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

⁴rogorenkov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3483-7928>

⁵sergnat@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-1549-2122>

⁶kustov0202@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7989-8500>

⁷semdp@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-3054-9962>

⁸zubko@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8958-1400>

Аннотация. В условиях кадрового дефицита, как врачей, так и среднего медицинского персонала, в первичном звене здравоохранения преимущественно ведется лечебно-диагностическая работа, при этом профилактические мероприятия реализуются менее целенаправленно. Создание отдельного кабинета для диспансерного наблюдения взрослых пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями может в значительной мере улучшить работу по диспансерному наблюдению и уменьшить нагрузку на врачей первичной медико-санитарной помощи.

Цель исследования: оценить эффективность работы кабинета диспансерного наблюдения взрослых пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в профилактической работе поликлиник.

Материалы и методы: данные ВІ-отчетов, Единой медицинской информационно-аналитической системы Московской области по показателям центрального поликлинического отделения государственного бюджетного учреждения Московской области «Люберецкая областная больница».

Методы: статистический, аналитический, наблюдение.

Результаты: для повышения эффективности диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) были проведены структурные, организационные, образовательные мероприятия. Организована работа кабинета ХНИЗ с выделением ставки фельдшера и определением его функциональных обязанностей. Разработан алгоритм обследования пациентов в зависимости от нозологии. Разработаны речевые модули для обзвона и приглашения пациентов на диспансерное наблюдение, налажено взаимодействие между кабинетами врачей терапевтов и узких специалистов, кабинетом профилактики, кабинетом выписки рецептов и кабинетом наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Выводы: Организация кабинета диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями позволила повысить охват данной категории пациентов. Повысилась доступность диспансерного наблюдения и диспансеризации для пациентов за счет организации «зеленого коридора». Снизилась нагрузка на врачей-терапевтов и узких специалистов. Сократилось число посещений поликлиники пациентами за счет активного использования телемедицинских консультаций для записи на консультации к врачам по результатам обследований. Введена приоритезация диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Повысился охват и качество диспансеризации и диспансерного наблюдения данной категории пациентов.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, хронические неинфекционные заболевания, профилактика.

Для цитирования: Шинкарева Н. В., Вишнякова Н. А., Александрова О. Ю., Горенков Р. В., Шинкарев С. В., Кустов Е. В., Семенцов Д. П., Зубко А. В. Кабинет хронических неинфекционных заболеваний как лучшая практика организации диспансерного наблюдения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 56—62. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.009.

© Н. В. Шинкарева, Н. А. Вишнякова, О. Ю. Александрова, Р. В. Горенков и др., 2023

Room for chronic non-communicable diseases — best practice in the organization of dispensary supervision

Natalya V. Shinkareva¹✉, Nelli A. Vishnyakova², Oksana Yu. Alexandrova³, Roman V. Gorenkov⁴, Sergey V. Shinkarev⁵, Evgeny V. Kustov⁶, Dmitry P. Sementsov⁷, Alexander V. Zubko⁸

^{1,3,4}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

^{1,5}Krasnogorsk regional hospital, Krasnogorsk, Russia;

^{2,7}Lyubertsy Regional Hospital, Lyubertsy, Russia;

⁴First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russia;

⁶Ministry of Health of the Moscow Region, Russia;

⁸Institute of Health Ministry of Health of Russia, Russia

¹natalya.shinkareva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3648-9181>

²nelli.vishnyakova.76@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9111-9645>

³alexandrovaoyu@nrph.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

⁴rogorenkov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3483-7928>

⁵sergnat@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-1549-2122>

⁶kustov0202@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7989-8500>

⁷semdep@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-3054-9962>

⁸zubko@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8958-1400>

Annotation. In the context of a shortage of personnel, both doctors and paramedical personnel, in primary health care, medical and diagnostic work is mainly carried out, while preventive measures are implemented less purposefully. The creation of a separate dispensary observation room for adult patients with chronic non-communicable diseases can greatly improve the work of dispensary observation and reduce the burden on primary health care doctors.

