

НОРМАТИВНОЕ ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Я.П. Сандаков

Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения г. Москвы, ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА России, г. Москва

В обзоре представлен анализ нормативных правовых документов, регламентирующих диспансерное наблюдение взрослого населения г. Москвы. Выявлено большое число нормативных документов, противоречащих друг другу, что препятствует организации профилактической работы в части диспансерного наблюдения на уровне медицинской организации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: диспансерное наблюдение, хронические неинфекционные заболевания, нормативные правовые документы.

THE NORMATIVE REGULATION OF DISPENSARY OBSERVATION OF THE ADULT POPULATION OF MOSCOW

Ya.P. Sandakov

The deputy chief physician at the Medical unit of the Diagnostic Center No. 3 of the Moscow Health Department

The review presents an analysis of the normative legal documents regulating the dispensary observation of the adult population of Moscow. There are contradictions in the normative documents that make it difficult to organize a dispensary observation in a medical organization.

KEYWORDS: dispensary observation, chronic non-infectious diseases, normative legal documents.

Высокий спрос на дорогостоящую высокотехнологичную медицинскую помощь и, как следствие, ее интенсивное развитие свидетельствуют о недостаточной роли профилактических мероприятий [3] в снижении показателей смертности и увеличении продолжительности жизни населения. Вместе с тем развитие профилактической медицины относится к одной из стратегий национальной безопасности в целях противодействия угрозам в сфере охраны здоровья граждан [23]. Согласно Федеральному закону «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» одно из приоритетных направлений профилактики – проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризация и диспансерное наблюдение населения [24]. В последние годы в Российской Федерации наибольшее внимание уделяется нормативному и методическому обеспечению диспансеризации населения, которая в первую очередь направлена на своевременное выявление хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и их факторов риска [2]. Однако коррекция последних, снижение числа обострений

ХНИЗ, повышение приверженности пациентов лечению достигаются лишь при правильной организации диспансерного наблюдения.

Цель настоящего исследования – выявление особенностей нормативно-правового регулирования организации диспансерного наблюдения взрослого населения г. Москвы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе исследования был проведен контент-анализ 22 нормативных правовых документов федерального уровня и уровня субъекта Российской Федерации – г. Москвы, регламентирующих организацию и проведение диспансерного наблюдения взрослого населения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Диспансерное наблюдение – это «проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления,

предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц» [24]. Проводится в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [16], которая может предоставляться исключительно амбулаторно и в условиях дневного стационара [21; 24]. При этом в ряде документов, регулирующих организацию и проведение диспансерного наблюдения, указывается на необходимость проведения диспансерного наблюдения в условиях стационара. Например, в Порядке оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Эндокринология» одной из основных функций эндокринологического отделения медицинской организации является «обеспечение диспансерного наблюдения» [10]. Примечательным является тот факт, что штатная численность в указанном отделении рассчитывается исходя из структуры коечного фонда и в штате предусмотрены должности медицинской сестры палатной и младшей медицинской сестры по уходу за больными «для круглосуточного наблюдения». Это свидетельствует об оказании медицинской помощи в стационарных условиях. И в данном случае норма рассматриваемого порядка противоречит Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который предусматривает оказание первичной медико-санитарной помощи в условиях, не требующих круглосуточного наблюдения и лечения.

Перечень заболеваний, расстройств и состояний, подлежащих диспансерному наблюдению, а также перечень необходимых обследований, проводимых при диспансерном наблюдении, определяют нормативные правовые документы органов исполнительной власти в сфере здравоохранения. Так, согласно порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденному Министерством здравоохранения Российской Федерации, определено 38 заболеваний и состояний, при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения, но только врачом-терапевтом [16]. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы дополняет и расширяет этот перечень до 243 хронических инфекционных и неинфекционных нозологий [6].

Важным является тот факт, что группы диспансерного наблюдения устанавливаются по итогам проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров [15; 20]. При наличии или отсутствии ХНИЗ, иных хронических заболеваний и факторов риска ХНИЗ с учетом среднего абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска устанавливаются три группы здоровья, что в последующем определяет тактику ведения разных групп пациентов. Так, при отсутствии каких-либо хронических за-

болеваний в сочетании либо с отсутствием факторов риска ХНИЗ (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела, ожирение), либо с наличием приведенных выше факторов риска, но при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске устанавливается I группа здоровья. Граждане, которым в ходе диспансеризации установлена эта группа, нуждаются лишь в кратком профилактическом консультировании в рамках диспансеризации или профилактического медицинского осмотра.

