

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА

№ 5/6
(2021)

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ



Часть 1

ЛУЧШИЕ
РЕГИОНАЛЬНЫЕ
ПРАКТИКИ

ПРОФИЛАКТИКА
И ЛЕЧЕНИЕ
ХРОНИЧЕСКИХ
НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

ОРГАНИЗАЦИЯ
СИМУЛЯЦИОННОГО
ОБУЧЕНИЯ

ВНЕДРЕНИЕ
ТЕХНОЛОГИЙ
БЕРЕЖЛИВОГО
ПРОИЗВОДСТВА

ОБЕСПЕЧЕНИЕ
КАЧЕСТВА
И ДОСТУПНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ

Уважаемые коллеги!



Указом Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» установлена глобальная цель – сохранение населения, здоровье и благополучие людей, направленная на обеспечение устойчивого роста численности населения Российской Федерации и повышение ожидаемой продолжительности жизни. Для ее реализации необходима эффективная и современная система здравоохранения, отвечающая новым вызовам времени: динамично развивающаяся в условиях сложной эпидемиологической ситуации и учитывающая экономические требования, продиктованные пандемией.

Работа Росздравнадзора, как одного из главных организационных элементов системы здравоохранения, за двухлетний период распространения новой коронавирусной инфекции подверглась значительным изменениям, направленным на реализацию более гибких методов и механизмов работы, в том числе в территориальных органах Росздравнадзора по субъектам РФ.

На сегодняшний день с учетом новых вызовов пандемии COVID-19 максимально мобилизованы все направления деятельности Росздравнадзора, ориентированные на контроль качества и безопасности медицинской деятельности; контроль в сфере обращения медицинских изделий, в том числе осуществление процедуры ускоренной регистрации медицинских изделий; контроль за обращением лекарственных средств.

При выявлении рисков возникновения угрозы жизни и здоровью граждан, а также нарушений прав граждан оперативно организуются внеплановые контрольные мероприятия, «на места» направляются специалисты Росздравнадзора с целью оказания методической поддержки в принятии организационных мер, направленных на организацию оказания качественной, доступной и безопасной медицинской помощи.

Для распространения опыта оказания методической поддержки «на местах» Росздравнадзором летом 2021 года был организован новый формат взаимодействия с регионами. Были проведены восемь окружных совещаний, нацеленных на поиск методов борьбы с избыточной смертностью и принятие дополнительных мер по ее снижению в субъектах Российской Федерации. Совещания прошли во всех федеральных округах с привлечением представителей Минздрава России, территориальных органов Росздравнадзора, органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, главных внештатных специалистов, а также полномочных представителей Президента РФ по федеральным округам. Участниками обсуждались следующие актуальные вопросы:

- тенденции медико-демографической ситуации в разрезе каждого субъекта с учетом роста смертности, структуры смертности, вклада смертности от новой коронавирусной инфекции; корреляции показателя летальности и охвата вакцинацией населения против COVID-19;

- проблемы в организации медицинской помощи в разрезе каждого субъекта по профилям медицинской помощи: «онкология», «кардиология», «неврология», «акушерство и гинекология», «пульмонология»;
- предложения по совершенствованию организации оказания медицинской помощи в зависимости от выявленных проблем в разрезе каждого субъекта;
- проблемные вопросы и риски реализации региональных проектов, входящих в состав национального проекта «Здравоохранение», региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения каждого региона;
- проблемы в части льготного лекарственного обеспечения населения;
- вопросы эффективности работы в системе фармаконадзора, в том числе передача сведений о нежелательных реакциях при применении вакцины против COVID-19.

Подобный формат совещаний позволил не только максимально детально

проанализировать специфику проблем в организации медицинской помощи в регионах, но и поделиться опытом реальных практик, которые смогли существенно усовершенствовать оказание медицинской помощи в разрезе конкретных нозологий или процессов, для популяризации их в дальнейшем.

По итогам проведения окружных совещаний собрана библиотека лучших региональных практик, а в данном номере журнала представлены одни из наиболее актуальных, инновационных региональных практик, которые показали реальный результат в совершенствовании организации оказания медицинской помощи гражданам.

Журнал «Вестник Росздравнадзора» и в следующем году будет сосредоточивать внимание на лучших региональных практиках.

Дорогие коллеги! Примите искренние поздравления с наступающим Новым годом! Пусть новый год будет таким же продуктивным, успешным и перспективным!



*С уважением, А.В. Самойлова,
главный редактор журнала,
руководитель Федеральной службы
по надзору в сфере здравоохранения*

QR-гид: наиболее актуальное в мгновенном доступе

Уважаемые коллеги!

В данном разделе нашего журнала мы представляем полезную информацию в соответствии с основной темой номера.

Для просмотра материала используйте приложение считывания QR-кодов на смартфоне, которое можно установить через App Store или Play market.



Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».



Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях».



Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».



Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”».



Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».



Постановление Правительства Архангельской области от 12.10.2012 № 462-пп «Об утверждении государственной программы Архангельской области “Развитие здравоохранения Архангельской области”».



Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».



Распоряжение Правительства Челябинской области от 26.06.2019 № 479-рп «О региональной программе Челябинской области “Борьба с онкологическими заболеваниями”».



Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).



Приказ Минздрава Челябинской области от 21.01.2016 № 68 «О маршрутизации взрослых пациентов при оказании медицинской помощи по профилю онкология в Челябинской области».



Всемирная организация здравоохранения. Проект глобальной стратегии по ускорению ликвидации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения от 05.04.2020.



Приказ Минобрнауки России от 23.08.2017 № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ».



Учредитель

**ФГБУ
«ИМЦЭУАОСМП»
Росздравнадзор**

Врио
генерального
директора

**СОМОВ
Дмитрий Владимирович**

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

Заведующая
редакцией:

**ТРУБНИКОВА
Анастасия Александровна**
+7-903-792-76-81;
+7-967-161-34-35;
anastasia-vestnikrzn@mail.ru
vestnikrzn@mail.ru

Ответственный
редактор:

**РЫБАКОВА
Тамара Алексеевна**
+7-903-792-76-81
vestnikrzn@mail.ru

Сайт <http://vestnikrzn.ru>

Главный редактор

САМОЙЛОВА Алла Владимировна,
д-р мед. наук, prim@roszdravnadzor.ru

Редакционный совет

Представители Минздрава России

МУРАШКО Михаил Альбертович	д-р мед. наук, министр здравоохранения Российской Федерации
ФИСЕНКО Виктор Сергеевич	канд. фарм. наук, первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
ГРИДНЕВ Олег Владимирович	д-р мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
КАМКИН Евгений Геннадьевич	канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
ГЛАГОЛЕВ Сергей Владимирович	заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
САЛАГАЙ Олег Олегович	канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
СЕМЁНОВА Татьяна Владимировна	канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
ПУГАЧЁВ Павел Сергеевич	заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
АСТАПЕНКО Елена Михайловна	канд. техн. наук, директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медизделий Минздрава России
ПЛУТНИЦКИЙ Андрей Николаевич	д-р мед. наук, руководитель Департамента проектной деятельности Минздрава России

Представители Росздравнадзора

ПАВЛЮКОВ Дмитрий Юрьевич	заместитель руководителя Росздравнадзора
ПАРХОМЕНКО Дмитрий Всеволодович	д-р фарм. наук, заместитель руководителя Росздравнадзора
СЕРЁГИНА Ирина Фёдоровна	д-р мед. наук, проф., заместитель руководителя Росздравнадзора

Представители ФГБУ, подведомственных Росздравнадзору

ИВАНОВ Игорь Владимирович	д-р мед. наук, генеральный директор ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора
СОМОВ Дмитрий Владимирович	канд. фарм. наук, врио генерального директора ФГБУ «ИМЦЭУАОСМП» Росздравнадзора
ШАРИКАДЗЕ Денис Тамазович	генеральный директор ФГБУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора

Адрес учредителя: 109074, Российская Федерация, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1. www.fgu.ru
Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Регистрационное свидетельство ПИ №ФС77-53457 от 29 марта 2013 г.
ISSN: 2070-7940

Издатель: Индивидуальный предприниматель **Пшенов И.А.** Дизайн обложки: **Трубникова А.А.**
Подписано к печати 10.12.2021 Формат 60 x 84/8. Усл. печ. л. 11,16. Печать офсетная. Тираж 2000 экз. Заказ № 304771
Отпечатано в ООО «ВИВА-СТАР».
Адрес типографии: 107023, г. Москва, ул. Электрозаводская, 20.
Цена свободная. Распространяется по подписке.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Воспроизведение, копирование и передача в любом формате опубликованных в журнале статей или их фрагментов (частей) без письменного разрешения редакции не допускается.

Редакционная коллегия

Иностранные члены

ВУЙНОВИЧ Мелита
(Республика Сербия)

специальный представитель Всемирной организации здравоохранения в России

КАУПБАЕВА Ботагоз Тулеугалиевна
(Республика Казахстан)

руководитель Центра аккредитации Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой» Минздрава Республики Казахстан, председатель Общественного объединения экспертов и консультантов по внешней комплексной оценке в сфере здравоохранения

РАКИЧ Северин
(Республика Сербская, Босния и Герцеговина)

д-р мед. наук, проф., Министерство здравоохранения и социального обеспечения Сербской Республики, координатор Центра развития системы здравоохранения и международного сотрудничества

САТЫБАЛДИЕВА Жаннат Абеновна
(Республика Казахстан)

д-р мед. наук, проф., руководитель Департамента фармаконадзора и мониторинга безопасности, эффективности и качества медицинских изделий, член Национальной консультативной комиссии по иммунизации населения Минздрава Республики Казахстан, эксперт I категории Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий»

ТУЛЕГЕНОВА Ардак Уринбасаровна
(Республика Казахстан)

д-р фарм. наук, проф., почетный член Национальной академии наук Республики Казахстан, председатель Фармакопейного комитета Евразийского экономического союза (ЕАЭС)

Медицинские науки

БАГНЕНКО Сергей Федорович

акад. РАН, д-р мед. наук, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи

БОЙЦОВ Сергей Анатольевич

акад. РАН, проф., д-р мед. наук, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ Кардиологии» Минздрава России

БРИКО Николай Иванович

акад. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, главный внештатный специалист-эпидемиолог

ДАЙХЕС Николай Аркадьевич

член-корр. РАН, д-р мед. наук, проф., директор ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», главный внештатный оториноларинголог Минздрава России

ЗАРУБИНА Татьяна Васильевна

д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой медицинской кибернетики и информатики МБФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный внештатный специалист по внедрению современных информационных систем в здравоохранении

ИВАНОВ Дмитрий Олегович

д-р мед. наук, проф., ректор ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, главный неонатолог Минздрава России

МОЛЧАНОВ Игорь Владимирович

д-р мед. наук, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии

ЮЩУК Николай Дмитриевич

д-р мед. наук, проф., акад. РАН, президент ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Фармацевтические науки

САКАНЯН Елена Ивановна

д-р фарм. наук, проф., зам. председателя Совета по Государственной фармакопее Минздрава России; председатель Фармакопейного комитета ЕЭС; главный аналитик Центра фармакопее и международного сотрудничества ФГБУ «НЦ ЭСМП» Минздрава России

Юридические науки

ВИНОГРАДОВ Вадим Александрович

д-р юрид. наук, проф., руководитель Департамента публичного права факультета права НИУ «ВШЭ»

ВЛАДИМИРОВ Владимир Юрьевич

д-р юрид. наук, проф., заслуженный юрист РФ, генерал-лейтенант полиции, профессор кафедры управления органами расследования преступлений Академии управления МВД России, профессор кафедры судебной медицины РМАНПО Минздрава России, академик РАЕН и МАНЭБ (Международной академии наук экологии и безопасности человека и природы)

КУЛАКОВ Владимир Викторович

д-р юрид. наук, проф., ректор ФГБОУ ВО «Российский государственный университет правосудия», действительный член Российской академии естественных наук (РАЕН)

МОХОВ Александр Анатольевич

д-р юрид. наук, проф., зав. кафедрой медицинского права ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА)»

ПИЛИПЕНКО Юрий Сергеевич

д-р юрид. наук, сопредседатель попечительского совета Института адвокатуры МГЮА им. О. Е. Кутафина, президент Федеральной палаты адвокатов Российской Федерации, член Общественного совета при ФССП РФ, член Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в РФ, член Рабочей группы президиума Совета при Президенте РФ по противодействию коррупции по взаимодействию со структурами гражданского общества, член НКС Общественной палаты РФ, член Совета по законотворчеству при Председателе Госдумы ФС РФ

РАРОГ Алексей Иванович

д-р юрид. наук, проф., зав. кафедрой уголовного права ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА)», заслуженный деятель науки РФ, Почетный юрист города Москвы, кавалер Ордена Почета

РОМАНОВСКИЙ Георгий Борисович

д-р юрид. наук, проф., зав. кафедрой уголовного права ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

СВИРИН Юрий Александрович

акад. РАЕН, вице-президент Гильдии российских адвокатов, НОУ ВО «Российская академия адвокатуры и нотариата», Почетный адвокат России

СЕРГЕЕВ Юрий Дмитриевич

член-корр. РАН, д-р юрид. наук, проф., зав. кафедрой медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, заслуженный юрист России, член совета директоров Всемирной ассоциации медицинского права (WAML), президент Национальной ассоциации медицинского права

СОКОЛОВ Александр Юрьевич

д-р юрид. наук, проф., член экспертного совета Высшей аттестационной комиссии при Минобрнауки России по праву, директор Саратовского филиала Института государства и права Российской академии наук

ШМАЛИЙ Оксана Васильевна

д-р юрид. наук, зав. кафедрой административного и информационного права Института права и национальной безопасности Российской академии народного хозяйства и государственной службы

ТЕМА НОМЕРА
ЛУЧШИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ЛУЧШИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ: ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ВОРОБЬЕВА Н.А., ВОРОБЬЕВА А.И.
 Антитромботические кабинеты как путь к реализации пациентоориентированной медицины. Опыт Архангельской области 8

КИСЕЛЕВА М.А., УМЕРОВА А.Р., АБДУЛЛАЕВА Э.Н., НОВИКОВА Е.В.
 Система управления сердечно-сосудистыми рисками на амбулаторном этапе в Астраханской области. 14

ЗАБЕЛИН М.В., ГАШИМОВА Д.Т., НИКОЛАЕВА И.Е., ЕНИКЕЕВА Д.Р., КАМАЛОВА В.Р.
 Системный подход к ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Башкортостан 20

ЧИМИТДОРЖИЕВА Т.Н., ЛУДУПОВА Е.Ю., МУНКОВА Д.М., РИНЧИНДОРЖИЕВА М.П.
 Опыт пилотного проекта по выявлению предраковой патологии и рака шейки матки в Республике Бурятия 30

ВАЖЕНИН А.В., СЕМЁНОВ Ю.А., ЗЕМЛЯНСКАЯ Л.А., КОЛЧИНСКАЯ Т.П., РОСТОВЦЕВ Д.М., ТЮКОВ Ю.А., ШЕМЕТОВ Д.Ю.
 Основные направления реализации региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» в Челябинской области 38

ТОКАРЕВ С.А., ПОЛОВОДОВА Н.С., ТОКАРЕВА М.В., ИВЛЕВА Н.С., ШИПУЛИНА Т.Я.
 Популяционные аспекты профилактической работы в регионе с низкой плотностью населения. Опыт Ямало-Ненецкого автономного округа 46

ЛУЧШИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ: ОРГАНИЗАЦИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

ДИОМИДОВА В.Н., СИДОРОВ А.Е., ЖУРАВЛЕВА Н.В., САМОЙЛОВ А.А.
 Создание аккредитационно-симуляционного центра на базе высшей медицинской образовательной организации как решение проблемы практической подготовки медицинских специалистов в период пандемии COVID-19. 53

ШКАРИН В.В., БОЧКОВА И.А.
 Симуляционное обучение как эффективный инструмент предотвращения кризисных ситуаций в системе здравоохранения 57

ОСМАНОВ Н.Ш., МУХАМЕДОВ Т.Г., ШАИХОВ Э.Д.
 Организация симуляционно-тренингового класса на базе отделения реанимации новорожденных. Опыт Республики Дагестан 65

ЛУЧШИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ: ВНЕДРЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА

МЕРЕТУКОВ Р.Б., КОРОБКО М.А., КУШХОВА С.М., ШЕХМИРЗОВА Д.Р.
 Опыт использования технологий бережливого производства для снижения смертности населения от основных причин смерти на примере Республики Адыгея 69

ЛУЧШИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

АМБРАЖУК И.И., ПОКОЕВ А.И.
 Практические новации для повышения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи в Сахалинской области 74

THE TOPIC OF THE ISSUE**BEST REGIONAL PRACTICES TO IMPROVE HEALTH CARE DELIVERY MECHANISMS****BEST REGIONAL PRACTICES: PREVENTION AND TREATMENT OF CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES****VOROBYEVA N.A., VOROBYEVA A.I.**

Antithrombotic clinic as a way to implement patient-centered medicine. The experience of the Arkhangelsk region 8

KISELEVA M.A., UMEROVA A.R., ABDULLAEVA E.N., NOVIKOVA E.V.

Outpatient cardiovascular risk management system in the Astrakhan region 14

ZABELIN M.V., GASHIMOVA D.T., NIKOLAEVA I.E., ENIKEEVA D.R., KAMALOVA V.R.

A systematic approach to the management of patients with cardiovascular diseases in the Republic of Bashkortostan 20

CHIMITDORZHIEVA T.N., LUDUPOVA E.Y., MUNKOEVA D.M., RINCHINDORZHIEVA M.P.

Pilot project experience in detecting precancerous pathology and cervical cancer in the Republic of Buryatia 30

VAZHENIN A.V., SEMYONOV Yu.A., ZEMLYANSKAYA L.A., KOLCHINSKAYA T.P., ROSTOVTSEV D.M., TYUKOV Yu.A., SHEMETOV D.Yu.

The main directions of the implementation of the regional program "Bor'ba s onkologicheskimi zabolevaniyami" in the Chelyabinsk region 38

TOKAREV S.A., POLOVODOVA N.S., TOKAREVA M.V., IVLEVA N.S., SHIPULINA T. Ya.

Population aspects of medical preventive work in a region with a low population density. Experience of Yamalo-Nenets Autonomous Region. 46

BEST REGIONAL PRACTICES: ORGANIZATION OF SIMULATION TEACHING**DIOMIDOVA V.N., SIDOROV A.E., ZHURAVLEVA N.V., SAMOYLOV A.A.**

Creation of an accreditation and simulation center on the basis of a higher medical educational organization as a solution to the problem of practical training of medical specialists during the COVID-19 pandemic 53

SHKARIN V.V., BOCHKOVA I.A.

Simulation training as an effective tool for preventing crisis situations in the health care system 57

OSMANOV N.SH., MUKHAMEDOV T.G., SHAIKHOV E.D.

Creation of a simulation and training class on the basis of the neonatal intensive care unit. Experience of the Republic of Dagestan 65

BEST REGIONAL PRACTICES: IMPLEMENTATION OF LEAN MANUFACTURING TECHNOLOGIES**MERETUKOV R.B., KOROBKO M.A., KUSHCHOVA S.M., SHEHMIRZOVA D.R.**

Experience of using lean production technologies to reduce mortality from the main causes of death on the example of the Republic of Adygea 69

BEST REGIONAL PRACTICES: ENSURING QUALITY AND ACCESSIBILITY OF HEALTH CARE**AMBRAZHUK I.I., POKOEV A.I.**

Practical innovations to improve the availability and quality of primary health care in the Sakhalin region 74

ТЕМА НОМЕРА:

ЛУЧШИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.А. ВОРОБЬЕВА^{1,2,3}, д-р мед. наук, проф., председатель общественного совета по защите прав пациентов
nadejdav0@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6613-2485>

А.И. ВОРОБЬЕВА², научный сотрудник
greenhamster@rambler.ru
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4817-6884>

Антитромботические кабинеты как путь к реализации пациентоориентированной медицины. Опыт Архангельской области

¹ ФГБУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, 163069, Российская Федерация, г. Архангельск, Троицкий проспект, д. 51.
Federal State Budgetary Education Institution of Higher Education «Northern State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 51, Troickij prospekt, Arkhangelsk, 163069, Russian Federation.

² Северный филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России, 163069, Российская Федерация, г. Архангельск, Троицкий проспект, д. 51.
Federal State-Funded Institution «National Research Center of Hematology» of the Health Ministry of the Russian Federation, Northern branch, 51, Troickij prospekt, Arkhangelsk, 163069, Russian Federation.

³ Территориальный орган Росздравнадзора по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, 163069, Российская Федерация, г. Архангельск, пл В.И. Ленина, д. 4.
Territorial body of Roszdravnadzor for the Arkhangelsk Region and the Nenets Autonomous Okrug, Lenina square 4, Arkhangelsk, 163069, Russian Federation.

Ключевые слова: антикоагулянты, антитромботические кабинеты, TTR, CER-анализ, пациентоориентированная медицина

Для цитирования: Воробьева Н.А., Воробьева А.И. Антитромботические кабинеты как путь к реализации пациентоориентированной медицины. Опыт Архангельской области // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 8–13.

For citation: Vorobyeva N.A., Vorobyeva A.I. Antithrombotic clinic as a way to implement patient-centered medicine. The experience of the Arkhangelsk region // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 5. – P. 8–13.

Vorobyeva N.A., Vorobyeva A.I.

Antithrombotic clinic as a way to implement patient-centered medicine. The experience of the Arkhangelsk region

The purpose of this work is to demonstrate the experience of an alternative medical technology for monitoring the effectiveness, safety and maintenance of antithrombotic therapy aimed at ensuring the principle of patient-centered medicine in remote medical organizations of the Arkhangelsk region. Materials and methods. To assess the effectiveness of the five-year operation of the regional network of antithrombotic rooms (AC) in comparison with the typical practice of 2015 laboratory monitoring of the INR indicator in the Arkhangelsk region, a repeated pharmacoeconomic cost-effectiveness analysis was carried out. Results. Time to stay within the target range (TTR) doubled from 34% to 70%; reduced the number of complications and negative clinical outcomes by 13%; reduced the number of negative clinical outcomes – strokes – by 7.1%; the organization of medical care in accordance with the procedures and standards for the provision of medical care and consultative work with leading specialists on the basis of the Regional Center for Antithrombotic Therapy was implemented; remote assessment of high-quality selection and dose correction of anticoagulants was introduced; an increase in the number of lives saved was achieved from the planned 25 in 2015 to 137 (2019 CER analysis); savings on the treatment of strokes in 2015–2019 amounted to 54.7 million rubles due to the prevention of strokes.

Keywords: anticoagulants, antithrombotic rooms, TTR, CER-analysis, patient-oriented medicine

В статье представлен опыт внедрения альтернативной медицинской технологии – антитромботических кабинетов, предназначенных для мониторинга эффективности, безопасности и сопровождения антитромботической терапии, направленной на обеспечение принципа пациентоориентированной медицины в отдаленных медицинских организациях.

Для оценки эффективности работы региональной сети антитромботических кабинетов в сравнении с типичной практикой лабораторного мониторинга показателя МНО был проведен повторный фармакоэкономический анализ «затраты-эффективность». Результаты показали, что время нахождения пациентов в целевом диапазоне (TTR) увеличилось два раза – с 34% до 70%. На 13% снизилось число осложнений и негативных клинических исходов (число инсультов – на 7,1%). Достигнуто увеличение числа сохраненных жизней с запланированных 25 в 2015 году до 137 в 2019 году. Экономия на лечении инсультов за счет их предупреждения в период 2015–2019 гг. составила 54,7 млн рублей.

Введение

Совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и повышение ее доступности для населения – приоритетные направления Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года [1]. В октябре 2018 года в России была начата реализация национального проекта «Здравоохранение», в состав которого входит федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», направленный на снижение смертности от болезней системы кровообращения, в том числе в труднодоступных регионах РФ. Важнейшим направлением в снижении смертности при данной патологии является продленная анти тромботическая терапия, требующая доступности лабораторного мониторинга, формирования приверженности как пациентов, так и медицинского сообщества [2].

Важно отметить, что Архангельская область расположена на севере Восточно-Европейской равнины, входит в состав Северо-Западного федерального округа. Включает 19 муниципальных районов и 7 городских округов. Плотность населения в среднем составляет 1,91 чел./км² и колеблется от 1195,68 чел./км² в г. Архангельске до 0,22 чел./км² – в муниципальных образованиях «Лешуконский муниципальный район» и 0,04 чел./км² «Новая Земля», что не может не отразиться на доступности медицинской помощи.

В структуре причин общей смертности населения устойчивое положение занимают болезни системы кровообращения (57,5%). Необходимо учитывать, что регион характеризуется особыми климатогеографическими условиями, связанными с периодами ледостава и ледохода, частой сменой воздушных арктических масс, крайне неустойчивой погодой, а также отсутствием развитой сети автомобильных дорог, наличием большого числа водных речных преград, а также территориально удаленных

медицинских организаций в сельской местности и на островных территориях, что вносит свою специфику в организацию лабораторного контроля фармакотерапии антикоагулянтами, в частности за показателем международного нормализованного отношения (МНО) при использовании антагонистов витамина К [3].

Реализация федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» национального проекта «Здравоохранение» на территории Архангельской области осуществляется посредством реализации одноименного регионального проекта¹. Приоритеты государственной политики в сфере здравоохранения Архангельской области, направленной на сохранение и укрепление здоровья населения, определены Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» – это снижение смертности населения от всех причин, в том числе от болезней системы кровообращения [4, 5].

В связи с географическими, климатическими, организационными особенностями оказания медицинской помощи в Архангельской области особое значение приобретает реализация принципа пациентоориентированной медицины, которая реализуется на двух уровнях: системном и персональном – это интеграция медицинских организаций в единую систему по профилю оказываемой помощи и смещение фокуса внимания в сторону высококачественной пациентоориентированной амбулаторной медицины. В качестве другого потенциального решения предложена ориентация на мультидисциплинарные команды клиницистов, которые позволяют обеспечивать гораздо более высокий уровень координации по сравнению с сольной практикой терапевта/семейного врача [6].

В 2015 году был разработан и внедрен региональный проект оптимизации мониторинга и реализации доступности продленной анти тромботической

¹ Постановление Правительства Архангельской области от 12.10.2012 № 462-пп «Об утверждении государственной программы Архангельской области “Развитие здравоохранения Архангельской области”». – URL: <https://www.minzdrav29.ru/ministry/programs>.

терапии на всей территории Архангельской области.

Цель работы

Демонстрация опыта альтернативной медицинской технологии мониторинга эффективности, безопасности и сопровождения антитромботической терапии, направленной на обеспечение принципа пациентоориентированной медицины в отдаленных медицинских организациях Архангельской области.

Материал и методы

Основная идея внедрения проекта в реальную клиническую практику базировалась на создании единой IT-структуры системы централизованного дистанционного мониторинга показателя МНО на базе АК медицинских организаций Архангельской области, объединенных на основе WEB-сервера. В качестве альтернативного метода лабораторного мониторинга в 2015 г. медицинские организации были оснащены портативными экспресс-анализаторами «CoaguChek XS Plus» (определение показателя МНО),

числе результатов лабораторных исследований, предусматривала обмен информацией по защищенным каналам связи. Для обмена использовали защищенную корпоративную сеть здравоохранения Архангельской области, построенную на базе программного обеспечения VipNet (администратором сети является ГБУЗ «МИАЦ»).

Для оценки эффективности пятилетней работы региональной сети антитромботических кабинетов (АК) в сравнении с типичной практикой 2015 года лабораторного мониторинга показателя МНО в Архангельской области году был проведен повторный фармакоэкономический анализ «затраты—эффективность». В качестве основных параметров для построения модели были использованы данные открытых источников (отечественные и зарубежные), а также первичные данные по Архангельской области.

Результаты и обсуждение

Выполненный нами ранее в 2015 году фармакоэкономический анализ выявил, что каждый седьмой летальный случай происходил по причине мозгового инсульта, при этом более 88% пациентов имели показание к продленной антитромботической терапии варфарином либо прямыми оральными антикоагулянтами, при этом получали ее только 23% пациентов. Следует отметить, что пациенты, получающие варфарин, в 2015 году имели крайне низкий показатель времени нахождения показателя МНО в терапевтическом диапазоне (TTR) 35–40% в виду недоступности своевременного и качественного лабораторного контроля за терапией в отдаленных районах области [3]. В связи с этим одной из приоритетных задач регионального здравоохранения Архангельской области в 2015 году явилось обеспечение доступности своевременной качественной медицинской помощи и средств лабораторного контроля при проведении продленной (пожизненной) антитромботической терапии.

Целенаправленная работа по организации мониторинга за пациентами, получающими продленную антитромботическую

Одной из приоритетных задач регионального здравоохранения Архангельской области в 2015 году явилось обеспечение доступности своевременной качественной медицинской помощи и средств лабораторного контроля при проведении продленной (пожизненной) антитромботической терапии

а с 2019 года – экспресс-анализаторами новой усовершенствованной версии «CoaguChek Pro II», позволяющей дополнительно определять показатель АЧТВ (активированного частичного тромбопластинового времени). Защита информации и персональных данных при проведении телемедицинских консультаций, передаче информации и заключений, в том

терапию в Архангельске, была начата в 2007 году, когда на базе Первой городской клинической больницы г. Архангельска приказом главного врача Е.Е. Волосевич было организовано отделение – Лаборатория гемостаза и атеротромбоза, где наблюдались пациенты с продленной фармакотерапией антагонистами витамина К (АВК). В мае 2016 г. стартовал пилотный региональный проект централизации мониторинга терапии АВК на базе 28 АК, открытых в медицинских организациях Архангельской области с учетом наличия пациентов с антитромботической терапией в отдаленных и труднодоступных районах, плотности населения и потребности в проведении продленной антикоагулянтной терапии в первую очередь при терапии варфарином. В 2019 году количество кабинетов увеличилось до 38 с наблюдением в них 6763 пациентов. Была создана и внедрена в реальную клиническую практику всех ЦРБ области ИТ-система дистанционного мониторинга терапии варфарином и координации работы системы Региональным Центром антитромботической терапии Архангельской области ГБУЗ Архангельской области «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» г. Архангельска. Это позволило в дальнейшем сформировать региональный регистр пациентов, получающих продленную терапию АВК и реализовать персонализированный подход к пациенту [7].

Стратегической целью организации и работы сети данных кабинетов в Архангельской области является повышение доступности, качества, безопасности и эффективности продленной терапии АВК, а с 2020 года – и на фоне терапии прямыми оральными антикоагулянтами (ПОАК). Перед сотрудниками АК были поставлены следующие задачи: определение показаний и противопоказаний для продленной терапии антикоагулянтами; выполнение лабораторных экспресс-исследований МНО и коррекция терапии АВК и ПОАК

индивидуально для каждого пациента; а также формирование приверженности к терапии и пациентоориентированного подхода.

По результатам статистического анализа работы сети АК в Архангельской области за 2019 год, показатель времени нахождения в терапевтическом интервале достиг 73%

Отдельное внимание в данном проекте уделено образовательной деятельности в виде создания авторских обучающих программ для пациентов, размещенных на сайте Регионального центра антитромботической терапии (1-й уровень обучения)², для медицинского сообщества общей сети (врачи, медицинские сестры, фармацевты) (2-й уровень обучения) и для врачей-специалистов в области антикоагулянтной терапии, сотрудников кабинетов (3-й продвинутый уровень)³. Так были организованы Школы обучения пациентов с продленной терапией АВК и ПОАК, подготовлены видеофильмы и аудио-презентации для среднего медицинского персонала в помощь для обучения пациентов, создано учебное пособие по обучению пациентов на основе вопросов и ответов, наглядные раздаточные пособия, а также региональный протокол плановой и срочной реверсии антитромботической терапии. На сайте кафедры клинической фармакологии и фармакотерапии Северного государственного медицинского университета г. Архангельска и Регионального Центра антитромботической терапии создан раздел для врачей и пациентов по работе АК области³.

По результатам статистического анализа работы сети АК в Архангельской области за 2019 год, показатель времени нахождения в терапевтическом интервале

² URL: <http://www.1gkb.ru/regionalnyy-tsentr-antitromboticheskoy-terapii/> Дата обращения: 09.08.2021.