The purpose of the study: to evaluate the effectiveness of the dispensary observation of adult patients with chronic non-communicable adult diseases in the preventive work of polyclinics.

Materials and methods: data from BI reports, the Unified Medical Information and Analytical System of the Moscow Region, based on the indicators of the central polyclinic department of the state budgetary institution of the Moscow Region «Lyubertsy Regional Hospital».

Methods: statistical, analytical, observation.

Results: Structural, organizational and educational measures were taken to improve the efficiency of dispensary observation of patients with non-communicable diseases. The work of the HNIZ office was organized with the allocation of the rate of the paramedic and the definition of his functional duties. An algorithm for examining patients depending on the nosology has been developed. Speech modules have been developed for calling and inviting patients for dispensary observation, interaction has been established between the offices of general practitioners and narrow specialists, the prevention office, the prescription office and the observation office for patients with chronic non-infectious cases.

Conclusions: The organization of a dispensary observation room for patients with chronic non-communicable diseases has increased the coverage of this category of patients. The availability of dispensary observation and medical examination for patients has increased due to the organization of the «green corridor». The workload on general practitioners and narrow specialists has decreased. The number of visits to the polyclinic by patients has decreased due to the active use of telemedicine consultations for making appointments with doctors based on the results of examinations. Prioritization of dispensary observation of patients with chronic non-communicable diseases has been introduced. The coverage and quality of medical examination and dispensary observation of this category of patients has increased.

Key words: dispensary observation, chronic non-communicable diseases, prevention.

For citation: Shinkareva N. V., Vishnyakova N. A., Alexandrova O. Yu., Gorenkov R. V., Shinkarev S. V., Kustov E. V., Sementsov D. P., Zubko A. V. The office of chronic non-communicable and infectious diseases is the best practice for organizing dispensary observation. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):56–62. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.009.

Введение

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются основными причинами смертности населения во всех экономически развитых странах мира [1, с. 5—56]^{1, 2}.

Организация диспансерного наблюдения является проблемным вопросом в оказании первичной медико-санитарной помощи. Так охват диспансерным наблюдением пациентов по данным некоторых источников в отношении всех заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению, недостаточный

(39,7%) и требует анализа качества диспансерной работы в медицинских организациях [2, с. 13—17].

Многие страны (Англия, США, Китай, Италия, Индия и др.) для повышения эффективности ведения пациентов с хроническими заболеваниями внедряют «Модель лечения хронических заболеваний» (Chronic Care Model, CMM) [3, с. 17—18]. Данная программа оказания интегрированной помощи, предназначенной для улучшения результатов лечения пациентов с хроническим заболеванием, более эффективна и менее затратна по сравнению с медицинской помощью, преимущественно направленной на оказание неотложной помощи. В США CMM со временем получило развитие в «медицину минимально разрушительных последствий» (Minimally Disruptive Medicine, MDM) для пациентов с полиморбидными заболеваниями. Комплексный подход к лечению полиморбидных заболеваний с активным

¹ 10 ведущих причин смерти в мире. ВОЗ. Информационный бюллетень. 9 декабря 2020 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (дата обращения: 01.03.2023).

² Causes of death by Hannah Ritchie, Fiona Spooner and Max Roser. This article was first published in February 2018. Last updated in December 2019 <https://ourworldindata.org/causes-of-death>

участием пациентов в процессе лечения показал более высокую эффективность данной программы в сравнении с изолированным лечением каждого заболевания по отдельности [4, 5].

В нашей стране в последние годы также большое внимание уделяется улучшению диспансерного наблюдения. Вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 года № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», в котором, в сравнении с предыдущим нормативным документом увеличился перечень заболеваний, при которых устанавливают группу диспансерного наблюдения терапевтом, добавлены контролируемые показатели состояния здоровья и условия диспансерного наблюдения, разработаны перечни заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению для врачей-специалистов [6, с. 60—80]^{3, 4}.

