



Министерство здравоохранения Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

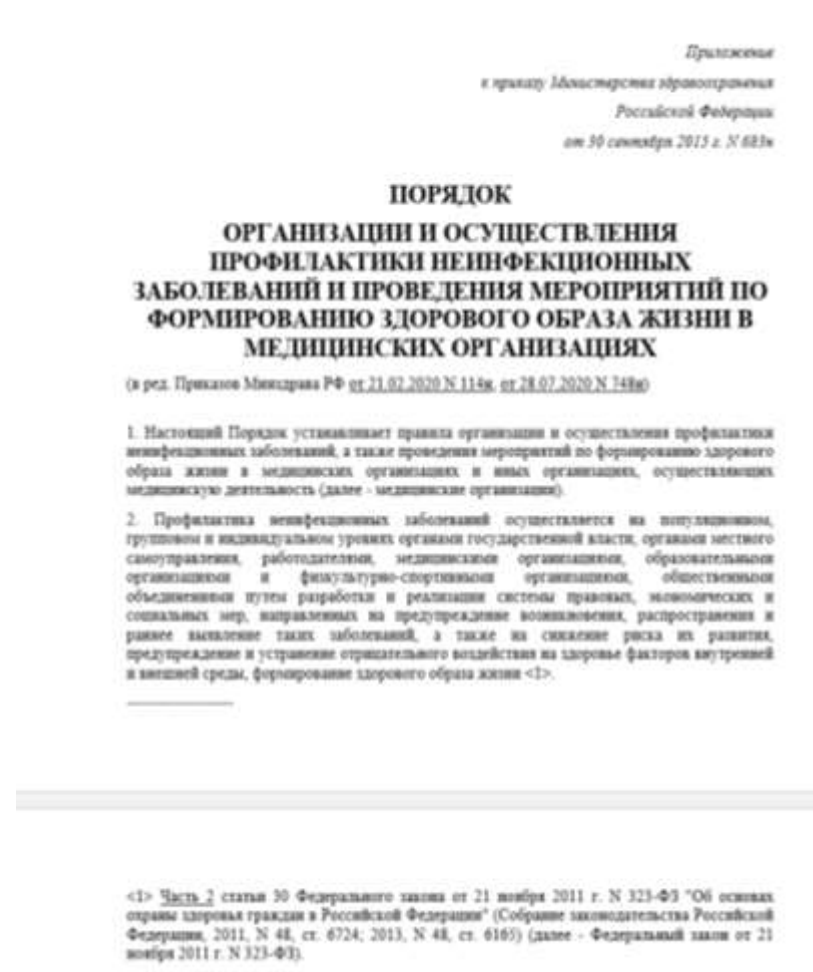
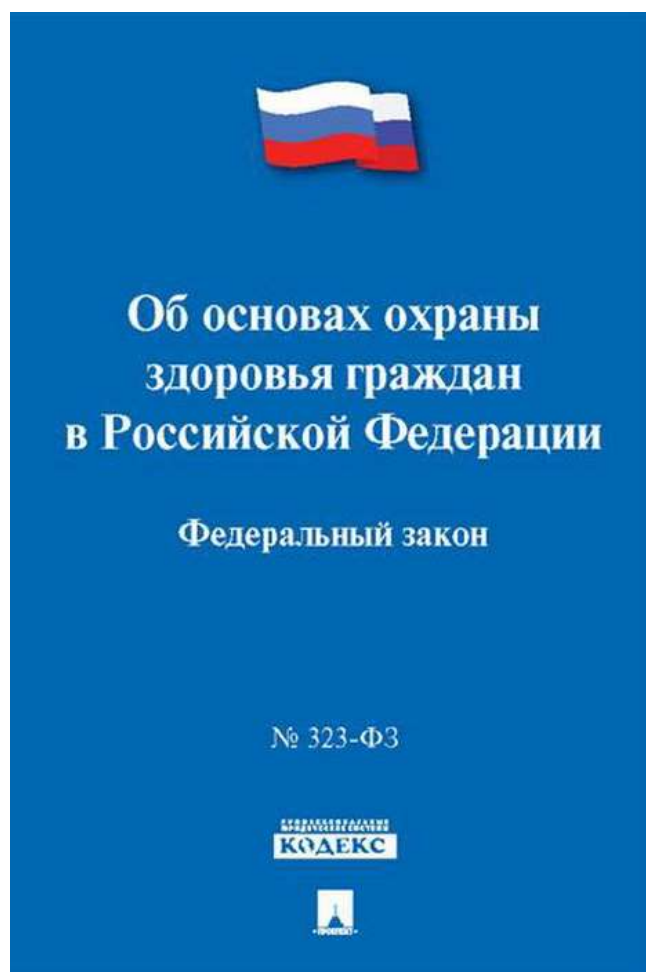
Укрепление общественного здоровья и медицинская профилактика в контексте задачи по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний

Драпкина О.М.



Общественное здоровье

Здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием биологических и социальных факторов окружающей среды при определяющем значении общественно-политического и экономического строя и зависящих от него условий жизни общества (труд, быт, характер питания, отдых, уровень образования и культуры, здравоохранения).





Основные меры по укреплению общественного здоровья

Категория	Профилактическая мера (примеры в отношении основных ФР НИЗ)	Уровень доказательности
Экономические меры	Налоги на табачные изделия с целью снижения потребления табака и финансирование программы по контролю потребления табака	IA
	Субсидии, направленные на снижение цены на здоровые продукты и напитки	IA
Информационно-коммуникационные кампании	Продолжительная целенаправленная кампания в СМИ, включая социальную рекламу, направленная на сокращение потребления населением соли; увеличение потребления овощей и фруктов	IB
	Продолжительная целенаправленная образовательная кампания через СМИ с использованием различных средств (печать, радио, ТВ, интернет), направленная на повышение уровня физической активности	
Изменение инфраструктуры и среды обитания человека	Снижение плотности точек продажи табака и алкоголя, фастфуда вблизи жилых кварталов и школ	IB
Маркировка и информация для потребителя	Маркировка на лицевой стороне упаковки продукта питания с указанием количества добавленного сахара, соли, насыщенных жиров	IA
Ограничительные меры	Изменение состава продуктов питания в отношении снижения содержания соли и установление целевых уровней содержания соли в продуктах питания	IB
	Ограничение ориентированного на детей маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков	IB



Как спасти жизни и предотвратить заболевания?

Мера	Горизонт моделирования	Число предотвращенных смертей	Число предотвращенных случаев ХНИЗ	Экономический эффект, млрд руб.
10% снижение цены на свежие овощи и фрукты	15 лет	38 581	72 952	12,6
Кампания в СМИ, направленная на увеличение потребления овощей и фруктов	15 лет	38 566	36 596	11,9
Налог на натрий, используемый при промышленном производстве продуктов питания	15 лет	15 564	49 783	4,5
Кампания в СМИ и добровольное снижение содержания соли в продуктах питания производителями	15 лет	37 351	123 365	10,8
Увеличение возраста продажи алкоголя до 21 года	15 лет	48 920	168 087	20,1
Повышение стоимости сигарет на 10%	15 лет	26 500	33 004	7,6

Данные НМИЦ ТПМ

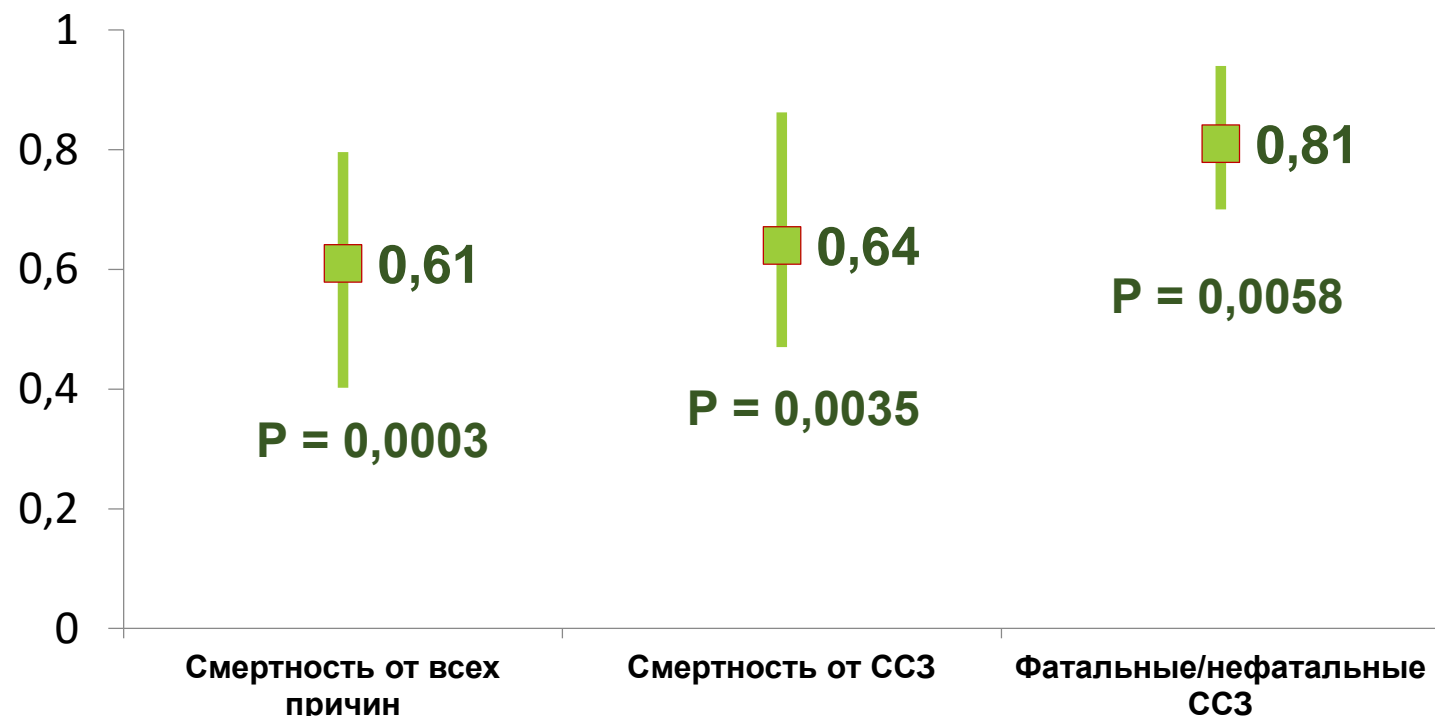


Факторы риска ХНИЗ определяют смертность: интегральный показатель

На основании уникальных данных исследования ЭССЕ-РФ
22 тыс. человек, 6 лет проспективного наблюдения