³ URL: http://www.nsmu.ru/student/faculty/department/clin_farm/antikoagulyantnye-kabinety-arkhangelskoy-oblasti/ Дата обращения: 09.08.2021.

достиг 73% (Me 73 (65–82), что свидетельствовало об адекватной антитромботической терапии и приверженности пациентов. За анализируемый 5-летний период выявлены и прошли проверку реальной клинической практикой, в том числе и вовремя пандемии COVID-19, преимущества дистанционного WEB-мониторинга работы сети антитромботических кабинетов: была реализована доступность терапии антикоагулянтами для большего числа пациентов в отдаленных районах области; внедрена система управления качеством антитромботической терапии для медицинских работников; интеграция разных медицинских специалистов и медицинских организаций в единую систему; ведение регистра пациентов, получающих терапию АВК.

Пятилетний анализ работы (2015–2019 гг.) региональной IT-сети антитромботических кабинетов показал следующие результаты:

- 1) в два раза увеличилось время нахождения пациентов в целевом диапазоне (ТТР) МНО с 34% до 70%;
- 2) снижено число осложнений и негативных клинических исходов (кровотечений и тромбозов на фоне антикоагулянтной терапии) на 13%;
- 3) сокращено количество госпитализаций за счет уменьшения побочных реакций на фармакотерапию антикоагулянтами на 8%;
- 4) снижено число негативных клинических исходов – инсультов на 7,1%;
- 5) реализована организация медицинской помощи в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи;
- 6) реализована консультативная работа с ведущими специалистами в области антитромботической терапии Архангельской области на базе Регионального центра антитромботической терапии АО;
- 7) внедрена дистанционная оценка качественного подбора и коррекции дозы антикоагулянтов;
- 8) достигнуто увеличение числа сохраненных жизней с запланированных

25 в 2015 году до 137 (СЕР-анализ 2019 года);

- 9) на фоне работы проекта экономия на лечении инсультов в Архангельской области за период 2015–2019 гг. составила 54,7 млн рублей за счет предупреждения инсультов.

В марте 2021 года продолжено дальнейшее развитие проекта в виде организации двух антитромботических кабинетов в Ненецком автономном округе (г.Нарьян-Мар и поселок Искателей) с подключением их к серверу Регионального центра антитромботической терапии. Опыт внедрения проекта транслируется и на другие регионы РФ, а также за рубеж. Так, сотрудниками регионального центра проведены обучающие циклы по организации работы сети антитромботических кабинетов в Кемеровской, Челябинской, Иркутской области, в Республике Татарстан, Республике Марий Эл, а также в Азербайджанской Республике.

Важно отметить, что проект логично связан и с национальными целями (в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года»), а именно в области «сохранение населения, здоровье и благополучие людей» и «цифровой трансформации». Так, в рамках национальной цели «Сохранение населения, здоровье и благополучие людей» – это обеспечение устойчивого роста численности населения Российской Федерации за счет повышения ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет; а в рамках национальной цели «Цифровая трансформация» – достижение «цифровой зрелости» ключевых отраслей экономики и социальной сферы, в том числе цифровизация здравоохранения и образования.

В 2017 году авторы проекта были удостоены премии имени М.В. Ломоносова как лучшая научно-внедренческая работа.

Заключение

Таким образом, интеграция результатов внедренного проекта позволяет считать, что организация сети АК является

экономически эффективной альтернативой лабораторного контроля МНО и может быть рекомендована для внедрения в текущую практику оказания медицинской помощи пациентам с фибрилляцией предсердий и с искусственными клапанами сердца. Данный проект персонализации фармакотерапии позволяет существенно повысить приверженность пациентов к данному виду терапии, снизить и предупредить осложнения, инвалидизацию пациентов, обеспечить мониторинг

достижения целевых индикаторов Государственной программы «Развитие здравоохранения» в части сердечно-сосудистых заболеваний.

Следует отметить, что возможно дальнейшее развитие проекта в виде организации на базе анти тромботических кабинетов Центра управления сосудистыми рисками, что в итоге позволит добиться целевых показателей по снижению сердечно-сосудистой смертности в регионе.

ИСТОЧНИКИ

1. Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326419/ Дата обращения 09.08.2021.
2. *Бойцов С.А., Погосова Н.В.* [и др.] / Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации: Российское кардиологическое общество, Национальное общество профилактической кардиологии, Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний. – 289 с. – URL: <https://dzhmao.ru/spez/RKO/rec2017kardProf.pdf>. Дата обращения: 10.08.2021.
3. *Воробьева Н.А.* Клинико-экономическое обоснование создания системы централизованного лабораторного мониторинга безопасности и эффективности антикоагулянтной терапии в Архангельской области / Н.А. Воробьева, А.И. Воробьева, А.А. Щапков, А.А. Карпунов // Лабораторная служба. – № 2. – 2018. – С. 56-62. – URL: <https://doi.org/10.17116/labs20187256-62>.
4. Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». – URL: <http://base.garant.ru/70170948/#ixzz734UX4xtk>. Дата обращения: 09.08.2021.
5. Постановление Правительства Архангельской области от 12.10.2012 № 462-пп «Об утверждении государственной программы Архангельской области “Развитие здравоохранения Архангельской области”». – URL: <https://www.minzdrav29.ru/ministry/programs>. Дата обращения: 09.08.2021.
6. *Хальфин Р.А.* Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, О.Е. Качкова, И.Д. Демина [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2019. Т. 23. № 1. С. 104–114. DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-1-104-114.
7. *Вавилова Т.В.* Лучшие практики Российской Федерации в организации антикоагулянтной терапии у больных высокого риска тромбозоэмболических осложнений / Т.В. Вавилова, Л.В. Соловьева, А.Б. Бекоева, П.Ю. Зубкова, Н.А. Воробьева, А.И. Воробьева [и др.] // Российский кардиологический журнал. – № 2020. – № 25(6):3945. – С. 10–14. – URL: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3945>.

REFERENCES

1. Decree of the President of the Russian Federation of 06.06.2019 No. 254 “On the Strategy for the Development of Healthcare in the Russian Federation for the Period up to 2025”. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326419/ Accessed: 09.08.2021. (in Russian).
2. *Boytsov S.A., Pogosova N.V.* [et al.] / Cardiovascular prophylaxis 2017. Russian national guidelines: Russian Society of Cardiology, National Society for Preventive Cardiology, Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases. – 289 p. – URL: <https://dzhmao.ru/spez/RKO/rec2017kardProf.pdf>. Accessed: 10.08.2021. (in Russian).
3. *Vorobyeva N A, Vorob'eva A I, Shapkov A A, Karpunov A A.* Clinical and economic substantiation of the creation of a system of centralized laboratory monitoring of the safety and efficacy of anticoagulant therapy in the Arkhangelsk region. Laboratory Service. 2018; 7(2): 56–62. – URL: <https://doi.org/10.17116/labs20187256-62>. (in Russian).
4. Decree of the President of the Russian Federation of 07.05.2012 No. 598 “On improving the state policy in the field of health care.” – URL: <http://base.garant.ru/70170948/#ixzz734UX4xtk>. Accessed: 09.08.2021. (in Russian).
5. Decree of the Government of the Arkhangelsk region of 12.10.2012 No. 462-pp “On approval of the state program of the Arkhangelsk region” Development of health care in the Arkhangelsk region “. – URL: <https://www.minzdrav29.ru/ministry/programs>. Accessed: 09.08.2021. (in Russian).
6. *Khalfin R.A.* Patient-centered medicine: background to the transformation and components / R.A. Khalfin, V.V. Madyanova, O.E. Kachkova, I.D. Demina [et al.] // Vestnik Rossijskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Medicina (RUDN Journal of Medicine) 2019. Vol. 23. № 1. P. 104–114. DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-1-104-114. (in Russian).
7. *Vavilova T.V.* The best practices of the Russian Federation in the organization of anticoagulant therapy in patients with high risk of thromboembolic events / T.V. Vavilova, L.V. Solovyova, A.B. Bekoeva, P. Yu. Zubkova, N.A. Vorobyeva, A.I. Vorobyeva [et al.] // Rossijskij kardiologicheskij zhurnal (Russian Journal of Cardiology). – № 2020. – № 25(6):3945. – P. 10-14. – URL: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3945>. (in Russian).

М.А. КИСЕЛЕВА¹, канд. мед. наук, главный внештатный специалист-кардиолог
министерства здравоохранения Астраханской области, главный врач
Kiseleva_m_a@mail.ru
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8874-9643>

А.Р. УМЕРОВА², д-р. мед. наук, руководитель

Э.Н. АБДУЛЛАЕВА¹, врач-статистик

Е.В. НОВИКОВА¹, врач-статистик

Система управления сердечно-сосудистыми рисками на амбулаторном этапе в Астраханской области

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областной кардиологический диспансер», 414018, Российская Федерация, г. Астрахань, ул. Адмирала Нахимова, д. 133.
State Budgetary Institution healthcare Regional Cardiological Dispensary, 133, Admiral Nakhimov st., Astrakhan, 414018, Russian Federation.

² Территориальный орган Росздравнадзора по Астраханской области, 414040, Российская Федерация, г. Астрахань, ул. Коммунистическая, д. 27.
Territorial Authority of the Federal Service of Surveillance in Healthcare in Astrakhan region, 27, Kommunisticheskaya st., Astrakhan, 414040, Russian Federation.

Ключевые слова: организация медицинской помощи, управление сердечно-сосудистыми рисками, сердечная недостаточность, дислипидемии, антикоагулянтная терапия

Для цитирования: Киселева М.А., Умерова А.Р., Абдуллаева Э.Н., Новикова Е.В. Система управления сердечно-сосудистыми рисками на амбулаторном этапе в Астраханской области // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 14–19.

For citation: Kiseleva M.A., Umerova A.R., Abdullaeva E.N., Novikova E.V. Outpatient cardiovascular risk management system in the Astrakhan region // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 5. – P. 14–19.

Kiseleva M.A., Umerova A.R., Abdullaeva E.N., Novikova E.V.

Outpatient cardiovascular risk management system in the Astrakhan region

The change in clinical models of targeted groups of patients with high cardiovascular risk, as well as the impact of the pandemic on health care, dictates the need to change the approaches to the organization of medical care for these categories of patients. Using the example of the Astrakhan region, the article describes the experience of regional implementation in outpatient practice of the cardiovascular risk management system as a promising strategy for reducing the mortality rate of the population from diseases of the circulatory system in the region.

Keywords: organization of medical care, management of cardiovascular risks, heart failure, dyslipidemia, anticoagulant therapy

Смена клинических моделей целевых групп пациентов высокого сердечно-сосудистого риска, а также влияние пандемии на отрасль здравоохранения диктует необходимость изменения подходов к организации медицинской помощи данным категориям больных. В статье на примере Астраханской области описан опыт регионального внедрения в амбулаторную практику системы управления сердечно-сосудистыми рисками как перспективной стратегии для снижения в регионе смертности населения от болезней системы кровообращения.

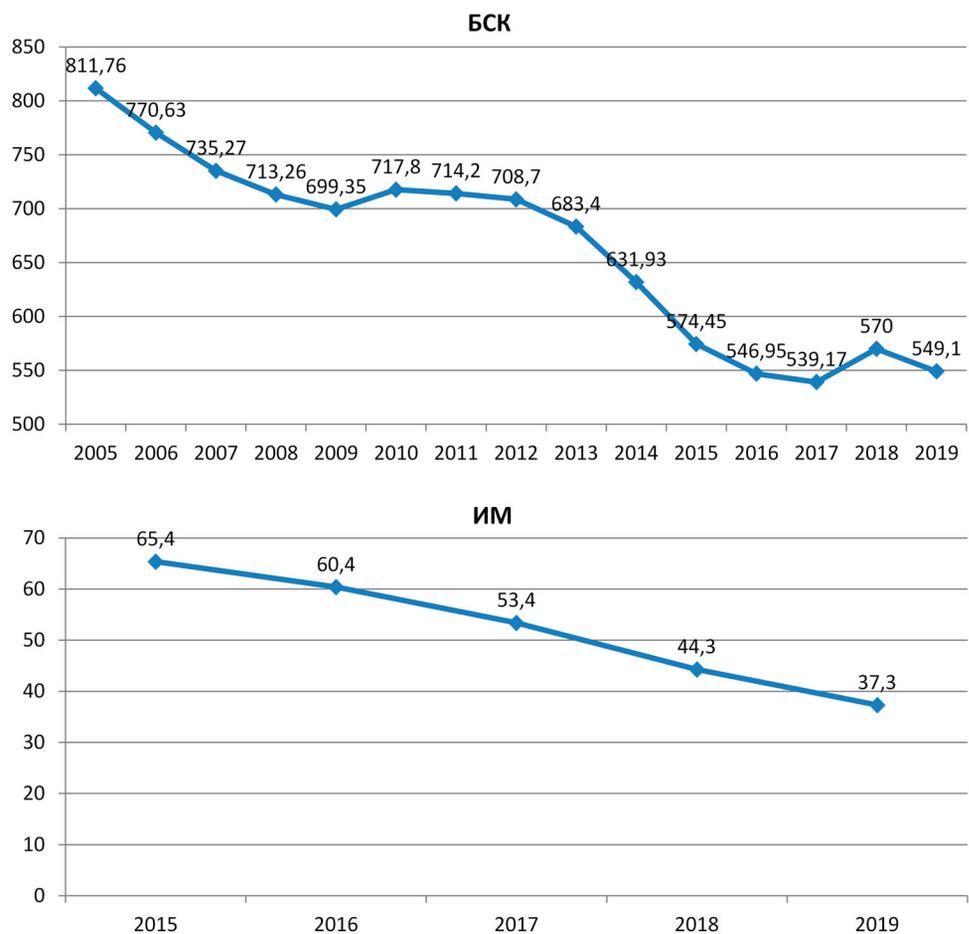
Введение

Пандемия новой коронавирусной инфекции оказала выраженное влияние на динамику показателей работы кардиологической службы в регионах Российской Федерации. Системы оказания экстренной

и плановой помощи, диспансерного наблюдения оказались недостаточно устойчивыми в рамках пандемии, потребовали поиска новых организационных решений, в первую очередь – перестройки парадигмы деятельности амбулаторно звена в связи с выраженной редуцией стационарного сегмента помощи пациентам практически всех профилей, включая кардиологический.

Особое внимание уделяется новым подходам к построению системы оказания помощи пациентам наиболее высокого сердечно-сосудистого риска (далее – ССР), основанным на прогнозах «пейзажа» наиболее распространенных сегодня и в ближайшем будущем моделей

Рисунок 1. Динамика смертности от болезней системы кровообращения (БСК) и инфаркта миокарда (ИМ) в Астраханской области (на 100 тыс. населения)



пациентов. Однако не только пандемия заставляет нас менять подходы к организации помощи данной категории пациентов. Как ни парадоксально, но чем успешнее отдельные программы по снижению смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний (далее – ССЗ), тем больше пациентов, доживающих до преклонного возраста, при этом накапливающих с годами коморбидную патологию, как усиливающую клиническую тяжесть пациентов, так и усложняющую подбор эффективной медикаментозной терапии с контролем ее безопасности [3, 5].

Определение целевых групп пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений в целях организации мероприятий по снижению смертности

Повышение доступности инвазивной диагностики поражения коронарного

русла, расширение перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов за счет новых лекарственных средств, с высокой эффективностью снижающих риски развития инфаркта миокарда (далее – ИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (далее – ОНМК) и внезапной смерти пациентов с болезнями системы кровообращения (далее – БСК), привели к снижению показателей смертности от БСК в целом. Реализованная в последнее десятилетие в виде государственной стратегии доступность высокотехнологичной помощи пациентам с ССЗ существенно сократила смертность от острых форм сердечно-сосудистых катастроф, что продемонстрировано на примере Астраханской области (рис. 1).

Однако при этом в популяции неизбежно накапливается пул больных с иной проблемой – тяжелыми стадиями хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН),

до которой пациенты ранее просто не дожили. Так, по данным российских эпидемиологических исследований, распространенность ХСН в общей популяции составляет 7%, в том числе клинически выраженная – 4,5%, увеличиваясь от 0,3% в возрастной группе от 20 до 29 лет до 70% у лиц старше 90 лет [2,3,5]. Таким образом, пациенты с тяжелыми формами хронической сердечной недостаточности, вносящие наиболее весомый вклад в структуру смертности от болезней системы кровообращения и, как следствие, в общую смертность в Российской Федерации, в настоящее время являются наиболее приоритетной категорией для фокуса внимания амбулаторной службы. Не менее значимой и по своим масштабам, и по влиянию на смертность от БСК является когорта больных с тяжелыми формами нарушений липидного обмена, лежащими в основе патогенеза как ИМ, так и большинства видов ОНМК [1, 4, 5]. Еще одна многочисленная группа пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений – пациенты с фибрилляцией предсердий, количество которых неуклонно растет, имея прямую корреляцию с ростом продолжительности жизни [1]. Залогом успеха их курации, предотвращения кардиоэмболических инсультов, является контроль за проведением антикоагулянтной терапии с позиции оценки эффективности и, что не менее важно, безопасности проводимого лечения.

Таким образом, на сегодняшний день в зоне ответственности терапевтов и кардиологов можно выделить три наиболее многочисленных категории пациентов, определяющих структуру и уровень смертности от БСК, максимально тщательный клинический контроль над которыми способен повлиять на данные показатели. Именно этот подход был положен в основу концепции управления сердечно-сосудистыми рисками, предложенную академиком Е.В. Шляхто, и реализуемую на примере Астраханской области, представляемую в данной публикации [2, 5].

Организация Центра управления сердечно-сосудистыми рисками на базе Областного кардиологического диспансера Астраханской области

Задачи Центра управления сердечно-сосудистыми рисками в Астраханской области принял на себя областной кардиологический диспансер (ГБУЗ АО ОКД), на базе которого были организованы кабинеты по лечению пациентов с тяжелыми стадиями ХСН (далее – кабинет ХСН), кабинет курации пациентов с тяжелыми и осложненными формами дислипидемий и кабинет антикоагулянтной терапии (рис. 2).

Подробно остановимся на задачах и особенностях деятельности каждого из них.

Для курации в кабинете ХСН определены пациенты с хронической сердечной недостаточностью III-IV функциональных классов,

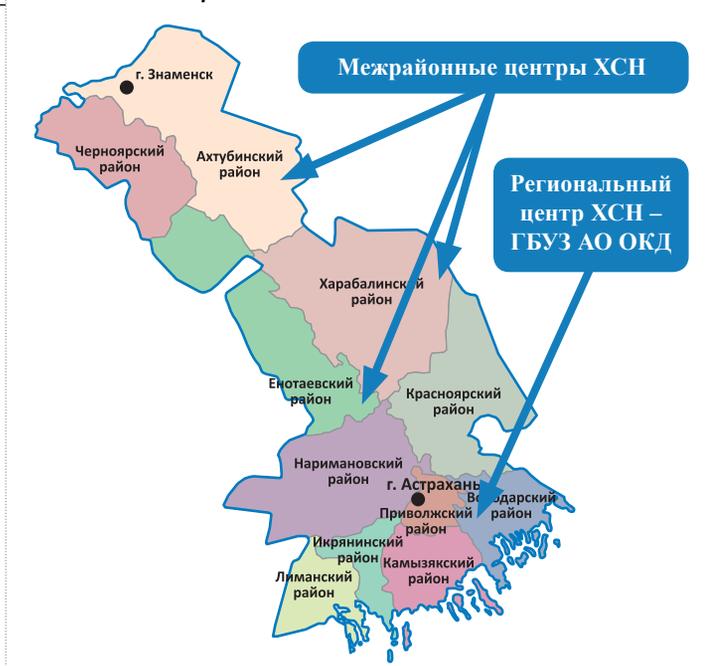
Рисунок 2. Таргетные группы высокого риска, требующие особого внимания в плане мероприятий по снижению смертности в связи с изменениями «пейзажа» кардиологических пациентов



а также пациенты с фракцией выброса левого желудочка менее 40%, которые направляются в соответствии с утвержденной маршрутизацией врачами амбулаторно-поликлинического звена и стационаров (в т.ч. после выписки по окончании курса лечения по поводу декомпенсации ХСН). В задачи врачей, работающих в кабинете, входит не только уточнение диагноза и тяжести сердечной недостаточности при первичной постановке на учет, но и оценка эффективности проводимой терапии в дальнейшем. Для этого при каждом визите пациента в качестве обязательного лабораторно-инструментального обследования проводятся определение общего анализа крови, электролитов крови, уровня натрий-уретического пептида, эхокардиоскопии на аппарате экспертного класса и тест толерантности к физической нагрузке, осуществляемый на тредмилле с программой обратной биологической связи. При необходимости спектр обследований может быть расширен за счет дополнительных ультразвуковых, эндоскопических исследований, холтеровского мониторирования электрокардиограммы, иных лабораторных тестов. Данный объем обследований позволяет реализовать разработанную и принятую в регионе систему дифференцированного подхода к оплате посещений и обращений в кабинете хронической сердечной недостаточности, включающую в зависимости от функционального наполнения три варианта тарифов на оплату обращения и шесть вариантов оплаты посещений данных кабинетов.

Такие посещения с углубленным обследованием являются для пациентов, по существу, определяющими дальнейшую стратегию их лечения и реализуются в условиях ГБУЗ АО ОКД ежеквартально. По итогам посещения пациенту на руки выдается «План индивидуального ведения» с указанием необходимой частоты посещений врача-терапевта по месту жительства, перечнем и сроками проведения необходимых контрольных исследований, указанием даты следующего контрольного осмотра в кабинете ХСН, а также рекомендациями, касающимися образа жизни (питание, виды физических нагрузок, вакцинация и др.).

Рисунок 3. Развитие сети кабинетов ХСН в Астраханской области



Эффективность деятельности кабинетов ХСН, организованных в ГБУЗ АО ОКД с 2019 года, позволила в последующем расширить их сеть с учетом территориальной специфики региона, посредством организации вспомогательных кабинетов ХСН межрайонного уровня. Таким образом, в настоящее время на территории Астраханской области функционируют два кабинета ХСН регионального уровня, работающие в две смены в ГБУЗ АО ОКД и три кабинета межрайонного уровня, организованные в наиболее удаленных районах области (рис. 3).

Необходимо отметить, что задачи кабинетов ХСН также являются ведение регистра больных, проведение школ здоровья как с самими пациентами, так и, что весьма важно, с их родственниками; медицинскими сестрами осуществляются контрольные телефонные обзвоны пациентов, повышающие приверженность больных к лечению и позволяющие своевременно выявить отрицательную динамику в их самочувствии. За 2,5 года деятельности кабинета ХСН в региональном центре на диспансерное наблюдение взято 1715 пациентов (проконсультировано более 2500 больных). По итогам посещения кабинета ХСН, у пациентов, наблюдавшихся более 6 месяцев (не менее двух визитов):

Рисунок 4. Работа дислипидемического кабинета

Показания для направления в дислипидемический кабинет

- рефрактерная к лечению гиперлипидемия;
- подозрение на наследственную гиперлипидемию;
- атеросклероз-ассоциированные сердечно-сосудистые заболевания с непереносимостью необходимых для достижения цели доз статинов;
- быстро прогрессирующий атеросклероз;
- распространенные формы атеросклероза

Прием пациента в дислипидемическом кабинете

- Осмотр, оценка клинического статуса с обязательным расчетом риска
- **Лабораторные обследования**
- Оценка липидного профиля + уровня печеночных трансаминаз. Далее – по клиническим показаниям до достижения целевых значений. Исключение заболеваний с вторичной гиперлипидемией (нефротический синдром, гипотиреоз)
- **Инструментальные обследования**
- ЭХОКС на аппарате экспертного класса
- ДСБЦА, ЭКГ
- ДСАНК и УЗИ аорты
- Нагрузочный тест (стресс-ЭХОКС)

- средняя годовая смертность составила 3,5%, что существенно ниже средних статистических значений: в РФ средняя годовая смертность среди пациентов с клинически выраженной ХСН – 12% [3];
- частота госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН составила 12%; повторных госпитализаций в течении года – 3,7%;

Дислипидемический кабинет начал функционировать в ГБУЗ АО ОКД в декабре 2019 года. Работа кабинета организована в две смены, прием ведут врачи-липидологи. Помимо уточнения диагноза, обследования пациентов с целью исключения сопутствующей патологии, уточнения наличия и характера поражения разных сосудистых бассейнов, для пациентов при необходимости организуется консультирование в профильных НМИЦ для решения вопроса о применении в лечении гуманизированных моноклональных антител (рис. 4).

С октября 2020 года в учреждении в условиях дневного стационара осуществляется введение пациентам с подтвержденной семейной гиперхолестеринемией ингибиторов пропротеиновой конвертазы субтилизин-кескин типа 9 (далее – iPCSK9). За два года работы кабинета консультацию получило более 800 пациентов, на диспансерном наблюдении в кабинете в настоящее время находится 346 человек; ежемесячное введение iPCSK9 получает 21 пациент. Ни у одного пациента, находящегося на диспансерном наблюдении в «липидном» кабинете, за период наблюдения не было зарегистрировано сердечно-сосудистых событий.

Еще одним приоритетным направлением в системе управления сердечно-сосудистыми рисками стало открытие в июне 2021 года кабинета антикоагулянтной терапии. К направлению в кабинет рекомендованы пациенты, перенесшие ОНМК на фоне приема антикоагулянтной терапии, пациенты после перенесенного острого коронарного синдрома, нуждающиеся в приеме антикоагулянтной терапии, и после кардиохирургических вмешательств на клапанах сердца.

Основной задачей деятельности кабинета, безусловно, является постоянный контроль эффективности и безопасности проводимого лечения, что особенно важно для пациентов, проживающих в удаленных районах области, имеющих ограниченную доступность в проведении лабораторных и инструментальных методов диагностики либо в консультации врача-специалиста. Реализация этого проекта стала возможна в связи с тем, что с января 2021 года ГБУЗ АО ОКД первым в регионе принял участие в пилотном проекте по проведению телемедицинских консультаций в формате «врач-пациент». Целями проекта явились:

- улучшение доступности медицинской помощи населению, рост удовлетворенности больных медицинским сервисом;
- снижение рисков инфицирования в период пандемии наиболее уязвимой категории населения;
- снижение интенсивности нагрузки на врачей амбулаторно-поликлинического звена.

Проект приоритетен для курации пациентов, нуждающихся в корректировке терапии под контролем лабораторных исследований (МНО, липидограммы). Участие в нем обосновано только для пациентов, которым ранее было проведено первичное очное консультирование и обследование в условиях данной медицинской организации.

Говоря о реализации стратегии управления сердечно-сосудистыми рисками в Астраханской области, нельзя обойти и тему сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с онкопатологией, в связи с чем между ГБУЗ АО ООД и ГБУЗ АО ОКД был заключен межучрежденческий договор по оказанию помощи пациентам с онкологическими заболеваниями и высоким

кардиоваскулярным риском; разработан регламент взаимодействия.

Дополнительными аспектами реализации в регионе стратегии управления СС-рисками на амбулаторном этапе также являются: деятельность кабинета для лечения больных с легочной гипертензией, лаборатория синдрома обструктивного апноэ сна. Одно из важнейших направлений работы – ведение регистров пациентов целевых групп (региональный регистр пациентов с ХСН, участие в федеральном регистре пациентов с нарушениями липидного обмена «Ренессанс» и др.).

Заключение

Учитывая небольшой период реализации данной стратегии в Астраханской области и этапное ее внедрение,

на сегодняшний день мы можем оценить только ее промежуточные итоги, однако и они весьма оптимистичны. В период с января 2019 по декабрь 2021 гг. в регионе зарегистрировано снижение числа зарегистрированных случаев острого коронарного синдрома (в 2019 – 2190; в 2020 – 1452; в 2021 – 1261). Также наблюдается снижение смертности от ИМ (10 мес. 2019 – 39,5; 10 мес. 2020 – 36,1; 10 мес. 2021 – 33,1 на 100 тыс. населения).

Таким образом, реализуемая в Астраханской области на амбулаторном этапе система управления сердечно-сосудистыми рисками является перспективной стратегией для снижения в регионе смертности населения от болезней системы кровообращения. ■

ИСТОЧНИКИ

1. Бойцов С.А., Погосова Н.В., Бубнова М.Г., и др. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. – Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 23(6). – С. 7–122. DOI:10.15829/1560-4071-2018-6-7-122.
2. Виллевалде С.В. Принципы организации медицинской помощи пациентам с сердечной недостаточностью в системе управления сердечно-сосудистыми рисками: фокус на преемственность и маршрутизацию пациентов. Практические материалы / С.В. Виллевалде, А.Е. Соловьева, Н.Э. Звартау, Н.Г. Авдонина, А.Н. Яковлев, М.Ю. Ситникова, П.А. Федотов, Ю.М. Лопатин, А.С. Галявич, Д.В. Дупляков, И.В. Фомин, Е.В. Шляхто // Российский кардиологический журнал. – 2021. – № 26(3): 4558. – С. 1–40. DOI:10.15829/1560-4071-2021-4558.
3. Виноградова Н.Г. Анализ смертности у пациентов с ХСН после декомпенсации при длительном наблюдении в условиях специализированной медицинской помощи и в реальной клинической практике / Н.Г. Виноградова, Д.С. Поляков, И.В. Фомин // Кардиология. – 2020. – № 60(4). – С. 91–100. DOI:10.18087/cardio.2020.4.n1014.
4. Ежов М. В. Регистр пациентов с семейной гиперхолестеринемией и пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска с недостаточной эффективностью проводимой гиполипидемической терапии (РЕНЕССАНС) / М.В. Ежов, С.А. Близняк, Н.А. Тмоян и др. // Российский кардиологический журнал. – 2019. – № 24(5). – С. 7–13. DOI:10.15829/1560-4071-2019-5-7-13.
5. Шляхто Е.В. Система управления сердечно-сосудистыми рисками: предпосылки к созданию, принципы организации, целевые группы / Е.В. Шляхто, Н.Э. Звартау, С.В. Виллевалде и др. // Российский кардиологический журнал. – 2019. – № 24(11). – С. 69–82. DOI:10.15829/1560-4071-2019-11-69-82.

REFERENCES

1. Boytsov S.A., Pogosova N.V., Bubnova M.G., et al. Cardiovascular prevention. – 2017. – National guidelines. Russ J Cardiol. – 2018. – № 23(6). – P. 7–122.
2. Villevalde S. V., Soloveva A. E., Zvartau N. E., Avdonina N. G., Yakovlev A. N., Sitnikova M. Yu., Fedotov P. A., Lopatin Yu. M., Galyavich A. S., Duplyakov D. V., Fomin I. V., Shlyakho E. V. Principles of organization of medical care for patients with heart failure in the system of cardiovascular risk management: focus on continuity of care and patient routing. Practical materials. Russian Journal of Cardiology. – 2021. – № 26(3): 4558. – С. 1–40. DOI:10.15829/1560-4071-2021-4558.
3. Vinogradova N.G., Polyakov D.S., Fomin I.V. Analysis of mortality in patients with heart failure after decompensation during long-term follow-up in specialized medical care and in real clinical practice. Kardiologiya. – 2020. – № 60. – P. 91–100.
4. Yezhov M.V., Bliznyuk S.A., Tmoyan N.A., et al. Register of patients with familial hypercholesterolemia and patients of very high cardiovascular risk with lipid-lowering therapy underperformance (RENESSANS). Russian Journal of Cardiology. – 2019. – № 24(5). – P. 7–13.
5. Shlyakhto E.V., Zvartau N.E., Villevalde S.V., et al. Cardiovascular risk management system: prerequisites for developing, organization principles, target groups. Russian Journal of Cardiology. – 2019. – № 24(11). – P. 69–82.

М.В. ЗАБЕЛИН¹, д-р мед. наук, заместитель Премьер-министра
Правительства Республики Башкортостан – министр здравоохранения
Республики Башкортостан

Д.Т. ГАШИМОВА², канд. мед. наук, руководитель

И.Е. НИКОЛАЕВА^{1,3}, канд. мед. наук, главный внештатный специалист-кардиолог,
главный врач, председатель Башкортостанского отделения Российского
кардиологического общества, председатель Ассоциации специалистов
по лечению сердечно-сосудистых заболеваний Республики Башкортостан

Д.Р. ЕНИКЕЕВА¹, канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения

В.Р. КАМАЛОВА³, заместитель главного врача по организационно-методической работе

Системный подход к ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Башкортостан

¹ Министерство здравоохранения Республики Башкортостан,
450002, Российская Федерация, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23.
Ministry of Health of the Republic of Bashkortostan, 23, Tukaeva st., Ufa, 450002, Russian Federation.