В условиях кадрового дефицита врачей, активное приглашение пациентов, состоящих на диспансерном учете и контроль за проведением и эффективностью диспансерного наблюдения, носит не системный характер. В основном динамическое наблюдение за данной категорией пациентов осуществлялось в связи с обращением их к врачам первичного звена здравоохранения по поводу ухудшения самочувствия для коррекции терапии, в том числе за выпиской рецептурных препаратов в рамках дополнительного лекарственного обеспечения, а также обращением по другим поводам (вакцинация, санаторно-курортная карта и т. д.).

Во многих случаях не требуется обязательное посещение врача, так как большую часть работы при повторных обращениях или при предварительных обследованиях может выполнять средний медицинский персонал⁵. Например, проведение анкетирования, антропометрии, направление на лабораторные и функциональные исследования в плановом порядке и др.

В связи с вышеизложенным, встал вопрос о целесообразности выделения отдельного кабинета, в котором будет осуществляться контроль за диспансерным наблюдением пациентов с хроническими заболеваниями, их приглашение, назначение обследования в соответствии с действующим приказом

№ 168н, консультирование по результатам обследования врачами-терапевтами и узкими специалистами.

Цель исследования: оценить эффективность работы кабинета ХНИЗ поликлиники для повышения качества и охвата диспансерным наблюдением пациентов с ХНИЗ.

Материалы и методы исследования

В исследовании использовались данные ВІ-отчетов государственной информационной системы «Единая медицинская информационно-аналитическая система Московской области» (ЕМИАС). Медицинская организация, на базе которого проводилось исследование — центральное поликлиническое отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Люберецкая областная больница» (ЦПО ГБУЗ МО «Люберецкая областная больница»).

По состоянию на 01.04.2023 численность прикрепленного населения к ЦПО ГБУЗ МО «Люберецкая областная больница» составляет 22 731 чел., на диспансерном учете состоит 9 041 пациент, что составляет 39,7% от прикрепленного населения.

Используемые методы в исследовании: статистический, аналитический, наблюдение.

Результаты

Для повышения эффективности диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ были проведены структурные, организационные, образовательные мероприятия. Организована работа кабинета ХНИЗ с выделением ставки фельдшера и определением его функциональных обязанностей. Разработан алгоритм обследования пациентов в зависимости от нозологии. Разработаны речевые модули для обзвона и приглашения пациентов на диспансерное наблюдение. Также для пациентов, впервые обратившихся в ЦПО в данном году, подготовлены анкеты для диспансеризации (пациент после анкетирования и антропометрии направляется в отделение профилактики).

Кабинет ХНИЗ был организован на первом этаже в непосредственной близости к диагностическим кабинетам, пункту забора крови и оснащен в соответствии с порядком оснащения кабинета приема врача-терапевта⁶.

В штатном расписании ведомостью замены была перепрофилирована одна ставка участковой медицинской сестры на одну ставку фельдшера кабинета ХНИЗ с возложением отдельных функций врача. Организовано рабочее место фельдшера с персональным компьютером, телефонным аппаратом для проведения проактивной работы по приглашению и информированию пациентов.

Установлен режим работы кабинета ХНИЗ: одна смена, с 08:00 до 15:50, пятидневная рабочая неделя.

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 года № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>

⁴ Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 года № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_323527/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdadfd518

⁵ Приказ Минздрава России от 23.03.2012 N 252н (ред. от 31.10.2017) «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты», http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129222/

⁶ Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. N 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141047/