- Отсутствие курения
- Отсутствие пагубного потребления алкоголя
- Умеренную и высокую физическая активность
- Потребление овощей и фруктов ежедневно не менее 400 г
- Нормальное потребление соли

Лица, приверженные ЗОЖ, характеризуются снижением смертности от всех причин на 39%, от ССЗ на 36% и меньшую вероятность развития сердечно-сосудистых событий на 19%



Смертность от всех причин		Смертность от ССЗ			Фатальные/нефатальные ССЗ		
ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДФО
11,1	10,9	17,2	14,9	14,9	8,7	8,2	6,0

Данные НМИЦ ТПМ, Росстат

2019 – 12%

2020 - 9%

2021 – 7%



Основные направления реализации федерального проекта «Укрепление общественного здоровья»

Анализ региональных программ укрепления общественного здоровья

Финансирование программы

20%

Принятие региональных нормативно-правовых актов по мерам ограничения употребления табачной и алкогольной продукции

37,5%

Межведомственная основа

58%

Внедрение корпоративных программ укрепления здоровья работающих

69%

Формирование здоровьесберегающей среды как отдельное направление

37,5%

Утверждены правительством региона

59%

Разработка и внедрение новой модели функционирования центров общественного здоровья

Новая модель работы функционирования Центров общественного здоровья внедрена в большинстве регионов – 82 (в трех регионах эта структура отсутствует)

Разработка и утверждение нормативных правовых актов и методических документов, направленных на противодействие потреблению табака, снижение потребления алкоголя и продвижение здорового образа жизни

Федеральный закон N 303-ФЗ (31.07.2020) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу охраны здоровья граждан от последствий потребления никотинсодержащей продукции» (электронные сигареты)
Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2021 г. N 262 "Об утверждении информационно-коммуникационной стратегии по борьбе с потреблением табака или потреблением никотинсодержащей продукции на период до 2030 года"

Разработка региональных и муниципальных программ укрепления общественного здоровья и их внедрение

- Региональные программы приняты во всех регионах, проведен анализ, даны рекомендации
- Внедрение муниципальных программ продолжается, целевой показатель 2021 года (40%) был достигнут, проводится обучение руководителей муниципалитетов и экспертная оценка программ

Реализация информационно-коммуникационной кампании по здоровому образу жизни

Информационно-коммуникационная кампания проводится с 2018 года «Ты сильнее», сохраняется преемственность, используются все каналы коммуникации

Разработка модельных корпоративных программ укрепления здоровья на рабочем месте и их внедрение

Корпоративные программы внедряются, созданы модельные программы, он-лайн платформа внедрения корпоративных программ, проводится обучение, анализируется работа регионов



Три кита здоровья на популяционном уровне

*Каждый человек – творец своей судьбы.
Саллюстий*

Здоровье можно сохранить:

- **знать** как это сделать
- **хотеть** и стремиться к этому
- **создать условия**



- **Окружающая среда (Neighborhood Environment)** Часть окружающей среды определенным радиусом от места жительства человека, например 400 м. Влияет на компоненты образа жизни человека: физическую активность, питание, уровень стресса и др. Изучает количество и плотность тех или иных объектов (магазины, рестораны, спортивные площадки и др.).

Повышение грамотности в вопросах здоровья

Формирование мотивации для ведения здорового образа жизни

Создание условий для ведения здорового образа жизни

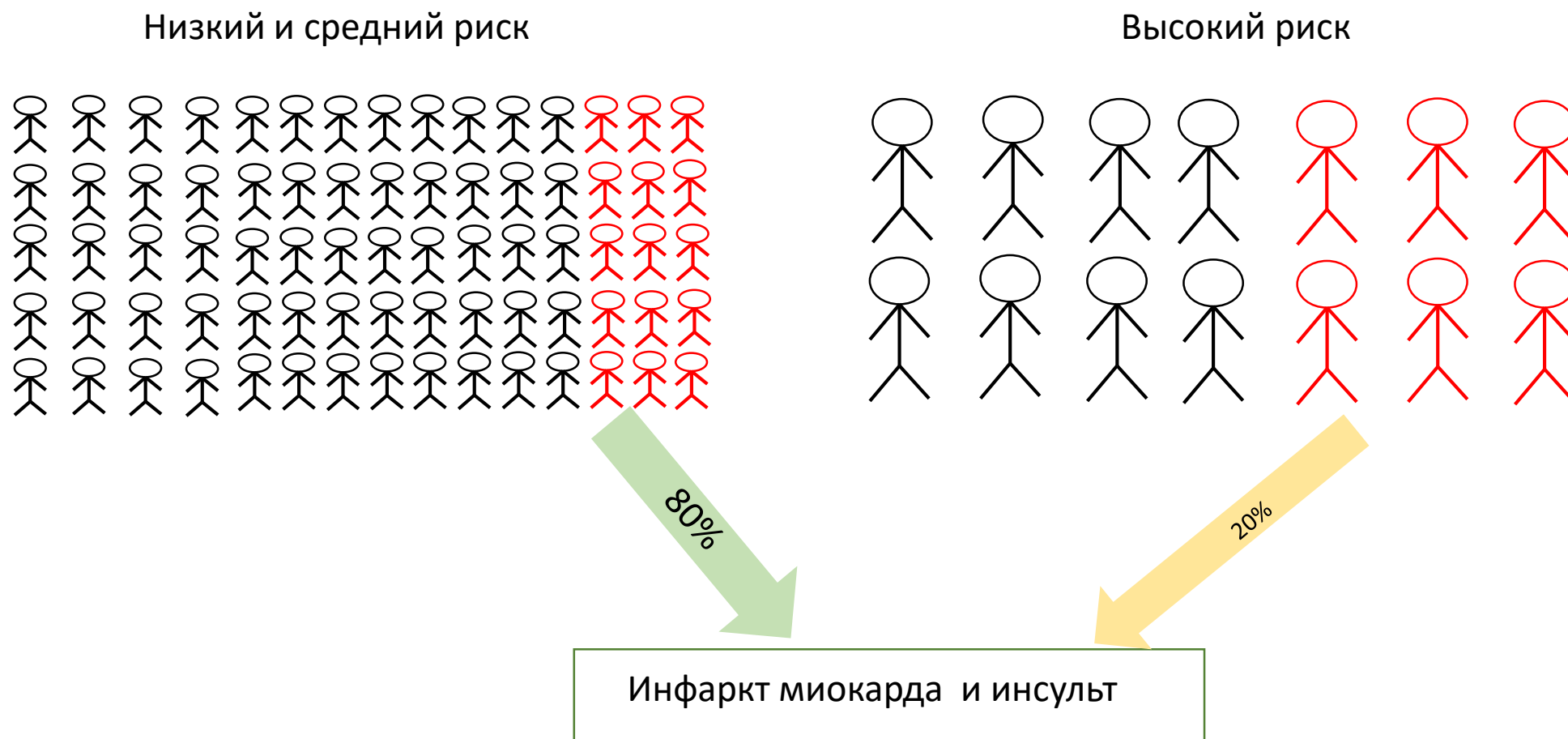


Ассоциации характеристик среды проживания (neighbourhood environment) с факторами риска, заболеваемостью и смертностью

- Количество точек продажи табака независимо ассоциирована с вероятностью курения и со смертностью (130.8 и 102.1 смертей на 10 000 человек в кварталах с высокой и низкой плотностью точек продажи табака, $p < 0,001$)
- Количество точек продажи алкоголя ассоциировано с увеличением его потребления и частотой насильственных преступлений (1 дополнительная точка – это + 2% убийств) и ДТП
- Инфраструктура для физической активности ассоциирована уровнем двигательной активности, а уровень низкий физической активности является фактором риска смертности (снижение риска смерти на 19% при умеренной ФА по сравнению с НФА)
- Каждая дополнительная точка продажи фастфуда на 1 км коридора пути (дом-работа) ассоциировалась с сокращением потребления овощей и фруктов ($\beta = 0,8$) и с увеличением массы тела ($\beta = 0,75$). Количество точек продажи фаст-фуда ассоциировано с развитием АГ (OR 1,11, $p < 0,001$) и инсультов (OR 1,08, $p < 0,001$)



Как снизить смертность от острых сердечно-сосудистых катастроф?