² Территориальный орган Росздравнадзора по Республике Башкортостан,
450076, Российская Федерация, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Аксакова, д. 62.
Territorial body of Roszdravnadzor in the Republic of Bashkortostan, 62, Aksakova st., Ufa, 450076, Russian Federation.

³ ГБУЗ Республиканский кардиологический центр Министерства здравоохранения Республики Башкортостан,
450106, Российская Федерация, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Степана Кувыкина, д. 96.
Republican cardiological center, 96, Kuvykina st., Ufa, 450106, Russian Federation.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, сердечно-сосудистые заболевания, региональные сосудистые центры, первичные сосудистые центры, центр управления сердечно-сосудистыми рисками, республиканская медицинская информационно-аналитическая система, автоматизированный регистр пациентов, маршрутизация пациентов

Для цитирования: Забелин М.В., Гашимова Д.Т., Николаева И.Е., Еникеева Д.Р., Камалова В.Р. Системный подход к ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Башкортостан // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 20–29.

For citation: Zabelin M.V., Gashimova D.T., Nikolaeva I.E., Enikeeva D.R., Kamalova V.R. A systematic approach to the management of patients with cardiovascular diseases in the Republic of Bashkortostan // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 5. – P. 20–29.

Zabelin M.V., Gashimova D.T., Nikolaeva I.E., Enikeeva D.R., Kamalova V.R.

A systematic approach to the management of patients with cardiovascular diseases in the Republic of Bashkortostan

The article presents the experience of successful implementation of the activities of the regional project "Fight against cardiovascular diseases" in the Republic of Bashkortostan. Within the framework of the project, a three-tier cardiovascular risk management system was created, including 71 cardiovascular risk management services (level 1); 11 inter-municipal cardiovascular risk management centers (level 2); Center for Cardiovascular Risk Management on the basis of the Republican Cardiology Center (level 3). Thanks to the successful implementation of the model of specialized care for cardiovascular diseases, the availability of medical care for patients increased from 12.8 to 8.7 days, the proportion of dispensary observation of patients with cardiovascular diseases increased from 33.7% to 57.9%, mortality from diseases of the circulatory system decreased from 536.2 to 531.8 per 100 thousand of the population, mortality from myocardial infarction decreased from 20.5% to 15.1%. The terms for transferring patients from primary vascular departments to regional vascular centers have been reduced from 6.9 days to 2.3 days. A promising concept for the development of the cardiological service in the region is the support of patients with cardiovascular pathology throughout their life. The next step in the development of long-term follow-up of high cardiovascular risk patients within the Cardiovascular Risk Management Center will be the implementation of the «Digital Patient» project.

Keywords: diseases of the circulatory system, cardiovascular diseases, regional vascular centers, primary vascular centers, Cardiovascular Risk Management Center, republican medical information and analytical system, automated patient register, patient routing

В статье представлен опыт успешной реализации мероприятий регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в Республике Башкортостан. В рамках проекта была создана трехуровневая система управления сердечно-сосудистыми рисками, включающая в себя 71 службу управления сердечно-сосудистыми рисками (1 уровень); 11 межмуниципальных центров управления сердечно-сосудистыми рисками (2 уровень); Центр управления сердечно-сосудистыми рисками на базе Республиканского кардиологического центра (3 уровень). Благодаря успешному внедрению модели

специализированной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях доступность медицинской помощи пациентам увеличилась с 12,8 до 8,7 дней, доля диспансерного наблюдения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями увеличилась с 33,7% до 57,9%, смертность от болезней системы кровообращения снизилась с 536,2 до 531,8 на 100 тыс. населения, летальность от инфаркта миокарда снизилась с 20,5% до 15,1%. Сократились сроки перевода пациентов из первичных сосудистых отделений в региональные сосудистые центры с 6,9 суток до 2,3 суток. Перспективная концепция развития кардиологической службы в регионе – сопровождение пациентов с сердечно-сосудистой патологией в течение жизни. Следующим шагом в развитии долгосрочного наблюдения пациентов высокого сердечно-сосудистого риска в рамках Центра управления сердечно-сосудистыми рисками станет реализация проекта «Цифровой пациент».

Введение

Высокая распространенность и смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний остается не только медицинской, но и социальной проблемой.

Из проживающих более 3 млн взрослого населения в Республике Башкортостан заболеваниями сердца и сосудов страдает треть взрослого населения – более 1,2 млн человек. Ежегодно около 20 тыс. жителей Республики умирает от болезней системы кровообращения. В связи с этим перед Правительством Республики Башкортостан и системой здравоохранения встала непростая задача – сохранение и укрепление здоровья граждан всех возрастов.

Особенности системы оказания медицинской помощи населению в Республике Башкортостан

В Республике Башкортостан создана эффективная трехуровневая система оказания медицинской помощи населению (рис. 1). Первичная медико-санитарная помощь оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, врачебных амбулаториях, участковых, центральных районных и городских больницах, бригадами скорой медицинской помощи. Специализированная медицинская помощь преимущественно оказывается в межмуниципальных медицинских центрах 2-го уровня и медицинских организациях 3-го уровня, которые также оказывают высокотехнологичную медицинскую

Рисунок 1. Республика Башкортостан: характеристика региона



СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

- 2 станции в г. Уфа и г. Стерлитамак
- 6 межмуниципальных отделений СМП и 27 отделений СМП при ЦРБ, ЦГБ, ГБ
- Всего 329 бригад СМП



ДЕМОГРАФИЯ на 01.01.2021

Население: 4 038 151 чел.
 Взрослое население: 3 125 814 чел.
 из них старше 60 лет – 960 151 чел.
 Дети: 912 337 чел.
 Сельское население: 1 516 311 чел.

Сеть медицинских организаций



ДЕМОГРАФИЯ 9 месяцев 2021

Рождаемость: 9,9 (на 1000 нас.)
 Смертность: 15,4 (на 1000 нас.)

Санитарная авиация

2 самолета АН-2
 2 вертолета «R-44» Robinson (США)
 1 самолет АНСАТ



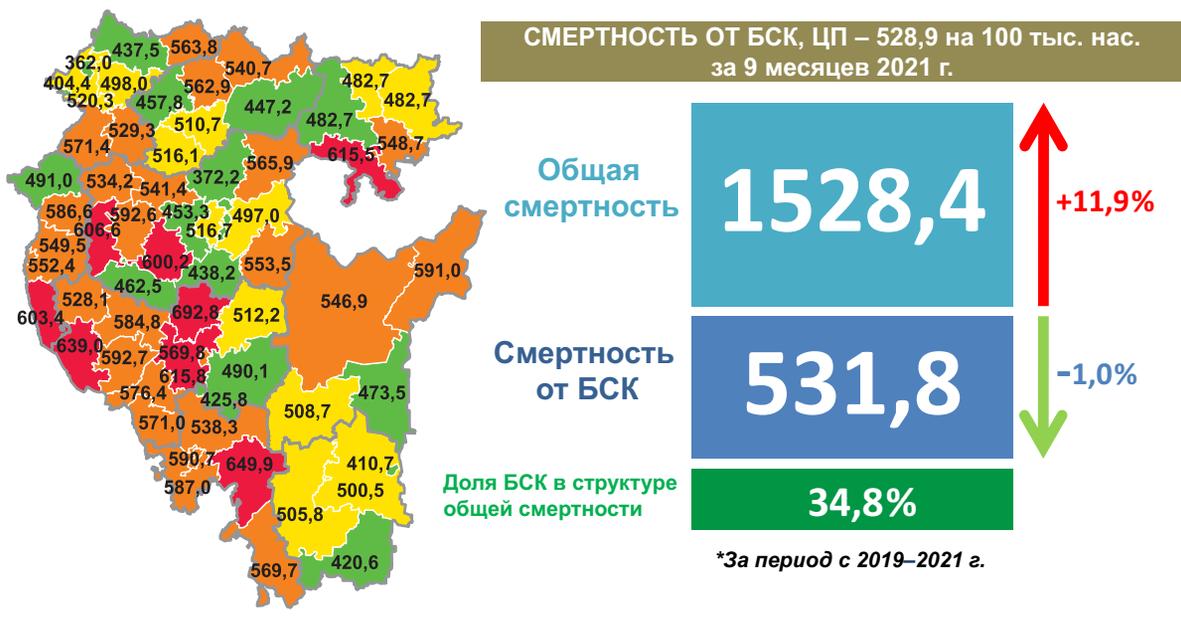
Обеспеченность врачами

35,2 (на 10 тыс. нас.)

Стоимость ТППГ
 на 2021 год

72 882 445,47 тыс. руб.

Рисунок 2. Показатели смертности от БСК в Республике Башкортостан



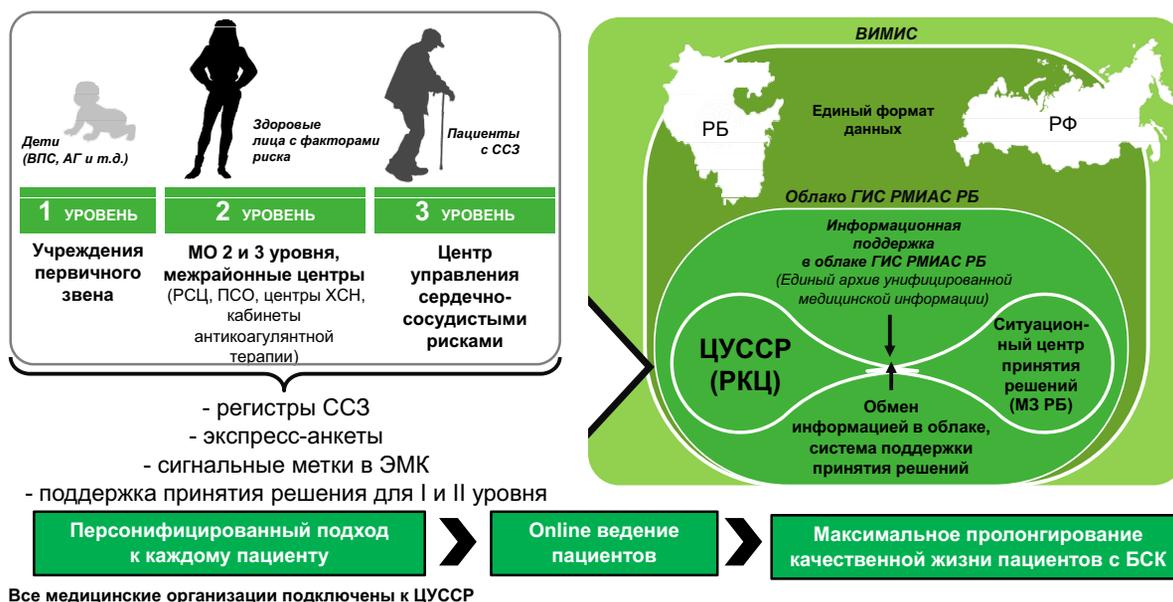
помощь. В работе кардиологической службы нередко используется санитарная авиация. Такой подход позволяет предоставлять оперативную, квалифицированную помощь населению Республики Башкортостан. В регионе в 2020 году приобретен 1 вертолет, оснащенный современной медицинской аппаратурой. Введены в эксплуатацию 2 вертолетные площадки. Осуществляются вылеты в удаленные и труднодоступные районы Республики Башкортостан.

В рамках оказания экстренной медицинской помощи на этапе скорой медицинской помощи организовано 2 станции: ГБУЗ РСММП и ЦМК (населению г. Уфа и Уфимского района) и ГБУЗ РБ ССМП г. Стерлитамак (населению г. Стерлитамак и Стерлитамакского района); 6 межмуниципальных отделений СМП, 27 отделений СМП при центральных, районных и городских больницах. Всего 329 бригад СМП.

Рисунок 3. Перечень задач, решаемых при снижении смертности от БСК



Рисунок 4. Центр управления сердечно-сосудистыми рисками



В структуре санитарной авиации имеются 2 самолета АН-2, 2 вертолета «R-44» Robinson (США), 1 самолет АНСАТ.

Смертность от болезней системы кровообращения с 2018 года снизилась на 1,0%. Доля БСК в структуре общей смертности составляет 34,8% (рис. 2). Это стало возможным как за счет оснащения медицинских организаций новым оборудованием, расширения сети региональных сосудистых центров (далее – РСЦ) и первичных сосудистых центров (далее – ПСО), обеспечения льготными лекарственными препаратами, так и за счет увеличения доли патологоанатомических исследований, повышающих достоверность диагноза.

Несмотря на достигнутые успехи по снижению смертности от БСК, в Республике сохраняются такие проблемы, как низкая осведомленность населения о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, низкое качество и недостаточная эффективность диспансерного наблюдения больных с БСК, недостаточное льготное лекарственное обеспечение, поздняя выявляемость сердечно-сосудистых заболеваний, недостаточное соблюдение стандартов и клинических рекомендаций (рис. 3).

Трехуровневая система управления сердечно-сосудистыми рисками

В регионе выстроена целостная система управления сердечно-сосудистыми

рисками с онлайн сопровождением каждого пациента как с острыми, так и с хроническими формами БСК.

С 1 января 2021 года на базе Республиканского кардиологического центра функционирует Центр управления сердечно-сосудистыми рисками (ЦУССР) 3 уровня, реорганизованный из Республиканского логистического центра.

Созданная трехуровневая система управления сердечно-сосудистыми рисками включает:

- 71 службу управления сердечно-сосудистыми рисками – 1 уровень;
- 11 межмуниципальных центров управления сердечно-сосудистыми рисками – 2 уровень;
- Центр управления сердечно-сосудистыми рисками на базе Республиканского кардиологического центра – 3 уровень.

ЦУССР проводит онлайн-наблюдение за каждым пациентом с проведением экспресс-анкетирования по отдельным нозологическим формам с целью выявления первых признаков ухудшения состояния пациентов. Установка сигнальных (электронных) меток для врачей позволяет оперативно мониторить сроки и качество диспансерного наблюдения больных высокого риска неблагоприятного прогноза и осложнений. На сегодняшний день все медицинские организации подключены к ЦУССР.

Рисунок 5. Регистры болезней системы кровообращения



Интеграция с ВИМИС «Кардиология» способствует разработке системы персонализированного контроля за каждым пациентом, начиная с самых ранних этапов развития ССЗ, позволяя ускорить получение «второго мнения» и удаленной консультации с Федеральным центром.

Автоматизированные регистры пациентов с БСК. Республика Башкортостан имеет большой успешный опыт внедрения мониторинговых систем, так как основная концепция развития кардиологической службы в регионе – сопровождение пациентов с сердечно-сосудистой патологией в течение жизни, улучшение качества и продолжительности жизни. С учетом клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи разработаны и введены в эксплуатацию 12 автоматизированных регистров пациентов с ССЗ, в том числе с жизнеугрожающими состояниями. Организуются онлайн наблюдения за сложной категорией пациентов с ССЗ. Новым шагом в развитии долгосрочного наблюдения пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска в рамках ЦУССР в перспективе станет реализация проекта «Цифровой пациент».

Регистром БСК может пользоваться: любой участковый терапевт, врач-кардиолог, фельдшер ФАП, руководитель подразделения, руководитель медицинской организации.

Задачи Центра управления сердечно-сосудистыми рисками. Основными

задачами Центра управления сердечно-сосудистыми рисками являются:

- ведение интегрированных электронных медицинских карт пациентов в РМИАС;
- управление маршрутизацией пациентов с ОКС («Светофор»);
- контроль системы льготного лекарственного обеспечения;
- управление диспансерным наблюдением (сигнальные метки, экспресс-анкеты раннего выявления ухудшения состояния пациента);
- проведение онлайн консультаций в круглосуточном режиме;
- прием дистанционных ЭКГ;
- системный мониторинг и координация оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми рисками.

Управление маршрутизацией пациентов. Маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) осуществляется по принципу «светофор». Принцип заключается в следующем: фельдшер на вызове скорой медицинской помощи снимает ЭКГ и передает ЭКГ в ЦУССР. Врач-кардиолог ЦУССР интерпретирует ЭКГ, фиксирует жалобы пациента, собирает анамнез, который передает фельдшер и принимает решение о тактике ведения и маршрутизации пациента. Маршрутизация пациента осуществляется по системе «светофор». Сотрудник ЦУССР видит свободную операционную среди сосудистых центров г. Уфы и направляет пациента по принципу «свободной операционной»

Рисунок 6. Регистр БСК в республиканской медицинской информационно-аналитической системе

Регистр болезней системы кровообращения

Нажмите на заголовок чтобы свернуть/развернуть панель фильтров

Тип поиска человека: 1. По текущему состоянию

1. Пациент 2. Пациент (даль.) 3. Прикрепление 4. Адрес 5. Лыга 6. Регистр 7. Пользователь

Тип записи регистра: Все

Дата включения в регистр: []

Дата исключения из регистра: []

Предмет наблюдения: []

Есть заполненные анкеты: []

Пользователь

Добавить Изменить Просмотреть

Имя Фамилия Отчество Д/р Дата си

Искать Печать Открыть ЭМК Исключить из регистра

Кто может пользоваться?

- любой участковый терапевт;
- врач-кардиолог;
- руководитель подразделения;
- руководитель медицинской организации

на проведение экстренной ЧКВ в региональный сосудистый центр (рис. 7).

Республиканская медицинская информационно-аналитическая система (РМИАС). Информация обо всех пациентах с ССЗ, обратившихся в любую медицинскую организацию региона, поступает в ЦУССР через республиканскую медицинскую информационно-аналитическую систему (РМИАС). После поступления информации запускается процесс сопровождения пациента и его маршрутизации с целью обеспечения наиболее эффективного лечения.

Показатель смертности от инфаркта миокарда в 2021 году снизился на 20,1% по сравнению с 2018 годом (18,9 на 100 тыс. населения).

Медицинскую помощь при ОКС оказывают 8 региональных сосудистых центров (далее – РСЦ) и 10 первичных сосудистых центров (из них 3 с ангиографом) (далее – ПСО) и 1 сосудистый центр с ангиографом частной формы собственности.

Сегодня население всех медицинских округов Республики Башкортостан, в т.ч. отдаленные районы, имеют возможность проведения первичного ЧКВ. Возможность проведения первичного ЧКВ в сроки 120 минут от первого медицинского контакта до «проводника» имеют 93,6% населения Республики (2 936 553 человек) с включением в маршрутизацию по ОКС РСЦ на базе ГБ г. Кумертау.

В системе РМИАС есть функция формирования отчета по пациентам с острым коронарным синдромом по Республике Башкортостан. В ЦУССР формируются

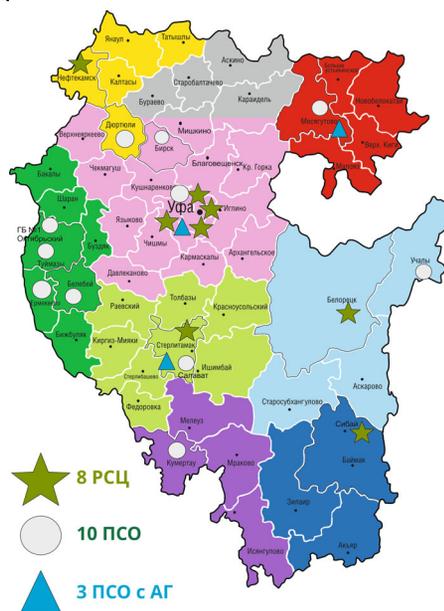
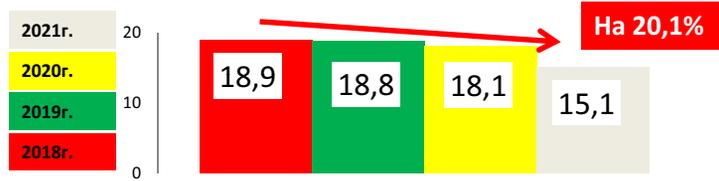
отчеты по пациентам с ОКС. По каждому пациенту отражается следующая информация: время госпитализации, время проведения ЧКВ, время от первого медицинского контакта до проведения ЧКВ и т.д. Также каждая медицинская организация может выгрузить данный отчет по прикрепленному населению и по округу.

При создании талона амбулаторного посещения по диагнозам согласно приказу Минздрава России от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» в случае, если пациент не был ранее поставлен на диспансерный учет, появляется диалоговое окно с предупреждением: «Внимание! Пациенту не установлен диспансерный учет по диагнозу...» Таким образом, участковый терапевт должен поставить данного пациента на диспансерный учет по ССЗ и проставить даты явок диспансерного приема.

Когда участковый терапевт начинает работу в системе РМИАС, в первую очередь открывается диалоговое окно «сигнальная информация для врача». В этом разделе сигнальной информации находятся вкладки: «Установление ДН», «Контроль ДН», «Контроль событий» и «Контроль консультации МО 3 уровня». Появляется список пациентов, которых участковый терапевт должен был вызвать на диспансерный прием и не вызвал. Отдельным списком отражаются пациенты, у которых прошли все даты явок на диспансерный прием, список этих пациентов отправляется в ЦУССР 3 уровня (рис. 8).

Рисунок 7. Маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ



Время	РКЦ		БСМП		ГКБ № 21		ГКБ № 18		РКБ им.г.Куватова	
	1 стол	2 стол	1 стол	Ф.И.О.	1 стол	Ф.И.О.	1 стол	Ф.И.О.	1 стол	Ф.И.О.
0:00	Шукурова Н.А.		Сафин А.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Муниретте А.И.				
1:00	Шукурова Н.А.		Сафин А.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Муниретте А.И.				
2:00	Шукурова Н.А.		Сафин А.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Муниретте А.И.				
3:00	Шукурова Н.А.		Сафин А.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Муниретте А.И.				
4:00	Шукурова Н.А.		Сафин А.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Муниретте А.И.				
5:00	Шукурова Н.А.		Сафин А.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Муниретте А.И.				
6:00	Шукурова Н.А.		Сафин А.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Муниретте А.И.				
7:00	Шукурова Н.А.		Сафин А.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Муниретте А.И.				
8:00	Шербанова Е.С.		Сафин А.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Муниретте А.И.				
9:00	Шербанова Е.С.		Тамерканова Ш.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Толкеев М.О.				
10:00	Шербанова Е.С.		Тамерканова Ш.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Толкеев М.О.				
11:00	Шербанова Е.С.		Тамерканова Ш.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Толкеев М.О.				
12:00	Шербанова Е.С.		Тамерканова Ш.А.	Саматгулин А.Р.	Назаров М.С.	Толкеев М.О.				

При открытии электронной медицинской карты, если у пациента пропущен плановый диспансерный осмотр, появляется метка в форме «сердца». В случае если пациент не осмотрен, информация по диспансерному наблюдению передается в службу управления сердечно-сосудистыми рисками 1 уровня в течение двух недель, в межрайонные ЦУССР 2 уровня – в течение одного месяца, ЦУССР 3 уровня – в течение трех месяцев.

В карте диспансерного наблюдения пациента отражаются фактические значения ключевых параметров ССС и целевые значения, которые должны быть достигнуты у данного пациента (рис. 10).

Анкетирование пациентов с диагностированными сердечно-сосудистыми заболеваниями осуществляется по следующим группам заболеваний: легочная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, врожденные пороки сердца, приобретенные пороки сердца, артериальная гипертензия. (рис. 11)

Экспресс-анкетирование пациента на выявление ухудшения состояния здоровья пациента. Формирование анкеты для заполнения осуществляется после создания и сохранения ТАП ДУ на пациента с учетом контроля сроков заполнения анкеты/проведения ДУ. По результату

Рисунок 8. Контроль диспансерного наблюдения в РМИАС

Рисунок 9. Сигнальные метки в РМИАС

У пациента пропущен плановый диспансерный осмотр по диагнозу I11.9. Запланирован диспансерный осмотр по диагнозу I69.3

Пациент с диагнозом I11.9 нуждается в диспансерном наблюдении по диагнозу I11.9

Сигнальные метки

заполнения анкеты и присвоения группы риска для врача формируется системное сообщение о дальнейшей маршрутизации пациента, и осуществляется автоматический контроль исполнения сроков маршрутизации. В случае отсутствия ДУ приема в установленные сроки информация автоматически направляется по уровням системы управления сердечно-сосудистого риска (СУССР – 1 уровень, МЦУССР – 2 уровень, ЦУССР – 3 уровень).

При проведении диспансерного приема пациента в рамках диспансерного наблюдения в программе РМИАС Республики Башкортостан появляется анкета по оценке ухудшения состояния при ССЗ (рис. 11). По результатам ответов на вопросы анкеты по количеству баллов автоматически подсчитывается риск (высокий, средний, низкий), который указывает на ухудшение

состояния пациента. Для участкового терапевта или для фельдшера появляется подсказка с перечислением направлений, которые необходимо оформить для этого пациента в зависимости от риска (на дистанционную консультацию, направление к врачу-кардиологу, на плановую госпитализацию и т.д.). Если пациенту не было оформлено соответствующее направление, информация поступает в центры управления сердечно-сосудистого риска (поуровням).

Заключение

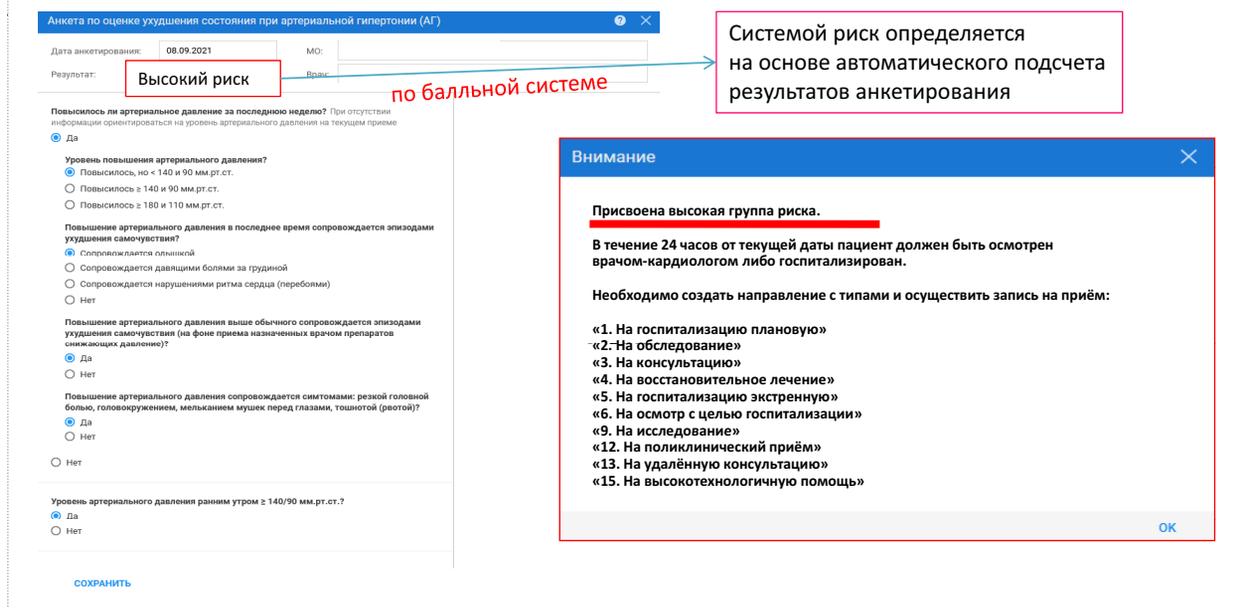
Реализация мероприятий регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», внедрение модели специализированной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях – системы управления сердечно-сосудистыми

Рисунок 10. Карта диспансерного наблюдения в РМИАС

Целевые показатели			
Показатель	Целевое значение	Фактическое значение	Дата результата
Систолическое АД (мм рт.ст.)	130	150	07.10.2021
Диастолическое АД (мм рт.ст.)	90	90	07.10.2021
Окружность талии (см)	88	150	07.10.2021
Глюкоза (ммоль/л)	5,5	8	07.10.2021
Физическая активность (мин/день)	30	30	07.10.2021
Липидный спектр (ммоль/л)	4,5	6	07.10.2021
МНО	2	1,2	07.10.2021

Лечащий врач корректирует и контролирует целевые показатели для пациента

Рисунок 11. Пример экспресс-анкеты по выявлению ухудшения состояния у диспансерного пациента



рисками, в рамках которой Республиканский логистический центр был реорганизован в Центр управления сердечно-сосудистыми рисками, охватывающий все уровни оказания медицинской помощи – от экстренной до диспансерного наблюдения, привели к положительной динамике по следующим показателям (рис. 12):

1. Доступность медицинской помощи пациентам с ССЗ увеличилась с 12,8 до 8,7 дней.
2. Доля диспансерного наблюдения пациентов с сердечно-сосудистыми

заболеваниями увеличилась с 33,7% до 57,9%.

3. Смертность от болезней системы кровообращения снизилась с 536,2 до 531,8 на 100 тыс. населения.
4. Летальность от инфаркта миокарда снизилась с 20,5% до 15,1%.
5. Доля непрофильной госпитализации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в т.ч. при остром коронарном синдроме, сократилась с 3% до 1,8%.

Рисунок 12. Достигнутые результаты за период 2016–2021 гг.



6. Сократились сроки перевода пациентов из первичных сосудистых отделений в региональные сосудистые центры с 6,9 суток до 2,3 суток.
 7. Среднее время от первого медицинского контакта до проведения первичного чрескожного коронарного вмешательства при остром коронарном синдроме сократилось до 103,7 минут.
- Для достижения поставленной цели по снижению смертности от болезней системы кровообращения и увеличения продолжительности жизни перспективами дальнейшего развития являются:
1. Совершенствование автоматизированной системы контроля достижения ключевых показателей качества диспансерного наблюдения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
 2. Медицинское сопровождение пациента от рождения (факторы сердечно-сосудистого риска) до старости (осложнения БСК).
 3. Расширение групп льготного лекарственного обеспечения для пациентов с хронической сердечной недостаточностью, с высоким нормальным АД и с гиперхолестеринемией, впервые выявленными.
 4. Внедрение системы автоматического напоминания пациентам о необходимости пройти диспансерное наблюдение в соответствии с назначенной датой (по смс или в мобильном приложении), а также участие страховых медицинских организаций в оповещении пациентов о датах диспансерного приема и анкетирования с целью раннего выявления первых признаков ухудшения.
 5. Доработка модуля экспресс-анкетирования для определения ухудшения состояния в мобильное приложение.
 6. Внедрение системы удаленного мониторинга ЭКГ и АД у пациентов, состоящих на диспансерном учете.

ИСТОЧНИКИ

1. Шляхто Е.В. Система управления сердечно-сосудистыми рисками: предпосылки к созданию, принципы организации, целевые группы / Е.В. Шляхто, Н.Э. Звартау, С.В. Виллевалде [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2019. – № 24 (11).
2. Салагай О.О. Национальный проект «Здравоохранение»: цели и целевые показатели. Как будет развиваться здравоохранение в ближайшие годы / О.О. Салагай // Управление качеством в здравоохранении. – 2019. – №1.
3. Клинические рекомендации Евразийской ассоциации кардиологов (ЕАК) / Национального общества по изучению атеросклероза (НОА, Россия) по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Евразийский кардиологический журнал. – 2020. – № 2.
4. Евразийские клинические рекомендации по диагностике и лечению стабильной ишемической болезни сердца (2020-2021) // Евразийский кардиологический журнал. – 2021. – № 3.
5. Грачев В.Г. Особенности вторичной профилактики у пациентов с мультифокальным артериальным поражением. Стратификация риска и диагностика / В.Г. Грачев, С.С. Веденская, О.Г. Смоленская // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2021. – № 17 (1).
6. Бойцов С.А. Пути решения проблемы статистики сердечной недостаточности в клинической практике / С.А. Бойцов, О.М. Драпкина, О.В. Зайратьянц, Е.П. Какорина, И.В. Самородская // Кардиология. – 2020. – № 60 (10).

