



«БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ. ОСОБЕННОСТИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ »

Устюгов Сергей Александрович
Заведующий кардиологическим отделением № 3 ККБ,
К.М.Н
главный внештатный специалист-кардиолог
Красноярского Края КГБУЗ ККБ



Федеральный проект «Борьба с сердечно- сосудистыми заболеваниями»



Цель проекта:

снижение смертности от болезней системы кровообращения до **550** случаев на 100 тыс. населения в год



Основные показатели проекта:

Смертность от инфаркта миокарда на 100 тыс. населения (**снижение до 30,6**)

Смертность от ОНМК на 100 тыс. населения (**снижение до 71,1**)

Дополнительные показатели:

- Больничная летальность от инфаркта миокарда
- Больничная летальность от ОНМК
- Отношение числа рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях к общему числу выбывших больных, перенесших острый коронарный синдром.
- Доля профильных госпитализаций пациентов с ОНМК %

Ситуация в Красноярском крае

ДАННЫЕ О РЕГИОНЕ

- ✓ **1.21 чел. на 1 кв. км** плотность населения
- ✓ Протяженность дорог: **38 625,01 км**, в т. ч. сезонного назначения - **9 067,55 км**
- ✓ **199** медицинских организации, участвуют в реализации «Программы государственных гарантий» :
 - 137** краевые учреждения
 - 8** федеральные учреждения
 - 54** негосударственные учреждения



- ✓ Редкоочаговое расселение жителей;
- ✓ Низкая транспортная доступность северных районов (> 60% территории)

- ✓ Государственная информационная система в сфере здравоохранения Красноярского края (ГИСЗ)
- ✓ Система централизованного сопровождения ПО
- ✓ Низкоскоростные и низкокачественные каналы связи в отдаленных районах

Структура оказания медицинской помощи пациентам с БСК в Красноярском крае

Региональные сосудистые центры с возможностью проведения рентгенэндоваскулярных методов лечения.

10 инвазивных центров, в том числе:

8 в краевых учреждениях здравоохранения

1 в федеральных медицинских организациях

1 в частной медицинской организации

1 кардиодиспансер на базе ККБ

12 кабинетов вторичной профилактики инсультов и инфарктов

681 специализированная кардиологическая койка

730 неврологических коек

232 врача-кардиолога

52 сердечно-сосудистых хирурга

42 рентгенэндоваскулярных хирурга



Сеть сердечно-сосудистых центров Красноярского края

1) 2008 г. сеть РСЦ + ПСО

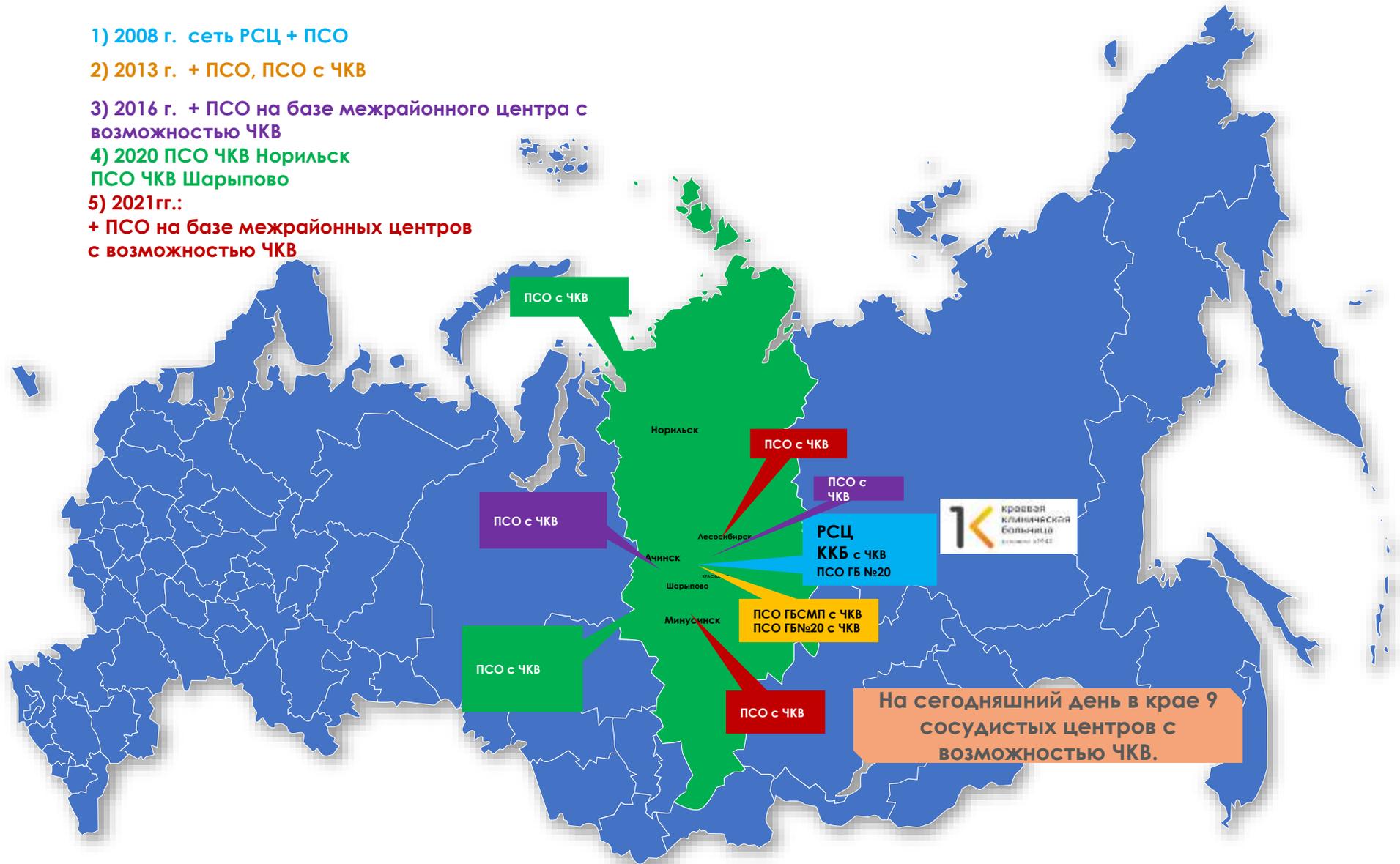
2) 2013 г. + ПСО, ПСО с ЧКВ

3) 2016 г. + ПСО на базе межрайонного центра с возможностью ЧКВ

4) 2020 ПСО ЧКВ Норильск
ПСО ЧКВ Шарыпово

5) 2021гг.:

+ ПСО на базе межрайонных центров с возможностью ЧКВ



СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ КОЙКИ

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Число коек кардиологических		Обеспеченность на 10000 населения	
	2022	2023	2022	2023
Российская Федерация	46633	46704	3,18	3,19
СФО	5427	5367	3,26	3,22
Красноярский край	748	692	2,63	2,43

НАГРУЗКА НА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ КОЙКИ

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Кардиологические			
	Средняя занятость койки в году (в дн.)		Средняя длительность пребывания пац. на койке (в дн.)	
	2022	2023	2022	2023
Российская Федерация	291	304	8,5	8,5
СФО	302	308	8,3	8,5
Красноярский край	304	323	7,4	7,6

Причины смерти	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
Умершие от всех причин	1242,3	1224,2	1429,1	1648,8	1340,2	1225,4
Умершие среди городского населения	1162,4	1138,3	1367,8	1577,8	1242,8	1120,1
Умершие среди сельского населения	1517,0	1522,0	1641,2	1897,0	1717,8	1638,1
Умершие в трудоспособном возрасте	583,4	550,8	624,4	686,4	641,2	654,3
Болезней системы кровообращения	587,6	589,4	662,6	666,5	573,3	555,4
ишемической болезни сердца	379,0	382,1	423,1	421,3	355,8	326,5
в том числе от инфаркта миокарда	69,1	62,3	67,1	66,8	58,1	45,9
цереброваскулярных болезней	143,1	145,8	170,6	167,9	146,6	155,0