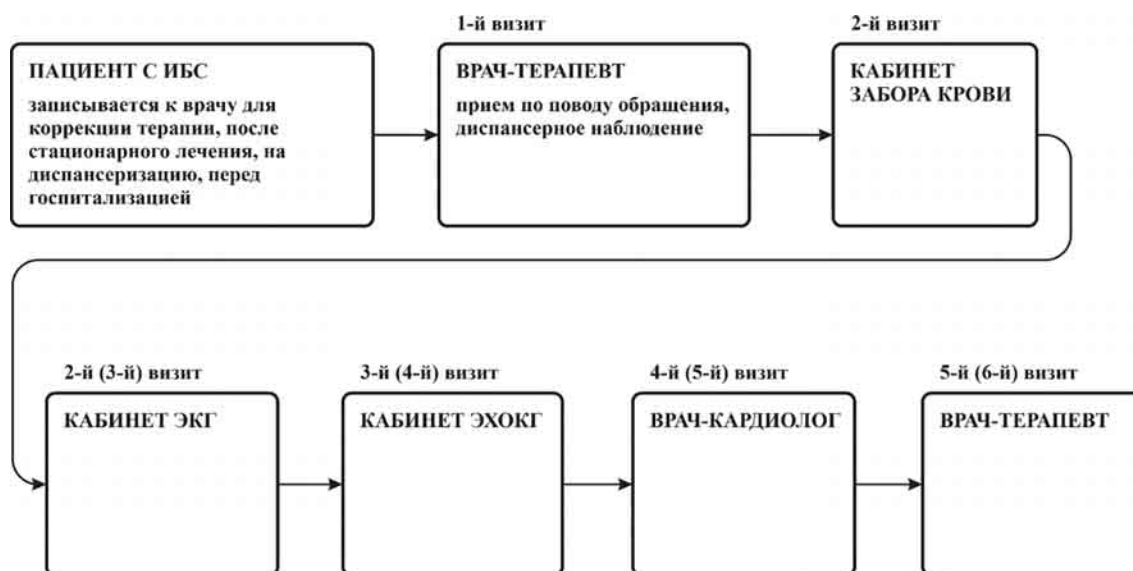


Рис. 1. Организация диспансерного наблюдения пациента с ИБС до открытия кабинета ХНИЗ

В ЕМИАС было открыто электронное расписание приема и выезда на дом фельдшера кабинета ХНИЗ, рекомендуемое среднее время для приема больного с ХНИЗ в амбулаторных условиях 15 минут. Доступ для записи к ячейке имеют врачи и регистратура.

Для повышения эффективности диспансерного наблюдения были вовлечены все сотрудники поликлиники. На регулярной основе проводилась разъяснительная работа с ними о необходимости ведения проактивной профилактической работы. Выполнение плана по диспансеризации, диспансерному наблюдению включено в положение об оплате труда работников здравоохранения (в соответствии с разработанным планом-графиком для каждого врача-терапевта). Сформирован защищенный онлайн сервис на основе программы Excel с листами по заболеваниям с актуальными контактными данными пациентов для проведения проактивной работы. Разработана цветовая маркировка, которая включает следующие категории: «осмотрен(а)/стоит на учете», «снят(а) с учета», «поставлен(а) на учет (впервые выявленный)», «маломобильный(ая)», «планируемая дата диспансерного осмотра». В таблице предусмотрена графа — обзвон пациентов, дата диспансерного наблюдения ДН 1, дата ДН 2. Для врачей узких специалистов и врачей-терапевтов имеется вкладка для внесения данных о пациентах с впервые выявленными заболеваниями для постановки их на диспансерный учет. Информация таблицы доступна терапевтической службе, кабинету медицинской профилактики, заведующим отделением, узким специалистам.

Разработаны чек-листы для врачей-терапевтов, узких специалистов, сотрудников отделения профилактики, кабинета ХНИЗ, кабинета выписки рецептов, в которых ежедневно отображается число пациентов, направленных на рентген органов грудной клетки (или флюорографию), в смотровой кабинет, в кабинет профилактики, в кабинет ХНИЗ, на вакцинацию, в дневной стационар. Это позволяет по-

стоянно мониторировать вклад каждого сотрудника в общий процесс организации профилактической работы ЦПО (в том числе, диспансерное наблюдение).

Организован дополнительный кабинет забора крови для повышения доступности исследования в день обращения пациентов.

На рис. 1 и рис. 2 представлена организация диспансерного наблюдения на примере пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС) до открытия кабинета ХНИЗ и после открытия кабинета ХНИЗ и организации взаимодействия кабинета ХНИЗ с другими кабинетами ЦПО соответственно.