При отсутствии каких-либо хронических заболеваний и наличии факторов риска ХНИЗ при высоком и очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске пациент относится к II группе здоровья. Граждане, которым установлена II группа здоровья, подлежат диспансерному наблюдению в кабинете (отделении) профилактики, включая назначение лекарственных препаратов для коррекции дислипидемий [18].

Лицам, у которых выявлено ХНИЗ, вне зависимости от наличия иных хронических заболеваний устанавливается группа здоровья IIIа.

Наконец, при отсутствии ХНИЗ и наличии иных хронических заболеваний граждане относятся к группе здоровья IIIб.

За лицами с группами здоровья IIIа и IIIб устанавливается диспансерное наблюдение врачом-терапевтом или врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий согласно приказу Департамента здравоохранения г. Москвы от 31.12.2013 № 1344 [6]. Вместе с тем ряд функций по проведению диспансерного наблюдения ложатся на средний медицинский персонал – медицинскую сестру и фельдшера медицинского поста, в обязанности которых входит не только оформление медицинских документов, включая контрольную карту диспансерного наблюдения (по форме 030/у) [17], но и осуществление доврачебных медицинских манипуляций (измерение артериального давления, термометрия и т.п.) [8].

Несмотря на то что в Москве организована трехуровневая система оказания первичной медико-санитарной помощи и за структурными подразделениями первого уровня закреплена функция диспансерного наблюдения [5], при достаточно широком перечне заболеваний устанавливается диспансерное наблюдение исключительно врачами-специалистами второго уровня. К ним относятся такие нозологии, как: анемии, лимфомы, лейкозы, интерстициальные заболевания легких, хейлиты, хронические гломерулярные болезни и многие другие.

К одной из целей диспансеризации и профилактических медицинских осмотров относится раннее выявление ХНИЗ и основных факторов риска их развития. Наличие ХНИЗ и их факторов риска, как было отмечено, также является основным критерием для определения групп здоровья и последующего диспансерного наблюдения граждан. Однако Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения и Порядок проведения профилактического медицинского осмотра определяют лишь перечень факторов риска, но не перечень ХНИЗ [15; 20]. Упомянутые документы лишь указывают на то, что ХНИЗ являются основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, а это существенно затрудняет точное определение группы здоровья населения и соответственно группы диспансерного наблюдения.

Согласно методическим рекомендациям ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России [1] к ХНИЗ, являющимся ведущими причинами смертности, следует относить: болезни системы кровообращения (в первую очередь ишемическую болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания), злокачественные новообразования, сахарный диабет, хронические болезни легких (прежде всего хроническую обструктивную болезнь легких – ХОБЛ).

Безусловно, снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых патологий является приоритетным направлением проведения профилактических мероприятий. Так, к мероприятиям по реализации в 2016–2020 гг. Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. помимо прочих относится и совершенствование наблюдения за пациентами, состоящими на диспансерном учете, ожидаемым результатом которого должно стать увеличение охвата «диспансерным наблюдением граждан с впервые выявленными в ходе диспансеризации и профилактических медицинских осмотров сердечно-сосудистыми заболеваниями и факторами риска их развития с 39 процентов в 2014 году до не менее 80 процентов в 2020 году» [22].

Согласно Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями определены категории таких пациентов, а в ряде случаев и длительность диспансерного наблюдения (таблица) [13].

Организация диспансерного наблюдения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (согласно Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями)

Если Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями регламентирует лишь некоторые случаи диспансерного наблюдения, то приказ Департамента здравоохране-

ния г. Москвы «Об утверждении регламента проведения диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи» содержит более расширенный список нозологий в группе «Болезни системы кровообращения», а также дополняет перечень и кратность обследований и консультаций врачами-специалистами [6].

Помимо этого в медицинских организациях г. Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, регламентировано создание в составе кардиологических отделений (кабинетов) профилактики повторных инфарктов миокарда и кардиоэмболических инсультов. На эти кабинеты возложены функции диспансерного наблюдения пациентов с перенесенными указанными заболеваниями [9].