80% инфарктов миокарда и инсультов развиваются у лиц с низким и средним сердечно-сосудистым риском, повлиять на них можно на популяционном уровне за счет снижения факторов риска



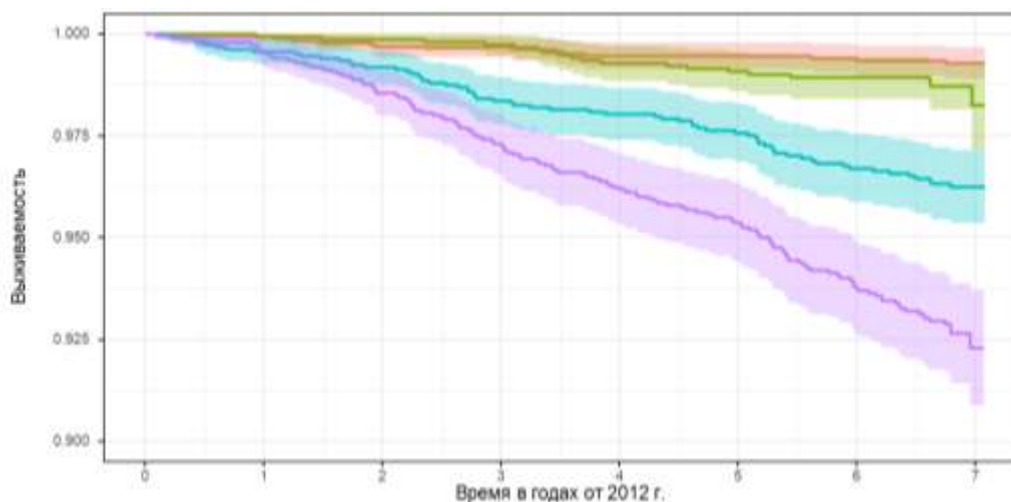
Мужчины живут на 10 лет меньше, факторы, гендерные различия факторов, влияющих на выживаемость

Ожидаемая продолжительность жизни (Росстат, 2019) – 73,34 лет

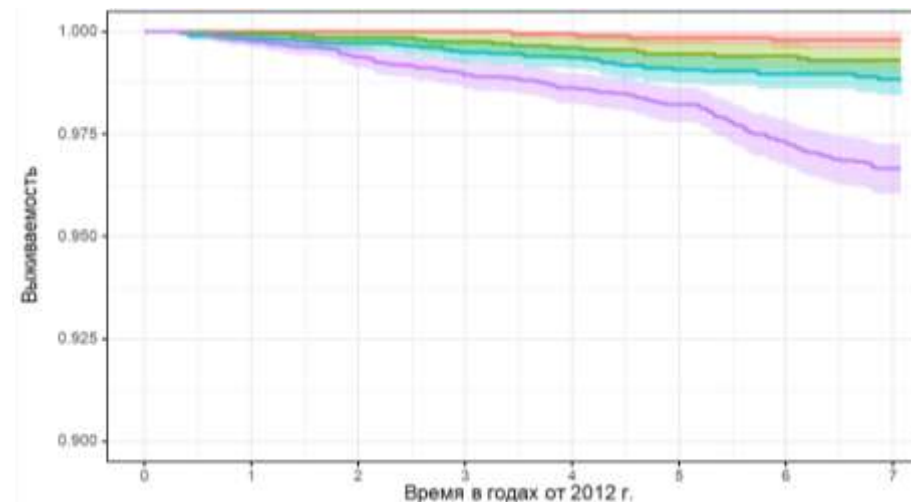
Мужчины = 68,8 лет
Женщины = 79,1 лет

Мужчины

25-34 35-44 45-54 55-64



Женщины



Факторы, ассоциированные со смертностью

Мужчины 55-64 года	Женщины 55-64 года	Мужчины 75 лет и старше	Женщины 75 лет и старше
<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие брака (в 3 раза) Профессиональная деятельность «синие воротнички» Курение Систематическое потребление алкоголя Стресс Воспаление Сниженная мышечная масса 	<ul style="list-style-type: none"> Повышение АД Стресс Сниженная мышечная масса 	<ul style="list-style-type: none"> Курение Низкий уровень физического здоровья Воспаление Снижение клубочковой фильтрации 	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие детей Низкий достаток Повышение АД Стресс
Данные ФГБУ НИИЦ ТПМ			



Факторы, влияющие на смертность

Фактор	ОР	95% ДИ		Р
Повышенная ЧСС	1,67	1,16	2,41	0,0059
Повышенное АД (выше 140 мм рт ст)	1,37	1,05	1,79	0,0201
Высокое АД (выше 160 мм рт ст)	1,63	1,15	2,31	0,0065
Эффективно леченная АГ	0,38	0,19	0,77	0,0075
Ожирение	1,72	1,13	2,62	0,0121

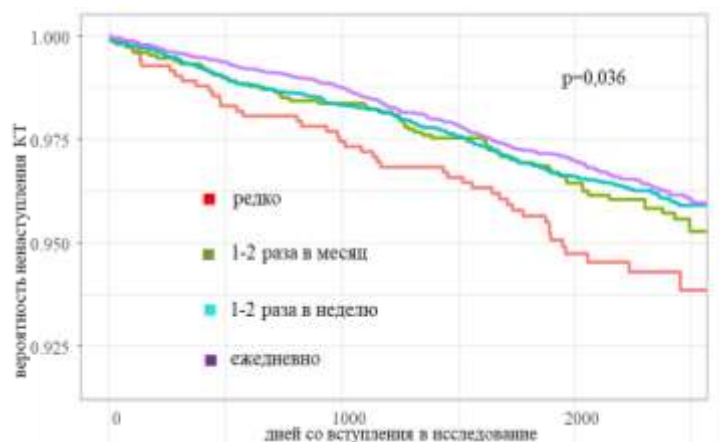
Факторы, влияющие на инцидент инсульта

Фактор	ОР	95% ДИ		Р
ЧСС (более 80)	1,78	0,97	3,27	0,0608
Артериальная гипертония	2,43	1,13	5,19	0,0228
Эффективно лечения АГ	0,37	0,19	0,70	0,0024
Гипертония не эффективно леченная	3,40	1,50	7,72	0,0034
Ожирение	2,02	1,07	3,8	0,03
Абдоминальное ожирение	2,00	1,08	3,69	0,0266
СРБ	2,81	1,16	6,84	0,0226
СКФ	2,06	1,14	3,74	0,0173
Инсульт в анамнезе	5,68	2,77	11,64	0,0001
ИБС в анамнезе	3,25	1,79	5,93	0,0001
Нарушения ритма	1,84	1,03	3,28	0,0388

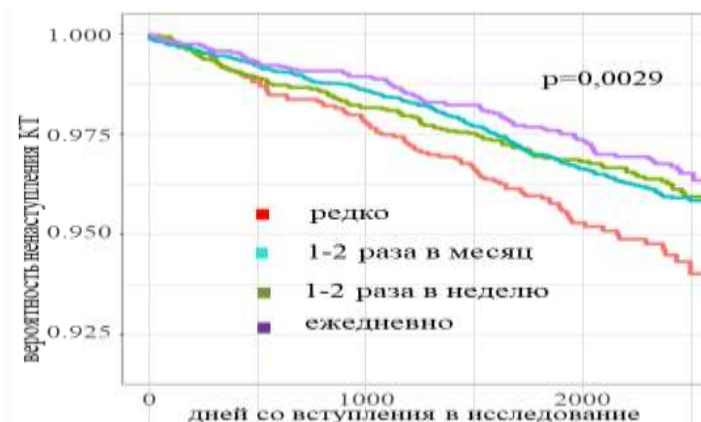


Риск развития сердечно-сосудистых осложнений и привычки питания в общей популяции (кривые Каплана-Мейера)

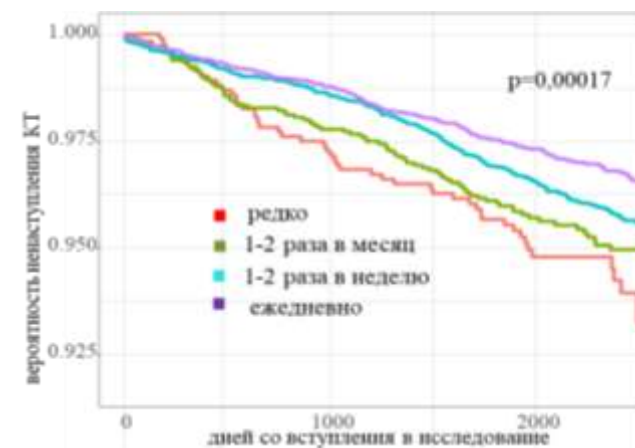
Потребление красного мяса



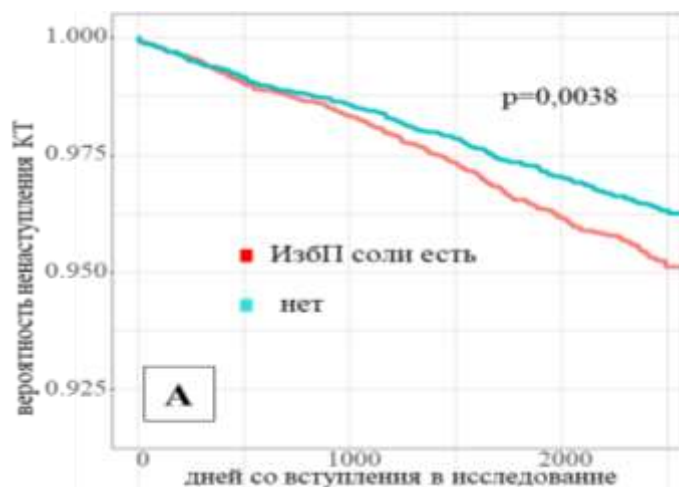
творога



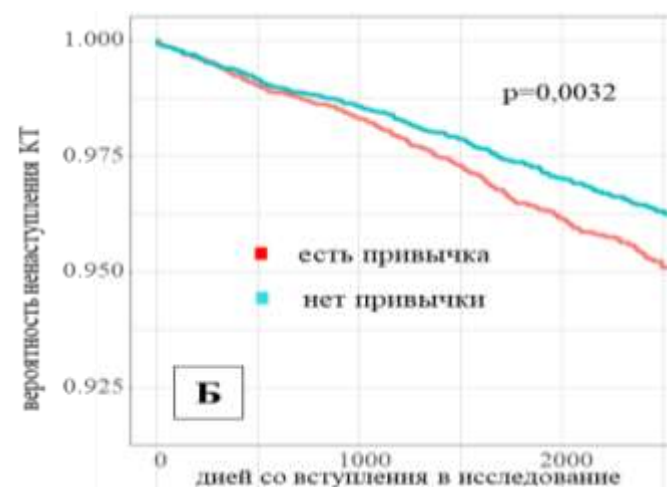
сыра



Наличие ИзбП соли в рационе



привычки досаливания пищи





Инструмент 1. Экономическое обоснование инвестиций в меры популяционной профилактики на региональном уровне