Таким образом, открытие кабинета ХНИЗ, дополнительного кабинета забора крови, выделение ячеек на диспансерное наблюдение для записи на ЭКГ, консультацию кардиолога, использование телемедицинских консультаций позволило сократить число посещений поликлиники пациентами в 2 раза (с 5—6 до 2—3 посещений). Проактивный обзвон пациентов фельдшером кабинета ХНИЗ для приглашения на диспансерное наблюдение, привлечение сотрудников кабинета выписки рецептов, кабинета профилактики, врачей-терапевтов и врачей узких специалистов к направлению пациентов на диспансерное наблюдение с ежедневным мониторингом работы каждого кабинета позволило актуализировать список пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, а также повысить охват и качество диспансерного наблюдения.

С 01.01.2023 по 31.03.2023 фельдшером кабинета ХНИЗ был выполнен следующий объем работы с достижением соответствующего охвата. Данные представлены в табл. 1, рис. 3.

За первый квартал 2023 г. ежедневный проактивный обзвон 1 831 пациента с целью приглашения на осмотр по диспансерному наблюдению в рамках приказов № 168н и № 404н Минздрава России позволил выявить 194 пациента, которые по разным причинам (переезд, прикрепление к другой медицинской организации, смерть) были сняты с дис-

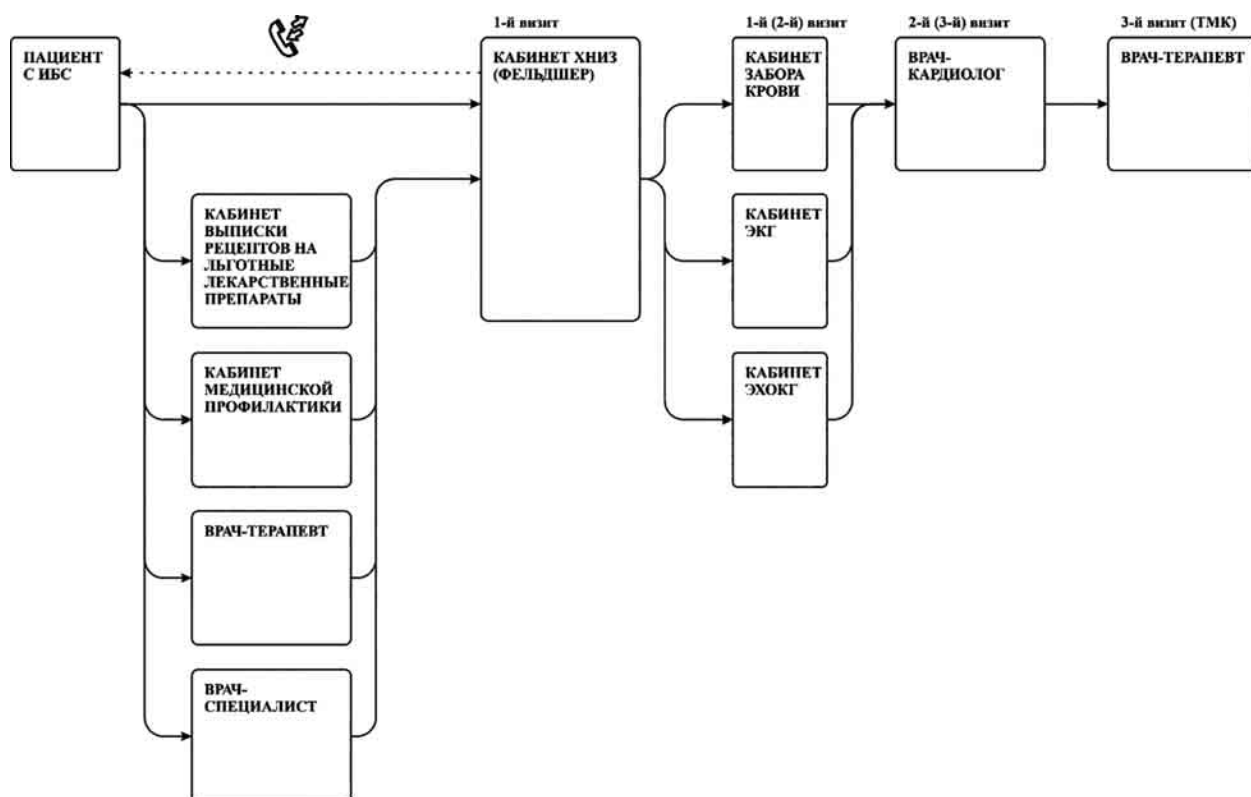


Рис. 2. Организация диспансерного наблюдения пациента с ИБС после открытия кабинета ХНИЗ

пансерного наблюдения. Ранее эта работа не проводилась.