Структура смертности общая

Умершие за 9 месяцев

- Умершие с 01.01.24 по 16.10.24

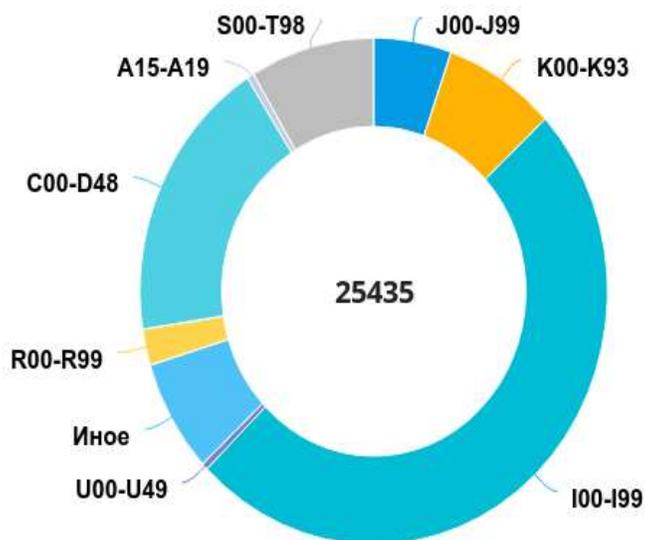
Муниципальное образование

Год

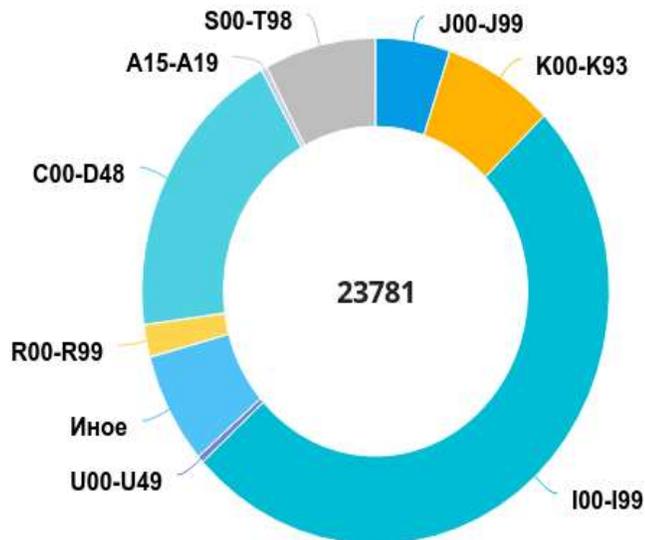
Все

2024

Умершие по Красноярскому краю



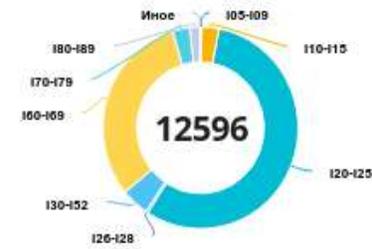
Умершие по муниципальному образованию*



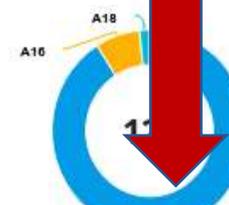
ИХ
2024

12,1 на 1 тыс. населения

Число умерших от БСК



Число умерших от туберкулеза



Смертность от БСК 592,2 на 100т.населения(49,9%)
ИБС331,2на 100т.(55,3%)
Оперативная информация
16.10.2024

* Учет умерших по дате смерти. Источником информации являются данные последних выданных медицинских свидетельств о смерти, с учетом окончательного диагноза (свидетельства окончательные, взамен предварительного, взамен окончательного), а также точно указанного адреса. Данные могут пересчитываться в связи с уточнением первоначальной причины смерти.

Проблемные вопросы ДН

- ❑ **Отсутствие контроля за ДН в динамике**
- ❑ **«Потеря» пациентов, нуждающихся в ДН, в отсроченном периоде**
- ❑ **Несвоевременная корректировка необходимых лечебно-диагностических мероприятий**
- ❑ **Низкая преемственность между стационарным и амбулаторным звеньями при оказании медицинской помощи пациентам с БСК, нуждающимся в ДН**
- ❑ **Недостаточное применение дистанционных форм ДН**
- ❑ **Низкая приверженность пациентов к терапии и профилактике осложнений**

Срок постановки на диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение устанавливается **в течение 3-х рабочих дней после:**

- 1) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;**
- 2) получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.**

Организацию диспансерного наблюдения осуществляет руководитель, либо его заместитель

Руководитель обеспечивает:

- 1) Охват ДН лиц с ХНИЗ и ИЗ и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском **не менее 70%**
- 2) Охват ДН лиц старше трудоспособного возраста **не менее 90%**
- 3) Достижение целевых значений показателей состояния здоровья **в соответствии с КР**
- 4) Сокращение **числа обращений по поводу обострения** хронических заболеваний и **снижение числа вызовов СМП** в связи с обострением или осложнениями
- 5) Уменьшение **числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности**
- 6) Уменьшение **числа госпитализаций в связи с обострением или осложнениями**
- 7) Снижение **показателей смертности, в том числе, внебольничной**

Лица осуществляющие диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение осуществляют медицинские работники медицинской организации, где пациент получает ПМСП:

- 1) Врач-терапевт или врач общей практики
- 2) Врачи-специалисты (по отдельным заболеваниям или состояниям ССЗ - Кардиологи) – в случае ХБП врач-нефролог
- 3) Врач по медицинской профилактике
- 4) Фельдшер в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения

Этапы формирования групп приоритета по диспансерному наблюдению и его проведение

Данный процесс состоит из 6 шагов

Шаг 1. Формирование групп лиц для приоритизации при проведении диспансерного наблюдения.

Ежеквартально ТФОМС в рамках регистра застрахованных лиц выделяет приоритетные группы для проведения диспансерного наблюдения. Формирование групп происходит в несколько этапов:

1. Выделение коморбидных пациентов
2. Среди выделенной группы коморбидных пациентов в первую очередь диспансерному наблюдению подлежат лица очень высокого риска, далее – высокого риска

ТФОМС формируют итоговые списки пациентов в соответствии со схемой приоритизации и передают в медицинскую организацию, учитывая принцип прикрепления.

Шаг 2. Проактивное приглашение пациентов для прохождения диспансерного наблюдения в рамках визита в медицинскую организацию или на дому.

Данный шаг реализуется при участии медицинских организаций, к которым прикреплены пациенты из списка приоритизации, и/или страховых компаний.

Шаг 3. В соответствии с записью пациентов из списка приоритизации медицинская организация формирует план проведения диспансерного наблюдения.

Шаг 4. Непосредственное проведение диспансерного приема пациентов из групп приоритета.

Шаг 5. Завершение проведения диспансерного приема. Каждый пациент по завершении диспансерного приема должен быть проинформирован о дате (или месяце) проведения следующего диспансерного приема.

Шаг 6. Анализ результатов диспансерного приема.

Данный шаг проводится ежеквартально и включает два направления:

1. Анализ качества проведения диспансерного наблюдения (на основании критериев ТФОМС и МО, которые устанавливаются на региональном уровне);
2. Анализ качества привлечения граждан к прохождению диспансерного приема.

Приоритеты для активного приглашения для Д-наблюдения:

Схема 1
«Светофор» приоритизации

- Очень высокий риск** - Сердечно- Сосудистое Событие в срок до 1 года + коморбидность
- Высокий риск** - Сердечно Сосудистое событие в срок более года + коморбидность
- В первую очередь приглашаются пациенты очень высокого риска + коморбидность
- Во вторую очередь высокий риск + коморбидность

Категории из схемы:

- Коморбидные пациенты имеющие **очень высокий риск**
- Коморбидные пациенты имеющие **высокий риск**
- Коморбидные пациенты **групп риска** (не из перенесших ОНМК)
- Пациенты, которые **не являются коморбидными**

Приглашение пациентов на диспансерный прием **согласно годовому плану**

Обязанности осуществляющего диспансерное наблюдение

- 1) Формирование списков лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году, их поквартальное распределение;**
- 2) Информирование лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения;**
- 3) Обучение пациентов навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья и алгоритмам действия в случае развития жизнеугрожающих состояний;**

Важно! При проведении диспансерного наблюдения учитываются рекомендации врачей-специалистов, содержащиеся в медицинской документации пациента, в том числе вынесенные по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях

Почему именно эти группы приоритетны

Сердечно-сосудистые события по прежнему стоят на 1ом месте по причине смертности

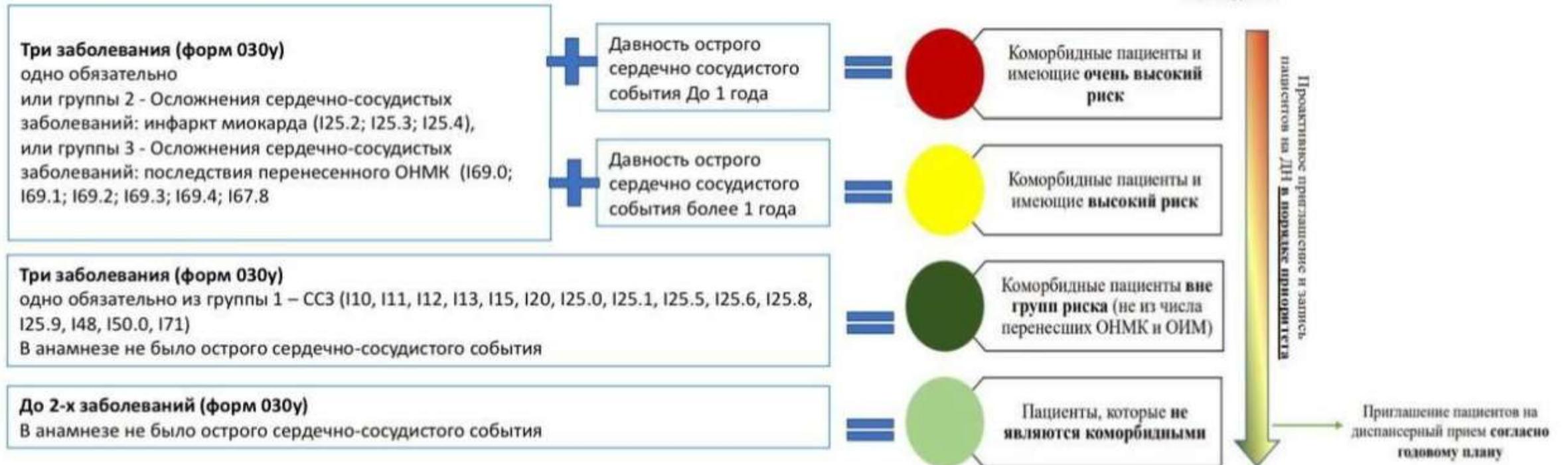
Итогом многих НЕ сердечно-сосудистых заболеваний является смерть от инфаркта или инсульта (сахарный диабет, болезни почек)

На смертность от сердечно-сосудистых событий можно повлиять путем врачебных рекомендаций об изменении образа жизни

Действующие программы бесплатного лекарственного обеспечения, в которые включены препараты с доказанным влиянием на снижение сердечно-сосудистой смертности



Приоритеты для активного приглашения для Д-наблюдения:



Порядок диспансерного наблюдения за пациентами с коморбидными заболеваниями:

В случае проведения диспансерного наблюдения за пациентами с несколькими заболеваниями, перечень контролируемых показателей состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения должен включать все параметры, соответствующие каждому заболеванию.

Порядок диспансерного наблюдения при отсутствии узкого специалиста

В случае, если пациент нуждается в диспансерном наблюдении **врачом-специалистом по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний)** и такой **врач-специалист отсутствует в медицинской организации**, где пациент получает ПМСП, **врач-терапевт организует консультацию пациента соответствующим врачом-специалистом другой медицинской организации (или телемедицинскую консультацию) и осуществляет диспансерное наблюдение по согласованию и с учетом рекомендаций этого врача-специалиста.**

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь.

Приказ Минздрава России от 15.03.2022 N 168н

150 – Сердечная недостаточность

Врач-терапевт	Врач-кардиолог
ХСН 1-2а стадии и I-II ФК по NYHA и ФВ \geq 40%	ХСН 2б-3 стадии и/или ФВ $<$ 40% и/или III-IV ФК по NYHA
Без СД и/или ХБП \geq 4 стадии	ХСН 1-2а стадии и I-II ФК по NYHA и ФВ \geq 40% в сочетании с СД и/или ХБП \geq 4 стадии
Минимальная периодичность диспансерных приёмов (осмотров, консультаций) – в соответствии с КР, но не реже 2 раз в год	
<ul style="list-style-type: none">• Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;• АД, ЧСС;• Общепатологический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ), клинический анализ крови (эритроциты, гемоглобин) – не реже 1 раза в год• Отсутствие снижения уровня эритроцитов, Hb - не реже 1 раза в год• Пациентам при терапии варфарином – МНО - не реже 2 раз в год• Уровень NT-proBNP - не реже 1 раза в 2 года• ЭКГ*, ХМ-ЭКГ**, рентгенография ОГК*** – не реже 1 раза в год• ЭХО-КГ ФВ ЛЖ – не реже 2 раз в год	