REFERENCES

1. Shlyakhto E.V. Cardiovascular risk management system: prerequisites for developing, organization principles, target groups / E.V. Shlyakhto, N.E. Zvartau, S.V. Villevalde [et al.] // Rossijskij kardiologicheskij zhurnal (Russian Journal of Cardiology). – 2019. – № 24 (11). (in Russian).
2. Salagay O.O. National project "Healthcare": goals and targets. How healthcare will develop in the coming years // Upravlenie kachestvom v zdravooxranenii. – 2019. – №1. (in Russian).
3. Eurasian Association of Cardiology (EAC)/ Russian National Atherosclerosis Society (RNAS, Russia) guidelines for the diagnosis and correction of dyslipidemia for the prevention and treatment of atherosclerosis (2020) // Evrazijskij kardiologicheskij zhurnal (Eurasian Heart Journal). – 2020. – № 2. (in Russian).
4. Eurasian Guidelines for the diagnostics and management of stable coronary artery disease (2020-2021) // Evrazijskij kardiologicheskij zhurnal (Eurasian Heart Journal). – 2021. – № 3. (in Russian).
5. Grachev V.G., Vedenskaya S.S., Smolenskaya O.G. Features of risk stratification, diagnosis and secondary prevention in patients with multifocal arterial disease. Part 1: risk stratification and diagnosis // Racional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii (Rational Pharmacotherapy in Cardiology). – 2021. – № 17 (1). (in Russian).
6. Boytsov S.A., Drapkina O.M., Zayratyants O.V., Kakorina E.P., Samorodskaya I.V. Ways to solve the problem of heart failure statistics in clinical practice // Kardiologiya. – 2020. – № 60 (10). (in Russian).

Т.Н. ЧИМИТДОРЖИЕВА^{1,2}, канд. мед. наук, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи, chtn2008@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2376-0200>

Е.Ю. ЛУДУПОВА³, д-р мед. наук, министр здравоохранения Республики Бурятия, eludupova@mail.ru

Д.М. МУНКОВА¹, канд. мед. наук, заведующая клинико-диагностической лабораторией, darmun@mail.ru

М.П. РИНЧИНДОРЖИЕВА⁴, канд. мед. наук, заместитель главного врача по организационно-методической работе, marirmp@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1153-6057>

Опыт пилотного проекта по выявлению предраковой патологии и рака шейки матки в Республике Бурятия

¹ ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», 670031, Российская Федерация, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, д. 12. State Autonomous Institution of Health Care N.A. Semashko Republican Clinical Hospital, 12, Pavlova st., Ulan-Ude, Republic of Buryatia, 670031, Russian Federation.

² ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова» Министерства науки и высшего образования РФ, 670000, Российская Федерация, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а. Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Dorzhi Banzarov Buryat State University, Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation, 24a, Smolin st., Ulan-Ude, Republic of Buryatia, 670000, Russian Federation.

³ Министерство здравоохранения Республики Бурятия, 670000, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Коммунистическая, д. 47. Ministry of Health of the Republic of Buryatia, 47, Kommunisticheskaya st., Ulan-Ude, Republic of Buryatia, 670000, Russian Federation.

⁴ ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр», 670031, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Пирогова, д. 15б. State Autonomous Institution of Health Care Republican Perinatal Center, 15b, Pirogov st., Ulan-Ude, Republic of Buryatia, 670031, Russian Federation.

Ключевые слова: скрининг, рак шейки матки, заболеваемость, цитологическое исследование, процессный подход, стандартные операционные процедуры

Для цитирования: Чимитдоржиева Т.Н., Лудупова Е.Ю., Мункова Д.М., Ринчиндоржиева М.П. Опыт пилотного проекта по выявлению предраковой патологии и рака шейки матки в Республике Бурятия // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 30–37.

For citation: Chimitdorzhieva T.N., Ludupova E.Y., Munkoeva D.M., Rinchindorzhieva M.P. Pilot project experience in detecting precancerous pathology and cervical cancer in the Republic of Buryatia // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 5. – P. 30–37.

Chimitdorzhieva T.N., Ludupova E.Y., Munkoeva D.M., Rinchindorzhieva M.P.

Pilot project experience in detecting precancerous pathology and cervical cancer in the Republic of Buryatia

The article reviews the experience of a pilot project for controlled cervical cancer screening in the Republic of Buryatia. Standard operating procedures, algorithms of personnel actions, and target indicators for achieving screening efficiency have been developed based on the process approach. They achieved an increase in the coverage rate of the female population from 77.7% to 94.6%, while the number of screened cervix pathologies increased from 1.5 to 2.4 over the project period.

Keywords: screening, cervical cancer, morbidity, cytological examination, process approach, standard operating procedures

В статье рассмотрен опыт реализации пилотного проекта по проведению контролируемого скрининга рака шейки матки в Республике Бурятия. На основе процессного подхода разработаны стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий персонала, целевые показатели для достижения эффективности скрининга. За период проекта достигнуто увеличение доли охвата женского населения с 77,7% до 94,6% с ростом числа выявленной патологии шейки матки с 1,5 до 2,4.

Введение

Рак шейки матки (РШМ) в течение долгого времени является актуальной проблемой общественного здоровья.

В 2020 г. Всемирная организация здравоохранения приняла Глобальную стратегию по раку шейки матки, которая предполагает достижение трех промежуточных целевых показателей «90-70-90»,

в том числе **«высококачественный скрининг 70% женщин в возрасте 35 лет и повторно в возрасте 45 лет»**¹.

В целях реализации указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», в Республике Бурятия ведется активная профилактика и борьба с онкологическими заболеваниями.

Следует отметить, что на сегодняшний день развитые страны достигли значительных успехов в профилактике, ранней диагностике и лечении рака шейки матки (РШМ). Это главным образом связано с тем, что в отличие от других злокачественных заболеваний, заболеваемость РШМ контролируема, поскольку данная болезнь с понятной этиологией, продолжительной предраковой стадией и явной тенденцией к местному распространению.

Проблемам организации и проведения скринингов рака шейки матки посвящены статьи И.А. Аполихиной с соавторами [1] Л.А. Ашрафьяна с соавторами [2], А.Д. Каприна с соавторами [10], В.И. Новик [14], диссертационное исследование Л.К. Башировой [3] и др.

Мы разделяем мнение В.И. Новика, который отмечает, что при включении цитологического скрининга РШМ в национальные системы здравоохранения во многих случаях утрачивался элемент организации скрининга и контроля за его проведением, что являлось основной причиной снижения его эффективности. При этом, в такой большой стране, как Россия, организованный цитологический скрининг РШМ целесообразно создавать на отдельных территориях, в которых имеются канцер-регистры, с учетом эпидемиологической обстановки, местных этнических и финансовых условий, а также сложившейся медицинской и лабораторной практики [14].

Как отмечает большинство исследователей [3, 8, 14], в настоящее время государственные программы скрининга РШМ

в Российской Федерации не проводятся. Приказами Министерства здравоохранения РФ регламентированы лишь общие положения о целесообразности ежегодных профосмотров женщин, начиная с 18 лет и старше, с выполнением цитологического исследования мазков с экто- и эндоцервикса. В то же время фактически в нашей стране осуществляется «оппортунистический скрининг», которым охватывается до 30% женского населения. При этом величина межскринингового интервала составляет от 1 до 5 лет, вследствие чего эффект такого рода мероприятий в отношении снижения заболеваемости РШМ и обусловленной им смертности является незначительным. Очевидной представляется необходимость изменения парадигмы рассматриваемого комплекса мероприятий в сторону интеграции региональных противораковых программ, базирующихся на современных представлениях о канцерогенезе, факторах риска, мероприятиях по диагностике и лечению заболеваний, ассоциированных с ВПЧ [3].

В ходе исследования нами изучены и использованы научно-методические подходы к построению скринингов РШМ в отдельных регионах РФ, представленные в работах З.М. Гатагажевой с соавторами (Республика Ингушетия) [6], Бурцева Д.В. с соавторами (Ростовская область) [5], Голевой О.П. с соавторами (Омская область) [7], Ковчур, П.И. (Республика Карелия) [11], Марочко, К.В. с соавторами (Кемеровская область) [12], Росляковой Е.П. с соавторами (Томская область) [15], Уткина Д.О. с соавторами (Рязанская область) [16].

Следует отметить, что частота РШМ неодинакова в различных регионах страны, что определяется организацией скрининга, а также демографическим компонентом. В России наиболее проблематичными регионами по данному заболеванию являются: Магаданская область, Забайкальский край, Республика Тыва, Республика Бурятия.

В России заболеваемость злокачественными опухолями шейки матки не имеет

¹ Проект глобальной стратегии по ускорению ликвидации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения.
URL: https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cervical-cancer-elimination_strategy.ru3dd2d08e282d4419b13330ec8fc3db303dd2d08e282d4419b13330ec8fc3db30.pdf?sfvrsn=b8690d1a_22 (дата обращения: 12.09.2021).

Таблица 1. Показатели заболеваемости и смертности РШМ по РБ и РФ (стандартизованные показатели на 100 тыс. женского населения)²

Период, г.	Республика Бурятия		РФ	
	заболеваемость	смертность	заболеваемость	смертность
2009	18,7	11,6	13,4	5,1
2010	15,6	8,7	13,7	5,1
2011	21,1	11,1	13,7	5,3
2012	18,8	10,6	13,9	5,2
2013	31,3	12,5	14,2	5,4
2014	27,8	12,5	14,5	5,2
2015	29,9	11,5	15,0	5,4
2016	30,0	11,5	15,5	5,3
2017	42,6	13	15,8	5,2
2018	35,6	11,4	15,8	5,1
2019	39,9	14,3	15,4	5,0
2020	38,3	12,1	13,4	4,8

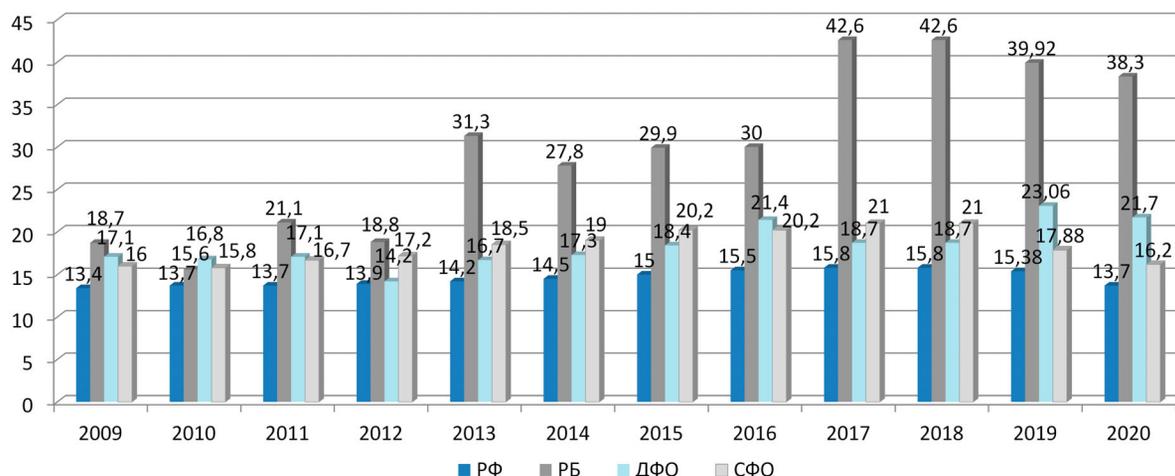
тенденции к снижению. В общей структуре онкологической заболеваемости женского населения РШМ составляет 5,3%, занимая шестое ранговое место, а среди органов репродуктивной системы – третья (14%) после рака молочной железы (54,5%) и эндометрия (19,3%) [17].

В Республике Бурятия РШМ занимает соответственно пятое место (7,2%), а среди органов репродуктивной системы – второе место (13,4%) после рака молочной железы.

Смертность и заболеваемость от рака шейки матки в последние десятилетия в Республике Бурятия стабильно высока. Данные показатели в 2–2,5 раза превышают российские (табл. 1).

По данным рис. 1, заболеваемость РШМ в Республике Бурятия с 2009 по 2020 гг. возросла более чем в 2 раза.

Анализ заболеваемости показал, что в Бурятии за период исследования у большей части женщин ($n = 1245$) РШМ был диагностирован в возрастной период от 35 до 54 лет, в этот период удельный вес больных РШМ составил 65,7% с максимумом в возрастной период 40–44 года ($n = 282$ (14,9%). При анализе заболеваемости РШМ в зависимости от возраста отмечен наибольший удельный вес заболеваемости в возрастном цензе с 40–44 лет. Это трудоспособная часть женского населения, это возраст, который

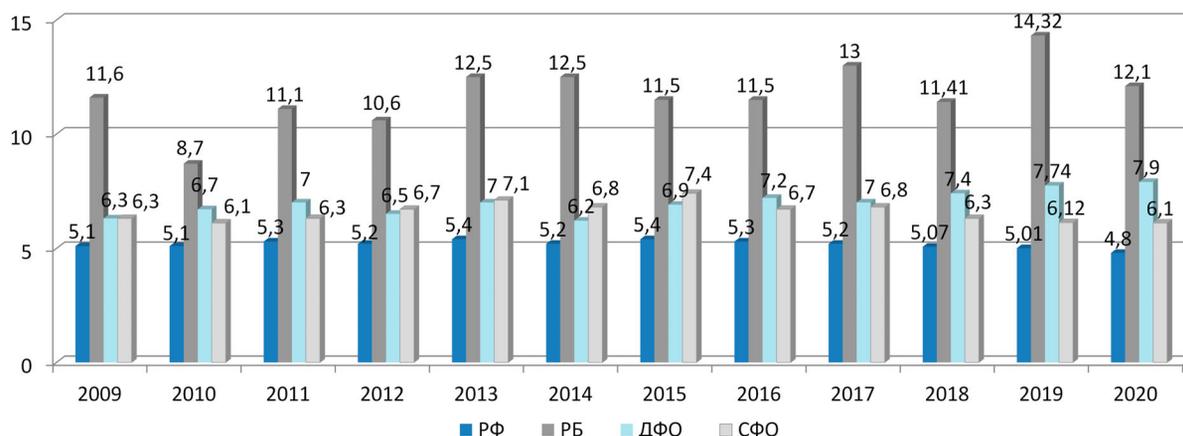
Рисунок 1. Динамика заболеваемости РШМ в РФ, РБ, ДФО и СФО (статистические показатели на 100 тыс. женского населения)³

² Источник: Злокачественные новообразования в России в 2010 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравоохранения России. М.; 2012: 260.

Злокачественные новообразования в России в 2019 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. М.; 2020: 252.

³ Источник: Злокачественные новообразования в России в 2010 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравоохранения России. М.; 2012: 260. Злокачественные новообразования в России в 2019 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. М.; 2020: 252.

Рисунок 2. Динамика смертности РШМ в РФ, РБ, ДФО и СФО
(статистические показатели на 100 тыс. женского населения)⁴



является самым продуктивным периодом в жизни женщин. [2].

Анализ динамики заболеваемости и смертности женского населения этой формой рака за 18 лет, начиная с 2000 по 2017 гг. показал ежегодный рост заболеваемости – (37,3%) и снижение смертности – (11,7%) в целом по региону и во всех его субъектах в сравнении с таковыми по Российской Федерации (РФ). Стабильно высокий уровень заболеваемости РШМ за анализируемый период зафиксирован в Бурятии – $23,1 \pm 1,9$, после Забайкальского края – $29,6 \pm 1,7$ и Республики Тыва – $27,7 \pm 2,3$. [17]

По данным рис. 2 показатели смертности РШМ в Республике Бурятия с 2009 по 2020 гг. выросли на 23%, при общероссийской тенденции к снижению этого показателя.

Возникает вопрос: как наиболее эффективно и рационально в краткосрочной перспективе снизить заболеваемость и смертность от данной нозологической формы?

Цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и цервикального канала – тест Папаниколау – существенный компонент стратегии профилактики РШМ. В современной диагностике РШМ важное значение имеет организация качественной цитологической диагностики. Вместе с тем, в медицинских организациях республики до начала проекта не было четкой организации проведения цитологических исследований.

При проведении диагностического аудита в медицинских организациях республики регистрировалась низкая доля больных злокачественными новообразованиями шейки матки, выявленных в стадии *in situ*; допускалось взятие до 26,3% неинформативных/неадекватных мазков в ряде медицинских организаций, отмечалась слабая подготовка медицинских кадров: акушеров, фельдшеров, акушеров-гинекологов по правилам подготовки и взятия мазков на цитологическое исследование, отсутствовала единая интерпретация цитологического исследования.

Материалы и методы

В 2020-2021 гг. реализован пилотный проект по активному выявлению предраковой патологии и рака шейки матки в Республике Бурятия. В соответствии с распоряжением МЗ РБ, был определен контингент – целевая группа – женщины 18–69 лет, подлежащие скринингу и прошедшие его. Для обеспечения управляемости цитологическим скринингом и оперативного решения организационных вопросов создана рабочая группа под руководством министра здравоохранения Бурятии, доктора медицинских наук Е.Ю. Лудуповой. В состав рабочей группы вошли главные и ведущие специалисты, сотрудники кафедры акушерства и гинекологии МИ ФГБОУ ВО «Бурятский государственный

⁴ Источник: Злокачественные новообразования в России в 2010 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. М.; 2012: 260. Злокачественные новообразования в России в 2019 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. М.; 2020: 252.

университет», специалисты по клинической лабораторной диагностике, определены врачи – кураторы за каждой медицинской организацией первичного звена здравоохранения республики.

В 2020 году всего обследовано 170 562 женщин в возрасте 18–69 лет, что составило от числа запланированных 94,6%, а от числа женщин в этом возрасте – 54,6%. Отбор материала для исследования осуществлялся при проведении профилактических осмотров, при активном обращении женщины за медицинской помощью. Предварительно было проведено масштабное обучение медицинского персонала методологии правильного забора материала на цитологическое исследование. Исследование проводилось централизованно в ведущих лабораториях республики по методике Бетесда. Забор материала осуществлялся с шейки матки с помощью стандартных цервикальных щеток, согласно клиническим рекомендациям «Доброчкаественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции рака» от 2017 года. Цитологические исследования соскобов эпителия цервикального канала, кольпоскопия и биопсия проводились согласно приказу по маршрутизации пациенток в женских консультациях города № 2, 4, 6. Гистологический анализ биопсийного материала осуществлялся в Республиканском патологоанатомическом бюро.

Выделяются следующие этапы внедрения проекта:

1. Стандартизация преаналитического этапа (долабораторного этапа) – обучение по разработанным СОПам и контроль полученных навыков акушерок, акушеров-гинекологов.
2. Совершенствование стандартизации аналитического этапа: подготовка врачей цитологов, цитотехников, разработка и внедрение СОПов по окраске мазков с шейки матки и цервикального канала; интерпретация цитологических исследований по Бетесда.
3. Стандартизация и преемственность постаналитического этапа цитологического исследования: разработка и внедрение СОПа по передаче патологических

результатов; взаимодействие всех звеньев скрининга: гинекологов, цитологов, гистологов, онкологов со своевременной маршрутизацией пациентов.

В рамках данного проекта был издан приказ Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 29.11.2019 № 714-ОД «О проведении скрининга рака шейки матки у женского населения Республики Бурятия», который утвердил:

1. Методику и алгоритм цитологического скрининга рака шейки матки женского населения Республики Бурятия.
2. Форму направления на цитологическое исследование эпителия шейки матки и цервикального канала.
3. Форму журнала контроля цитологического скрининга шейки матки.
4. Алгоритм обследования и ведения пациенток с патологией шейки матки, выявленной при скрининговом исследовании.
5. Форму отчета скрининга на рак шейки матки у женщин на территории Республики Бурятия.
6. Форму ведения отчета по регистру выявленных женщин с предраковыми заболеваниями.
7. Список кураторов цитологического скрининга МО.
8. Критерии оценки качества медицинской помощи.
9. Индикаторы оценки качества цитологического скрининга рака шейки матки для среднего персонала (акушерки, фельдшера) и для врачей акушеров-гинекологов Республики Бурятия.
10. Чек-лист оценки качества цитологического исследования на рак шейки матки для акушерок, фельдшера или медицинской сестры кабинета доврачебного приема (смотрового кабинета).
11. Чек-лист оценки качества цитологического исследования на рак шейки матки для врача акушера-гинеколога женской консультации.

Была определена целевая группа – женщины 18–69 лет. В данном проекте приняли участие все медицинские организации первичного звена, включая частные и негосударственные – от уровня ФАПов, смотровых кабинетов до женских консультаций

городских поликлиник, центральных районных больниц.

На 1 этапе рабочая группа провела анализ заболеваемости, кадрового состава в республике: оценка компетенций врачей акушеров-гинекологов, акушерок смотровых кабинетов, фельдшеров врачебных амбулаторий, ФАПов. Проведен аудит используемых ресурсов: наличие рекомендованного расходного материала – предметных стекол, цитощеток, контейнеров для транспортировки материала, бланков-направлений. Осуществлен аудит лабораторий медицинских организаций первичного звена по внутрилабораторному контролю качества. Кафедрой акушерства и гинекологии БГУ и Ассоциацией средних медицинских работников подготовлены обучающие ролики, презентации по методике забора материала на цитологическое исследование с шейки матки. Активно на платформе ZOOM специалистами рабочей группы, сотрудниками медицинских колледжей организовано тотальное обучение персонала, участвующего в данном проекте. Каждый куратор провел обучающие мастер-классы по обучению, контролю результатов и соблюдению маршрутизации пациентов при выявлении патологии с курируемыми МО. Утверждены единые требования в регионе по стандартизации процесса скрининга: СОП по правилам взятия мазков, алгоритмы по ведению единой утвержденной документации и др. В каждой МО был определен ответственный за проведение скрининга – заведующий ЖК или районный акушер-гинеколог.

На следующем этапе проводилась оптимизация процесса, мониторинг аналитического этапа. Осуществлялся контроль за качеством цитологической диагностики в лабораториях МО республики, мониторинг неинформативных\неадекватных мазков. Приказом определено цитологическое исследование как традиционным методом – в 90%, так и (при наличии показаний) – методом жидкостной цитологии – 10%. Был введен мониторинг за своевременностью передачи результата цитологического исследования согласно принятой классификации Бетесда в МО. Кураторами проводился контроль

за выполнением плана цитоскрининга подшефными медицинскими организациями.

Рабочей группой осуществлялся еженедельный контроль за выполнением проекта и анализ показателей по раннему выявлению рака шейки матки, контроль за маршрутизацией пациенток с выявленной патологией с учетом сроков ожидания медицинской помощи согласно Программе государственных гарантий республики.

В процессе проекта были выделены лучшие практики по организации цитологического скрининга с последующим тиражированием, введен ежемесячный рейтинг медицинских организаций по выполнению скрининга и оценкой качества.

Большое внимание было уделено широкому информированию населения, как посредством социальных аккаунтов, в муниципальных чатах, СМИ, так и на сельских сходах, о необходимости и возможности цитологического обследования в женской консультации или в смотровом кабинете по месту жительства бесплатно каждой женщины в возрасте от 18 до 69 лет, получающей медицинские услуги по ОМС в Бурятии. К проведению данного проекта на селе были привлечены главы сельских поселений, администраций, женсоветы. Средним медицинским персоналом проведены подворовые обходы, выступления на сельских сходах. Совместно с центром медицинской профилактики созданы листовки, ролики, «прямые эфиры» с врачами-онкологами, акушерами-гинекологами. Во многих МО увеличены часы работы смотрового кабинета в будние дни и организована работа в выходные дни, в том числе с привлечением мобильных комплексов.

Для пациенток с патологией шейки матки, выявленной при скрининговом обследовании определена маршрутизация: они направляются в кабинеты патологии шейки матки городских женских консультаций для дообследования (кольпоскопия, исследование на ВПЧ), после чего врач-эксперт принимает решение о дальнейшей тактике ведения пациенток. Далее нуждающиеся в хирургических методах лечения шейки матки определяются в дневной стационар женских консультаций

№ 2, 4, 6. При предраковых состояниях хирургическое лечение проводится в дневном либо в круглосуточном стационаре гинекологического профиля. В случае обнаружения рака женщина направляется на лечение в Республиканский онкологический диспансер в регламентированные сроки.

Результаты

В рамках пилотного проекта контролируемым цитологическим скринингом охвачено 170 562 женщин, что составило 94,6% из числа подлежащих (180 299), и превышает рекомендуемый индикатор – 80% в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

По итогам проведенного скрининга увеличены показатели раннего выявления РШМ; так, у 166 женщин установлен диагноз РШМ, что составляет 0,1% от числа обследованных, в 73,8% случаях – ранние стадии (I и II) и на 4,9% выше показателя 2019 года. Удельный вес ЗНО шейки матки в III-IV стадии опухолевого процесса имеет тенденцию к снижению (в 2020 году – 25%, в 2019 году – 29,2%). Пациенты без патологии (NILM) составили 89%.

Одним из значимых результатов цитологического скрининга РШМ в республике является увеличение в 1,5 раза по сравнению с прошлым годом выявления преинвазивного рака. Карцинома *in situ* была обнаружена в 114 случаях, что составило 0,06% от числа обследованных. В целом общий процент выявленной патологии

шейки матки в республике составил 2,4%, что выше уровня 2019 года в 1,6 раза.

Также отмечается рост компетенций, вовлеченности медицинского персонала. Так, процент неинформативных мазков при заборе материала снизился с 7,4% в 2019 году до 2,8% в 2020 году в результате проведенного проекта.

Заключение и выводы

Таким образом, применение методов проектного и процессного подходов при проведении контролируемого цитологического скрининга способствует активному выявлению предопухолевых состояний и рака шейки матки за счет информированности населения, повышения компетенций, особенно среднего медицинского персонала, стандартизации, взаимодействия всех заинтересованных сторон, соблюдения маршрутизации пациентов, преемственности на всех этапах оказания медицинской помощи, увеличения охвата до 94% во всех медицинских организациях первичного звена, включая негосударственные.

Важную роль в достижении положительных результатов при скрининге играет командный подход, который был успешно реализован в деятельности рабочей группы, а также организация постоянного мониторинга утвержденных показателей с проведением ежемесячного рейтинга медицинских организаций, определением лучших практик и последующим их тиражированием.

ИСТОЧНИКИ

1. Аполихина И.А. Современные возможности организованного скрининга рака шейки матки / И.А. Аполихина, Е.В. Филиппенкова, Е.Г. Додова и др. // *Акушерство и гинекология*. – 2016. – № 9. – С. 12–19.
2. Ашрафян Л.А. Рак шейки матки: проблемы профилактики и скрининга в Российской Федерации / Л.А. Ашрафян, В.И. Кисилев, И.Н. Кузнецов, О.Ф. Серова, З.Х. Узденова, Е.В. Герфанова // *Доктор.Ру*. – 2019. – № 11 (166). – С. 50–54.
3. Баширова Л.К. Оптимизация метода скрининга рака шейки матки 14.01.01 – Акушерство и гинекология: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Баширова Лала Камилловна. – М., 2021. – 135 с.
4. Бежанова Е.Г. Опыт лапароскопического стадирования местнораспространенного рака шейки матки / Е.Г. Бежанова, И.В. Берлев // *Опухоли женской репродуктивной системы*. – 2018. – Т. 14, № 1. – С. 71–77.
5. Бурцев Д.В. О стратегии скрининга рака шейки матки в Ростовской области / Д.В. Бурцев, Т.О. Холодная, В.В. Пименова и др. // *Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки*. – 2014. – № 6 (184). – С. 94–96.
6. Гагагаева З.М. Организационные и экономические аспекты оптимизации программы скрининга рака шейки матки в Республике Ингушетия / З.М. Гагагаева, Г.Б. Дикке, З.Х. Узденова и др. // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2020. – Т. 19 (1). – С. 151–157.
7. Голева О.П. О проблеме своевременности выявления злокачественных новообразований шейки матки в Омской области / О.П. Голева, З.Б. Тасова, О.Н. Прудникова и др. // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2016. – Т. 60, № 6. – С. 298–302.

8. Дубровина С.О. Современные тенденции в предупреждении рака шейки матки с применением скрининговых программ (обзор литературы) / С.О. Дубровина // Гинекология. – 2015. – 17 (6). – С. 46–50.
9. Жумагалиева А.Г. Результаты проведения скрининговых исследований рака шейки матки / А.Г. Жумагалиева, Г.Н. Изимбергенова // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2016. – № 2 (50). – С. 44–45.
10. Каприн А.Д. Скрининг рака шейки матки – нерешенные проблемы / А.Д. Каприн, Е.Г. Новикова, О.И. Трушина, О.П. Грецова // Исследования и практика в медицине. – 2015. – № 1. – С. 36–41.
11. Ковчур П.И. Эффективность применяемой модели скрининга и ранней диагностики рака шейки матки в Карелии / П.И. Ковчур, Е.В. Бахидзе // Вопросы онкологии. – 2014. – Т. 60, № 3. – С. 298–305.
12. Марочко К.В. Проблемы диагностики рака шейки матки в Кемеровской области / К.В. Марочко, Н.В. Артымук, Т.И. Фетисова // Мать и дитя в Кузбассе. – 2015. – № 4. – С. 31–35.
13. Миннихметов И.Р., Забелин М.В., Ольков И.Г., Хусаинова Р.И. Пилотный проект по скринингу рака шейки матки с применением ВПЧ-тестирования / И.Р. Миннихметов, М.В. Забелин, И.Г. Ольков, Р.И. Хусаинова // Вопросы онкологии, 2020. – Том 66, № 6 – С. 618–624.
14. Новик В.И. Дискуссионные вопросы цитологического скрининга рака шейки матки (обзор литературы) / В.И. Новик // Опухоли женской репродуктивной системы 2020. – № 2. – Т. 16. – С. 63–71.
15. Рослякова Е.П. Цитологический скрининг рака шейки матки в Томской области: проблемы, пути решения / Е.П. Рослякова, Л.А. Кудяков // Новости клинической цитологии России. – 2015. – Т. 19, № 1–2. – С. 54–55.
16. Уткин Д.О. Проблема скрининга рака шейки матки (на примере Рязанской области) / Д.О. Уткин, Е.А. Баранова, М.Е. Рязанцев и др. // Наука молодых – Ereditio Juvenium. – 2015. – № 4. – С. 82–90.
17. Чимитдоржиева Т.Н. Рак шейки матки в Республике Бурятия (заболеваемость и смертность в сравнении по субъектам СФО и по России в целом) / Т.Н. Чимитдоржиева // Вопросы онкологии. – 2021. – Т. 67. – № 2. – С. 227–232.