Проведен прием в кабинете ХНИЗ и направлено на обследование 1 386 пациентов, из них 310 с использованием телемедицинских консультаций. В поликлинике 10 терапевтических участков, за счет перераспределения функций с врача-терапевта на фельдшера кабинета ХНИЗ в среднем на одного терапевта высвобождается 2—3 ячейки для записи пациентов ежедневно (повышается доступность на 10%).

Фельдшером кабинета ХНИЗ направлены к врачу-специалисту с целью консультации, коррекции лечения и корректировки дальнейшей тактики ведения пациента — 678 человек (63%). Это повышает качество диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями (скомпенсированное

состояние ведет к снижению риска сердечно-сосудистых катастроф, обострений хронических заболеваний, госпитализаций по экстренным показаниям и смерти).

Также налажено взаимодействие с отделением профилактики: направлено на диспансеризацию взрослого населения (проведено анкетирование) — 528 пациентов (9 человек в день), что составляет 49% от общего числа пациентов, принятых в кабинете ХНИЗ. Это позволяет, с одной стороны, повысить охват диспансеризацией пациентов, с другой, сокращает число посещений кабинета забора крови (сразу осуществляется забор крови на исследования в рамках и диспансеризации, и диспансерного наблюдения), сокращается число посещений поликлиники пациентом. Кроме того, из отделения профилактики в кабинет ХНИЗ поступает информация о

Таблица 1

Мероприятия, проведенные в кабинете ХНИЗ за январь — март 2023 г.

Мероприятие	Показатель			
	Количество пациентов за весь период январь—март 2023 г., чел.	Среднее количество пациентов в день, чел.	Доля пациентов от принятых в кабинете ХНИЗ, %	Доля пациентов от общего количества пациентов, состоящих на ДН, %
«Проактивный» обзвон пациентов	1 831	31	—	20,3
Принято в кабинете ХНИЗ	1 076	18	—	11,9
Проведено ТМК	310	5	29	3,4
Направлено к врачу-специалисту	678	11	63	7,5
Направлено на ДВН	528	9	49	5,8
Направлено к врачу-гериатру	14	—	1	0,2
Направлено в дневной стационар	38	1	4	0,4
Направлено на госпитализацию	1	—	0	0
Снято с ДН	194	3	18	2,1
Поставлено на ДН	316	5	29	3,5
Анкетирование «Возраст не помеха»	214	4	20	2,4