*при отсутствии признаков прогрессирования заболевания; **при отсутствии жизнеугрожающих нарушений ритма сердца; ***при отсутствии признаков застоя в легких

ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФК – функциональный класс, NYHA - Нью-Йоркская Ассоциация сердца, ФВ – фракция выброса; СД – сахарный диабет; ХБП – хроническая болезнь почек; КР – клинические рекомендации; ИМТ – индекс массы тела; АД – артериальное давление; ЧСС – частота сердечных сокращений; СКФ – скорость клубочковой фильтрации; Hb – гемоглобин; МНО - международное нормализованное отношение; NT-proBNP - N-концевой пропептид натриуретического гормона (В-типа); ЭКГ – электрокардиография; ХМ-ЭКГ – холтеровское мониторирование ЭКГ; ОГК – органы грудной клетки; ЭХО-КГ - эхокардиография

Официальный интернет-портал правовой информации. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (Зарегистрирован 21.04.2022 № 68288) <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027> (дата обращения 26.08.2022)

Как и кем контролируется механизм ДН?

www.krasmed.ru Тарифное соглашение системы ОМС Красноярского края - ТФОМС Красноярского края

КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

8-800-700-000-3
ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ «ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ»

Гражданам Медицинским организациям Страховым медицинским организациям Страхователям

ТФОМС Красноярского края
ОМС в Красноярском крае
Защита прав застрахованных
Медицинская помощь
Медицинская профилактика
Комиссия по разработке программы ОМС

Главная → Комиссия по разработке программы ОМС → Тарифное соглашение системы ОМС Красноярского края

Тарифное соглашение системы ОМС Красноярского края

-  Тарифное соглашение системы ОМС Красноярского края на 2022 год в редакции ДС №№1-10
↓ Скачать. Размер файла: 8,43 Мб. Дата публикации: 29.09.2022 г.
-  Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2022 год от 29.09.2022 № 10
↓ Скачать. Размер файла: 4,92 Мб. Дата публикации: 29.09.2022 г.
-  Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2022 год от 26.08.2022 № 9

ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ ТФОМС:

РЕГИСТР БСК

10 готовых контрольных
списков

Ежедневное обновление
данных
(на основании принятых реестров-счетов)

Результат взаимодействия с
пациентом СМО (сопровождение)



РЕГИСТР БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Данные актуальны на 17.06.2024

Основные показатели по Красноярскому краю

1 027 041

Количество застрахованных лиц с установленными диагнозами БСК

962 391

Количество застрахованных лиц, имеющих факторы риска развития сосудистой катастрофы

Контрольные
списки

10

Доля лиц с БСК,
прошедших ДН

Факт
2023 год

70,6%

Целевой
показатель
2023 год

70%

Факт
5 мес. 2024

43%

Целевой
показатель
5мес.2024

33,3%

Выявлено факторов риска
атеросклероза при проф.
мероприятиях

Факт
2023 год

14,3 тыс.

62%

Расчетно
2023 год

23,1 тыс.

Факт
5 мес. 2024

10,7 тыс.

84%

Расчетно
5 мес. 2024

12,7 тыс.

Рентгенэндоваскулярные
вмешательства
в лечебных целях

Число РЭВ
в лечебных
целях
в КГБУЗ

2 193

Целевой
показатель на
2024 год

6 104

За период 01.01.2024- 31.05.2024

Контрольные списки целевых групп

Застрахованные лица с установленным диагнозом хроническая сердечная недостаточность

Застрахованные лица, имеющие высокий риск преждевременной смерти

Количество застрахованных лиц, имеющих факторы риска развития сосудистой катастрофы

Контрольные списки по целевым задачам

Пациенты с ХНИЗ БСК с отсутствием диспансерного наблюдения и (или) осмотра терапевта, кардиолога, невролога в течение года

Застрахованные лица, не посетившие МО прикрепления или не взятые на ДН, после госпитализации по поводу сосудистого события