Инструмент позволяет оценить на региональном уровне оценить потенциальный эффект внедрения мер популяционной профилактики, рассчитанный как количество предотвращенных смертей, случаев заболеваний и экономического эффект с учетом региональных особенностей.

Инструмент 2. Оценка инфраструктуры муниципалитета способствующей/препятствующей здоровому образу жизни

Оценка инфраструктуры на основании интерактивных карт с оценкой плотности объектов (точек продажи алкоголя, табака, возможностей для занятий ФА) для формирование адресных рекомендаций по усилению мер по формированию единого профилактического пространства на уровне муниципалитета/региона. Оценка влияния инфраструктуры на образ жизни

Инструмент 3. Платформа «АТРИЯ» – инструмент для внедрения корпоративных программ «Укрепление здоровья работающих»

Онлайн платформа, которая позволяет разрабатывать целевую программу укрепления здоровья на рабочем месте на основании опроса работодателя и работников, включая оценку уровней презентизма. На платформе в настоящее время 920 работодателей и 15 033 работников



Общественное здоровье: проблемы и решения

Проблема	Решение
Недостаточная информированность граждан о факторах, влияющих на здоровье	Проведение региональных информационно-коммуникационных кампаний
Малая доля субъектов с системно работающим межведомственным советом	Организовать в каждом регионе межведомственный совет по УОЗ под руководством губернатора. Примеры регионов: Вологодская область, ЯНАО, Оренбургская область, Республика Карелия)
Отсутствие специалистов по общественному здоровью с немедицинским образованием	Внедрение специальности и штатных должностей (в том числе в ЦОЗиМП), профессиональных стандартов и обучения (Менеджер здорового города и др.)
Дефицит знаний по вопросам укрепления общественного здоровья у широкого круга управленцев регионального и муниципального уровней	Обучение руководителей муниципального уровня
Отсутствие ограничение маркетинга продуктов питания, не соответствующих рациональному питанию, направленного на детей и маркировки, соответствующей рекомендациям ВОЗ.	Законодательное ограничение маркетинга, направленного на детей на федеральном уровне и нормативное регулирование маркировки продуктов питания
Попытки смягчить действующее законодательство в отношении маркетинга алкогольных напитков	Мониторинг ситуации и выработка аргументов об отрицательных эффектах таких мер, в том числе экономических
Недостаточность эпидемиологического мониторинга на региональном и муниципальном уровнях	Обучение, методическая поддержка



Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация определенных групп взрослого населения

**СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА
«ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО
ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО
НАСЕЛЕНИЯ»**
СМК-СОП-№.....

Действие	Должность	ФИО	Подпись	Дата
Разработал:				
Разработал:				
Согласовал:				
Согласовал:				
Согласовал:				
Утвердил:				

I. Область применения

Настоящая стандартная операционная процедура определяет правила организации работы медицинских организаций (структурных подразделений), медицинских работников, осуществляющих проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше); описание процесса проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения и дополнительных методов обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Стандартная операционная процедура подготовлена в целях оказания практической помощи как ответственным лицам - организаторам проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, так и врачебному и среднему медицинскому персоналу, непосредственно участвующему в этом процессе.

С начала пандемии в течение не менее **4 месяцев** было приостановлено проведение диспансеризации и профилактических осмотров (с начала пандемии), средний период составил **3 месяца**, максимальный – **1 год и 3 месяца**.

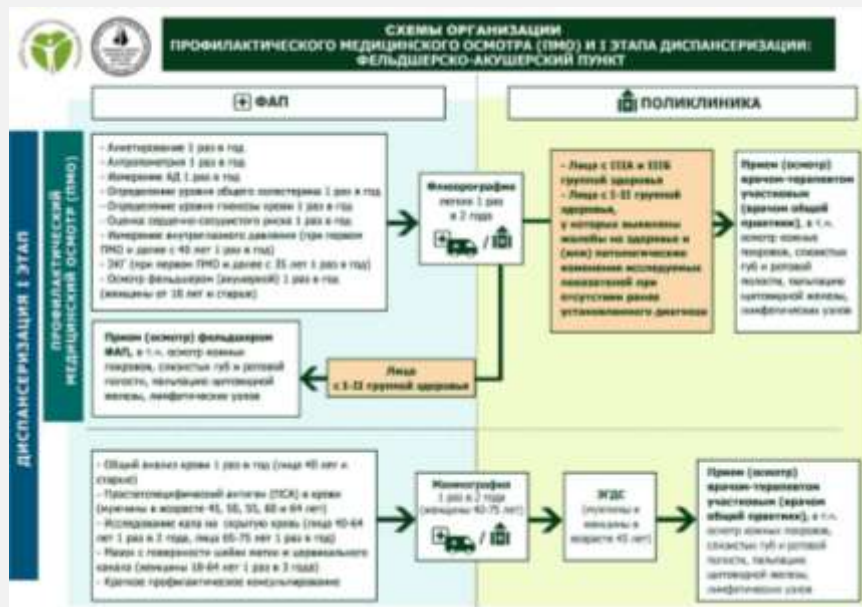
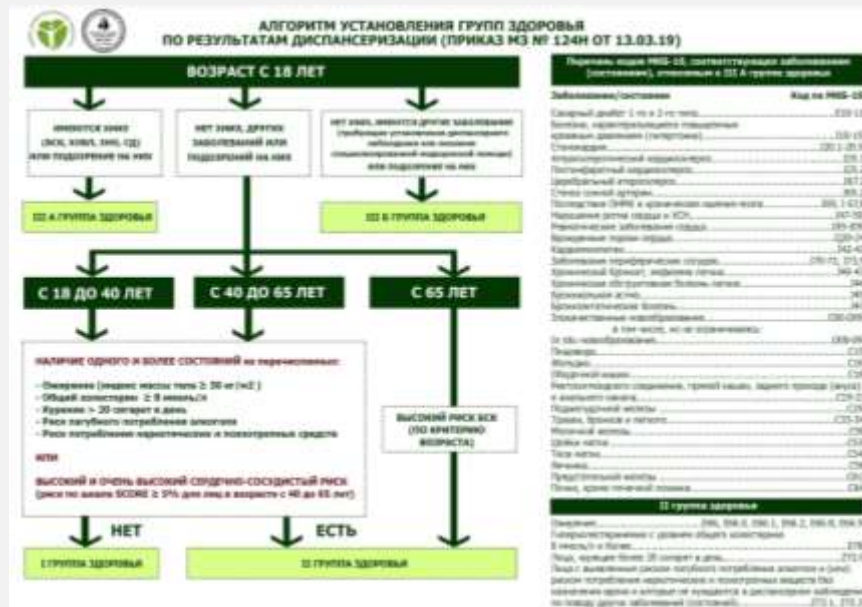


gnicpm.ru

Нормативно-правовые акты
Методические материалы
Стандартные операционные процедуры (СОП)
Скрипт приглашения

Приоритетная группа:

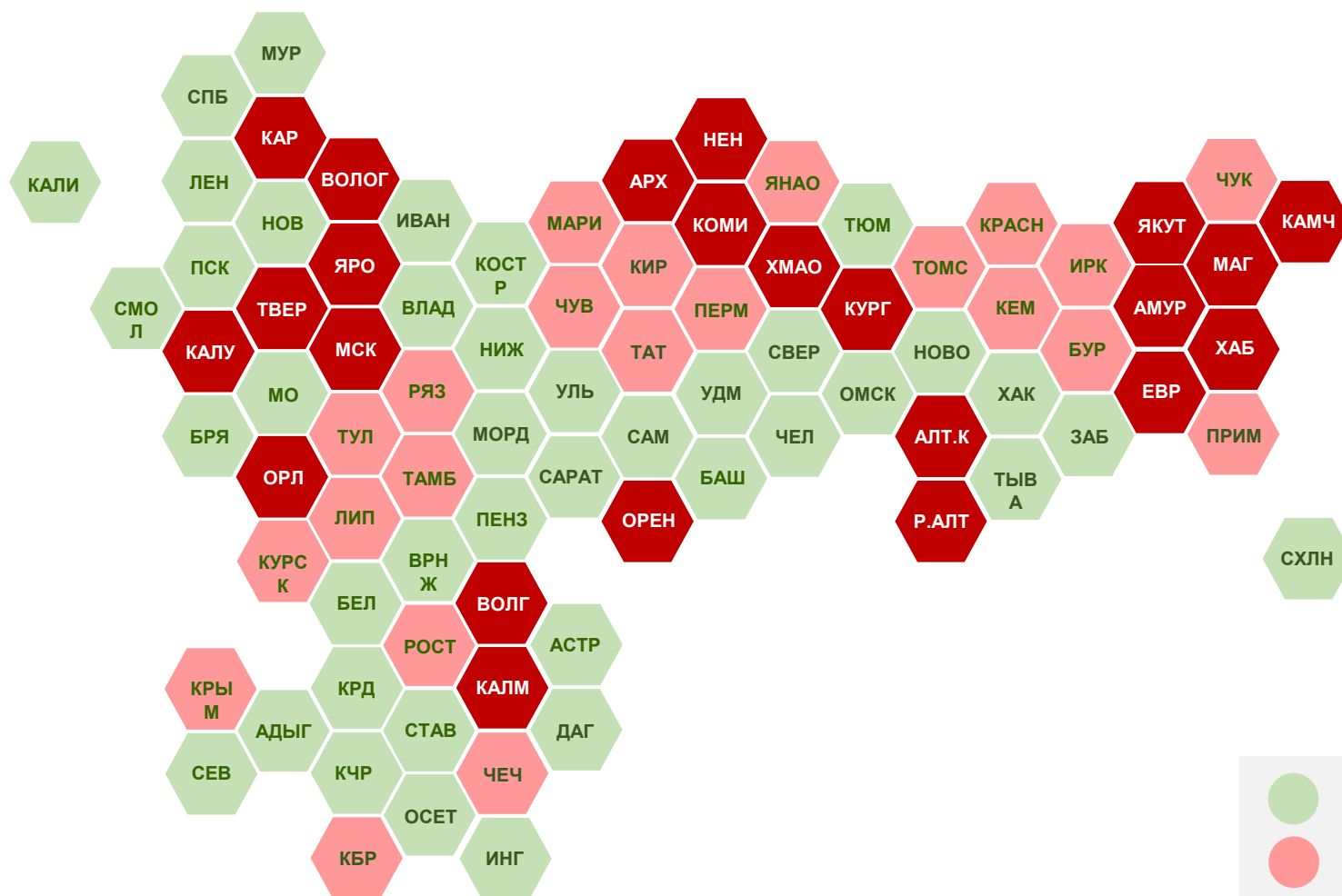
лица в рамках трудоспособного возраста с 40 до 65 лет, которые в течение последних 3-х лет **не проходили** профилактические мероприятия (ПМО и диспансеризацию).





Частота впервые выявленных БСК в рамках ПМО и ДОГВН в I квартале 2022 года по субъектам РФ, на 100 000 обследованных*

РФ – 2528,5



Субъекты с наименьшим показателем, на 100 000 обследованных

Республика Калмыкия	206,4
Республика Карелия	386,2
Вологодская область	409,1
Орловская область	424,4
Курганская область	429,1

Субъекты с наибольшим показателем, на 100 000 обследованных

Республика Мордовия	7984,8
Республика Дагестан	6855,5
Ленинградская область	6614,0
Республика Тыва	6457,0
Республика Адыгея	5578,2

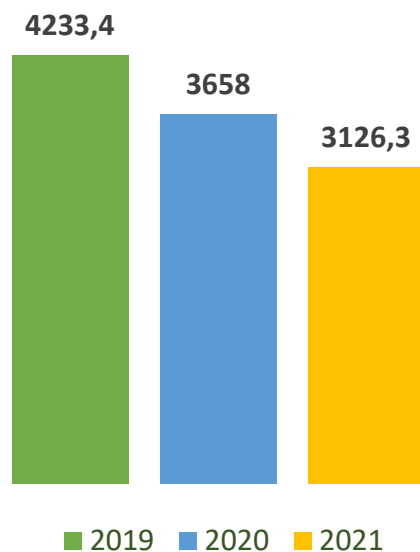
- доля от РФ выявления БСК 70% и более, 40 субъектов
- доля от РФ выявления БСК 30% - 69%, 22 субъекта
- доля от РФ выявления БСК менее 30%, 23 субъекта

* по данным формы отраслевой статистической отчетности № 131/о на 01.04.2022

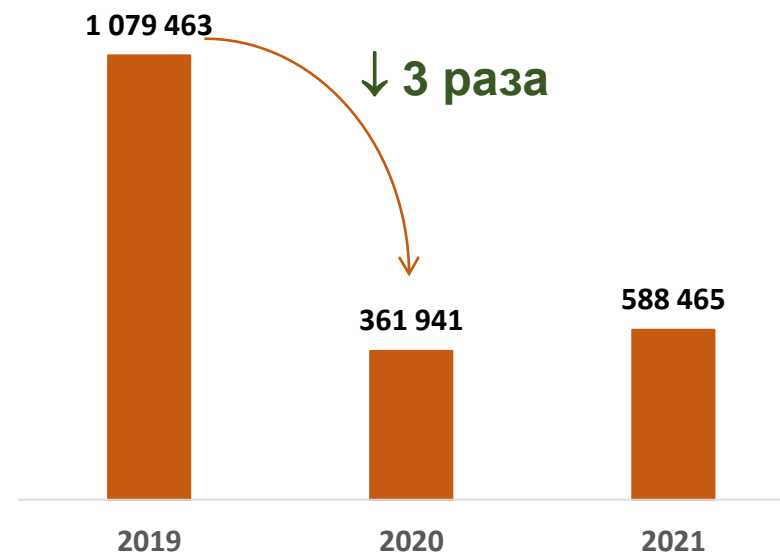


Частота выявления впервые БСК в России в 2019-2021 гг.

Частота выявления на 100 тыс. населения



Абс. показатели выявления, чел.



1. Абсолютное число выявленных БСК впервые в 2020 году снизилось **в 3 раза** по сравнению с 2019 годом.
2. Снижение частоты выявления БСК впервые в 2020 году по сравнению с 2019 годом и в 2021 году по сравнению с 2020 годом.
3. Снижение качества выявления БСК впервые в период пандемии (2019-2021гг.) при увеличении абсолютных значений в 2020-2021 гг..



Проблемы и пути решения при проведении диспансеризации

снижение показателя направления на второй этап диспансеризации



сформировать четкую схему маршрутизацию пациентов во всех медицинских организациях

нехватка кадров в структурах медицинской профилактики



??? введение специальности «врач по медицинской профилактике»

нарушение методик выявления факторов риска, а также проведения онкоскрининга



внедрение СОПов в практическую деятельность медицинских работников, осуществляющих диспансеризацию

отсутствие финансирования проведения профилактического консультирования



внести изменения в систему оплаты мероприятий по профилактическому консультированию

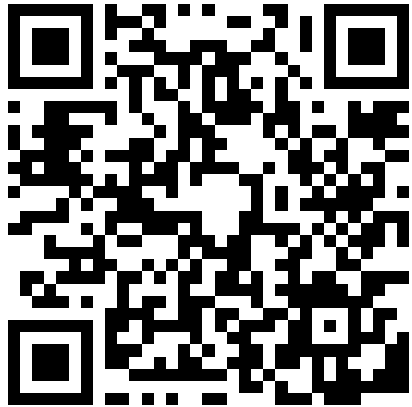
низкое качество проведения диспансеризации



внедрение KPI качества проведения диспансеризации в эффективный контракт руководителя



Углубленная диспансеризация



gnicpm.ru

Нормативно-правовые акты
Методические материалы
Стандартные операционные процедуры (СОП) (в разработке)
Скрипт приглашения





Результаты углубленной диспансеризации в 2022 году

Включено в списки лиц подлежащих углубленной диспансеризации 1 этап всего, чел.:

11 539 887

Выполнено из них по всем категориям:

1 263 235
10,9% от подлежащих

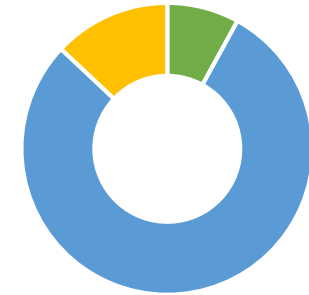
Субъекты с наименьшим показателем охвата населения УД, %

Томская область	0,96
Вологодская область	1,44
Омская область	1,74
Мурманская область	1,88
Новосибирская область	3,2

Субъекты с наибольшим показателем охвата населения УД, %

Ульяновская область	95,06
Ненецкий АО	73,11
Республика Коми	62,08
Саратовская область	57,63
Республика Дагестан	48,06

Результаты I этапа углубленной диспансеризации на 20.05.2022 (по данным ФФОМС)



■ I категория ■ II категория ■ Иные категории

Группы приоритета УД

Количество граждан, прошедших диспансеризацию, и распределение по категориям приоритета:

I группа: граждане, перенесшие новую коронавирусную инфекцию COVID-19, при наличии двух и более ХНИЗ

II группа: граждане, перенесшие новую коронавирусную инфекцию COVID-19, не относящиеся к I группе

Наличие 2-х и более ХНИЗ у гражданина определяется при наличии кода по МКБ-10 из 1 группы в сочетании с одним и более кодом по МКБ-10 из 2-5 групп.

При этом учитываются коды по МКБ-10 по следующим группам:

1 группа - I10, I11, I12, I13, I15, I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9; **2 группа** - I48; **3 группа** - E11; **4 группа** - J44.0, J44.8, J44.9; **5 группа** - I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I67.8.