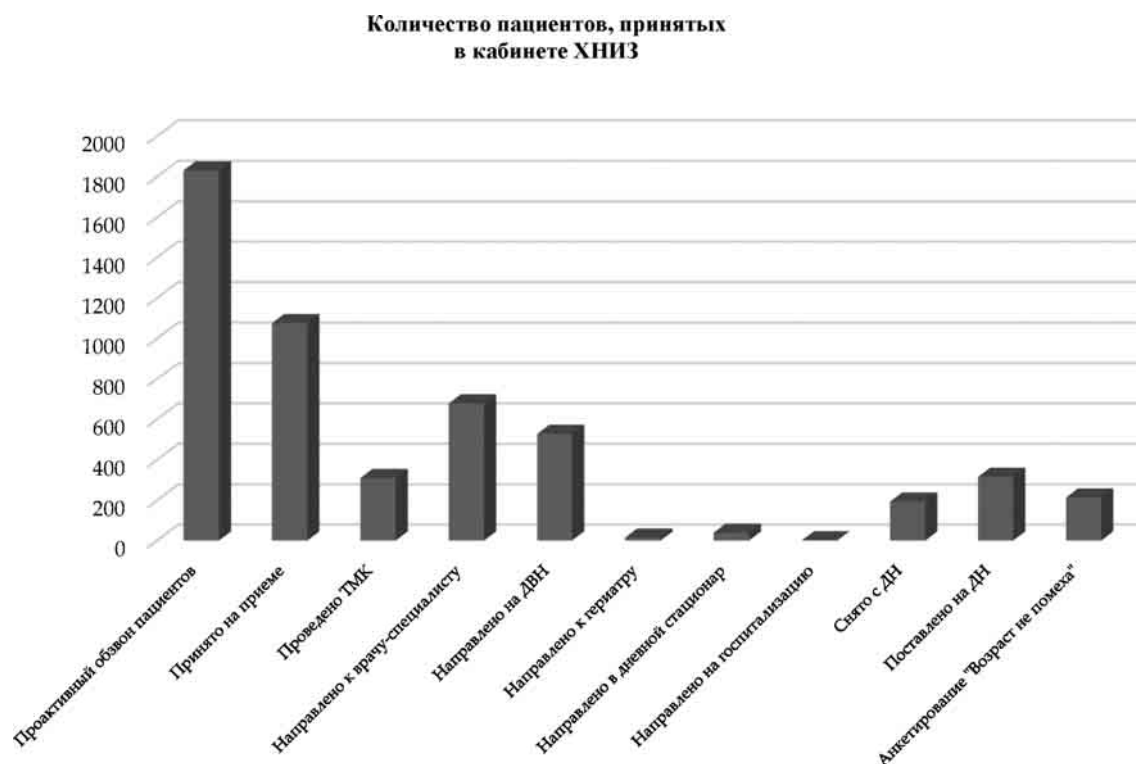


Рис. 3. Показатели работы кабинета ХНИЗ за 1-й квартал 2023 г. (диспансерная группа 9 041 пациент)

пациентах с вновь выявленными хроническими заболеваниями (за первый квартал 2023 г. 316 пациентов поставлено на ДН).

Обсуждение

В Российской Федерации низкий процент ДН пациентов с ХНИЗ. Во многом это связано с загруженностью врачей ПМСП, низкой мотивацией населения, информированностью о ХНИЗ, большим временем ожидания, многократными посещения-

ми поликлиники. Также отрицательно сказалась на профилактических мероприятиях пандемия COVID-19.

Учитывая высокую загруженность врачей ПМСП, анализ маршрутизации пациентов, нами было установлено, что возможна организация кабинета ХНИЗ с возложением функций на фельдшера — проактивный обзвон пациентов с приглашением на диспансерное наблюдение и записью на удобное для пациента время, актуализация списков пациентов,

Таблица 2

Пример чек-листа кабинета ХНИЗ за февраль 2023 г.

Мероприятие	1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	27	28	Итого
Обзвон	30	30	40	30	30	30	30	30	30	30	30	32	30	30	40	35	30	30	567
Осмотр «Д» группы	24	15	20	24	24	24	24	24	18	23	20	22	16	22	22	20	24	24	350
Направлено к специалисту	13	13	3	13	17	13	14	12	10	15	11	13	10	14	10	10	11	14	227
Проведено ТМК	6	6	6	6	6	4	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	104
Направлено на ВД	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	13	10	14	10	15	13	12	187
Поставлено на «Д» учет	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	4
Снято с «Д» учета	-	-	2	1	2	2	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	11
Направлено в дневной стационар	1	-	-	-	-	2	2	3	3	-	1	1	1	4	-	-	-	1	19
Направлено на госпитализацию	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Направление к геронтуру	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	3
Анкетирование «Возраст не помеха»	2	4	3	3	8	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	5	4	4	71

находящихся на ДН, прием пациентов, антропометрия, заполнение анкеты (если пациент не проходил диспансеризацию), запись на обследования и консультации узких специалистов, ТМК по результатам обследований, направление к участковым терапевтам.

Разработана маршрутизация — направление к специалистам после получения всех результатов обследования.

Обучение персонала (фельдшера кабинета ХНИЗ, других сотрудников ЦПО) действующим нормативно-правовым документам. Налажено взаимодействие между кабинетами поликлиники, разработан чек-лист ежедневного самоконтроля выполненной работы кабинета ХНИЗ, а также терапевтам, узким специалистам (таб. 2).