МОТИВАЦИЯ ГРАЖДАН К ПРОХОЖДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

НИЗКАЯ МОТИВАЦИЯ
ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ
К ПРОХОЖДЕНИЮ
ПРОФ. МЕРОПРИЯТИЙ

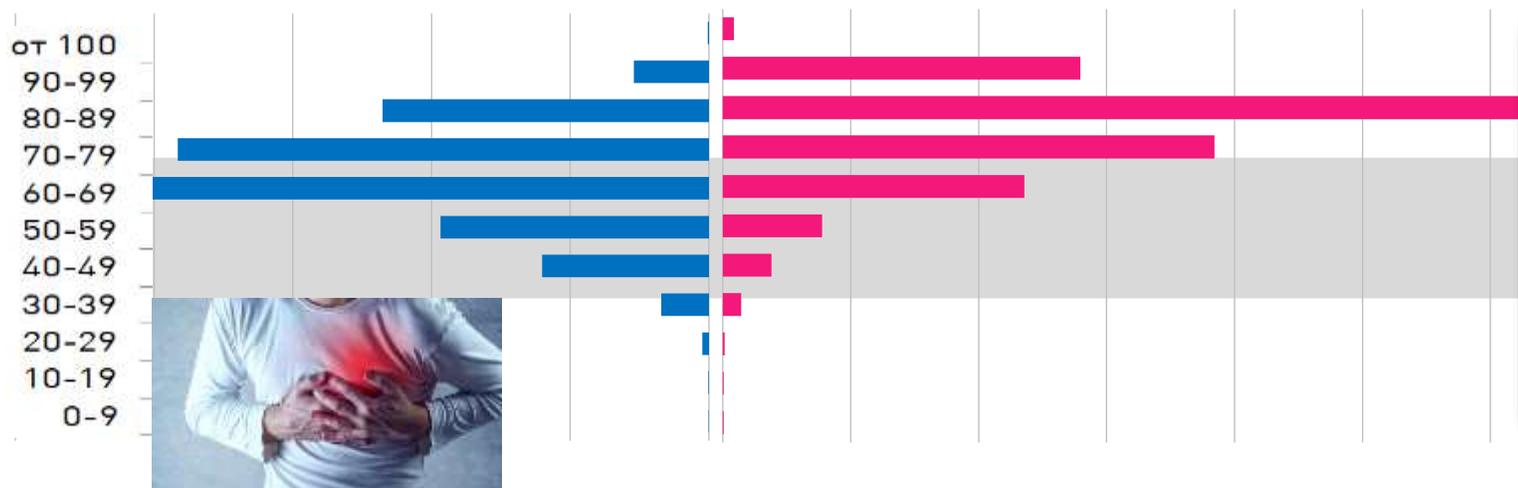


ОТВЕТСТВЕННОСТЬ
ЧЕЛОВЕКА ЗА СВОЕ
ЗДОРОВЬЕ

ИНФОРМАЦИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПЕРИОДИЧЕСКИХ
МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ
В СИСТЕМЕ ОМС ОТСУТСТВУЕТ