Подлежит ДН по результатам 1 этапа УД

767 194

60,7% от всех прошедших УД1

Направлено на 2 этап углубленной диспансеризации

87 678

6,9% от прошедших УД1

Прошло 2 этап УД

36 086

41,2% от направленных на УД2



Основные проблемы при проведении углубленной диспансеризации

1. Низкая доля лиц I категории проходящих углублённую диспансеризацию;
2. Разработка и внедрение четких схем маршрутизации пациентов на 2 этап;
3. Невозможность оценки качества проведения углубленной диспансеризации, (разработаны проекты карт учета и отчетная форма);
4. Недостаточная преемственность между амбулаторным и стационарным звеньями здравоохранения в обоих направлениях.

В настоящее время запущен сбор информации по итогам углубленной диспансеризации совместно с Росздравнадзором в 7 пилотных регионах.

Привлечение граждан к прохождению УД Опыт регионов

Бонусы при прохождении профилактических мероприятий

Липецкая область



Прошел углубленную диспансеризацию



получи 5 сеансов массажа

Привел друга на профилактический осмотр



гигиеническая чистка зубов бесплатно



Диспансерное наблюдение



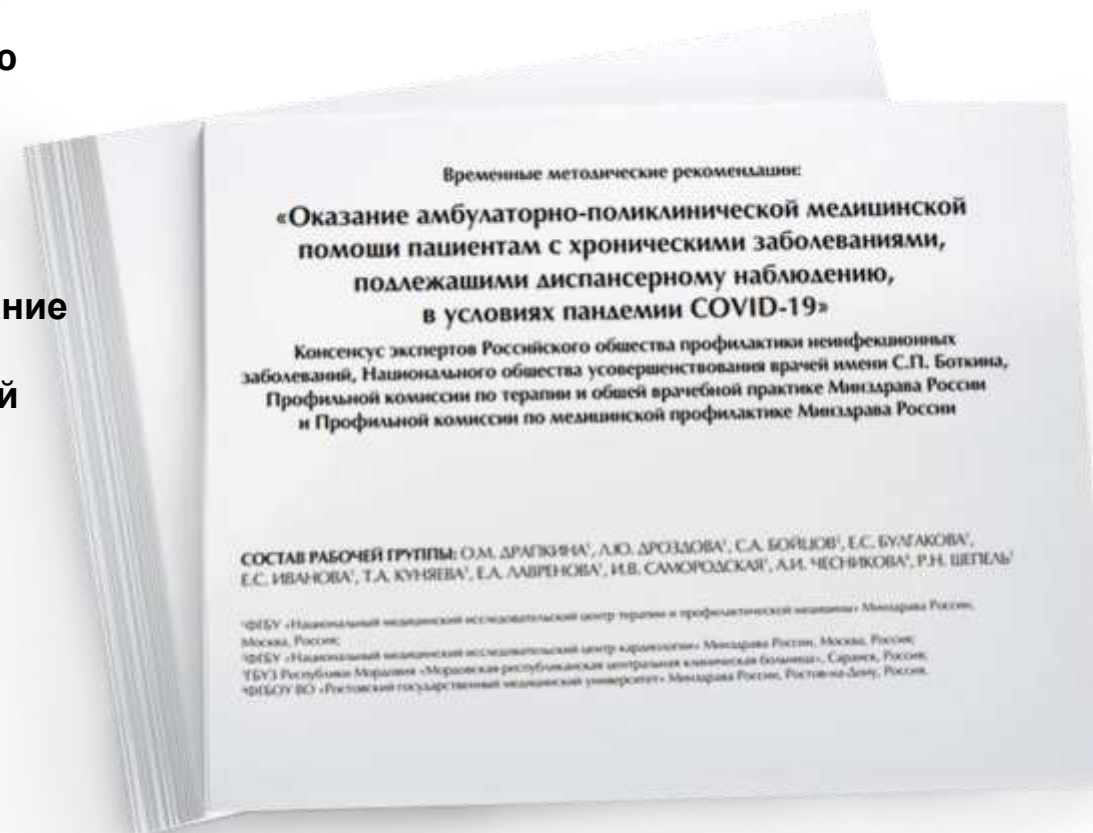
gnicpm.ru

Нормативно-правовые акты
Методические материалы
Скрипт приглашения



обеспечить
маршрутизацию
пациентов

обратить внимание
на перечень
исследований





Алгоритм проведения диспансерного приема врачом-терапевтом пациентов с ССЗ

	АГ	ИБС	ХСН
Исследования	<ul style="list-style-type: none"> Сбор жалоб и анамнеза Физикальное исследование Биохимический анализ крови Общий анализ мочи, включая СКФ ЭКГ ЭХО—КГ 	<ul style="list-style-type: none"> Сбор жалоб и анамнеза Физикальное исследование Биохимический анализ крови Общий анализ мочи, включая СКФ ЭКГ ЭХО—КГ Стресс-Эхо-КГ 	<ul style="list-style-type: none"> Сбор жалоб и анамнеза Физикальное исследование Общий анализ крови Биохимический анализ крови Общий анализ мочи, включая СКФ Рентгенография ОГК ЭКГ Холтеровское мониторирование ЭКГ ЭХО—КГ
Кратность	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год
Показания к консультации кардиолога	<ul style="list-style-type: none"> неэффективность лечения АГ, развитие рефрактерной к лечению АГ 	<ul style="list-style-type: none"> дестабилизация течения болезни и развитие осложнений; рефрактерная к проводимой терапии ИБС; для решения вопроса о необходимости плановой госпитализации 	<ul style="list-style-type: none"> дестабилизация течения болезни и развитие осложнений; рефрактерная к проводимой терапии ХСН; увеличении ФК ХСН; наличие у пациента ХСН ПБ- III стадии и ФК IV; для решения вопроса о необходимости плановой госпитализации
Показания к госпитализации	<ol style="list-style-type: none"> 1. неясность диагноза и необходимость в специальных методах исследования (использование диагностических процедур, проведение которых невозможно или нецелесообразно в условиях поликлиники) для уточнения причины повышения АД (исключение симптоматических АГ); 2. трудности в подборе медикаментозной терапии (сочетанная патология, частые гипертонические кризы); 3. рефрактерная АГ. 4. гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе; 5. гипертонический криз с выраженными явлениями гипертонической энцефалопатии; 6. осложнения АГ, требующие интенсивной терапии: инсульт, ОКС, субарахноидальное кровоизлияние, острые нарушения зрения, отек легких, расслоение аорты, почечная недостаточность, эклампсия. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. увеличение функционального класса стенокардии, несмотря на проводимое в полном объеме медикаментозное лечение. 2. декомпенсация явлений ХСН, не поддающихся медикаментозному лечению на амбулаторном этапе 3. возникновение значимых или жизнеугрожающих нарушений ритма и/или проводимости сердца 4. подозрение на впервые возникшую стенокардию или обострение имевшейся ранее хронической ИБС (с подозрением на ОКС) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развитие ОДСН. 2. Нестабильное клиническое течение ХСН и необходимость установления причины ухудшения течения ХСН при невозможности проведения обследования в амбулаторных условиях, а также решение сложных вопросов назначения медикаментозного лечения. 3. Проведение инвазивных методов обследования больных ХСН. 4. Отбор пациентов с ХСН на высокотехнологичное и/или хирургическое лечение, механическую поддержку кровообращения, трансплантацию сердца и обследование перед этими видами лечения. 5. Проведение имплантации ресинхронизирующих устройств, электрокардиостимулятора и ИКД, хирургическое лечение (протезирование клапанов, аорто-коронарное шунтирование, пластические операции на сердце и другие виды операций на сердце и магистральных сосудах), проведение механической поддержки кровообращения, трансплантации сердца.