Составлен план-график на год, квартал и месяц по выполнению диспансерного наблюдения, диспансеризации, вакцинации.

Открыт дополнительный кабинет забора крови и ячейки на ДН (организован «зеленый коридор» для пациентов с ДН).

С учетом всех проведенных мероприятий ДН улучшилось, что проявляется в количественных единицах 39,7% охвата ДН от прикрепленного населения и качественным — улучшение доступности (прохождение ДН за минимальное число посещений поликлиники), информированности населения, полнотой ДН, удовлетворенностью населения (87% пациентов удовлетворены организацией ДН).

Заключение

Внедрение кабинета ХНИЗ позволило:

1. Повысить эффективность ДН: охват ДН — 39,7% от прикрепленного населения.
2. Повысить качество ДН — контроль за проведением обследования и консультациями врачей-терапевтов и узких специалистов.
3. Организовать своевременную постановку на ДН пациентов с ХНИЗ по результатам проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения.
4. Улучшить контроль наблюдения на дому за маломобильными, паллиативными пациентами.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 06.07.2023; одобрена после рецензирования 01.08.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 06.07.2023; approved after reviewing 01.08.2023; accepted for publication 30.08.2023.

5. Повысить доступность медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми и узкими специалистами.

Данная модель может использоваться в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Oganov R. G. et al. Comorbidities in practice. Clinical guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(6):5—56. DOI: 10.15829/1728-8800-2017-6-5-56
2. Е. В. Усачева, М. Е. Бертенева, Н. Б. Калинушкина. Диспансерное наблюдение — как основа профилактической работы врача-терапевта участкового. *Поликлиника*. 2019;(5—2):13—17.
3. Rawaf S. A proactive general practice: Integrating public health into primary care. *London journal of primary care*. 2018;10(2):17—18. DOI: 10.1080/17571472.2018.1445946
4. Boehmer K. R., Abu Dabrh A. M., Gionfriddo M. R., et al. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLOS ONE*. 2018;13(2):e0190852. DOI: 10.1371/journal.pone.0190852
5. Vainieri M., Quercioli C., Maccari M., Barsanti S., Murante A. M. Reported experience of patients with single or multiple chronic diseases: empirical evidence from Italy. *BMC health services research*. 2018;18(1):659. DOI: 10.1186/s12913-018-3431-0
6. Е. Белугина, Т. Клещевникова, Н. Тюменцева. Новый порядок диспансерного наблюдения с сентября. Три точки контроля для руководителя + рекомендации методистов и практиков. *Здравоохранение*. 2022;(9):60—80.

REFERENCES

1. Oganov R. G. et al. Comorbidities in practice. Clinical guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(6):5—56. DOI: 10.15829/1728-8800-2017-6-5-56
2. E. V. Usacheva, M. E. Berteneva, N. B. Kalinushkina. Dispensary observation as a basis for the preventive work of a local general practitioner. *Polyclinic. [Poliklinika]*. 2019;(5—2):13—17 (In Russian).
3. Rawaf S. A proactive general practice: Integrating public health into primary care. *London journal of primary care*. 2018;10(2):17—18. DOI: 10.1080/17571472.2018.1445946
4. Boehmer K. R., Abu Dabrh A. M., Gionfriddo M. R., et al. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLOS ONE*. 2018;13(2):e0190852. DOI: 10.1371/journal.pone.0190852
5. Vainieri M., Quercioli C., Maccari M., Barsanti S., Murante A. M. Reported experience of patients with single or multiple chronic diseases: empirical evidence from Italy. *BMC health services research*. 2018;18(1):659. DOI: 10.1186/s12913-018-3431-0
6. E. Belugina, T. Kleshchevnikova, N. Tyumentseva. New procedure for dispensary observation since September. Three points of control for the leader + recommendations of methodologists and practitioners. *Healthcare. [Zdravookhraneniye]*. 2022;(9):60—80 (In Russian).