Однако есть расхождения между федеральным законодательством и законодательством уровня субъекта – г. Москвы – в части диспансерного наблюдения граждан, страдающих цереброваскулярными заболеваниями. Так, согласно приказу Департамента здравоохранения г. Москвы лицам с цереброваскулярными заболеваниями диспансерное наблюдение должно осуществляться пожизненно терапевтом, который при необходимости направляет пациентов на консультации к неврологу [6]. При этом указанный документ относит цереброваскулярные заболевания к заболеваниям нервной системы, а Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы регламентирует осуществление диспансерного наблюдения неврологических пациентов врачом-неврологом [14]. Необходимо отметить, что цереброваскулярные заболевания, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, относятся к классу «Болезни системы кровообращения» (I60-I69).

В отношении лиц, страдающих онкологическими заболеваниями, диспансерное наблюдение осуществляется пожизненно «в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями» [11]. При этом законодательство на уровне г. Москвы уточняет эту норму, и диспансерное наблюдение граждан г. Москвы при злокачественных новообразованиях проводится врачом-онкологом 2-го уровня оказания первичной медико-санитарной помощи онкологических кабинетов и отделений поликлиник [6; 7].

Необходимо отметить, что регламентация проведения диспансерного наблюдения при злокачественных новообразованиях по отдельным профилям имеет свои особенности. Например, при злокачественных новообразованиях органа зрения диспансерное на-

Организация диспансерного наблюдения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (согласно Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями)				
№ П/п	Категории больных, которые подлежат диспансерному наблюдению	Длительность диспансерного наблюдения	Специалист, осуществляющий диспансерное наблюдение	
1.	После проведения высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства	В течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях	Врач-кардиолог кардиологического кабинета или кардиологического диспансера	
2.	Перенесенный инфаркт миокарда		Врач-кардиолог кардиологического кабинета	
3.	Перенесенный инфекционный эндокардит			
4.	Перенесенная тромбоэмболия легочной артерии			
5.	Артериальная гипертензия II–III степени, рефрактерная к лечению	Пожизненно	Врач-кардиолог кардиологического кабинета	
6.	Жизнеугрожающие формы нарушений сердечного ритма и проводимости, в том числе с имплантированным искусственным водителем ритма и кардиовертером-дефибриллятором (после лечения в стационарных условиях)			
7.	Пороки сердца и крупных сосудов	Длительность определяется медицинскими показаниями		
8.	Первичная легочная гипертензия			
9.	Хроническая сердечная недостаточность IV функционального класса	Длительность не определена		Врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач) и врач-терапевт участковый цехового врачебного участка
10.	III–IV функциональный класс стенокардии в трудоспособном возрасте			
11.	Иные сердечно-сосудистые заболевания (не включенные в п.п. 1–10)			

блюдение граждан г. Москвы осуществляется исключительно в онкологическом отделении Офтальмологической клинической больницы (за исключением оказания медицинской помощи на дому), на базе которого в том числе осуществляется амбулаторный прием [4].

При сахарном диабете – как инсулинозависимом, так и инсулиннезависимом – согласно приказу Минз-

драва «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения» диспансерное наблюдение лиц осуществляется пожизненно и проводится врачом-терапевтом не реже 1 раза в три месяца [16]. Однако Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология» [10] определяет, что диспансерное наблюдение за больными, страдающими эндокринологическими

заболеваниями, обеспечивается врачами-эндокринологами (или врачами-диабетологами до истечения срока действия сертификата специалиста [19]) в кабинетах диабетической стопы и диабетической ретинопатии и, более того, в эндокринологическом отделении медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, что противоречит, как уже оговаривалось ранее, федеральному закону. Противоречия в федеральных нормативных правовых документах нивелируются приказом Департамента здравоохранения г. Москвы, согласно которому пациенты с неосложненным сахарным диабетом наблюдаются либо у врача-терапевта, либо у врача-эндокринолога, а в случае осложненного сахарного диабета диспансерное наблюдение осуществляется исключительно эндокринологом в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [6].