REFERENCES

1. Apolikhina I.A., Filippenkova E.V., Dodova E.G. Modern possibilities of organized screening of cervical cancer / I.A. Apolikhina, E.V. Filippenkova, E.G. Dodova // Akusherstvo i ginekologiya (Obstetrics and gynecology). – 2016; 9: 12–19 (in Russian).
2. Ashrafyan L.A., Kiselev V.I., Kuznetsov I.N., Serova O.F., Uzdanova Z.H., Gerfanova E.V. Cervical cancer: problems of prevention and screening in the Russian Federation / L.A. Ashrafyan, V.I. Kiselev, I.N. Kuznetsov, O.F. Serova, Z.H. Uzdanova, E.V. Gerfanova // Doktor.Ru. (Doctor.Ru). 2019; 11 (166): 50–54 (in Russian).
3. Bashirova L.K. Optimization of cervical cancer screening method 14.01.01 – Obstetrics and gynecology: diss. Candidate of medical sciences: 14.01.01 / Bashirova Lala Kamilovna. – M., 2021. – 135 с. (in Russian).
4. Bezhanova Y.G., Berlev I.V. Experience of laparoscopic staging of locally advanced cervical cancer / Y. G. Bezhanova Y.G., I.V. Berlev // Opuholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy (Tumors of the female reproductive system). – 2018; 1: 71–77 (in Russian).
5. Burtsev D.V., Kholodnaya T.O., Pimenova V.V. On screening strategies for cervical cancer in the Rostov region / D.V. Burtsev, T.O. Kholodnaya, V.V. Pimenova et al. // Izvestiya vysshih uchebnyh zavedenij. Severo-Kavkazskij region. Seriya: Estestvennyye nauki. (Proceedings of Higher Educational Institutions]. North-Caucasus region. Series: Natural Sciences). – 2014; 6 (184): 94–96 (in Russian).
6. Gatagazheva Z.M., Dikke G.B., Uzdanova Z.Kh. Organizational and economic aspects of optimization of cervical cancer screening program in the Republic of Ingushetia / Z.M. Gatagazheva, G.B. Dikke, Z.Kh. Uzdanova et al. // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. (Problems of Gynecology, Obstetrics and Perinatology). – 2020. 19 (1): 151–157 (in Russian).
7. Goleva O.P., Tasova Z.B., Prudnikova O.N. On the problem of timely detection of malignant cervical neoplasms in the Omsk region / O.P. Goleva, Z.B. Tasova, O.N. Prudnikova et al. // Zdravooхранenie Rossijskoj Federacii (Health Care of the Russian Federation). – 2016. 6: 298–302 (in Russian).
8. Dubrovina S.O. Modern trends in the prevention of cervical cancer using screening programs (literature review) / S.O. Dubrovina // Ginekologiya (Gynecology). – 2015; 17 (6): 46–50 (in Russian).
9. Zhumagalieva A.G., Izimbergenova G.N. Results of screening studies of cervical cancer / A.G. Zhumagalieva, G.N. Izimbergenova // Medicinskij zhurnal Zapadnogo Kazakhstana (Medical Journal of Western Kazakhstan). – 2016; (50): 44–45 (in Russian).
10. Kaprin A.D., Novikova E.G., Trushina O.I., Gretzova O.P. Screening of cervical cancer – unresolved problems / A.D. Kaprin, E.G. Novikova, O.I. Trushina, O.P. Gretzova // Issledovaniya i praktika v medicine (Research and practice in medicine). – 2015; 1: 36–41 (in Russian).
11. Kovchur P.I., Bakhidze E.V. Effectiveness of the applied model of screening and early diagnosis of cervical cancer in Karelia / P.I. Kovchur, E.V. Bakhidze // Voprosy Onkologii (Oncology Issues). – 2014; 3: 298–305 (in Russian).
12. Marochko K.V., Artyumuk N.V., Fetisova T.I. Problems of cervical cancer diagnosis in Kemerovo region / K.V. Marochko, N.V. Artyumuk, T.I. Fetisova // Mat' i ditya v Kuzbasse (Mother and Child in Kuzbass). – 2015. 4: 31–35 (in Russian).
13. Minniakhmetov I.R., Zabelin M.V., Olkov I.G., Khusainova R.I. A pilot project for screening cervical cancer using HPV-testing / I.R. Minniakhmetov, M.V. Zabelin M.V., I.G. Olkov, R.I. Khusainova // Voprosy Onkologii (Oncology Issues) – 2020; 6: 618–624 (in Russian).
14. Novik V.I. Discussion issues of cytological screening of cervical cancer (review of literature) / V.I. Novik // Opuholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy (Tumors of the female reproductive system) – 2020; 2: 63–71 (in Russian).
15. Roslyakova E.P., Kudjakov L.A. Cytological screening of cervical cancer in Tomsk region: problems, solutions / E.P. Roslyakova, L.A. Kudjakov // Novosti klinicheskoy citologii Rossii (News in Clinical Cytology of Russia). – 2015; 1–2: 54–55 (in Russian).
16. Utkin D.O., Baranova E.A., Ryazanova M.E. The problem of cervical cancer screening (on the example of the Ryazan region) / D.O. Utkin, E.A. Baranova, M.E. Ryazantsev et al. // Nauka molodyh – Ereditio Juvenium (Science of Young People – Ereditio Juvenium). – 2015; 4: 82–90 (in Russian).
17. Chimitdorzhieva T.N. Cervical cancer in the Republic of Buryatia (morbidity and mortality in comparison with the subjects of SFD and Russia as a whole) / T.N. Chimitdorzhieva // Voprosy Onkologii (Oncology Issues). – 2021; 2: 227–232 (in Russian).

А.В. ВАЖЕНИН¹, д-р мед. наук, проф., главный специалист онколог, радиолог Минздрава России в Уральском федеральном округе, и. о. ректора, академик РАН, vav222@mail.ru

Ю.А. СЕМЁНОВ², канд. мед. наук, министр здравоохранения

Л.А. ЗЕМЛЯНСКАЯ³, руководитель

Т.П. КОЛЧИНСКАЯ², заместитель министра здравоохранения

Д.М. РОСТОВЦЕВ⁴, д-р мед. наук, главный врач dok79@mail.ru

Ю.А. ТЮКОВ¹, д-р мед. наук, проф., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения tua111@rambler.ru

Д.Ю. ШЕМЕТОВ⁴, заведующий онкологическим дневным стационаром противоопухолевой лекарственной терапии (химиотерапии) shemetov-dmitry@mail.ru

Основные направления реализации региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» в Челябинской области

¹ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 454092, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64. Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 64, Vorovskogo st., Chelyabinsk, 454092, Russian Federation.

² Министерство здравоохранения Челябинской области, 454000, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165. Ministry of Health of the Chelyabinsk Region, 165, Kirova st., Chelyabinsk, 454000, Russian Federation.

³ Территориальный орган Росздравнадзора по Челябинской области, 454091, Российская Федерация, г. Челябинск, пл. МОПРа, д.8а. Territorial agency of Roszdravnadzor in the Chelyabinsk region, 8a, MOPRa sq., Chelyabinsk, 454091, Russian Federation.

⁴ ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», 454087, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Блюхера, д. 42. State Budgetary Healthcare Institution "Chelyabinsk Regional Clinical Center of Oncology and Nuclear Medicine", 42, Blyukhera st., Chelyabinsk, 454087, Russian Federation.

Ключевые слова: онкологическая заболеваемость и смертность, организация онкологической помощи, региональная программа по онкологии, маршрутизация пациентов

Для цитирования: Важенин А.В., Семёнов Ю.А., Землянская Л.А., Колчинская Т.П., Ростовцев Д.М., Тюков Ю.А., Шеметов Д.Ю. Основные направления реализации региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» в Челябинской области // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 38–45.

For citation: Vazhenin A.V., Semyonov Yu.A., Zemlyanskaya L.A., Kolchinskaya T.P., Rostovtsev D.M., Tyukov Yu.A., Shemetov D.Yu. The main directions of the implementation of the regional program "Bor'ba s onkologicheskimi zabolevaniyami" in the Chelyabinsk region // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 5. – P. 38–45.

Vazhenin A.V., Semyonov Yu.A., Zemlyanskaya L.A., Kolchinskaya T.P., Rostovtsev D.M., Tyukov Yu.A., Shemetov D.Yu.
The main directions of the implementation of the regional program "Bor'ba s onkologicheskimi zabolevaniyami" in the Chelyabinsk region
The article examines the level and dynamics of oncological morbidity in the constituent entity of the Russian Federation (Chelyabinsk region) with a population of 3.5 million people. Analysis of the main statistical indicators shows that over the past decade, there has been a steady trend towards the growth of malignant neoplasms. At the same time, the one-year mortality rate of cancer patients over ten years decreased by 6.2%, reaching a level of 21.4% in 2020.

The regional program «Bor'ba s onkologicheskimi zabolevaniyami», adopted by the Government of the Chelyabinsk region, solves a number of issues of early detection of diseases and the creation of a system for organizing specialized medical care. Outpatient oncological care centers (OCCC) have been opened, designed to minimize the time of diagnosis and reduce the time before treatment. At the Chelyabinsk Regional Clinical Center for Oncology and Nuclear Medicine, three specialized centers have been opened on an outpatient basis to solve the main problem – reducing mortality by optimizing the route of patients with suspected malignant neoplasms through timely examination and routing to receive special treatment. As a result of the implementation of the measures provided for by the Program, it is expected that mortality from malignant neoplasms will decrease by 2024 to the level of 217.6 cases per 100 thousand of the population, and the standardized mortality rate will decrease to 120 cases per 100 thousand of the population.

Keywords: cancer morbidity and mortality, organization of cancer care, regional oncology program, patient routing

В статье рассматривается уровень и динамика онкологической заболеваемости в субъекте РФ (Челябинская область) с численностью населения 3,5 млн человек. Анализ основных статистических показателей свидетельствует, что на протяжении последнего десятилетия наблюдается устойчивая тенденция к росту злокачественных новообразований. Вместе с тем показатель одногодичной летальности онкологических больных за десять лет снизился на 6,2%, достигнув уровня 21,4% в 2020 году. Региональная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями», принятая Правительством Челябинской области, решает ряд вопросов раннего выявления заболеваний и создания системы организации специализированной медицинской помощи. Открыты центры амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), призванные минимизировать сроки проведения диагностики и сократить время до начала лечения. В ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» амбулаторно открыты три специализированных центра для решения основной задачи – снижение смертности путем оптимизации маршрута пациентов с подозрением на злокачественное новообразование за счет своевременного обследования и маршрутизации в получении специального лечения. В результате реализации мероприятий, предусмотренных Программой, ожидается снижение смертности населения от злокачественных новообразований к 2024 году до уровня 217,6 случая на 100 тыс. населения, а снижение стандартизованного показателя смертности – до 120 случаев на 100 тыс. населения.

В национальном проекте «Здравоохранение» одним из ведущих является федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2018-2024 годы». В качестве приоритета выделяются методы диагностики и лечения – это, прежде всего, оснащение медицинских организаций онкологического профиля всех регионов страны достаточным количеством современного оборудования, а также использование медицинского оборудования крупных клиник других профилей для диагностики и лечения злокачественных новообразований, расширение возможностей телемедицины для проведения консультаций, консилиумов и различных обучающих семинаров и школ.

Министерством здравоохранения Российской Федерации разработаны требования к региональным программам «Борьба с онкологическими заболеваниями», предусматривающие реализацию комплекса мер, направленных на совершенствование профилактики и раннего выявления заболеваний, повышение эффективности диагностики и лечения злокачественных новообразований, в том числе с применением телемедицинских технологий, внедрение высокоэффективных радиологических,

химиотерапевтических и комбинированных хирургических методов лечения на базе клинических рекомендаций [2].

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204¹ Правительством Челябинской области утверждена региональная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями»².

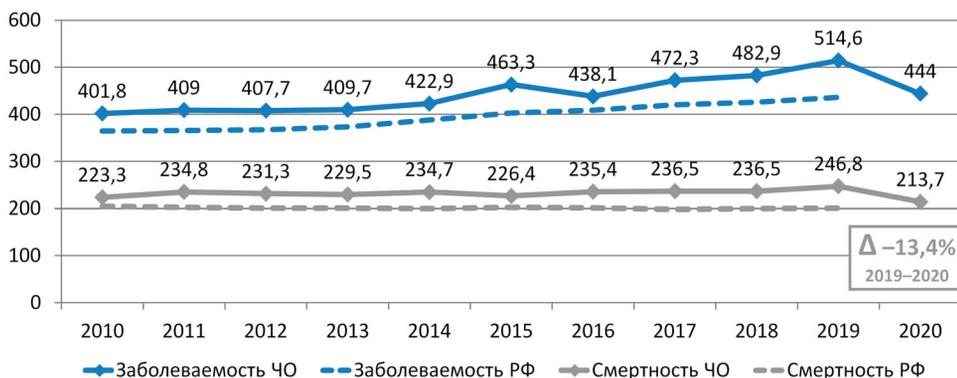
Население Челябинской области по данным Росстата (01.01.2020) составляет 3466,0 тыс. человек. В структуре преобладают лица в возрасте старше трудоспособного – 25,2%, удельный вес детей (до 18 лет) составляет 21,6%. Демографическая ситуация характеризуется «постарением» населения, что является неблагоприятным фактором формирования показателя общей смертности, а также заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований (далее – ЗНО).

Онкологическая служба Челябинской области нуждается в централизации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного стационара. Для приведения условий оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в соответствие

¹ Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». URL: <https://docs.cntd.ru/document/557309575#7D20K3> (дата обращения 22.11.2021).

² Распоряжение Правительства Челябинской области от 26.06.2019 № 479-рп «О региональной программе Челябинской области «Борьба с онкологическими заболеваниями»». URL: <https://docs.cntd.ru/document/553379664> (дата обращения 22.11.2021).

Рисунок 1. Заболеваемость и смертность от ЗНО (С00-С96) в Челябинской области в 2010–2020 гг. («грубый» показатель на 100 тыс. населения)



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Абс. ч. заболевших	14098	14352	14189	14279	14759	16203	15336	16543	16869	17886	15391
Абс. ч. умерших	7833	8165	8055	8003	8200	7920	8241	8271	8301	8513	7407

требованиям приказа Минздрава России от 19.02.2021 № 116н³ необходима реорганизация онкологической службы с концентрацией основных объемов хирургической помощи на базе профильных онкологических учреждений.

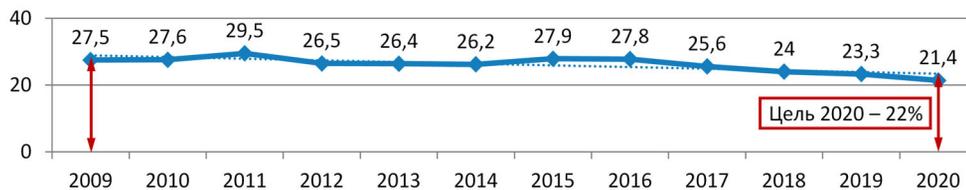
На протяжении последнего десятилетия наблюдалась устойчивая тенденция к росту онкологической заболеваемости и относительно стабильная ситуация в отношении смертности от ЗНО. В 2020 году на фоне пандемии COVID-19 отмечается снижение показателей как заболеваемости ЗНО на 13,7%, так и смертности на 13,4% по сравнению с 2019 годом (рис. 1).

Показатель однодневной летальности онкологических больных за десять лет снизился на 6,2%, с 27,6% в 2010 году до 21,4%, включая 2020 год (рис. 2). По-прежнему неблагоприятными показателями

одногодневной летальности характеризуются такие локализации, как ЗНО пищевода, желудка, печени и внутриспеченочных желчных протоков, поджелудочной железы, трахеи, бронхов, легкого. Сложившаяся тенденция сохраняется на протяжении нескольких лет, что связано с уровнем распространенности патологии, тяжестью течения заболевания, большим удельным весом запущенных случаев, в том числе вследствие бессимптомного течения [1].

В структуре заболеваемости в течение 10 лет на долю мужского населения стабильно приходится около 45,0%, на долю женщин – 54,0% случаев. При гендерном и возрастном распределении показателей заболеваемости отмечается их значительный подъем, начиная с возрастной группы 60–64 года, вне зависимости от пола.

Рисунок 2. Летальность онкологических больных до года с момента установления диагноза ЗНО в Челябинской области 2009–2020 гг. (в % от количества летальных случаев за год)



³ Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях». URL: <https://docs.cntd.ru/document/573956757> (дата обращения 22.11.2021).

Рисунок 3. Выполнение целевых показателей региональной программы Челябинской области «Борьба с онкологическими заболеваниями»

Показатели	Ед. изм.	2018	2019	2020	План на 2020 год
Смертность от новообразований, в том числе от злокачественных	на 100 000 населения	240,7	250,7	220,9 (↓ на 11,9%)	223,3
Доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях	%	56,2	57,5	55,0 (↓ на 2,5%)	56,3
Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учёте 5 лет и более, %	%	52,4	51,6	53,2 (↑ на 1,6%)	55,5
Показатель одногодичной летальности больных с ЗНО	%	24,0	23,3	21,4 (↓ на 1,9%)	22,0

Среди пациентов с ЗНО значительный удельный вес составляют локализации, характеризующиеся неблагоприятным прогнозом (бронхи, легкие, печень, поджелудочная железа, желудок и др.), что предопределяет снижение численности контингента, состоящего на учете 5 и более лет.

Также среди вновь выявленных случаев 10–12% составляют ЗНО кожных покровов (в основном базально-клеточный рак), которые в случае безрецидивного течения заболевания снимаются с учета по истечению 5 лет наблюдения, то есть не пополняют контингент состоящих на учете 5 и более лет.

Кроме того, в контингент состоящих на учете 5 лет и более не входят пациенты

с неинвазивными формами рака, которые характеризуются благоприятным для жизни прогнозом.

Значительная доля пациентов старшей возрастной группы предопределяет сокращение состоящих на учете 5 и более лет за счет снятия с учета в связи со смертью от других причин, прежде всего – от заболеваний системы кровообращения.

Выполнение целевых показателей региональной программы Челябинской области «Борьба с онкологическими заболеваниями» представлено на *рисунке 3*.

В связи с проблемами проведения профилактических мероприятий (скрининг и диспансерное наблюдение онкологических пациентов) в условиях пандемии

Рисунок 4. Сравнительный анализ сведений о впервые выявленных случаях ЗНО по основным локализациям в Челябинской области за 2019 и 2020 годы в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции

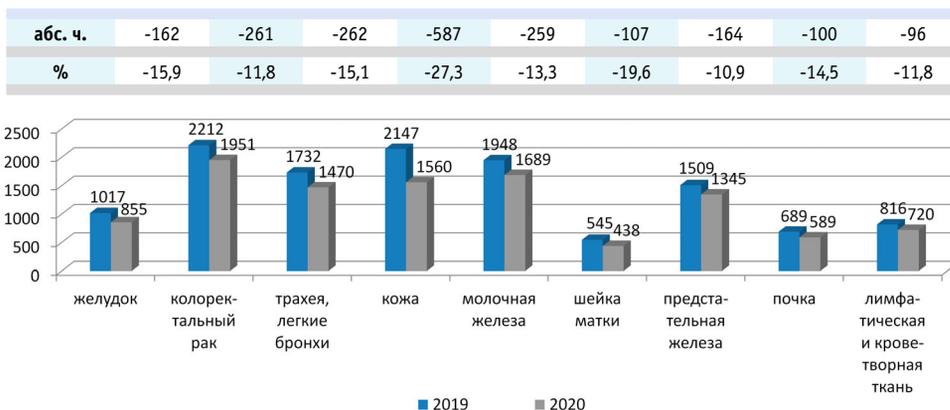


Рисунок 5. Соотношение показателей раннего (I-II стадия) и активного (при проведении профилактических осмотров) выявления ЗНО (С00-С96) в Челябинской области в 2010–2020 гг. (%)



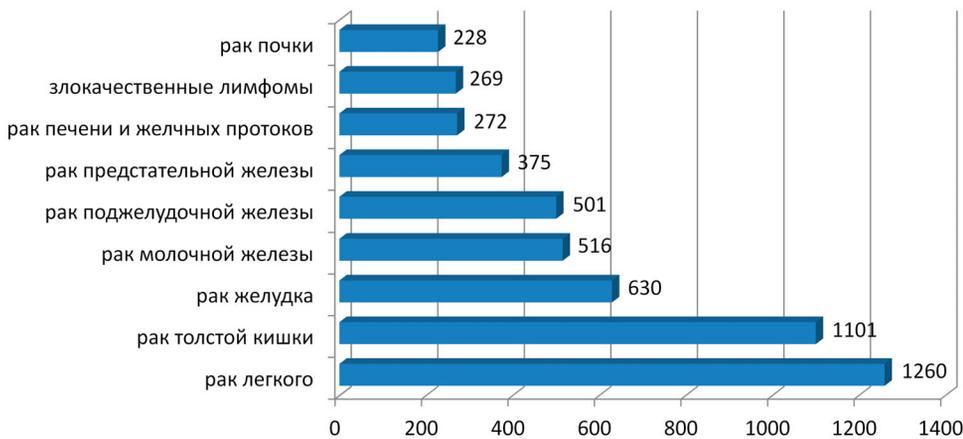
новой коронавирусной инфекции, сравнительный анализ впервые выявленных случаев ЗНО по основным локализациям в Челябинской области за 2019 и 2020 годы показал, что больше всего снизилось количество впервые выявленных ЗНО кожи – на 27,3%, шейки матки – 19,6%, трахеи, легких, бронхов – 15,1% (рис. 4). Недоучет онкологических заболеваний в 2020 году в целом составил 2495 случаев (–13,9%).

Соотношение показателей раннего (I-II стадия) и активного (при проведении профилактических осмотров) выявления ЗНО (С00-С96) в Челябинской области в 2010-2020 годах представлено на рисунке 5:

четко прослеживается тенденция снижения числа активно выявленных больных ЗНО практически в два раза.

С 2010 по 2020 годы отмечается нарастание контингента с ЗНО в стадии in situ (D00-D09) с 543 до 2103 человек. Основной прирост указанного контингента обусловлен локализациями опухоли в стадии in situ в молочной железе и шейке матки. В последние годы значительный рост указанного контингента произошел за счет улучшения ранней диагностики ЗНО, благодаря вступлению в силу приказа Минздрава Челябинской области от 21.01.2016 № 68⁴.

Рисунок 6. Распределение умерших от ЗНО в 2020 году по основным локализациям (в абс. числе)



⁴ Приказ Минздрава Челябинской области от 21.01.2016 № 68 «О маршрутизации взрослых пациентов при оказании медицинской помощи по профилю онкология в Челябинской области». URL: <https://docs.cntd.ru/document/439064811> (дата обращения 22.11.2021).

Среди причин смерти от ЗНО по локализациям за 2020 год значительно преобладали рак легкого, рак толстой кишки (рис. 6).

Основные индикативные показатели региональной программы Челябинской области «Борьба с онкологическими заболеваниями» следующие:

- онкологическая настороженность врачей первичного звена;
- соблюдение «зеленого коридора»;
- эффективность скрининга и профилактических осмотров;
- качественное и своевременное специальное лечение;
- количественный учет пациентов;
- динамическое диспансерное наблюдение;
- корректный выбор первоначальной причины летального исхода.

На основании приказа Минздрава Челябинской области от 21.01.2016 № 68 в регионе четко определены задачи маршрутизации по уровням в целях выполнения порядка и клинических рекомендаций при выявлении и лечении ЗНО.

На первом уровне для врачей первичного звена определены следующие функции: раннее выявление ЗНО, обследование при подозрении на ЗНО, выявление, лечение, диспансерное наблюдение пациентов с предраковыми и хроническими заболеваниями, диспансерное наблюдение пациентов с ЗНО III клинической группы, симптоматическое лечение пациентов с ЗНО, учет пациентов с ЗНО.

На втором уровне (первичные онкологические кабинеты/отделения) к задачам первого уровня присоединяется проведение этапа специального лечения по рекомендациям медицинской организации III уровня. На третьем уровне основные задачи – это уточняющая диагностика, проведение консилиума пациентам с ЗНО и опухолями *in situ*.

В рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в Челябинской области в 2020 году открыты два центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). ЦАОП призваны минимизировать сроки проведения диагностики, максимально сократить время до начала лечения, повысить его

доступность – организовать диспансерное наблюдение и проведение химиотерапии как можно ближе к месту жительства пациента, а также предоставить реабилитацию онкологическим больным. ЦАОП открыты в крупных частных медицинских центрах, где соблюдены условия: сформирован штат специалистов, сформированы тарифы ОМС для параклиники, есть возможность оказания полихимиотерапии 1–3 уровней амбулаторно. Для ЦАОП определено прикрепленное население и учтена маршрутизация пациентов. В 2021 году открываются еще пять ЦАОП, а к 2022 году всего планируется открыть 12 ЦАОП для пациентов с подозрением и с подтвержденным ЗНО.

В 2019–2020 гг. в ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» амбулаторно открыты три центра:

- Центр диагностики и лечения опухолей молочной железы;
- Центр диагностики и лечения опухолей бронхов;
- Центр патологии шейки матки.

В рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в Челябинской области в 2020 году открыты два центра амбулаторной онкологической помощи

В течение 2020 года центры посетили 156,5 тыс. человек [3]. Основная задача амбулаторных центров – снижение смертности путем оптимизации маршрута пациентов с подозрением на злокачественное новообразование за счет своевременного дополнительного обследования с целью верификации диагноза и маршрутизации в получении специального лечения в соответствии с клиническими рекомендациями.

В частности, в Центре диагностики и лечения опухолей молочной железы

в первую очередь было отработано соблюдение «зеленого коридора», введен персонализированный учет лиц с выявленными патологическими изменениями по результатам маммографического скрининга. Далее была введена запись на прием через медицинскую информационную сеть (МИС «БАРС») либо через колл-центр, при этом до приезда пациентки в маммарный центр маммограммы со скрининга с подозрением на рак молочной железы через МИС «БАРС» анализируются специалистами – экспертами поликлиники онкологического центра, при этом только при сохранении подозрения на рак молочной железы (РМЖ) проводится комплексное дополнительное обследование с применением системы BI-RADS: амбулаторно в течение 1 дня – маммография, томосинтез, ультразвуковое исследование, эластография, магнитно-резонансная томография [4].

В результате сроки проведения биопсии сократились с 30 до 1–2 дней, сроки проведения консилиума очно или посредством телемедицинских технологий сократились с 44 до 14 дней, сроки начала специального лечения (хирургическое лечение, лекарственная терапия, лучевая терапия) сократились с 52 до 18–22 дней, все пациентки 100% маршрутизируются для получения специального лечения в соответствии с клиническими рекомендациями.

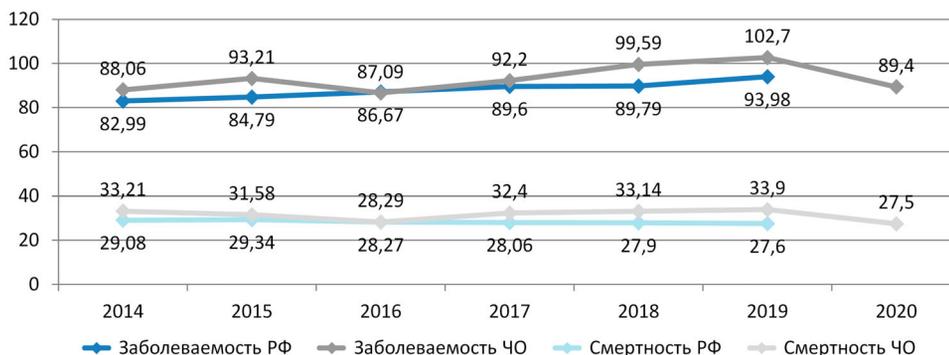
Весь комплекс мероприятий позволил увеличить выявление рака молочной

железы на ранних стадиях, в том числе выявление 0 стадии (*in situ*) в 2 раза: за 2019 – 51 случай и 2020 – 45 случаев (по сравнению с 2018 – 23 случая) и добиться снижения смертности (рис. 7), что свидетельствует об эффективности предложенных мероприятий.

Программа предусматривает увеличение высокотехнологичного лечения – конформной лучевой терапии с 20 до 60%, а также контроль и соблюдение сроков ожидания начала лучевой терапии. Также предусмотрено переоснащение медицинских организаций (в соответствии с дополнительным соглашением к соглашению о предоставлении иного межбюджетного трансферта из федерального бюджета бюджету субъекта РФ в целях софинансирования) – в течение трехлетнего периода (с 2021 по 2023 гг.) планируется переоснастить 12 медицинских организаций 71 единицей медицинского оборудования.

Значительные усилия направляются на обеспечение исполнения врачами-специалистами, средним медицинским персоналом клинических рекомендаций и протоколов ведения онкологических пациентов, одобренных Научным советом Министерства здравоохранения Российской Федерации, размещенных в рубрикаторе клинических рекомендаций на сайте st.gosminzdrav.ru. Совершенствование технологий оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими

Рисунок 7. Динамика показателей заболеваемости ЗНО молочной железы и смертности от ЗНО молочной железы женского населения РФ и Челябинской области за 2014–2020 гг. (грубый показатель, на 100 тыс. населения)



заболеваниями ведется посредством информационного взаимодействия с сетью референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований, организованных на базе федеральных медицинских организаций.

Реализация региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями», принятой Правительством Челябинской области, будет способствовать более раннему выявлению онкологических заболеваний и совершенствованию системы организации специализированной медицинской помощи. Ожидается снижение смертности населения от злокачественных новообразований к 2024 году до уровня 217,6 случая на 100 тыс. населения, а снижение стандартизованного показателя смертности – до 120 случаев на 100 тыс. населения

Достижение такого показателя возможно только при условиях снижения одногодичной летальности больных с ЗНО

до 17,3%, увеличения доли ЗНО, выявленных на I – II стадиях, до 63,0% и увеличения удельного веса больных, состоящих на учете под диспансерным наблюдением пять лет и более, до 60,0%.

Повышение качества диагностики планируется обеспечить увеличением доли диагнозов зарегистрированных ЗНО (без учтенных посмертно), подтвержденных морфологически, до 99,4%.

Таким образом, Порядок оказания медицинской помощи по профилю «онкология», утвержденный приказом Минздрава России от 16.02.2021 № 116н, актуализированная региональная программа Челябинской области «Борьба с онкологическими заболеваниями», клинические рекомендации по диагностике и лечению онкологических заболеваний, Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи способствуют снижению смертности населения от онкологических заболеваний.

ИСТОЧНИКИ

1. *Важенин А.В., Ратнер Е.В., Аксенова И.А.* Эпидемиологические особенности онкологической ситуации и показатели состояния онкологической помощи населению в Челябинской области в 2019 году. Челябинск, 2020.
2. *Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О.* Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2020.
3. *Ворошина Н.В.* Организация центра диагностики и лечения опухолей молочной железы на базе государственного регионального онкологического центра / Н.В. Ворошина, А.В. Важенин, А.С. Доможирова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2020. – № 2 (64). – С. 61–67.
4. *Ворошина Н.В.* Недостаточность своевременности и эффективности диагностики злокачественных новообразований визуальных локализаций женской репродуктивной системы / Н.В. Ворошина, А.В. Важенин, Ю.А. Тюков // Сибирский научный медицинский журнал. – 2020. – № 2 (40). – С. 98–103.

REFERENCES

1. *Vazhenin A.V., Ratner E.V., Aksenova I.A.* Epidemiological features of oncological situation and indicators of the state of cancer care for the population in the Chelyabinsk region in 2019). Chelyabinsk, 2020. (in Russian).
2. *Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Shakhzadova A.O.* Zlokachestvenny`e novoobrazovaniya v Rossii v 2019 godu (zabolevaemost` i smertnost`) (Malignant neoplasms in Russia in 2019 (morbidity and mortality)) Moscow.: P. Hertsen MORI, 2020. (in Russian).
3. *Voroshina N. V., Vazhenin A. V., Domozhirova A.S.* The organization of a Center for the Diagnosis and Treatment of Breast Tumors on the basis of the state regional oncological center // Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii (Health Care of the Russian Federation). – 2020. – № 2 (64). – P. 61–67. (in Russian).
4. *Voroshina N.V., Vazhenin A.V., Tyukov Yu.A.* Insufficiency of timeliness and efficiency of diagnosis of malignant tumors of visual localization in the female reproductive system // Sibirskij nauchny`j medicinskij zhurnal (The Siberian Scientific Medical Journal). – 2020. – № 2 (40). – P. 98–103. (in Russian).

С.А. ТОКАРЕВ¹, д-р мед. наук, главный врач, tokarev@yamalcmr.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3849-7115>

Н.С. ПОЛОВОДОВА¹, канд. биол. наук, зам. главного врача, polovodova@yamalcmr.ru

М.В. ТОКАРЕВА¹, канд. фил. наук, начальник отдела коммуникационных и общественных проектов, tokareva@yamalcmr.ru

Н.С. ИВЛЕВА¹, зав. отделом разработки и мониторинга программ общественного здоровья, врач по медицинской профилактике, ivleva@yamalcmr.ru

Т.Я. ШИПУЛИНА¹, канд. мед. наук, зав. отд. организации медицинской профилактики и мониторинга факторов риска, врач по медицинской профилактике, shipulina@yamalcmr.ru

Популяционные аспекты профилактической работы в регионе с низкой плотностью населения. Опыт Ямало-Ненецкого автономного округа

¹ ГБУЗ ЯНАО «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики», 629730, Ямало-Ненецкий автономный округ, г. Надым, ул. Строителей, д. 4. State Budgetary Institution of Yamalo-Nenets Autonomous Region "Centre of Public Health and Medical Prophylaxis", 4, Stroiteley st., Nadyam, Yamalo-Nenets Autonomous Region, 629730, Russian Federation.

Ключевые слова: Крайний Север, медицинская профилактика, здоровый образ жизни, сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, выездная работа, межведомственное взаимодействие, информационная работа, медиаполе

Для цитирования: Токарев С.А., Половодова Н.С., Токарева М.В., Ивлева Н.С., Шипулина Т.Я. Популяционные аспекты профилактической работы в регионе с низкой плотностью населения. Опыт Ямало-Ненецкого автономного округа // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 48–54.