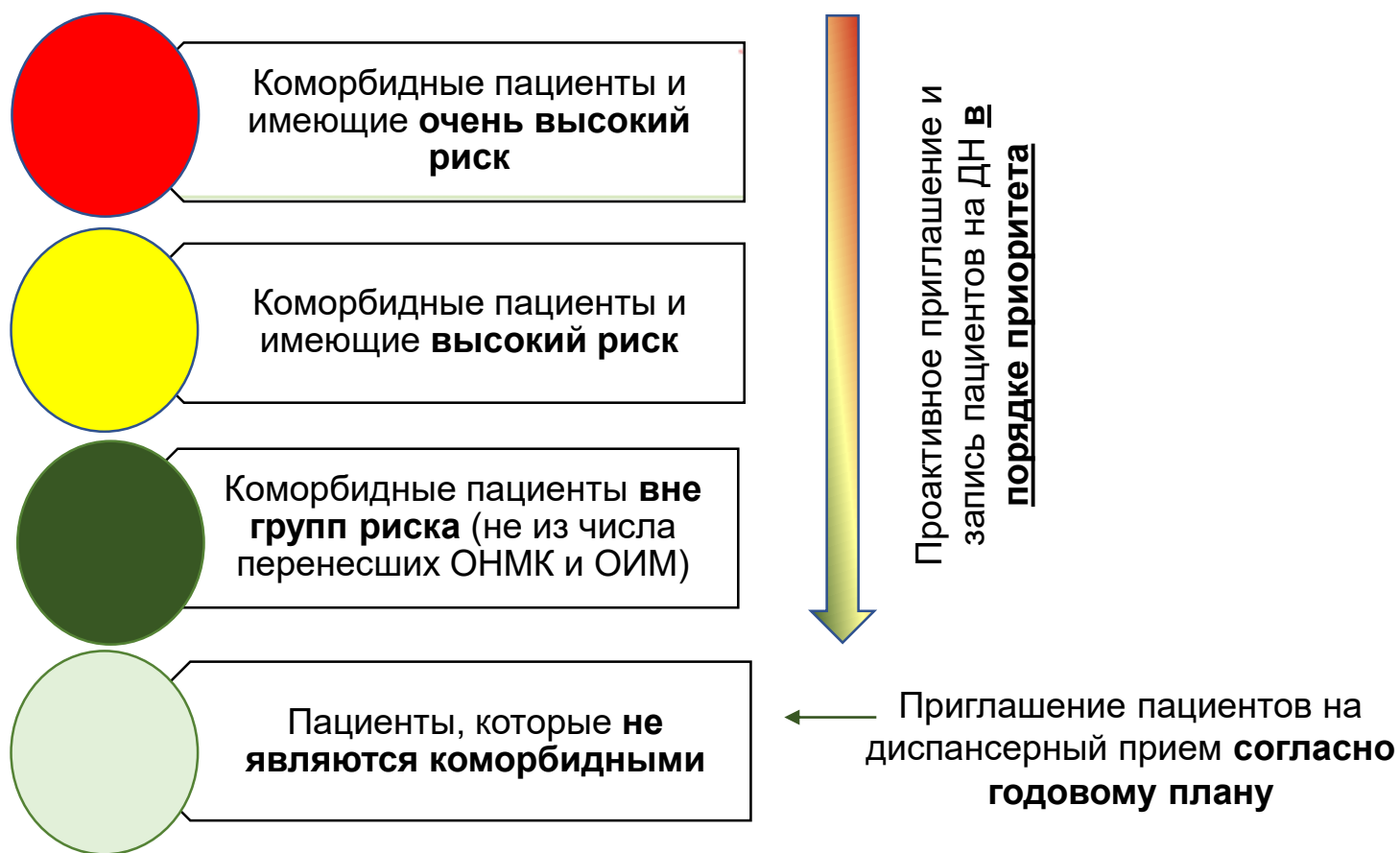


Светофор приоритизации пациентов при организации диспансерного наблюдения

ГРУППА КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ = сочетание диагнозов (кодов по МКБ-10) из **трех** групп, *при этом как минимум одним из них является диагноз из группы 1 или группы 2 или группы 3*

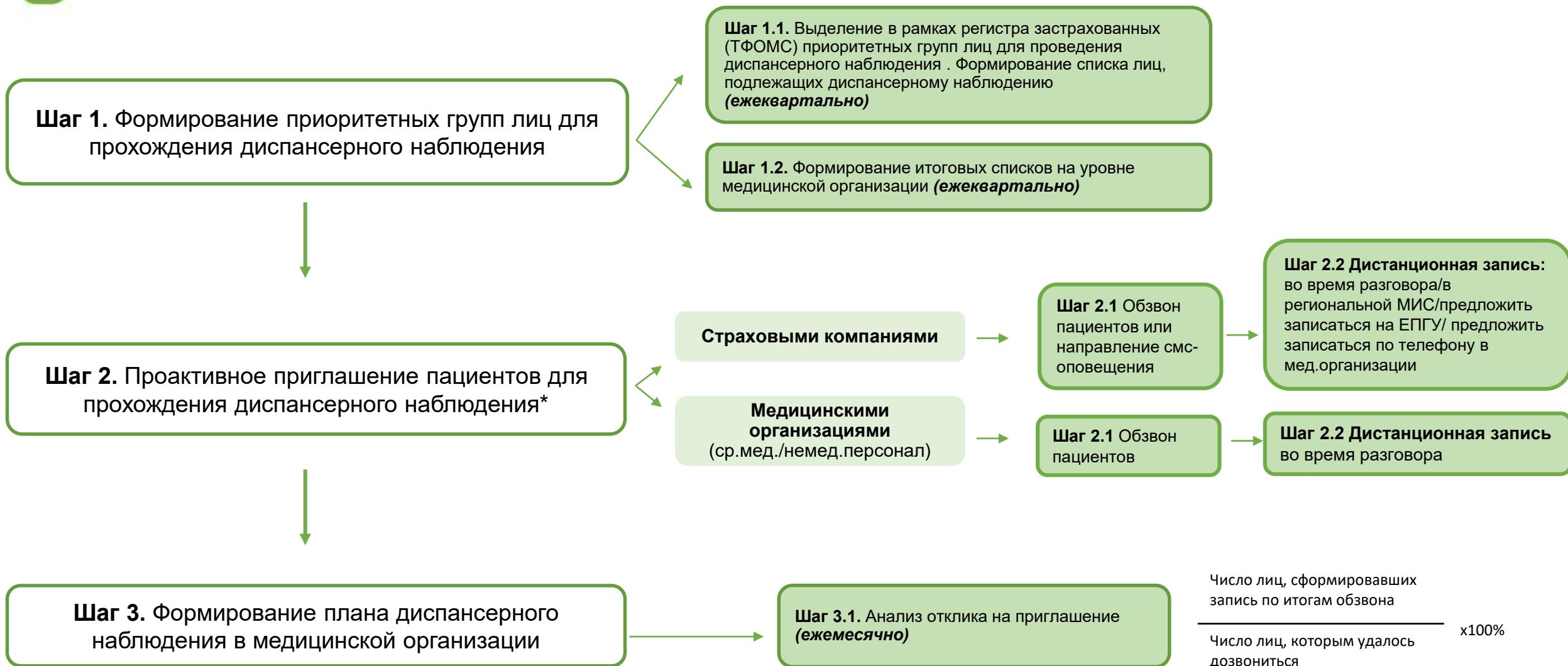
Категории риска по давности, перенесенных ОНМК и ОИМ (коды МКБ-10 из групп 2 и 3):

- 1) очень высокий риск: перенесенное событие в сроки **до года**;
- 2) высокий риск: перенесенное событие в сроке **от года и более**.





Основные шаги при проведении диспансерного наблюдения приоритетных групп пациентов (шаги 1-3)



*первые два месяца обзвон согласно списку, третий – доп.обзвон не ответивших



Основные шаги при проведении диспансерного наблюдения приоритетных групп пациентов (шаги 4-6)

Шаг 4. Осмотр и обследование подлежащего контингента с определением целевых значений (в т.ч. с использованием ДТ*) в рамках диспансерного приема

Шаг 4.1 Коррекция лечения и профилактическое консультирование

Шаг 5. Завершение проведения диспансерного приема

Шаг 5.1 Запись на следующий диспансерный прием

Шаг 6. Анализ результатов диспансерного приема (ежеквартально)

Шаг 6.1 Анализ качества проведения диспансерного наблюдения (на основании критериев ТФФОМС и МО)

Шаг 6.1 Анализ качества привлечения граждан к прохождению диспансерного приема

Количество лиц, прошедших диспансерный прием

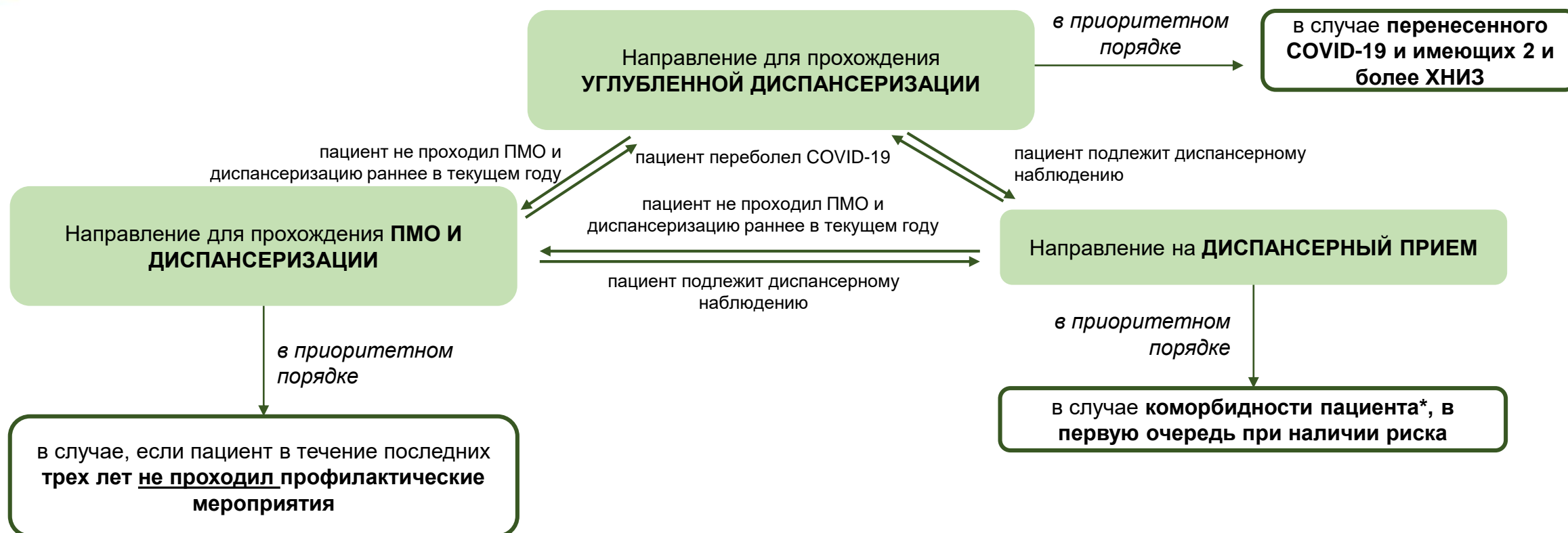
Количество лиц, которые были записаны на диспансерный прием