Диспансерное наблюдение больных с пульмонологическими заболеваниями, к которым в том числе относится ХОБЛ, осуществляется врачом-пульмонологом, что закреплено Порядком оказания медицинской помощи по соответствующему профилю [24]. При этом Регламент проведения диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи в г. Москве обязывает врачей-терапевтов, а не пульмонологов проводить диспансерное наблюдение при ХОБЛ [6], что противоречит нормам федерального законодательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М., 2017.
2. Бойцов С.А., Чучалин А.Г. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. М.: МЗ РФ, 2013.
3. Кочубей А.В., Ластовецкии А.Г., Цветкова Е.А. Особенности нормативного правового регулирования организации профилактической помощи при реализации программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. 2015. № 3. С. 64–66.
4. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 4 июля 2003 г. № 418 «О мерах по дальнейшему совершенствованию офтальмологической помощи жителям города Москвы». Доступ: <http://pravo-med.ru/legislation/moscow/5112/> (дата обращения: 26.02.2017).
5. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 10 сентября 2012 г. № 983 «Об утверждении методических рекомендаций по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи». Доступ: <https://ipravo.info/moscow1/act87/973.htm> (дата обращения: 26.02.2017).
6. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 31 декабря 2013 г. № 1344 «Об утверждении Регламента проведения диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи». Доступ: <http://moscow-portal.info/2013/12/31/a5699.htm> (дата обращения: 31.12.2017).
7. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 18 декабря 2015 г. № 1087 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю «онкология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». Доступ: <http://docs.cntd.ru/document/456027210> (дата обращения: 26.02.2017).

ВЫВОДЫ

Проведенный анализ нормативных правовых документов, регламентирующих организацию и проведение диспансерного наблюдения взрослого населения города Москвы, безусловно, не претендуя на исчерпывающую трактовку, выявляет наиболее существенные расхождения как между отдельными нормами законодательных актов федерального уровня, так и нормативными правовыми документами г. Москвы. При этом открытым остается вопрос о четком разграничении состояний здоровья пациентов с целью отнесения их к группам здоровья IIIa и IIIб и о различиях в тактике их ведения.

Количество нормативных правовых документов настолько велико, а информация в них носит порой разрозненный и фрагментарный характер, что усложняет и препятствует выстраиванию четкой системы профилактической работы в части диспансерного наблюдения на уровне конкретной медицинской организации.

Все указанные факты свидетельствуют о том, что в условиях перманентно меняющегося нормативного правового поля существенно затруднятся не только работа конкретных врачей, но и объективная оценка правомочности действий медицинских работников по проведению диспансерного наблюдения взрослого населения и оценка их эффективности.

8. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 6 апреля 2016 г. № 293 «Об утверждении методических рекомендаций по реализации мероприятий «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения». Доступ: <http://docs.cntd.ru/document/441800674> (дата обращения: 26.02.2017).

9. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 26 октября 2016 г. № 873 «Об организации кабинетов вторичной профилактики инфарктов миокарда и кардиоэмболических инсультов». Доступ: <http://docs.cntd.ru/document/456037457> (дата обращения: 26.02.2017).

10. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 899н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “эндокринология”» // Российская газета. 2013. 11 апр.

11. Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “онкология”». Доступ: <http://docs.cntd.ru/document/902387276> (дата обращения: 25.07.2017).

12. Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “пульмонология”» // Российская газета. 2013. 11 апр.

13. Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» // Российская газета. 2014. 14 мая.

14. Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 926н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы» // Российская газета. 2013. 11 апр.

15. Приказ Минздрава России от 6 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» // Российская газета. 2013. 23 янв.

16. Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения» // Российская газета. 2013. 25 апр.

17. Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению». Доступ: <http://docs.cntd.ru/document/420245402> (дата обращения: 26.02.2017).

18. Приказ Минздрава России от 30 сентября 2015 г. № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». Доступ: <http://zdravalt.ru/management/documents/264/2960/> (дата обращения: 27.11.2017).

19. Приказ Минздрава России от 7 октября 2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование». Доступ: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-07102015-n-700n/> (дата обращения: 26.02.2017).

20. Приказ Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Доступ: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=304848> (дата обращения: 13.12.2017).

21. Приказ Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Доступ: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rossii-ot-15052012-n-543n/> (дата обращения: 27.11.2017).

22. Распоряжение Правительства РФ от 14 апреля 2016 г. № 669-р «Об утверждении плана мероприятий по реализации в 2016–2020 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года». Доступ: <http://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-14042016-n-669-r/> (дата обращения: 26.02.2017).

23. Указ Президента РФ от 31 декабря 2015 г. № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации». Доступ: <http://legalacts.ru/doc/ukaz-prezidenta-rf-ot-31122015-n-683/> (дата обращения: 31.12.2017).

24. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступ: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025> (дата обращения: 29.12.2017).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Сандаков Яков Павлович, к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части Диагностического центра № 3 Департамента здравоохранения г. Москвы; доцент кафедры инновационного медицинского менеджмента ИПК ФМБА России, г. Москва, e-mail: Sand_2004@mail.ru, тел.: +7 (495) 919 11 75.