For citation: Tokarev S.A., Polovodova N.S., Tokareva M.V., Ivleva N.S., Shipulina T. Ya. Population aspects of medical preventive work in a region with a low population density. Experience of Yamalo-Nenets Autonomous Region // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 5. – P. 46–52.

Tokarev S.A., Polovodova N.S., Tokareva M.V., Ivleva N.S., Shipulina T. Ya.

Population aspects of medical preventive work in a region with a low population density. Experience of Yamalo-Nenets Autonomous Region
Extreme factors of the Far North influence negatively on the protective systems of human organism and as a result lead to morbidity increase. Medical preventive structures of the region aim to reduce the prevalence of chronic non-communicable diseases, motivate citizens for a healthy lifestyle, including healthy diet and giving up harmful habits, and increase adherence to healthy lifestyle. On the territory of the region a new paradigm of preventive work has been introduced. Regional and municipal interagency councils on healthy lifestyle work. They are of great assistance for implementation of corporative programs in companies and introducing mass preventive measures aimed at strengthening public health and preventing cardiovascular and other non-communicable diseases. Mobile groups of specialists systematically organize field examinations of inhabitants in remote parts of the region. Preventive media space also is of great importance in attracting people to healthy lifestyle. Recent sociological studies of Yamal citizens' opinion by "All-Russia Centre of Public Opinion Study" showed that the level of their responsibility for the health increased. Analysis of behavioral practices showed that 32% of the respondents could be referred to the "complete healthy lifestyle" group, 85% of respondents considered health the most important value.

Keywords: Far North, healthy lifestyle, medical prevention, morbidity, cardiovascular diseases, oncological diseases, fieldwork, interagency cooperation, information work, media field

Цель работы профилактических структур региона – снижение распространенности хронических неинфекционных заболеваний, формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек, повышение приверженности к здоровому образу жизни. На территории округа внедрена новая парадигма профилактической работы, действует региональный координационный совет по межведомственному взаимодействию по вопросам здорового образа жизни и профилактике заболеваний, внедряются корпоративные программы, проводятся массовые профилактические мероприятия, направленные на укрепление общественного здоровья и профилактику сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний. Организована выездная работа специалистов, создано единое профилактическое медиапространство. Последние социологические исследования ВЦИОМ показывают, что у жителей Ямала возрос уровень

ответственности за свое здоровье и здоровье своих близких. Анализ на уровне поведенческих практик показывает, что к группе «полный ЗОЖ» можно отнести 32% респондентов, 85% опрошенных считают здоровье важнейшей ценностью и ставят его на первое место среди прочих ценностей

Введение

Негативное влияние экстремальных факторов Крайнего Севера приводит к истощению защитных возможностей организма, и, как следствие, повышению заболеваемости. Регион характеризуется большой площадью, сложной транспортной схемой, а также имеет крайне низкую среднюю плотность населения. Перед специалистами профилактического звена стоит непростая задача – сделать профилактическую помощь максимально доступной для всех жителей автономного округа независимо от места их проживания, определить и устранить главные факторы риска заболеваний, увеличить информированность и приверженность к здоровому образу жизни (ЗОЖ), снизить уровень заболеваемости и смертности в регионе.

Структура медицинской профилактики региона

В профилактическую структуру региона входят 3 центра здоровья, 6 отделений и 8 кабинетов медицинской профилактики. Их работу курирует и координирует Ямальский центр общественного здоровья и медицинской профилактики. Ежегодно в отделениях и кабинетах медицинской профилактики осмотры и диспансеризацию проходят свыше 100 тыс. ямальцев, центры здоровья посещают около 10 тыс. человек и еще более 50 тыс. получают индивидуальные консультации (рис. 1).

Для повышения эффективности профилактической работы в ЯНАО применяется новая парадигма популяционной профилактики, так называемая 4М-платформа, принципы работы которой следующие:

- мобильность – профилактические мероприятия проводятся не только в поликлиниках;
- медийность – медиополе наполнено доступной и достоверной информацией о сохранении здоровья;
- массовость – привлекаются все группы населения;
- мультиплатформенность.

Важнейшим органом, во многом определяющим успешность работы по укреплению общественного здоровья, является координационный совет по межведомственному взаимодействию по вопросам здорового образа жизни и профилактике заболеваний при правительстве/главе субъекта или муниципального района. Он призван объединить усилия всех ведомств в едином направлении.

На Ямале такой координационный совет при Правительстве ЯНАО работает уже более 7 лет. В его состав входят руководители органов исполнительной власти округа в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры, молодежной политики и туризма, физической культуры и спорта, агропромышленного комплекса, торговли и продовольствия, коренных малочисленных народов Севера. С 2016 года аналогичные

Рисунок 1. Узнать основные показатели своего здоровья можно за 30 минут, пройдя комплексное профилактическое обследование в окружном центре общественного здоровья и медицинской профилактики



координационные советы функционируют во всех муниципальных образованиях ЯНАО.

Внедрение корпоративных программ сохранения здоровья работающих

На координационном совете утверждаются межведомственные проекты по профилактике хронических заболеваний, пути внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работающих. Сегодня корпоративные программы апробируют уже порядка 100 предприятий в каждом муниципалитете. Самым востребованным направлением стало повышение физической активности, многие организации выбрали направление по профилактике потребления табака, третьей по популярности стала программа по сохранению психологического здоровья и благополучия.

Под методическим руководством специалистов Ямальского центра общественного здоровья и медицинской профилактики на предприятиях и организациях

проводится системная здравоохранительная работа. Например, организованы физкульт-брейки, командные соревнования, психотренинги, созданы корпоративные чаты по 30Ж, устанавливаются мобильные приложения для подсчета индивидуальных достижений, проводятся фитнес-конкурсы, организованы кабинеты здорового питания, зоны релаксации, разработана система поощрения сотрудников, ведущих 30Ж, и многое другое.

Выездная работа специалистов

Профилактическая медицина Ямала давно шагнула за пределы кабинетов поликлиник. Ежегодно мобильные медицинские бригады, в состав которых входят и узкопрофильные специалисты, организуют профилактические выезды. Медики отправляются в самые труднодоступные районы арктического региона, в стойбища и на фактории. Только за последний год специалисты провели более 70 выездов. С 2015 года жители Ямала

Рисунок 2. Школа здоровья по отказу от табака в тундре. Макет челюсти заядлого курильщика наглядно показывает, какой вред наносит никотин организму¹



¹ Фотографии из архива Ямальского центра общественного здоровья и медицинской профилактики.

Рисунок 3. Минутный эксперимент с «курильщицей Сью» убеждает лучше, чем часовая беседа. Ребята могут сразу увидеть, сколько смол оседает в легких даже после одной выкуренной сигареты



имеют возможность пройти обследование в «Мобильном диагностическом комплексе» окружного центра общественного здоровья и медицинской профилактики. Комплекс высокоточного диагностического оборудования размещен на базе автобуса, обследование занимает не более получаса.

В 2021 году помимо профилактического обследования на выездах проводилась вакцинация против коронавирусной инфекции, в том числе кочующих по тундре коренных жителей. Это уникальное мероприятие было организовано по поручению губернатора ЯНАО Д.А. Артюхова. За несколько часов в тундре были развернуты мобильные прививочные пункты, где с комфортом смогли привиться коренные жители. Также на площадках были организованы «чумы здоровья», там профилактикологи проводили школы здоровья и обучали ЗОЖ (рис. 2).

В практику работы профилактикологов прочно вошли выездные акции и обследования в формате «островков здоровья». Такие мероприятия специалисты систематически организуют к значимым международным и российским медицинским датам. На «островках здоровья» проводятся консультации, бесплатная диагностика на специализированном оборудовании, информационно-просветительская работа. Мобильные бригады выезжают на предприятия и учреждения автономного округа,

в крупные торговые центры, на железнодорожные вокзалы, в аэропорты и другие места массового посещения.

Межведомственные профилактические проекты

С целью популяционной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых и онкологических патологий на Ямале успешно реализуются межведомственные профилактические проекты, направленные на разные возрастные категории.

Особое внимание уделяется подрастающему поколению: к профилактической работе привлекаются волонтеры и учащиеся медицинских классов, которые под руководством специалистов проводят флешмобы, участвуют в акциях и ролевых играх, готовят театрализованные представления для своих сверстников. В ходе занятий с молодежью медики широко используют мультимедийные технологии, различные игровые методики, медицинские макеты, в том числе «курильщицу Сью» и «Очки пьяного водителя», вызывающие неизменный интерес аудитории (рис. 3).

«Стоп, инсульт» – одна из важнейших практик, внедренная по инициативе окружного центра общественного здоровья и медицинской профилактики в систему здравоохранения Ямала. Она проводится

уже четвертый год и направлена на обучение подростков 8–11 классов ранней доврачебной диагностике инсультов и инфарктов по первым признакам, а также навыкам оказания доврачебной помощи. Важность проекта колоссальна – при опросе около 30% школьников указали, что им уже приходилось сталкиваться с неотложными состояниями. На старте проекта все школьники проходят входное тестирование на региональной интернет-платформе. Это позволяет оценить уровень их знаний. Затем в каждом муниципалитете специалисты по медицинской профилактике и работники скорой помощи проводят обучение с использованием специальных манекенов. В среднем за год в регионе проводится около 400 занятий. Итоговое анкетирование показывает, что после таких встреч школьники значительно лучше владеют информацией о первой помощи и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Правильно определили причины и симптомы инсульта, инфаркта, а также указали принципы профилактики жизнеугрожающих состояний более 70% участников (рис. 4).

Проект «Пусть осень жизни будет золотой» нацелен на активное долголетие ямальцев, на охрану и улучшение качества жизни граждан старшего поколения. В его рамках постоянно работает «Арт-клуб», где любой желающий может найти занятие по душе и способностям, будь то лепка или рисунок, аппликация или рисование песком. Участники проекта – люди преклонного возраста – регулярно проходят профилактические обследования, посещают школы здоровья по профилактике остеопороза, артериальной гипертензии, диабета, участвуют в мастер-классах по скандинавской ходьбе и многих других мероприятиях. Пожилые люди также учатся правильно измерять артериальное давление, узнают, как вести себя при возникновении опасных симптомов.

Усилить онкологическую настороженность и показать ямальцам, что с раком можно бороться был призван масштабный межведомственный проект «Выбор – жизнь!». Он включал в себя большое количество

мероприятий по профилактике онкологических заболеваний. Специалисты проводили тренинги, мастер-классы и школы здоровья для жителей по раннему выявлению онкопатологии, в том числе по самообследованию молочных желез. Также проводились комплексные осмотры северян с прицелом на раннее выявление рака. Важнейшим направлением работы стал фотопроjekt «Красота сильнее рака!». В нем приняли участие 30 человек с онкологическими заболеваниями в стадии ремиссии. «Онкопобедители» поделились своими историями успешной борьбы с недугом. К фотосессии привлекались визажисты, профессиональные фотографы. Каждая фотография – это небольшая жизнеутверждающая история. Проект был освещен во всех региональных СМИ и получил большой отклик. Он был представлен на площадке Агентства стратегических инициатив «Точка кипения. Тюмень» и был признан лучшим из всех проектов, представленных от Уральского Федерального округа в секции «Здоровье и образ жизни». По рекомендации экспертов он размещен в федеральной библиотеке умных решений «Смартека» и теперь доступен для тиражирования в любом субъекте РФ.

С начала 2021 года Ямальским центром общественного здоровья и медицинской профилактики дан старт новому окружному проекту «Бросай курить, вставай на лыжи». Важность его трудно переоценить, ведь курение может в два раза увеличить риск смерти у пациентов с COVID-19. Проект включает различные мероприятия, направленные на мотивацию и оказание всесторонней поддержки ямальцам, решившим отказаться от пагубной привычки. В регионе работают 15 кабинетов по отказу от курения. В кабинетах медицинской профилактики, центрах здоровья специалисты систематически проводят школы здоровья, тренинги с будущими мамами, организуют встречи со школьниками, конкурсы рисунков, стихотворений.

Отдельное направление – флешмоб по мотивации к отказу от курения «Я свободен. Я больше не курю!». В нем принимают участие бывшие ямальские курильщики.

Они рассказывают, как и почему отказались от курения, что помогло им справиться с зависимостью, как долго они шли к своей цели и чем мотивировали себя, чтобы не сдать. Участники проекта, поделившись самой яркой мотивирующей историей, получают подарки полезные для здоровья, главный приз – лыжи.

Научные профилактические проекты

Ямал активно участвует в проектах и исследованиях федерального уровня. Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики реализует их совместно с коллегами НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России. Это многоцентровое эпидемиологическое исследование «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации», а также одновременное исследование по выявлению влияния

воздействия промышленных поллютантов на генетику человека. Еще один проект, прошедший в 2021 году, – российско-японское исследование по дистанционному мониторингу людей с избыточной массой тела «RJ Tomodachi». В нем приняли участие 100 человек, около 80% смогли снизить свою массу тела на 5–13% от исходной.

В целом в рамках популяционной работы в регионе ежегодно проводится более 20 тыс. семинаров, тренингов, круглых столов, конкурсов, выставок для ямальцев по вопросам профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни.

Создание единого профилактического инфополя

Создание единого профилактического медиапространства, нацеленного на повышение информированности о способах здоровьесбережения, – один из ключевых

Рисунок 4. Юные ямальцы учатся оказывать первую доврачебную помощь на специальных манекенах



путей формирования общественного здоровья. В региональных и муниципальных телерадиокомпаниях, печатных изданиях, информационных агентствах, электронных СМИ созданы постоянные рубрики, где публикуются материалы, посвященные здоровому образу жизни и важности своевременных превентивных мер. Такая же работа систематически ведется в социальных сетях в аккаунтах различных ведомств, медицинских организаций, крупных городских пабликов.

Ямальский центр общественного здоровья и медицинской профилактики проводит масштабную информационно-коммуникационную кампанию «Ямал – территория здоровья!» в соцсетях «ВКонтакте», «Facebook», «Instagram», «Одноклассники», «TikTok», мессенджерах «Viber» и «Telegram», на видеохостинге «YouTube».

В интернет-сообществах размещается актуальная информация, интервью и советы специалистов, новости ямальского и российского здравоохранения, достижения мировой науки. Ленты наполняются ежедневно, практически весь контент готовят специалисты центра. Для привлечения внимания аудитории используются различные форматы: прямые эфиры, конкурсы, опросы, видеоматериалы, яркая инфографика. Работают постоянные рубрики: «Мнение специалиста», «Хорошие новости», «Цифра дня» и другие. Для продвижения идей ЗОЖ привлекаются лидеры общественного мнения: известные на Ямале спортсмены, общественники, деятели культуры. Ведется постоянный диалог с подписчиками.

С первого дня введения режима повышенной готовности в регионе организована масштабная информационная кампания по профилактике коронавируса и привлечению жителей к вакцинации. Специалисты центра реализуют проект «Профилактика онлайн», направленный на поддержку здоровья северян. Он включает несколько направлений – это индивидуальные телефонные консультации, прямые эфиры, борьба с ложной информацией, разработка памяток и видеороликов, проведение ЗОЖ-флешмобов, психологическая

поддержка северян и многое другое. Также специалисты центра ежедневно проводят сбор, свод и анализ информации о распространении коронавирусной инфекции на Ямале. Эти данные используются для аккаунтов Правительства ЯНАО, оперштаба.

В регионе работает портал по здоровому образу жизни и профилактике заболеваний. В тематических вкладках («Диспансеризация», «Популярно о здоровье», «Вместе против рака» и других) размещены статьи, памятки, видеоматериалы. Работает «Калькулятор сердечно-сосудистого риска» – любой желающий может онлайн рассчитать риск развития инсульта и инфаркта. Ежегодно сервисом пользуются около 10 тыс. человек. С начала пандемии создан раздел «Профилактика коронавируса», где собраны важные материалы по профилактике заболевания и вакцинации.

Заключение

Масштабная и разнонаправленная профилактическая работа приносит свои плоды – по данным опросов, в 2020 году 77% ямальцев встречали в медиаполе материалы о ЗОЖ и профилактике заболеваний, а 80% из них стараются применять полученные знания на практике.

Последние социологические исследования ВЦИОМ показывают, что у жителей Ямала возрос уровень ответственности за свое здоровье и здоровье своих близких. По данным международной аудиторско-консалтинговой сети FinExpertiza, в период самоизоляции (2020 год) число ямальцев, придерживающихся здорового образа жизни, выросло вдвое. Анализ на уровне поведенческих практик показывает, что к группе «полный ЗОЖ» можно отнести 32% респондентов. При этом 60% опрошенных отметили, что стараются следовать принципам правильного питания и повышать двигательную активность, 43% постоянно занимаются спортом, а 85% считают здоровье важнейшей ценностью и ставят его на первое место.

В.Н. ДИОМИДОВА¹, д-р мед. наук, декан медицинского факультета
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3627-7971>

А.Е. СИДОРОВ¹, канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства
и гинекологии им. Г.М. Воронцовой
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1244-5923>

Н.В. ЖУРАВЛЕВА¹, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6470-7724>

А.А. САМОЙЛОВ¹, студент медицинского факультета

Создание аккредитационно-симуляционного центра на базе высшей медицинской образовательной организации как решение проблемы практической подготовки медицинских специалистов в период пандемии COVID-19

¹ ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»,
428015, Российская Федерация, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Московский пр-т, д. 15.
FSOBU Chuvash State University named after I.N. Ulyanov,
15, Moskovsky Avenue, Chuvash Republic, Cheboksary, 428015, Russian Federation.

Ключевые слова: симуляционное обучение, пандемия, COVID-19, аккредитационно-симуляционный центр

Для цитирования: Диомидова В.Н., Сидоров А.Е., Журавлева Н.В., Самойлов А.А. Создание аккредитационно-симуляционного центра на базе высшей медицинской образовательной организации как решение проблемы практической подготовки медицинских специалистов в период пандемии COVID-19 // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 53–56.

For citation: Diomidova V.N., Sidorov A.E., Zhuravleva N.V., Samoylov A.A. Creation of an accreditation and simulation center on the basis of a higher medical educational organization as a solution to the problem of practical training of medical specialists during the COVID-19 pandemic // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 5. – P. 53–56.

Diomidova V.N., Sidorov A.E., Zhuravleva N.V., Samoylov A.A.

Creation of an accreditation and simulation center on the basis of a higher medical educational organization as a solution to the problem of practical training of medical specialists during the COVID-19 pandemic

The COVID-19 pandemic has set a number of tasks for medical education professionals related to training medical personnel in diagnosing and providing medical care to patients with a new coronavirus infection as soon as possible. It was possible to quickly solve the problems that arose by introducing simulation training on the basis of higher medical educational organizations, which makes it possible to master the most complex clinical scenarios in a short period of time without risking patients and medical workers themselves. The article presents the results of the implementation of simulation training on the example of the medical faculty of the FSOBU Chuvash State University named after I.N. Ulyanov. Thanks to high-tech simulation training equipment, students and clinical residents have the opportunity to develop practical skills, despite the limited access to clinical sites during the pandemic.

Keywords: simulation training, pandemic, COVID-19, accreditation and simulation center

Пандемия COVID-19 поставила перед специалистами в сфере медицинского образования ряд задач, связанных с подготовкой медицинского персонала по вопросам диагностики и оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией в максимально короткие сроки. Оперативно решить возникшие проблемы удалось с помощью внедрения на базе высших медицинских образовательных организаций симуляционного обучения, позволяющего за короткий промежуток времени освоить сложнейшие клинические сценарии без риска для пациентов и самих медицинских работников. В статье представлены результаты внедрения симуляционного обучения на примере медицинского факультета ФГБОУ «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Благодаря высокотехнологичному симуляционному обучающему оборудованию у студентов и клинических ординаторов появилась возможность сформировать практические навыки, несмотря на ограничение доступа к клиническим базам в период пандемии.

Введение

Необходимость ускорения процессов внедрения инновационных методов подготовки будущих врачей, а также разработки систем объективной оценки знаний и качества освоения практических навыков студентами – новая реальность, которую в настоящее время диктует пандемия новой коронавирусной инфекции [1, 2]. Системе высшего медицинского образования удалось в кратчайшие сроки адаптироваться к новым условиям благодаря внедрению симуляционных технологий.

В реальной практике при работе с пациентами преподавателю не всегда удается отработать практические навыки на пациенте, т.к. пациент имеет право отказаться от участия студентов в лечебном процессе и от выполнения ими медицинских манипуляций, а в условиях пандемии COVID-19, кроме того, имеются ограничения доступа обучающихся в лечебные учреждения [3, 4]. Невозможно овладеть практическими навыками, используя только теоретические основы знаний. С целью отработки профессиональных навыков в учебный процесс ФГБОУ «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» были внедрены инновационные методы, к которым относятся симуляционные технологии. В соответствии с решением Ученого Совета на базе университета в апреле 2016 года был организован Центр аккредитации и симуляционного обучения. В 2019 году центр переименован в аккредитационно-симуляционный центр (далее – АСЦ).

Цели и задачи аккредитационно-симуляционного центра

Цель работы АСЦ – качественное обучение студентов и клинических ординаторов практическим навыкам, формирование профессиональных компетенций путем применения современных технических средств в стандартных, сложных и экстренных ситуациях при организации и оказании медицинской, первой неотложной помощи.

Главной задачей симуляционного центра является практическая подготовка

медицинских специалистов, при этом важно указать на неоспоримые преимущества АСЦ, которые в условиях пандемии особенно важны:

- получение практических навыков, клинического опыта без рисков для пациентов и врачей;
- неоднократное повторение манипуляций для отработки навыков;
- возможность идентифицировать, управлять, осознавать и исключать ошибки;
- возможность моделировать редкие клинические сценарии, исключая при этом моральные, этические и законодательные ограничения при общении с пациентом [5, 6].

Для оценки усвоения студентами учебного материала и качества выполнения ими манипуляций, преподавателями АСЦ проводятся текущий, промежуточный и итоговый виды контроля по направлениям терапии, стоматологии, хирургии, педиатрии, других профилей.

В АСЦ расположены специализированные кабинеты и тематические станции-модули с возможностью обучения и выполнения заданий, поставленных перед студентами.

Важной задачей работы АСЦ является контроль за качеством формирования и совершенствования практических умений и навыков у всех категорий обучающихся, развитие способности принимать верные решения, анализировать и исправлять допущенные ошибки.

Обучение в АСЦ нацелено на формирование навыков адекватного и быстрого принятия клинических решений, особенно при оказании неотложной и экстренной медицинской помощи, на развитие способности эффективно решать профессиональные задачи и развитие умений правильно оценивать анамнестические, лабораторные данные, результаты лучевой и инструментальной диагностики конкретного пациента.

Сотрудниками АСЦ совместно с преподавателями клинических кафедр были разработаны тематические планы занятий и алгоритмы отработки практических навыков на симуляторах.

Организация образовательного процесса в аккредитационно-симуляционном центре в условиях пандемии

Распространение COVID-19 поставило перед специалистами в сфере медицинского образования задачи, связанные с подготовкой специалистов по вопросам диагностики и оказания медицинской помощи больным с данной патологией в максимально короткие сроки. Поэтому симуляционное образование в условиях пандемии COVID-19 рассматривается как одна из самых важных составляющих в подготовке медиков по всему миру [7-8]. Это дает возможность в минимальные сроки освоить сложнейшие клинические сценарии без рисков для больных и самих медицинских работников.

Вследствие сложившейся ситуации с COVID-19 в настоящее время АСЦ переведен на работу в две смены. Для соблюдения безопасной социальной дистанции количество студентов в группе сократилось с учетом используемого пространства, организована дезинфекция помещений после каждого занятия.

В условиях пандемии востребованными стали следующие навыки, приобретенные в АСЦ:

- оказание экстренной помощи;
- выполнение интубации;
- проведение искусственной вентиляции легких;
- освоение новых методов диагностики и лечения пациентов в условиях повышенной опасности, требующей слаженной командной работы.

Симуляционное обучение включает моделирование наиболее сложных, часто возникающих клинических ситуаций, что позволяет за минимальный срок обучения сформировать у студентов способность решать реальные профессиональные задачи при лечении COVID-19. Моделируются показатели:

- дыхательных шумов;
- визуализации экскурсии грудной клетки;
- пульсации центральных и периферических артерий;

- отображения электрокардиограммы на медицинском оборудовании;
- речевого сопровождения;
- аускультации сердца;
- изменения капиллярного наполнения и температуры кожных покровов;
- степени сатурации кислорода, АД и температуры тела через симуляционный монитор пациента.

Контрольные чек-листы к каждой ситуации позволяют объективно оценить уровень сформированности умений и навыков. Все виды деятельности обучающихся основываются на самоконтроле и самооценке своей работы.

В настоящее время более 1 тыс. студентов прошли обучение в АСЦ по диагностике, лечению и предупреждению новой коронавирусной инфекции COVID-19; более 300 обучающихся получили допуск к оказанию медицинской помощи в качестве средних медицинских работников при прохождении практики в ковидных госпиталях.

Другая часть обучающихся, более 150 человек, занималась волонтерской деятельностью, они проводили консультирование по вопросам самоизоляции, организации медицинской помощи, давали рекомендации по профилактике COVID-19, обеспечивали доставку медицинских препаратов и продуктов и т.д.

Студенты (35 человек), давшие добровольное согласие и не имевшие противопоказаний, были допущены к работе непосредственно с больными коронавирусной инфекцией в так называемой «красной зоне».

Преподаватели АСЦ отметили активное участие студентов в учебном процессе (85%), повышение их ответственности (97%), сопереживание сложившейся ситуации (90%) и готовность реагировать на любые изменения в процессе обучения (92%).

Обсуждение различных клинических сценариев COVID-19 способствовало развитию у студентов навыков клинического мышления: они самостоятельно выбирали тактику ведения и лечения пациента, при этом исход заболевания пациента зависел от выбранного студентом опций сценария.

Выводы

Благодаря высокотехнологичному оборудованию АСЦ, студенты и клинические ординаторы имеют возможность сформировать практические навыки даже в условиях ограниченного доступа к клиническим базам университета.

Опыт работы АСЦ в условиях пандемии COVID-19 показывает, что использование симуляционных технологий повышает безопасность медицинских манипуляций для пациентов, снижает стрессовые ситуации у обучающихся, создает условия

совершенствования профессионального мастерства, практических умений и навыков у студентов на этапе обучения, значительно облегчая переход к медицинской деятельности в реальных жизненных ситуациях.

Положительные результаты внедрения симуляционного обучения, особенно в период пандемии COVID-19, демонстрируют важность и необходимость этой формы обучения в медицинском вузе для оказания качественной и безопасной медицинской помощи.

ИСТОЧНИКИ

1. Чистяков С.И. Организационные аспекты симуляционного обучения алгоритмам интенсивной терапии при осложненных формах COVID-19 / С.И. Чистяков, А.Ю. Сморгалов, О.В. Горох, А.А. Певнев // Виртуальные технологии в медицине. – 2020. – Т. 1. – № 2. – С. 34–37.
2. Смирнова Е.А. Симуляционное обучение в период пандемии COVID-19 / Е.А. Смирнова, Г.Н. Тарасова, М.А. Лещенко, А.С. Макаренко // Виртуальные технологии в медицине. – 2021. – № 2. – С. 82–83.
3. Логвинов Ю.И. Критерии оценки эффективности симуляционного обучения для практического здравоохранения / Ю.И. Логвинов, А.И. Орловская // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2018. – № 2 (32). – С. 15–30.
4. Котенко В.В. Актуальные методики формирования профессиональной компетентности студентов медицинского вуза / В.В. Котенко, Е.Н. Котенко, П.А. Чумаков // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 5–2. – С. 336–339.
5. Жданова Л.В. Эффективность образовательного процесса при использовании симуляционных технологий / Л.В. Жданова, Н.Б. Дырдуева // Менеджмент качества образования в контексте государственной образовательной политики: Матер. II Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Улан-Удэ, 22–23 ноября 2018 г.). – Улан-Удэ, 2019. – С. 73–76.
6. Сурмач Е.М. Симуляционные технологии в медицинском образовании: планирование и перспективы развития / Е.М. Сурмач, М.Г. Малкин // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2020. – Т. 18 – № 1. – С. 79–84.
7. Pan D. Implementation of Simulation Training During the COVID-19 Pandemic: A New York Hospital Experience / D. Pan, K. Rajwani // Simul Healthc–2021. Vol.16. No1. P.46–51.
8. Рыльцева Л.П. Анализ внедрения симуляционных технологий в образовательный процесс в медицинские вузы РФ / Л.П. Рыльцева // Клинические и теоретические аспекты современной медицины – 2017: Матер. Всерос. науч. конф. с междунар. участием: Сб. тезисов. Рос. ун-т дружбы народов (Москва, 30 сентября 2017 г.) – Москва, 2017. – С. 29.

REFERENCES

1. Chistyakov S.I., Smorkalov A.Yu., Gorokh O.V., Pevnev A.A. Organizational aspects of simulation training in intensive care algorithms for complicated forms of COVID-19 // Virtual'ny'e tekhnologii v medicine (Virtual Technologies in Medicine). 2020; 1(2): 34–37. https://doi.org/10.46594/10.46594/2687-0037_2020_2_724 (in Russian).
2. Smirnova E.A., Tarasova G.N., Leshchenko M.A., Makarenko A.S. Simulation training during the COVID-19 pandemic // Virtual'ny'e tekhnologii v medicine (Virtual Technologies in Medicine). 2021; (2): 82–83. https://doi.org/10.46594/2687-0037_2021_2_1294 (in Russian).
3. Logvinov Yu.I., Orlovskaya A.I. Criteria for estimating effectiveness of simulation training for practical health care // Medicinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie (Medical Education and Professional Development). – 2018. – No 2 (32). – CP 15–30. (in Russian).
4. Kotenko V.V., Kotenko E.N., Chumakov P.A. Actual methods for forming the professional competence of students of the medical university // Mezhdunarodny'j zhurnal prikladny'x i fundamental'ny'x issledovaniy. – 2017. – No 5-2. – P. 336–339. (in Russian).
5. Zhdanova L.V., Dyrdueva N. B. Efficiency of education when using simulation technologies // Menedzhment kachestva obrazovaniya v kontekste gosudarstvennoj obrazovatel'noj politiki: Mater. II Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem (Ulan-Ude, November 22-23, 2018). – Ulan-Ude, 2019. – P. 73–76. (in Russian).
6. Surmach K. M., Malkhin M. R. Simulation in medical education: planning and perspectives // Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta (Journal of the Grodno State Medical University). 2020;18(1): 79–84. <http://dx.doi.org/10.25298/2221-8785-2020-18-1-79-84> (in Russian).
7. Pan D. Implementation of Simulation Training During the COVID-19 Pandemic: A New York Hospital Experience / D. Pan, K. Rajwani // Simul Healthc–2021. Vol.16. No1. P.46–51.
8. Ryltseva L.P. Analysis of the implementation of simulation technologies in the educational process in medical universities of the Russian Federation // Klinicheskie i teoreticheskie aspekty' sovremennoj mediciny` – 2017: Mater. Vseros. nauch. konf. s mezhdunar. uchastiem: Sb. tezisov. Ros. un-t druzhby narodov (Moscow, September 30, 2017) – Moscow, 2017. – P. 29.

В.В. ШКАРИН¹, д-р мед. наук, доцент, ректор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования
 vvshkarin@volgmed.ru
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7158-0282>



ШКАРИН В.В.



БОЧКОВА И.А.

И.А. БОЧКОВА^{1,2}, канд. мед. наук, руководитель Территориального органа Росздравнадзора по Волгоградской области, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования
 bochkovaia@reg34.roszdravnadzor.gov.ru

Симуляционное обучение как эффективный инструмент предотвращения кризисных ситуаций в системе здравоохранения

¹ ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, 400131, Российская Федерация, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1.
 Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Volgograd State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 1, Fallen Fighters Square, Volgograd, 400131, Russian Federation.

² Территориальный орган Росздравнадзора по Волгоградской области, 400098, Российская Федерация, г. Волгоград, Советская улица, д. 5.
 The territorial body of Roszdravnadzor in the Volgograd region, 5 Sovetskaya st., Volgograd, 400098, Russian Federation.