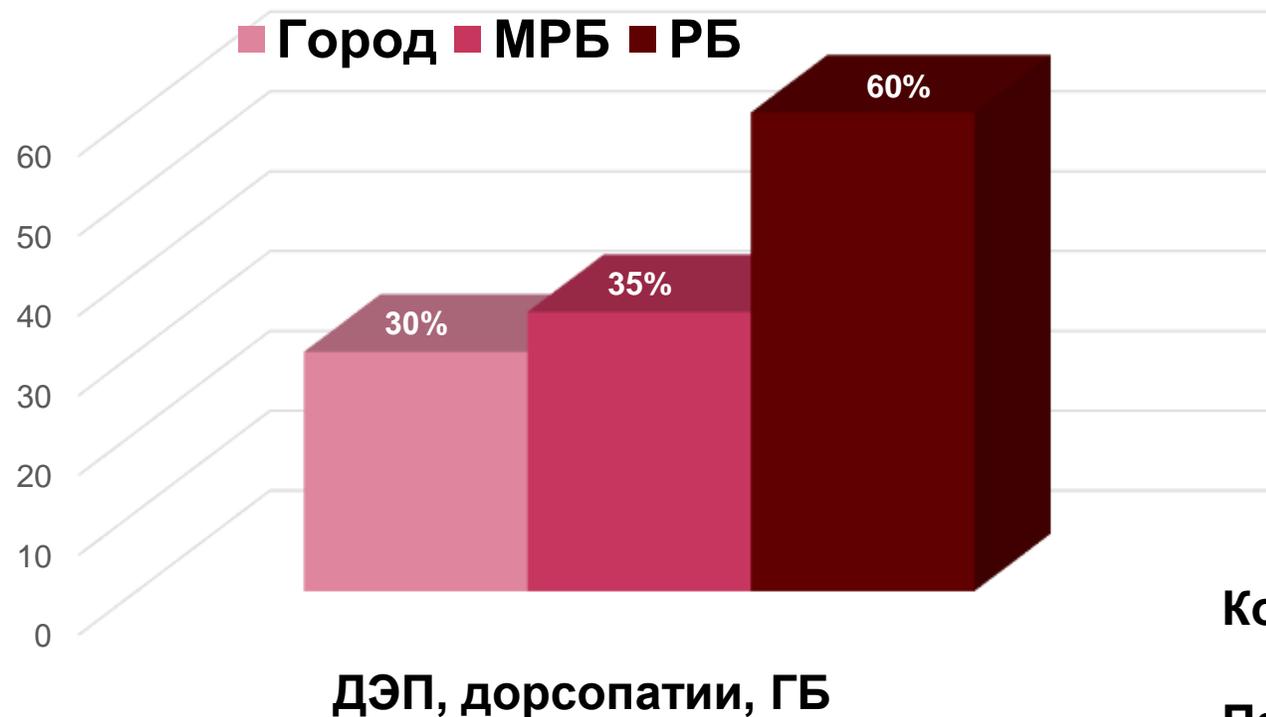


структура умерших от БСК 2023 г.



363 тыс.чел. в возрасте
40-65 лет не проходили
профилактические мероприятия
2 года и более,
в т.ч. **167 тыс. мужчин**

Структура пролеченных в терапевтических отделениях



Чем ниже уровень больницы,
тем «социальнее» койка



Коечный фонд используется нерационально:

Пациенты, имеющие высокий риск
преждевременной смерти,
не госпитализируются планово
для коррекции терапии



РЕЗЕРВ СМЕРТНОСТИ

Оценка эффективности Д-наблюдение (ОМС)

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепленное население

№	Наименование показателя	Планируемый результат	Индикаторы выполнения показателя	Максимальный балл
Оценка эффективности диспансерного наблюдения				
7	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, <u>имеющих высокий риск</u> преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 1 балл; Прирост ≥ 10 % - 2 балла	2
8	Число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, <u>имеющих высокий риск</u> преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл	1

Основания для уменьшения оплаты медицинской помощи

Приложение 45 (4) к Тарифному соглашению

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Код нарушения /дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	0.3
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения, (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи).	0	1
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе:		
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);	0	2
3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).	0	3

Поставили на Д-учет, но поздно

Совсем не поставили на Д-учет

Пути работы с 168 приказом

- В каждом ЛПУ есть выделенный специалист ответственный за 168 пр. Необходимо выделить ответственного сотрудника за ЛПУ, для визитов к этому специалисту и прояснения основных критериев в ЛПУ.

Прояснение и донесение информации для всех направлений:

- как организован вызов пациентов, критерии выгрузки пациентов (когда передают списки, как организован вызов пациентов, обсуждают ли на планерках, сроки подачи отчетов от специалистов)
- кратность приема по ССЗ, ХБП в конкретном ЛПУ
- Маршрутизация пациента при отсутствии профильного специалиста (ХБП, ССЗ)
- Критерии выполненных/невыполненных показателей в ЛПУ.

Ссылаясь на Приказ №168 от 01.09.2022
убедить терапевта сделать:

Активный вызов пациента очень высокого и высокого риска

- Определять рСКФ, альбуминурию,
- выставлять диагноз N18.

направлять при **необходимости** к врачам кардиологам, эндокринологам, нефрологам

- Запись к врачам нефрологам
- Телемедицинские консультации

Вести учет пациентов с ССЗ 1 года и 2 года

Выгружать списки Д-наблюдения с Диагнозом N18, приглашать на прием 4 раза в год

Приглашать на прием пациентов с АГ, ХСН, стенокардией, сахарным диабетом

Выгружать списки пациентов с I10-12, I50, I20-21, E11

лечить на основании стандартов и консультаций кардиолога

Самостоятельно назначать Форсигу при ХБП у пациентов с СД или ХСН,

Спасибо за внимание!