x100%

*дистанционные технологии



Точка входа в профилактический континуум



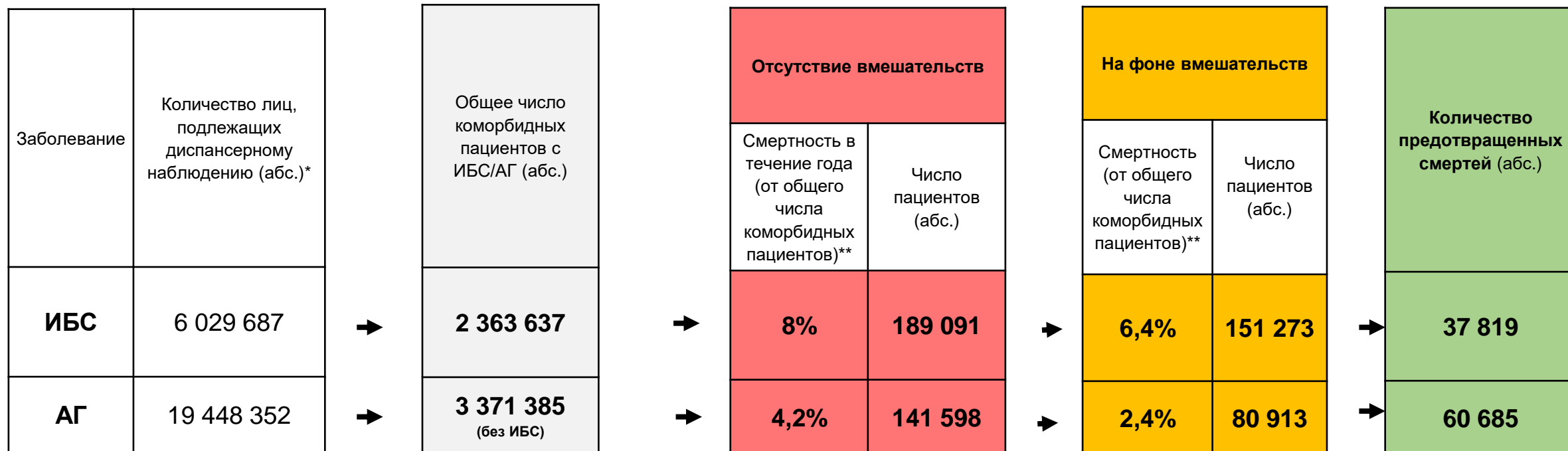
При наличии материально-технических и кадровых возможностей **в один день могут проводиться несколько процессов.**

***Коморбидными пациентами** являются пациенты, имеющие как минимум 3 заболевания, по которым они состоят на диспансерном наблюдении, при этом хотя бы одно из них является заболеванием из групп: «Сердечно-сосудистые заболевания», «Осложнения сердечно-сосудистых заболеваний: инфаркт миокарда», «Осложнения сердечно-сосудистых заболеваний: последствия перенесенного ОНМК».

В первую очередь подлежат активному привлечению пациенты, перенесшие ОИМ и ОНМК, из них в первую очередь – в течение года.



Прогнозирование снижения преждевременной смертности



Достижение данных показателей возможно при условии:

- приоритизации коморбидных пациентов;
- ведения пациентов на основании клинических рекомендаций врачами-терапевтами и врачами общей практики;
- повышения приверженности к лечению;
- соблюдения порядков проведения диспансерного наблюдения по соответствующим заболеваниям.

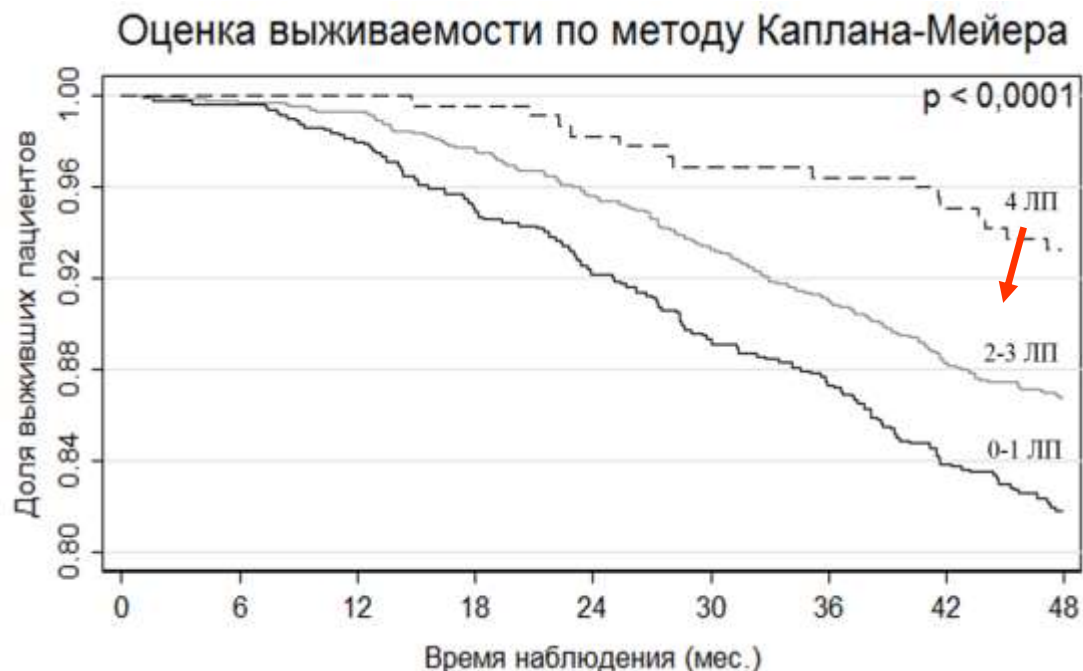
*по данным ФФОМС за 2021 год

**рассчитано на основании регистров ФГБУ «НМИЦ ТГМ» Минздрава России

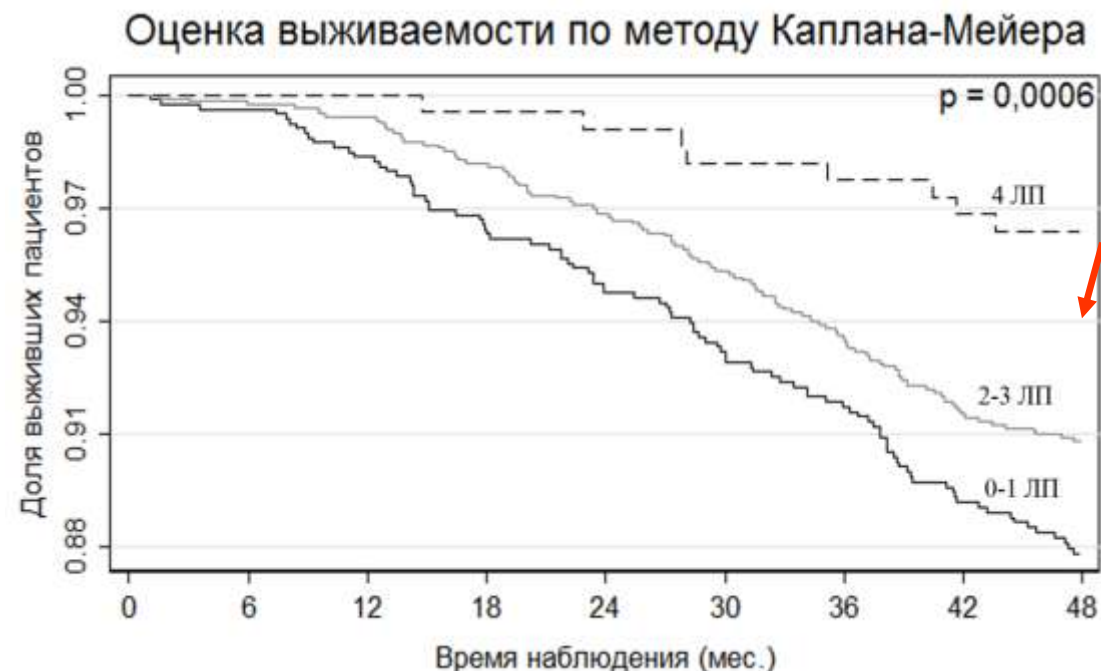


Больные с предпочтительными показаниями к назначению 4-х компонентной терапии (ИАПФ/БРА, БАБ, статин, антиагрегант/антикоагулянт) и различной степенью ее выполнения (62% больных регистра РЕКВАЗА)

Смерть от всех причин



Смерть от ССЗ



Число смертей	Число фактически назначенных препаратов обязательной 4-х компонентной терапии		
	0-1	2-3	4
От всех причин	155/855 (18,1%)	171/1279 (13,4%)	16/231 (6,9%)
От ССЗ	102/855 (11,9%)	116/1279 (9,1%)	8/231 (3,5%)

При назначении 4-х ЛП смертность от ССЗ была в 3,4 раза меньше, чем при назначении 0-1 ЛП (!)



ВИМИС «Профилактика» - встроена в скрининг и динамическое наблюдении ведущих ХНИЗ

Сервисы для ПАЦИЕНТА:

- оповещений при диспансерном наблюдении
- рекомендации по ЗОЖ
- сбор анкеты на диспансеризацию

Организация и обеспечение для ВРАЧЕЙ:

- междисциплинарное взаимодействие
- обоснованной маршрутизации пациентов
- выполнения требований порядков

Для ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

- организация потока актуальных данных на основе СЭМД
- оперативный анализ и прогноз
- «Новый уровень» поддержки принятия управленческих решений

Сведения о ДН пациентов высоко риска развития ЗНО

Сведения о ДН пациентов высоко риска развития ССЗ

Маршрутизация в рамках порядков оказания медицинской помощи

Организация ДН коморбидных пациентов