Ключевые слова: симуляционное обучение в медицине, COVID-19, персонифицированное обучение

Для цитирования: Шкарин В.В., Бочкова И.А. Симуляционное обучение как эффективный инструмент предотвращения кризисных ситуаций в системе здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 57–64.

For citation: Shkarin V.V., Bochkova I.A. Simulation training as an effective tool for preventing crisis situations in the health care system // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 4. – P. 57–64.

Shkarin V.V., Bochkova I.A.

Simulation training as an effective tool for preventing crisis situations in the health care system

The article systematizes and summarizes the interdepartmental experience of work during the pandemic of a new coronavirus infection in terms of the organization and transformation of situational problem-based training using a personalized approach in the simulation training of personnel of the higher school of medical education. The experience of organizing the work of the medical university – region is presented. The effectiveness of simulation training is shown, priority steps for the organization of problem-oriented training are identified, taking into account the transformation to the dynamically changing needs of healthcare with the use of innovative digital technologies in the educational environment with the possibility of creating a flexible model of both simple clinical situations and those requiring interdisciplinary non-standard solutions. The developed algorithms for the practical application of simulation training will optimize and improve the quality of medical care.

Keywords: simulation training in medicine, COVID-19, personalized training

В статье систематизирован и обобщен межведомственный опыт взаимодействия в период пандемии новой коронавирусной инфекции в части организации и трансформации ситуативно-проблемного обучения с применением персонифицированного подхода в симуляционном обучении кадров высшей школы медицинского образования. Представлен опыт организации работы «вуз – регион». Показана эффективность симуляционного обучения, определены приоритетные шаги по организации проблемно-ориентированного обучения с учетом трансформации под динамично меняющиеся потребности здравоохранения с применением инновационных цифровых технологий в образовательной среде с возможностью создания гибкой модели как простых клинических ситуаций, так и требующих междисциплинарного нестандартного решения. Разработанные алгоритмы практического применения симуляционного обучения позволят оптимизировать и улучшить качество оказания медицинской помощи.

Введение

COVID-19 стал своеобразным «стресс-тестом» для системы здравоохранения, потребовав совершенно иных подходов в условиях сложной эпидемиологической ситуации, учитывающих новые требования к подготовке медицинского персонала в связи с массированным перепрофилированием коечного фонда. Осложняло ситуацию то обстоятельство, что возникшие проблемы требовалось решить оперативно, в течение ограниченного промежутка времени – не более месяца. В значительной мере успешное решение поставленных задач стало возможным благодаря применению инновационных подходов при обучении и переподготовке медицинского персонала.

Реальная практика симуляционного обучения в условиях пандемии COVID-19

Эпидемия COVID-19 стала классическим примером внедрения новых технологий обучения в реальную образовательную практику в течение короткого промежутка времени на фоне эпидемиологического неблагополучия [1, 2]

Важная роль симуляционного обучения как эффективного инструмента преодоления кризисных ситуаций в системе здравоохранения была продемонстрирована и ранее при лихорадке Эбола, SARS и MERS

Необходимость эффективного анализа первичной медицинской документации пациентов сотрудниками Территориального органа Росздравнадзора (ТО РЗН) по Волгоградской области с привлечением экспертов с целью выявления методологических проблем, требующих дополнительного изучения, проведения обучающих семинаров медицинского персонала, повышения качества и безопасности медицинской помощи пациентам

с новой коронавирусной инфекцией стала особенно понятна и актуальна, когда в апреле 2020 года по поручению заместителя Председателя Правительства РФ Т.А. Голиковой руководителем Росздравнадзора А.В. Самойловой было принято решение поручить ТО РЗН определить на основании анализа первичной медицинской документации объем и своевременность оказания медицинской помощи пациентам, умершим от новой коронавирусной инфекции в 2020 году.

В ходе проведенной работы ТО РЗН по Волгоградской области были проанализированы более 100 случаев смерти пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Смерть как исход лечения относится к показателям результата деятельности медицинской организации. Полученные данные были направлены, в соответствии с поручением, в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и комитет здравоохранения Волгоградской области. Особенно актуально это поручение было в связи с недостаточной изученностью данной патологии, особенно в 2020 году. По результатам анализа были выявлены системные методологические дефекты, которые было необходимо устранить посредством обучения медицинского персонала, оказывающего помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией.

Важная роль симуляционного обучения как эффективного инструмента преодоления кризисных ситуаций в системе здравоохранения была продемонстрирована и ранее при лихорадке Эбола, SARS и MERS [3, 4, 5, 6].

Интересен тот факт, что один из ведущих центров мониторинга ситуации в мире по COVID-19 – университет Джонса Хопкинса, – в своей структуре имеет как симуляционный центр, так и симуляционный госпиталь, где можно в полном объеме решать любые практические задачи по подготовке медицинского персонала, используя 280 индивидуальных образовательных курсов, 44 манекена-робота и 1500 тренировочных установок.

Традиционно использование симуляторов в обучении врачей и медицинского

персонала рассматривается, с одной стороны, как возможность снизить риски заражения участников образовательного процесса, а с другой – как возможность освоить или усовершенствовать профессиональные навыки за короткий промежуток времени до необходимого уровня [7].

Эпидемия COVID-19 на фоне ограниченных ресурсных возможностей системы здравоохранения потребовала обучения значительного количества медицинского персонала не только базовым принципам соблюдения противоэпидемиологических мероприятий, но и освоения новых медицинских технологий, лечебного и диагностического оборудования, тактики ведения пациентов в типичных клинических ситуациях [8, 9].

Симуляционное обучение при COVID-19 помогает эффективно решать следующие проблемы:

- быстро повысить квалификацию и ускорить освоение новых навыков медицинским персоналом (образовательный и управленческий компоненты);
- психологически подготовить персонал к работе в новых сложных условиях (психологический компонент).

На первом этапе для эффективной организации симуляционного обучения необходимо тесное взаимодействие между образовательной организацией (симуляционным центром) и региональным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения для оценки имеющегося образовательного потенциала и его соответствия имеющимся запросам практического здравоохранения.

Ключевые критерии для оценки возможностей симуляционного центра следующие:

- наличие подготовленного персонала и необходимых симуляторов для реализации запросов практического здравоохранения;
- возможность адаптации имеющихся симуляторов под новые задачи, связанные с COVID-19;
- наличие технических возможностей для разнопланового обучения большого количества медицинских работников на базе симуляционного центра

(необходимость разметки и сохранения безопасной социальной дистанции, сокращенное до 5–6 человек количество участников).

Со стороны регионального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения необходима постановка следующих вопросов:

- каким медицинским организациям, в каком объеме, по каким направлениям и в какие сроки необходима подготовка специалистов;
- каков базовый уровень подготовки специалистов, направляемых в симуляционный центр;
- какие системные проблемы, ошибки и трудности необходимо устранить при подготовке специалистов на базе симуляционного центра (облигатная составляющая для разработки сценариев клинических случаев);
- каких ведущих специалистов региона можно привлечь для образовательного процесса в симуляционном центре с учетом лучших практик.

Реальная практика использования симуляционного центра – Центра электронного медицинского образования (ЦЭМО) Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ) (рис. 1) в условиях пандемии COVID-19 базировалась на решении неотложных задач, возникающих на разных этапах эпидемии в Волгоградской области.

ЦЭМО начал функционировать в период пандемии COVID-19. Он размещен в отдельно стоящем здании, включающем 3000 м² учебного пространства, и имеет в своем составе:

- современный роботизированный медицинский стационар;
- 37 оснащенных высокотехнологичным оборудованием симуляционных палат, диагностических кабинетов, приемный покой;
- два компьютерных зала (52 рабочих места);
- актовый зал на 90 человек.

Наличие электронного расписания посещения здания и модульная система из 33 симуляционных комнат позволяют

обеспечить безопасную работу в нем до 100 человек в сутки.

Первой задачей, с которой столкнулся ЦЭМО, стала необходимость в сжатые сроки подготовить для работы в «ковидных» госпиталях врачей-анестезиологов-реаниматологов.

Для реализации образовательных симуляционных программ анестезиолого-реанимационного профиля были подготовлены кейсы по протоколам базовой и расширенной экстренной медицинской помощи, внедрён принцип «от простого к сложному», а базовое освоение простых манипуляций заканчивалось отработкой действий в имитированных клинических ситуациях в составе мультидисциплинарных бригад, что было особенно актуально для подготовки к оказанию экстренной медицинской помощи специалистами

нерезанимационного профиля для работы в «ковидных» стационарах.

Для реализации поставленной задачи была налажена работа в условиях симуляционных палат анестезиологии-реаниматологии с использованием медицинского оборудования, уже имеющегося в стационарах Волгоградской области. В образовательном процессе принимали участие ведущие специалисты региона, участвующие в оказании помощи пациентам в условиях «ковидных» госпиталей. Были сформированы кейсы наиболее сложных ситуаций из практики 2020–2021 года.

В настоящее время на базе симуляционного центра на постоянной основе проводятся симуляционные обучающие циклы:

■ «Актуальные вопросы оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19»;

Рисунок 1. Центр электронного медицинского образования (ЦЭМО) Волгоградского государственного медицинского университета



- «Особенности ИВЛ и интенсивной терапии острого респираторного дистресс-синдрома у пациентов с вирусной пневмонией»;
- «Интенсивная терапия тяжелых форм вирусной инфекции, вызванной COVID-19» для врачей анестезиологов-реаниматологов;
- «Актуальные вопросы оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19, нуждающимся в искусственной вентиляции легких» для врачей нереанимационного профиля.

В работе используются симуляторы 7-го поколения с обратной связью и качественным контролем проводимых мероприятий в условиях палаты интенсивной терапии.

Среди учебных модулей, включенных в процесс симуляционного обучения, можно выделить следующие:

- манипуляции на дыхательных путях и дыхательной системе: установка воздуховода, ларингеальной маски, комбинированной трубки, интубация трахеи и раздельная интубация бронхов, коникотомия, трахеостомия, искусственная вентиляция дыхательным мешком и аппаратом ИВЛ;
- модули для углубленной подготовки специалистов по обеспечению респираторной поддержки у пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), в том числе при COVID-19.

В протоколы базовой и расширенной экстренной медицинской помощи включено освоение актуальных режимов респираторной поддержки и искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ):

- 1) высокопоточная назальная оксигенотерапия;
- 2) неинвазивная вентиляция легких – НИВЛ;
- 3) инвазивная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) современными респираторами в режимах CMV, PCV, PEEP, CPAP, BiPAP, PIV, PC-IRV и др;
- 4) метод видеоларингоскопии с помощью видеоларингоскопа для более четкого и безопасного обеспечения проходимости дыхательных путей, внедренный помимо обучения методам интубации трахеи с помощью обычного ларингоскопа,

значительно расширяющий возможности персонала в условиях пандемии COVID-19.

При освоении реализуемых в ЦЭМО обучающих кейсов базовой и расширенной экстренной медицинской помощи можно говорить об инновационном этапе методологии подготовки специалистов медицины критических состояний – симуляционном обучении в виртуальной клинике (рис. 2), что является на данный момент безусловно необходимым звеном между доклиническим и клиническим этапами обучения.

Второй важной задачей, которую пришлось решать, стала борьба с высокой смертностью в регионе во время эпидемии COVID-19.

Смертность в Волгоградской области в 2020 и 2021 году превышает данный показатель в сравнении с 2019 годом, по аналогии с остальными субъектами ЮФО. В связи с этим министром здравоохранения РФ М.А. Мурашко было принято решение о проведении окружных совещаний по вопросам снижения смертности в 2021 году Территориальных органов Росздравнадзора, органов исполнительной власти регионов, ведущих специалистов в области медицины округов для разработки качественных механизмов снижения смертности населения. Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения РФ А.В. Самойловой в Волгограде 08 июля 2021 года было проведено окружное совещание по вопросам снижения смертности на территории ЮФО. В совещании приняли участие руководители ТО РЗН ЮФО, представители органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов ЮФО, главные внештатные специалисты регионов и ЮФО. Основной задачей совещания стала выработка новых практик с целью поиска путей снижения избыточной смертности на территории регионов ЮФО. Совещание проходило в ЦЭМО ВолгГМУ.

Одним из предложений Волгоградской области стало создание рабочей группы по анализу летальности, состоящей из специалистов ТО РЗН по Волгоградской области, ученых ВолгГМУ, комитета здравоохранения Волгоградской области (в том числе главных внештатных специалистов).

Приоритетной задачей рабочей группы явился поиск инновационных технологий управления процессом медицинской помощи с выработкой рекомендаций, что в конечном итоге должно привести к снижению избыточной смертности в регионе.

В короткие сроки был поведен анализ, выделены основные группы заболеваний, ставших причиной высокой смертности в разрезе каждой медицинской организации ТО РЗН, проанализирован половозрастной состав умерших.

С 2018 года приоритетом развития региональной системы здравоохранения является создание единой сети медицинских организаций для оказания современной высокотехнологичной помощи больным с сосудистыми катастрофами. Данный приоритет находится на особом контроле губернатора Волгоградской области А.И. Бочарова.

С 2016 по 2018 годы отмечалась устойчивая тенденция к снижению смертности от болезней сердечно-сосудистой системы.

К сожалению, в 2020–2021 году на территории региона отмечается значительный рост смертности пациентов данной группы.

В связи с этим была проанализирована летальность в ведущих стационарах Волгоградской области, в том числе в региональном сосудистом центре и первичных сосудистых отделениях. Выделены четыре медицинские организации, оказывающие стационарную помощь пациентам с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, в которых летальность выше, чем средняя по Волгоградской области. После представленного анализа летальности председателем комитета здравоохранения Волгоградской области было принято решение о проведении анализа медицинской документации летальных случаев за шесть месяцев 2021 года в выбранных медицинских организациях, в которых отмечается стабильная отрицательная динамика летальности. Было проанализировано более 300 единиц первичной медицинской документации.

Рисунок 2. Симуляционное обучение в виртуальной клинике



В ходе анализа по выявлению дефектов оказания медицинской помощи основной задачей явилось выявление причин несоблюдения обязательных требований, предусмотренных порядками и стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями. При анализе учитывалось штатное расписание, укомплектованность и оснащенность медицинской организации, наличие достаточной информационной системы, объективной и проактивной позиции внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности организации. Рабочей группой были выявлены дефекты оказания медицинской помощи. После представленного анализа по каждому из них были предложены корректирующие мероприятия в разрезе каждого отделения и медицинской организации в целом с целью исключения повторения выявленной дефектуры и повышения качества медицинской помощи.

Для решения этих проблем на базе ЦЭМО были развернуты палаты для виртуальных эндоскопических кардиологических и лапароскопических вмешательств и анестезиологического сопровождения пациентов. Это позволило отрабатывать командную работу за операционным столом. Проводить симуляции внештатных ситуаций, как со стороны сосудистого и абдоминального хирурга, так и со стороны врача-анестезиолога-реаниматолога. Были подготовлены персональные хирургические рабочие станции, позволяющие специалисту отработать мелкую моторику рук при сложных хирургических вмешательствах.

Для совершенствования выполнения ряда методов исследований были развернуты палаты функциональной диагностики, позволяющие провести симуляцию различных сложных патологических процессов.

Третьей задачей, обозначенной перед симуляционным центром в условиях пандемии COVID-19, стала борьба с материнской и младенческой смертностью. В этой связи были развернуты палаты детской интенсивной терапии, которые позволили отрабатывать навыки оказания реанимационной помощи детям от 0 до 12 лет.

Симуляционные родильные залы ЦЭМО для ведения рожениц с COVID-19 обеспечили отработку навыков, в условиях максимально приближенных к реальной практике, в составе мультидисциплинарной команды: врач-акушер-гинеколог, неонатолог, врач-анестезиолог-реаниматолог. Особое внимание в симуляционных сценариях было уделено новорожденным детям, а также детям, рожденным с экстремально низкой массой тела.

В настоящее время в связи ограничениями для практической подготовки специалистов, возникшими в стационарах в условиях COVID-19, потребовалось оперативное принятие мер по развертыванию практической базы подготовки врачей по всем специальностям в условиях симуляции

В настоящее время в связи ограничениями для практической подготовки специалистов, возникшими в стационарах в условиях COVID-19, потребовалось оперативное принятие мер по развертыванию практической базы подготовки врачей по всем специальностям в условиях симуляции. Для этого на базе ЦЭМО были подготовлены палаты и кабинеты для врачей ряда специальностей: неврология, оториноларингология, офтальмология и др., которые позволили отработать до автоматизма методики осмотра и манипуляций в безопасных для врача условиях.

Интеграция ЦЭМО с Институтом непрерывного медицинского и фармацевтического образования ВолгГМУ позволила за период пандемии обучить по программам дополнительного профессионального образования 3564 специалиста. Для анализа актуальности и практической пользы образовательных программ была создана анкета обратной связи, которая позволила оценить качество проводимых мероприятий, а также определить приоритеты для их

улучшения. По данным анкетирования, все врачи, прошедшие обучение в ЦЭМО, выразили высокую степень удовлетворенности полученной подготовкой.

Заключение и выводы

Полученный опыт позволяет сформулировать рекомендации для эффективной работы симуляционных центров образовательных организаций с оптимизацией персонализированного обучения, учитывающего региональные особенности эпидемии, на основании межведомственного взаимодействия Территориального органа Росздравнадзора, ВУЗа, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения региона, способствующего внедрению лучших практик, а также совершенствованию системы «вуз-регион», что в целом позволит снизить показатели смертности в регионе и улучшить качество медицинской помощи. Таким образом, для эффективной работы симуляционных центров образовательных организаций необходимо:

1. Выделить целевые группы обучающихся по результатам контрольно-надзорных мероприятий и профилактических работ, проводимых органами исполнительной власти в сфере здравоохранения и ТО РЗН.

2. Разработать симуляционные программы с участием специалистов ТО РЗН, медицинских организаций, органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, главных внештатных специалистов.
3. Организовать обмен информацией между образовательной организацией и ТО РЗН по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности с целью формирования «цифровых двойников» пациентов, способствующих минимизации повторения ошибок в конкретной медицинской организации и регионе в целом.
4. Следить за постоянной трансформацией образовательных программ с использованием симуляции, основанной на оперативно обновляющихся временных клинических рекомендациях и межведомственном взаимодействии.
5. Осуществлять разработку большинства программ дополнительного профессионального образования с использованием симуляции путем создания в образовательной организации современного центра электронного медицинского образования.

ИСТОЧНИКИ

1. *Мурашко М.А.* Основы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности / М.А. Мурашко, И.В. Иванов, Н.Ф. Князюк. – М.: РИА Стандарты и качество, 2020. – 500 с.
2. *Самойлова А.В., Колоколов А.В.* Система управления медицинскими рисками-основополагающий компонент безопасной медицинской деятельности // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – №. 2. – С. 6–14.
3. *Ziv A. et al.* Simulation-based medical education: an ethical imperative // *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. – 2006; 1(4): 252–256. doi: 10.1097/01.SIH.0000242724.08501.63.
4. *Gaba D.M.* Simulation as a critical resource in the response to Ebola virus disease // *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. – 2014; 9(6): 337–338. doi: 10.1097/SIH.000000000000068.
5. *Biddell E. A. et al.* Use of simulation to gauge preparedness for Ebola at a free-standing children's hospital // *Simulation in Healthcare*. – 2016; 11(2): 94–99. doi: 10.1097/SIH.000000000000134.
6. *Argintaru N. et al.* An active shooter in your hospital: a novel method to develop a response policy using in situ simulation and video framework analysis // *Disaster medicine and public health preparedness*. – 2021; 15(2): 223–231. doi:10.1017/dmp.2019.161.
7. *Reedy G.B.* Using cognitive load theory to inform simulation design and practice // *Clinical Simulation in Nursing*. – 2015; 11(8): 355–360. doi: 10.1016/j.ecns.2015.05.004.
8. *Grasselli G., Pesenti A., Cecconi M.* Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response // *Jama*. – 2020; 323(16): 1545–1546. doi: 10.1001/jama.2020.4031.
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – sixth update – 12 March 2020. 2020. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-novel-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-increased#no-link>.

REFERENCES

1. *Murashko M.A.* Fundamentals of quality assurance and safety of medical activity / M.A. Murashko, I. V. Ivanov, N.F. Knyazyuk. – М.: RIA Standards and quality, 2020. – 500 p. (in Russian).
2. *Samoilova A.V., Kolokolov A.V.* Medical risk management system is a fundamental component of safe medical activity // *Vestnik Roszdravnadzora*. – 2021; 2: 6–14. (in Russian).

Н.Ш. ОСМАНОВ¹, главный врач, заслуженный врач Республики Дагестан, отличник здравоохранения Российской Федерации, врач высшей категории

Т.Г. МУХАМЕДОВ², руководитель

Э.Д. ШАИХОВ¹, заведующий отделением реанимации новорожденных

Создание симуляционно-тренингового класса на базе отделения реанимации новорожденных. Опыт Республики Дагестан

¹ Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Республиканский перинатальный центр», 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, д. 2.
The Republican perinatal center, 2, Ahmed Magomedov st., Makhachkala, Republic of Dagestan, 367027, Russian Federation.

² Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Дагестан, 367007, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Буганова, д. 17б.
Territorial body of the Federal Service for Surveillance in Healthcare in the Republic of Dagestan, 17b, Buganova st., Makhachkala, Republic of Dagestan, 367007, Russian Federation.

Ключевые слова: симуляционно-тренинговый класс, симуляционное обучение, стандартные операционные процедуры, реанимация новорожденных, перинатальный центр

Для цитирования: Османов Н.Ш., Мухамедов Т.Г., Шаихов Э.Д. Создание симуляционно-тренингового класса на базе отделения реанимации новорожденных. Опыт Республики Дагестан // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 65–68.

For citation: Osmanov N.Sh., Mukhamedov T.G., Shaikhov E.D. Creation of a simulation and training class on the basis of the neonatal intensive care unit. Experience of the Republic of Dagestan // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 5. – P. 65–68.

Osmanov N.Sh., Mukhamedov T.G., Shaikhov E.D.

Creation of a simulation and training class on the basis of the neonatal intensive care unit. Experience of the Republic of Dagestan

The article presents the experience of introducing a simulation-training class into the practice of the neonatal intensive care unit as an innovative method of monitoring the practical training of medical personnel and practicing the basic skills of neonatal resuscitation. The method allows to ensure timely identification of medical personnel with a low level of professional skills, automate basic clinical skills through simulation training and, thereby, prevent possible defects in the provision of medical care.

Keywords: simulation-training class, simulation training, standard operating procedures, neonatal resuscitation, perinatal centre

В настоящее время согласно новому приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» в структуру перинатального центра должен входить симуляционно-тренинговый класс.

На основании данного приказа в ГБУ РД «Республиканский перинатальный центр» города Махачкалы в 2020 году был организован симуляционный класс с целью проведения тренингов по оказанию реанимационной помощи новорожденным.

Появились новые возможности и технологии для обучения медицинского персонала (врачей, медицинских сестер, санитарок), основанные на моделировании клинической ситуации и автоматизации клинических навыков – симуляционное

В статье представлен опыт внедрения в практику отделения реанимации новорожденных симуляционно-тренингового класса как инновационного метода контроля практической подготовки медицинского персонала и отработки основных навыков реанимации новорожденных. Метод позволяет обеспечить своевременное выявление медицинского персонала с низким уровнем профессиональных навыков, автоматизировать основные клинические навыки посредством симуляционного обучения и, тем самым, предотвратить возможные дефекты при оказании медицинской помощи.

обучение, которое позволяет наладить подготовку кадров для отделения реанимации новорожденных.

Симуляционное обучение используется с целью создания условий и отработки алгоритма медицинских манипуляций, в том числе в экстренных ситуациях. Оно предусматривает в качестве цели содействие профессиональному развитию

обучающегося при обязательном одновременном устранении возможных рисков для пациента в силу недостаточности практической подготовки специалиста. В настоящее время симуляционные технологии и обучение в симуляционной среде активно внедряются для приобретения обучающимися и совершенствования практикующими врачами манипуляционных навыков, командного взаимодействия, а также с целью проведения обучения будущих специалистов без риска для пациентов. Внедрение контроля практической подготовленности обучающегося через систему симуляционного обучения позволяет обеспечить своевременное выявление обучающихся и специалистов с низким уровнем профессиональных навыков.

Уникальность симуляционного метода обучения состоит в возможности с помощью многократного повторения однотипных манипуляций на симуляторах, тренажерах или с помощью иного оборудования довести навык, требующий абсолютной точности, быстроты и стандартизованности исполнения, до автоматизма, что в практической врачебной деятельности возможно только после долгих лет работы.

На базе отделения реанимации новорожденных ГБУ «Республиканский перинатальный центр» в 2020 году был создан симуляционный класс, который был оснащен:

1. Двумя манекенами с различными функциями отработки навыков¹.
2. Открытой реанимационной системой с камерой с возможностью записи тренинга и трансляции его на экран с помощью проектора.
3. Аппаратом искусственной вентиляции легких SLE 5000.
4. Ларингоскопом с набором клинков.
5. Расходным материалом (интубационные трубки, катетеры и т.д.)
6. Диспенсерами, бумажными полотенцами и мойкой для отработки навыков по мытью и обработке рук.
7. Проектором, экраном, компьютером.
8. Медицинской мебелью.

Перед началом работы симуляционного класса были разработаны различные сценарии: подготовка к обходу или осмотру пациента, отработка умений и навыков обработки и мытья рук персонала, подготовка стерильного стола для различных манипуляций, стабилизация и оказание помощи новорожденному в условиях родильного зала и отделения реанимации новорожденных. Первоначальной целью было выявление уровня подготовки и знаний персонала. В ходе работы на основании оценки уровня знаний персонала и учета наиболее уязвимых мест отделения были разработаны иллюстрированные стандартные операционные процедуры (СОП) и алгоритмы, по которым ежедневно проводились индивидуальные занятия с каждым медицинским работником.

Стандартные операционные процедуры и алгоритмы были разработаны с учетом основных стандартов и приказов:

1. Санитарно-эпидемиологических правил и нормативов: СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
2. Методических рекомендаций Минздрава России «Система профилактики и контроля госпитальной инфекции в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в акушерских стационарах и детских больницах»².
3. Руководств по эксплуатации медицинской техники.

Алгоритмы были разработаны сотрудниками отделения реанимации новорожденных, что позволило глубже проанализировать все детали СанПин и рекомендаций. Каждая манипуляция персонала в СОП сопровождается фотографией с кратким пошаговым описанием действий. Алгоритмы действий представлены в виде цветного иллюстрированного журнала (рис. 1).

В журнале представлены следующие алгоритмы:

¹ Neonatal Resuscitation Simulator LF01421U without ECG Simulator.

² Под ред. проф., д-ра мед. наук Е.Н. Байбаринной. – М., 2017. – 33 с.

1. Алгоритм действий при рождении новорожденного в сроке гестации более 32 недель.
2. Алгоритм действий при рождении новорожденного в сроке гестации менее 32 недель.
3. Алгоритм интубации трахеи.
4. Алгоритм постановки глубокой венозной линии.
5. Алгоритм постановки периферического венозного катетера.
6. Алгоритм санации дыхательных путей.
7. Алгоритм постановки мочевого катетера.
8. Алгоритм постановки желудочного зонда.
9. Алгоритм обработки рук антисептиком.
10. Алгоритм хирургической обработки рук.
11. Алгоритм приготовления детского питания.

С момента открытия проведено более 450 тренингов как индивидуальных, так и командных.

Обучение подразумевало теоретическую подготовку в виде лекций и практических занятий. Это дало возможность в ходе подготовки специалистов перераспределить учебное время таким образом, чтобы между теоретической подготовкой и медицинской деятельностью появились обязательные модули симуляционного обучения.

Индивидуальные тренинги включали в себя проверку базовых знаний

сотрудников. На основании этой оценки доводили до автоматизма различные манипуляции с которыми могли бы столкнуться врач или медсестра в работе (рис. 2). Оценку работы на индивидуальных тренингах проводили более опытные коллеги, условно закрепленные за симуляционным классом или заведующий отделением.

Вся операционная бригада, начиная с акушеров и врачей акушеров-гинекологов, прошла индивидуальное обучение в симуляционном классе.

Также индивидуальные тренинги проводились и с вновь пришедшими на работу в стационар, не только в отделение реанимации новорожденных, но и в другие отделения перинатального центра.

После изучения теоретической части и отработки практических навыков посредством индивидуальных тренингов начали проводить коллективные занятия в классе для совершенствования командной работы в родильном блоке и в ОРИТН. Основная задача командной работы – автоматизировать навыки стабилизации новорожденного в родильном зале. Для этого были продуманы сценарии с различными клиническими ситуациями.

Весь ситуационный сценарий записывается на видео, затем персонал просматривает видео со своим участием для того, чтобы оценить правильность оказания помощи, соблюдение временного

Рисунок 1. Иллюстрированные стандартные операционные процедуры (СОП), разработанные сотрудниками отделения реанимации новорожденных Республиканского перинатального центра Республики Дагестан



Рисунок 2. Отработка практических навыков на индивидуальных тренингах



интервала в оказании помощи согласно последним рекомендациям, выбрать тактику по устранению возможно допущенных ошибок в манипуляциях. Это способствует выявлению и устранению ошибок, которые могли бы привести к дефектам оказания медицинской помощи в практической деятельности.

В симуляционный класс приезжают на обучение и обмен опытом коллеги из других стационаров и городов, что дает возможность отработать навыки и обучить специалистов из отдаленных районов республики, при этом не навредить пациентам.

Работа симуляционного класса, помимо отработки навыков на манекенах, включает и теоретическую часть: регулярно осуществляется подключение к вебинарам

и онлайн конференциям, после которых проводится коллективный разбор сложных случаев, также внедрена практика подготовки медицинскими работниками презентаций на различные темы.

После проведенного анализа работы было выявлено, что с момента открытия симуляционного класса снизился процент инфекционных осложнений, тяжелых гипоксий, трудных интубаций. Навыки реанимационной и первичной помощи при врожденных хирургических патологиях были четко отработаны. Улучшилось взаимодействие врачей и среднего медицинского персонала, что способствовало экономии времени и привело к более слаженной работе коллектива.

Р.Б. МЕРЕТУКОВ¹, министр здравоохранения, mail@mzra.ru

М.А. КОРОБКО¹, первый заместитель министра здравоохранения, mail@mzra.ru

С.М. КУШХОВА¹, начальник отдела лечебно-профилактической помощи населению, mail@mzra.ru

Д.Р. ШЕХМИРЗОВА¹, консультант отдела лечебно-профилактической помощи населению
mail@mzra.ru

Опыт использования технологий бережливого производства для снижения смертности населения от основных причин смерти на примере Республики Адыгея

¹ Министерство здравоохранения Республики Адыгея, 385000, Российская Федерация, Республика Адыгея, г. Майкоп, ул. Советская, 176.
Ministry of Healthcare of the Republic of Adygea, 176, Sovetskaya st., Maykop, Republic of Adygea, 385000, Russian Federation.

Ключевые слова: бережливые технологии, дерево целей, смертность населения, план мероприятий

Для цитирования: Р.Б. Меретуков, М.А. Коробко, С.М. Кушхова, Д.Р. Шехмирзова. Опыт использования технологий бережливого производства для снижения смертности населения от основных причин смерти на примере Республики Адыгея // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 69–73.

For citation: Meretukov R.B., Korobko M.A., Kushchova S.M., Shehmirezova D.R. Experience of using lean production technologies to reduce mortality from the main causes of death on the example of the Republic of Adygea // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 5. – P. 69–73.

Meretukov R.B., Korobko M.A., Kushchova S.M., Shehmirezova D.R.

Experience of using lean production technologies to reduce mortality from the main causes of death on the example of the Republic of Adygea

In connection with a significant increase in the overall mortality rate of the population associated with the pandemic of a new coronavirus infection in the Republic of Adygea in 2020, it became necessary to develop a new mechanism for coordinated actions of the regional executive authorities in order to reduce excess mortality in the population in 2021. As a tool, the form of technologies of "lean production" – "Objective tree" was chosen, which is a structured set of objectives of all participants, built on a hierarchical principle with distribution by ranking levels, with the main principle according to which the main objective is achieved through a set of secondary objectives. An analysis of all causes of death was carried out according to the International Classification of Diseases 10 revision (ICD-10), the main causes that make the main contribution to excess mortality were identified, numerical values for the maximum number of deaths from each cause were determined as key performance indicators (KPI), including including monthly, responsible persons for each KPI from various departments were appointed, a monthly monitoring system was approved based on the analysis of medical death certificates issued in the territory of the Republic of Adygea. The effectiveness of the proposed system is confirmed by the operational data of Rosstat for 9 months of 2021, according to which the overall mortality rate in the Republic of Adygea, despite the ongoing pandemic of the new coronavirus infection, remains significantly lower than the national average.

Keywords: lean technologies, objective tree, population mortality, activities plan

В связи со значительным ростом общей смертности населения, связанным с пандемией новой коронавирусной инфекции в Республике Адыгея в 2020 году, возникла необходимость в разработке нового механизма для согласованных действий органов исполнительной власти региона с целью снижения избыточной смертности населения в 2021 году. В качестве инструмента была выбрана форма технологий «бережливого производства» – «Дерево целей», представляющая собой структурированную совокупность целей всех участников, построенную по иерархическому принципу с распределением по уровням ранжирования, с основным принципом, согласно которому главная цель достигается за счет совокупности второстепенных. Был проведен анализ всех причин смерти согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), выделены основные причины, вносящие главный вклад в избыточную смертность, определены числовые значения по предельному количеству умерших от каждой причины в качестве ключевых показателей эффективности (КПИ), в том числе помесячные, назначены ответственные лица за каждый КПИ из различных ведомств, утверждена система ежемесячного мониторинга на основе анализа выдаваемых на территории Республики Адыгея медицинских свидетельств о смерти. Эффективность предложенной системы подтверждается оперативными данными Росстата за 9 месяцев 2021 года, согласно которым уровень общей смертности населения в Республике Адыгея, несмотря на продолжающуюся пандемию новой коронавирусной инфекции, остается значительно ниже среднероссийского значения.

Введение

Начавшаяся в конце 2019 года пандемия новой коронавирусной инфекции привела к значительному росту показателя общей смертности населения в Республике Адыгея по итогам 2020 года. Помимо прямого влияния новой коронавирусной инфекции на данный показатель, также свою роль сыграло приостановление профилактических мероприятий, плановой стационарной помощи, недостаточное диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями, связанное с отвлечением значительной части ресурсов отрасли здравоохранения (финансовых, кадровых, технических и других) на борьбу с новой коронавирусной инфекцией.

Показатель общей смертности населения Республики Адыгея составил в 2020 году по данным Росстата 13,3 на 1000 человек населения, что хотя и меньше на 9% среднероссийского значения в 14,6 на 1000 человек населения, тем не менее, выше показателя

за 2019 год (12,3 на 1000 человек населения) на 8,1%.

Таким образом, для снижения избыточной смертности населения в Республике Адыгея на фоне продолжающейся пандемии новой коронавирусной инфекции в 2021 году было необходимо найти новые механизмы для координации усилий всех исполнительных органов государственной власти, а также медицинских организации и иных ведомств.

В качестве такого механизма была выбрана форма «бережливых технологий» (или lean-технологий) – «Дерево целей».

«Дерево целей» представляет собой структурированную совокупность целей, построенную по иерархическому принципу (распределенная по уровням, ранжированная). По сути, это визуальное представление достижения целей. Принцип, согласно которому главная цель достигается за счет совокупности второстепенных и дополнительных целей.

Цель – это конечное состояние или желаемый результат, который стремятся достичь участники. Название этого графического изображения задач связано с тем, что схематически представленная совокупность распределенных по уровням целей напоминает по виду перевернутое дерево. Сверху – генеральная цель («вершина дерева»); далее – подчиненные ей подцели первого, второго и последующего уровней («ветви дерева»). Подцели должны быть точно определены, измеримы, важны, достижимы в определенный отрезок времени.

Основной блок причин смерти (1 уровень)

Был проведен анализ всех причин смерти умерших в Республике Адыгея согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) за 2019 и 2020 год согласно данным Росстата, определен основной блок причин 1 уровня, который составили умершие от заболеваний, внешних причин смерти. Также в основной блок, с учетом ее социальной значимости, отдельно вошла младенческая смертность, а кроме того, для сохранения математической суммы целевых показателей – прочие причины, в том числе неустановленные и неточно обозначенные.

Таблица 1. Основные причины смерти (1 уровень)

	факт 2019	факт 2020	план 2021	план 2022	план 2023
Прочие причины (в т.ч. неуточненные и неустановленные причины смерти), чел.	625	651	550	545	540
Умершие от заболеваний, чел.	4652	5033	4944	4695	4535
Умершие от внешних причин, чел.	356	336	310	299	287
Младенческая смертность, чел.	21	16	16	16	16
Смертность (всего), чел.	5651	6036	5820	5555	5378

Таблица 2. Блок смертности от заболеваний (2 уровень)

	факт 2019	факт 2020	план 2021	план 2022	план 2023
Умершие от других заболеваний, чел.	625	234	189	110	92
От заболеваний системы кровообращения, чел.	2816	2967	2960	2881	2801
От новообразований, чел.	943	891	890	885	880
От болезней органов пищеварения, чел.	274	282	278	275	272
От болезней органов дыхания, чел.	152	309	280	200	150
От болезней эндокринной системы, чел.	222	217	216	215	213
От болезней нервной системы, чел.	48	66	65	64	63
От инфекционных болезней, чел.	73	67	66	65	64
Умершие от заболеваний (всего), чел.	4652	5033	4944	4695	4535

Таблица 3. Блок смертности от заболеваний (3 уровень)

С учетом фактического количества умерших от всех причин смерти за 2019 и 2020 годы, были определены целевые прогнозные значения показателей основного блока на 2021–2023 годы в количестве умерших человек, обеспечивающие планомерное снижение показателя общей смертности населения в течение 3 лет на 10,9%. (табл. 1).

В целом за достижение индикаторного показателя количества умерших в течение года ответственным был определен министр здравоохранения Республики Адыгея Рустем Батырбиевич Меретуков. По каждой причине 1 уровня были также назначены ответственные за достижение целевых показателей в должности заместителей министра здравоохранения Республики Адыгея. За блок внешних причин смерти ответственным исполнителем назначен Председатель Комитета Республики Адыгея по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям. За блок младенческой смертности ответственным исполнителем назначен начальник отдела детства и родовспоможения Министерства здравоохранения Республики Адыгея. Блоки младенческой смертности и прочих причин далее не делятся, а блоки заболеваний и внешних причин смерти древовидно разветвляются на блок 2 и следующих уровней.

Блок смертности от заболеваний (2 уровень)

Блок смертности от заболеваний является основным, вносящим вклад в уровень общей и избыточной смертности. В нем были выделены основные профили заболеваний (2 уровня) и определены индикаторные показатели по предельному количеству человек, умерших в течение года от данного профиля на протяжении 3 лет с 2021 по 2023 годы, которые в сумме составляют общую цифру блока 1 уровня. Также по каждому профилю 2 уровня назначены ответственные лица из числа сотрудников Министерства здравоохранения Республики Адыгея. (табл. 2)

Блок смертности от заболеваний (3 уровень)

Некоторые блоки профилей заболеваний 2 уровня в свою очередь также древовидно делятся на блоки 3 уровня. Это

Блок смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (3 уровня)

	факт 2019	факт 2020	план 2021	план 2022	план 2023
Умершие от ИБС, чел.	1134	1244	1198	1166	1133
Умершие от ЦВБ, чел.	1033	933	1066	1025	983
Умершие от прочих болезней сердечно-сосудистой системы, чел.	649	790	696	690	685
От заболеваний системы кровообращения (всего), чел.	2816	2967	2960	2881	2801

Блок смертности от болезней системы дыхания (3 уровень)

	факт 2019	факт 2020	план 2021	план 2022	план 2023
В том числе от пневмонии, чел.	76	216	190	115	76
Прочие болезни дыхательной системы, чел.	77	93	90	85	74
От болезней органов дыхания (всего), чел.	152	309	280	200	150

Блок смертности от инфекционных болезней (3 уровень)

	факт 2019	факт 2020	план 2021	план 2022	план 2023
В том числе от туберкулеза, чел.	24	20	20	20	20
В том числе от СПИД, чел.	29	25	24	23	23
От прочих инфекционных болезней, чел.	20	22	22	22	21
От инфекционных болезней (всего), чел.	73	67	66	65	64

блоки болезней системы кровообращения, дыхания, инфекционных болезней, исходя из значимости групп заболеваний, входящих в профиль. Так, например, блок сердечно-сосудистых заболеваний делится на блок умерших от ишемической болезни сердца, церебро-васкулярных заболеваний и прочих болезней сердечно-сосудистой системы. Обращаем внимание, что блок прочих болезней входит в каждую ветвь «Дерева целей» в связи с необходимостью создания

Таблица 4. Блок смертности от внешних причин (2 уровень)

	факт 2019	факт 2020	план 2021	план 2022	план 2023
Отравление алкоголем, чел.	33	21	20	19	18
Отравление без алкоголя, чел.	31	30	21	20	19
Воздействие чрезмерно низкой температуры (обморожение), чел.	15	17	13	12	11
Случайные несчастные случаи, вызванные воздействием дымом, огнем (пожары), чел.	12	12	14	9	8
ДТП, чел.	68	79	75	71	66
Случайные утопления, чел.	24	18	14	19	18
Самоубийства, чел.	69	80	69	68	67
Убийства, чел.	18	14	15	14	13
Прочие внешние причины, чел. (мониторинг)	86	78	69	67	67
Умершие от внешних причин (всего), чел.	356	336	310	299	287

Таблица 5. План мероприятий к «Дереву целей» по снижению смертности населения в Республике Адыгея на 2021–2023 годы

Задача	Наименование КРП	Мероприятие	Ответственный (Ф.И.О., должность)	Срок реализации	
Снижение смертности	Мероприятия, способствующие достижению КРП в 2021–2023 годах				
	Количество умерших в 2021 году, всего – 5820 человек	Мониторинг количества умерших в Республике Адыгея	Коробко М.А., первый заместитель министра здравоохранения Республики Адыгея	до 10 числа каждого месяца	
		Количество умерших от прочих причин – 550 чел.	Мониторинг количества умерших от старости и неустановленных причин смерти – 550 случаев	Хагауджева М.С., заместитель министра здравоохранения Республики Адыгея	до 10 числа каждого месяца
			1. Проведение ВКС по правилам кодирования причин смерти – 4 раза в год	Хагауджева М.С., заместитель министра здравоохранения Республики Адыгея	ежеквартально
			2. Мониторинг правильности кодирования причин смерти.	Кушхова С.М., начальник отдела лечебно-профилактической помощи населению Министерства здравоохранения Республики Адыгея	в течение года
	Количество умерших от заболеваний – 4944 чел.	Мониторинг количества умерших от заболеваний – 4944 чел.	Коробко М.А., первый заместитель министра здравоохранения Республики Адыгея	до 10 числа каждого месяца	
		1. Тиражирование и раздача буклетов брошюр, опубликованных по теме: «Здоровый образ жизни» – 15 тыс. шт.	Метова З.А., главный врач ГБУЗ РА «Адыгейский республиканский центр медицинской профилактики»	ежемесячно	
		2. Трансляция социальных видеороликов на телеканале ГТРК «Адыгея», «Россия 24» по теме: «Здоровый образ жизни» – 90 видеороликов	Метова З.А., главный врач ГБУЗ РА «Адыгейский республиканский центр медицинской профилактики»	ежемесячно	
		3. Доставка на диспансеризацию жителей г. Майкопа – 27806 чел.	Гетманов А.Л., глава муниципального образования «Город Майкоп»	в течение года	
		4. Доставка на диспансеризацию жителей Гиагинского района – 5302 чел.	Таранухин А.Н., глава муниципального образования «Гиагинский район»	в течение года	

равенства показателя ветви более высокого уровня сумме всех входящих в нее ветвей более низкого уровня (табл. 3).

Также по каждому блоку показателей любого уровня назначается ответственный исполнитель, обеспечивающий выполнение целевого индикатора.

Блок смертности от внешних причин (2 уровень)

В блоке смертности от внешних причин выделены такие блоки, как умершие от отравления алкоголем, отравление другими веществами, кроме алкоголя, воздействия чрезмерно низких температур, несчастных случаев на пожаре, в дорожно-транспортных происшествиях, вследствие утоплений, самоубийств, убийств, прочих внешних причин. За блоки причин отравления алкоголем, дорожно-транспортных происшествий, убийств ответственным назначен министр внутренних дел Республики Адыгея. Ответственность за блоки отравления кроме

алкоголя и воздействия чрезмерно низких температур ответственность возложена на Комитет Республики Адыгея по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям. За блоки утоплений и пожаров отвечает Главное управление МЧС России по Республике Адыгея, а за самоубийства – Министерство здравоохранения Республики Адыгея.

Планы мероприятий

По каждой конечной ветви «Дерева целей» были разработаны планы мероприятий (табл. 5), направленные на достижение запланированных индикативных показателей, в том числе мероприятия межведомственного взаимодействия. За каждое мероприятие также назначен сотрудник, несущий персональную ответственность за его реализацию. При этом некоторые мероприятия могут влиять не только на конечную ветвь, но и на ветви более высокого порядка, а также на все

Таблица 6. Мониторинг достижения КРІ по смертности в Республике Адыгея за январь-октябрь 2021 года

Наименование КРІ	Ответственный исполнитель	Показатель	Значение КРІ по месяцам:											
			январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
Смертность	Меретуков Р.Б., министр здравоохранения Республики Адыгея	план	558	1020	1517	1938	2488	2903	3368	3806	4255	4759	5213	5820
		факт	640	1119	1677	2159	2630	3023	3584	4234	4795	5440		
		отклонение	-82	-99	-160	-221	-142	-120	-216	-428	-540	-681		
		% выполнения	87,1	91,1	90,4	89,7	94,6	96	93,9	89,8	88,7	87,4		
Количество умерших от старости и неустановленных причин смерти	Хагауджева М.С., заместитель министра здравоохранения Республики Адыгея	план	41	75	138	191	237	271	326	374	429	480	520	550
		факт	82	157	206	245	285	315	358	400	441	490		
		отклонение	-41	-82	-68	-54	-48	-44	-32	-26	-12	-10		
		% выполнения	50	47,7	66,9	77,9	83,1	86	91	93,5	97,2	97,9		
Количество умерших от заболеваний	Коробко М.А., первый заместитель министра здравоохранения Республики Адыгея	план	486	889	1299	1637	2120	2478	2854	3221	3594	4019	4404	4944
		факт	530	910	1388	1802	2201	2536	3015	3579	4067	4642		
		отклонение	-44	-21	-89	-165	-81	-58	-161	-358	-473	-623		
		% выполнения	91,6	97,6	93,5	90,8	96,3	97,7	94,6	89,9	88,3	86,5		
Количество умерших от прочих заболеваний	Кушхова С.М., начальник отдела лечебно- профилактической помощи населению	план	19	39	53	68	79	94	109	125	140	156	172	189
		факт	18	29	61	67	75	82	120	275	381	533		
		отклонение	1	10	-8	1	4	12	-11	-150	-241	-377		
		% выполнения	105,5	134,4	86,8	101,4	105,3	114,6	90,8	45,4	36,7	29,2		

«Дерево целей» в целом. Также определены временные рамки реализации того или иного мероприятия в течение календарного года реализации.

Все участвующие в реализации «Дерева целей» ведомства и организации разрабатывают свои «деревья» более низкого уровня, декомпозируют плановые показатели до уровня конечного исполнителя, которым может быть врач терапевт участковый, врач-специалист амбулаторного или стационарного подразделения, фельдшер ФАП или бригады скорой медицинской помощи, а также сотрудники немедицинского профиля деятельности.

Мониторинг реализации «Дерева целей»

С целью мониторинга достижения запланированных индикаторных показателей предельного количества умерших от разных причин была налажена система ежемесячного мониторинга на основании выдаваемых на территории Республики Адыгея медицинских свидетельств о смерти до 10 числа месяца, следующего за отчетным (табл. 6). Сбор информации

осуществляется государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Адыгея «Медицинский информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Республики Адыгея». По результатам ежемесячного мониторинга проводится анализ предпринимаемых мер и, при необходимости, вносятся коррективы в план мероприятий.

Заключение и выводы

По оперативным данным Росстата, за 9 месяцев 2021 года уровень общей смертности в Республике Адыгея, несмотря на значительный рост заболеваемости новой коронавирусной инфекцией с начала лета, составил 14,8 на 1000 человек населения, что на 6,3% меньше среднероссийского уровня – 15,8 случаев на 1000 человек. Данный факт свидетельствует об эффективности принимаемых мер межведомственного взаимодействия для снижения смертности населения и позволяет рекомендовать к широкому использованию предложенный механизм «бережливых технологий» – «Дерево целей».

И.И. АМБРАЖУК¹, первый заместитель министра
zdrav@sakhalin.gov.ru

А.И. ПОКОВЕВ², канд. мед.наук, руководитель
info@reg65.roszdravnadzor.gov.ru



АМБРАЖУК И.И.



ПОКОВЕВ А.И.

Практические новации для повышения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи в Сахалинской области

¹ Министерство здравоохранения Сахалинской области,
693020, Российская Федерация, Сахалинская область, Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, д. 24.
Ministry of Healthcare of the Sakhalin region, 24, Karl Marks st., Yuzhno-Sakhalinsk, Sakhalin region, 693020, Russian Federation.

² Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Сахалинской области,
693020, Российская Федерация, Сахалинская область, Южно-Сахалинск, ул. имени Ф.Э. Дзержинского, д. 36.
Territorial body of Roszdravnadzor for Sakhalin region,
36, Dzerzhinsky st., Yuzhno-Sakhalinsk, Sakhalin region, 693020, Russian Federation.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, доступность медицинской помощи, профилактический медицинский осмотр, скрининг

Для цитирования: Амбразжук И.И., Покоев А.И. Практические новации для повышения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи в Сахалинской области // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 74–76.

For citation: Ambrazhuk I.I., Pokoev A.I. Practical innovations to improve the availability and quality of primary health care in the Sakhalin region // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 4. – P. 74–76.

Ambrazhuk I.I., Pokoev A.I.

Practical innovations to improve the availability and quality of primary health care in the Sakhalin region

The article describes the practice of increasing the availability and quality of primary health care for the population of remote areas and the introduction of screening technologies in preventive medical examination.

Keywords: primary medical care, availability of medical care, prophylactic medical examination, screening

В статье описаны практики повышения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи населению отдаленных территорий и внедрения скрининговых технологий в профилактический медицинский осмотр.

Повышение доступности и качества медицинской помощи – ключевая задача процесса модернизации здравоохранения в Российской Федерации, для реализации которой Министерством здравоохранения Сахалинской области внедряются в деятельность государственных областных учреждений здравоохранения новые практики работы, основанные на современных технологических решениях.

Одним из примеров таких практик является проект «Умный ФАП» как технология повышения доступности и качества медицинской помощи сельскому населению.

Актуальность данной задачи для Сахалинской области обусловлена как недостаточной транспортной доступностью отдаленных населенных пунктов региона, особенно в зимний период, так и задачей достижения показателей охвата диспансеризацией и диспансерным наблюдением сельских жителей, в том числе маломобильных граждан, проживающих в условиях территориальной отдаленности от медицинских учреждений, оказывающих первичную врачебную, в том числе специализированную, медицинскую помощь.

Идеологией проекта стало повышение доступности и улучшение качества первичной медико-санитарной помощи сельскому населению Сахалинской области путем организации проведения большинства диагностических исследований, входящих в первый этап диспансеризации,

непосредственно в фельдшерско-акушерском пункте с последующей передачей полученных данных в режиме online в центральную районную больницу для уточнения диагностического заключения и принятия врачебных решений по наблюдению и лечению пациента.

Для пациентов это существенная экономия временных и финансовых ресурсов, необходимых для очного посещения поликлиники ЦРБ, для амбулаторных служб медицинского учреждения – снижение нагрузки.

Поэтапное внедрение проекта началось в марте 2021 года, всего в текущем году в него планируется включить 11 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) в 10 сельских поселениях.

За счет средств регионального бюджета на базе ФАП устанавливается мобильный диагностический комплекс, в состав которого входят:

- мобильное автоматизированное защищенное рабочее место врача (ноутбук);
- медицинские приборы (электрокардиограф, автоматический тонометр, анализатор глюкозы и холестерина, анализатор мочи на тест-полосках, спирометр,

индикатор внутриглазного давления, биохимический экспресс-анализатор, гематологический экспресс-анализатор, пульсоксиметр);

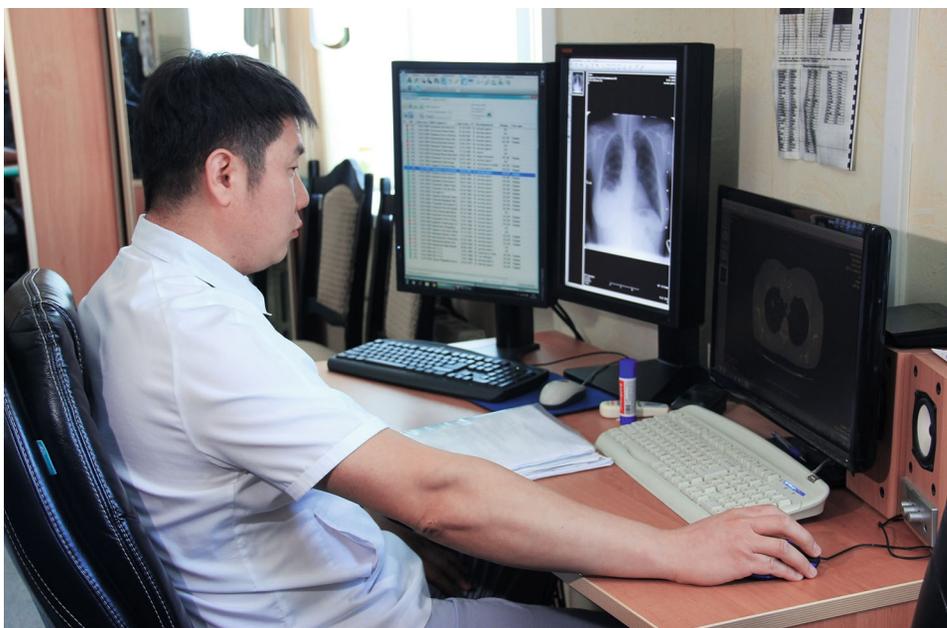
- система видеоконференцсвязи;
- специализированное программное обеспечение.

Все оборудование подключается к переносному комплексу, который имеет доступ к медицинской информационной системе и возможность передачи данных по защищенным каналам связи.

В процессе реализации проекта проведено обучение медицинского персонала ФАП работе с мобильными диагностическими комплексами и внесению результатов лабораторных исследований в медицинскую информационную систему «БАРС».

Фельдшер может провести полную диагностику пациента на месте. На полное обследование одного пациента уходит менее 45 минут. Если результаты вызывают сомнения, фельдшер может связаться с консультативным центром и определиться с планом лечения, вплоть до вызова СМП или санавиации.

Мобильный диагностический комплекс с доступом к медицинской информационной системе и возможностью передачи данных по защищенным каналам связи



Количество исследований, проведенных в рамках проекта «Умный ФАП» в первые 6 месяцев работы – 668, что составляет 21% от всего проживающего на данных территориях прикрепленного взрослого населения и 58% – от населения в возрасте 65 лет и более. Выполнено 3501 лабораторное и инструментальное исследование, по результатам, которых выявлены:

- гиперхолестеринемия – 220 случаев;
- нарушение толерантности к глюкозе – 35;
- анемия – 14;
- болезни сердечно-сосудистой системы – 123;
- подозрение на заболевание предстательной железы (превышение показателей ПСА) – 6.

Своевременно направлено в стационар 17 пациентов.

Первые результаты проекта свидетельствуют о его потенциале как технологии повышения доступности и качества медицинской помощи в регионах Российской Федерации с труднодоступной сетью населенных пунктов.

Другим примером практической реализации задачи улучшения качества медицинской помощи является практика внедрения в диагностический процесс новых современных технологий скрининга онкологических заболеваний.

Распоряжением Министерства здравоохранения Сахалинской области от 13.01.2020 № 5-р «О внедрении стандарта «Организация проведения диспансеризации в поликлиническом отделении, поликлинике, консультативно-диагностическом центре» в деятельность медицинских учреждений по проведению диспансеризации впервые в Российской Федерации включены дополнительные методы исследования на раннее выявление онкологических заболеваний:

- низкодозная компьютерная томография органов грудной клетки (НДКТ) для граждан из группы риска;
- биохимическое исследование крови на биомаркеры рака желудка («Гастропанель»).

Низкодозная компьютерная томография органов грудной клетки в рамках

диспансеризации проводится в Сахалинской области с 2020 года, когда при плане обследований в 24 000 человек фактически было обследовано 62 295 человек. В прошедшем периоде 2021 года, с учетом фактора пандемии новой коронавирусной инфекции, при плане обследований в 24 000 человек фактически обследован 21 221 человек. Выявлено 330 подозрений на злокачественные образования, в 81 случае диагноз ЗНО подтвержден, туберкулез выявлен у 264 человек, кальциноз коронарных артерий – в 5376 случаях.

Гастроскрининг в 2021 году проведен в 33 895 случаях. Выявлены: признаки атрофии слизистой желудка – 8000 (подтверждено при эндоскопии: 18 – рак, 82 – атрофический гастрит, 67 – язвенная болезнь, 19 – папилломатоз желудка).

Внедрение указанных скрининговых программ позволило впервые достичь в 2021 году планового для Сахалинской области индикатора федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» по выявлению онкологических заболеваний на ранних стадиях заболевания.

Дополнительным мотивирующим фактором для медицинских работников являются стимулирующие выплаты. За выявление злокачественных новообразований на I и II стадиях заболевания при обращении пациента в учреждения здравоохранения Сахалинской области, в том числе при проведении диспансеризации, предусмотрена стимулирующая выплата медицинским работникам из числа врачебного персонала из расчета 1700 рублей за каждый случай выявленного онкологического заболевания.

Таким образом, в условиях дефицита медицинских кадровых ресурсов, особенно заметного в первичном звене здравоохранения в период пандемии новой коронавирусной инфекции, особое значение имеет обеспечение доступности и качества медицинской помощи за счет внедрения технологических решений для дистанционной диагностики и консультирования, а также максимально раннего выявления патологических состояний.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА

№ 5/6
(2021)

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ



Часть 2

ИНФОРМАЦИОННЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ
И ЦИФРОВИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА
И БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ДОСТУПНОСТЬ
МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ

ЛЕКАРСТВЕННОЕ
ОБЕСПЕЧЕНИЕ

МЕДИЦИНСКАЯ
СТАТИСТИКА

ЛАБОРАТОРНАЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ПОДГОТОВКА
КАДРОВ

QR-гид: наиболее актуальное в мгновенном доступе

Уважаемые коллеги!

В данном разделе нашего журнала мы представляем полезную информацию в соответствии с основной темой номера.

Для просмотра материала используйте приложение считывания QR-кодов на смартфоне, которое можно установить через App Store или Play market.



Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (с изменениями и дополнениями).



Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (с изменениями и дополнениями).



Федеральный закон от 13.07.2020 № 206-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания».



Перечень поручений Президента Российской Федерации от 17.12.2018 № Пр-2420 по итогам совещания по повышению эффективности системы лекарственного обеспечения населения.



Постановление Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6–9 и 11 статьи 37 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”».



Постановление Правительства Российской Федерации от 12.10.2020 № 1656 «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации».



Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».



Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”».



Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».



Постановление Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента».

QR-гид: наиболее актуальное в мгновенном доступе



Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения».



Приказ Минздрава России от 13.08.2020 № 844н «Об утверждении типового положения о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения».



Постановление Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1 «О Классификации основных средств, включаемых в амортизационные группы» (с изменениями и дополнениями).



Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».



Постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».



Приказ Минздрава России от 13.02.2013 № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации».



Приказ Минздрава России от 19.03.2020 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции Covid-19».



Приказ Росздравнадзора от 22.11.2013 № 6765-Пр/13 «Об утверждении Инструкции по работе с обращениями граждан в центральном аппарате Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения».



Приказ Минздрава России от 30.12.2020 № 1412 «О вводе в эксплуатацию Федерального регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации».



Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 15.07.2021 № 322 «О государственном докладе “О состоянии здоровья населения Чувашской Республики в 2020 году”».



Приказ Департамента здравоохранения Приморского края от 19.04.2019 № 18/пр/377 «О реализации пилотного проекта по внедрению системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Приморского края».

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И ЦИФРОВИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ПРИБЕЖИЩАЯ Г.Н., КОВАЛЕВСКАЯ Э.Г.,
КАЙСИНА С.В.**
Применение автоматизированной
информационной системы «Росздравнадзор»
в работе с обращениями граждан 6

**СТЕПАНОВ В.Г., АНОСОВА Т.Н.,
КИЗИЛОВ А.В., КРАУЗЕ О.В.,
АНАНЬЕВА С.И., САМОЙЛОВ А.А.**
Единое информационное пространство
как основа успешного управления единой
службой медицины катастроф и скорой
медицинской помощью в Чувашской
Республике 15

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**БУДАРИН С.С., ВОЛКОВА О.А.,
СМИРНОВА Е.В.**
Анализ возможных последствий снижения
числа обращений граждан в медицинскую
организацию в период коронавирусной
инфекции COVID-19 21

**ТУФАТУЛИН Г.Ш., КОРОЛЁВА И.В.,
ЯНОВ Ю.К., ЛЕВИН С.В., АРТЮШКИН С.А.,
ДВОРЯНЧИКОВ В.В., ЛЕВИНА Е.А.**
Контроль качества проведения
аудиологического скрининга
новорожденных и детей
первого года жизни 26

**МАТЫЦИН Н.О., ШВАБСКИЙ О.Р.,
МИНУЛИН И.Б., ПОПОВА А.А.,
ЗИНОВЬЕВА Е.В.**
Повышение осведомленности медицинских
работников о вопросах обеспечения
качества и безопасности медицинской
деятельности: использование
социологического опроса 33

**ГОРЕЛОВА И.С., ПОТЫЛИЦЫН А.В.,
БЕНИОВА С.Н., ДАНИЛОВ О.Е.,
ШВАБСКИЙ О.Р.**
Опыт внедрения системы управления
качеством и безопасностью медицинской
деятельности в условиях многопрофильного
стационара с использованием программного
комплекса «КАСКАД-Медицина» 39

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ

**КОЧУБЕЙ А.В., ОКУНЬКОВА Е.В.,
КОЧУБЕЙ В.В.**
Сравнительная оценка доступности
высокотехнологичной помощи по данным
опроса врачей и пациентов 46

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

**САМОЙЛОВА А.В., ВОВК Е.Г.,
ЯГУДИНА Р.И., СЕРПИК В.Г.**
Сравнительный анализ численности
граждан в системе льготного
лекарственного обеспечения:
количественные характеристики 56

**АСТАПЕНКО Е.М., СЕМЕЧЕВА С.В.,
ОМЕЛЬЯНОВСКИЙ В.В., ЛЕДОВСКИХ Ю.А.,
ФОМИНЫХ Л.В., АШИХМИНА О.В.,
ШЕВЕЛЕВ А.И.**
Федеральный регистр льготного
лекарственного обеспечения
как основа формирования потребности
в лекарственных препаратах 63

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА

НЯМЦУ А.М.
Помесячная динамика смертности
от острого инфаркта миокарда и острого
нарушения кровообращения по итогам
ретроспективного анализа баз смертности
с 1999 по 2019 годы 71

ЛАБОРАТОРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

**БИБИКОВА В.В., ЭМАНУЭЛЬ В.Л.,
ЛАПИН С.В.**
Применение клинических рекомендаций
при мониторинге заболеваний
в специализированной клиничко-
диагностической лаборатории 76

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

**ФИЛИППОВ Ю.Н., КЛЕМЕНОВА И.А.,
КОПТЕВА Л.Н., ДОЩАННИКОВА О.А.**
Проблема обеспечения качества
дополнительного профессионального
образования специалистов
здравоохранения в условиях
осуществления электронных торгов 84

INFORMATION TECHNOLOGY AND DIGITALIZATION OF HEALTHCARE

**PRIBEZHISCHAYA G.N., KOVALEVSKAYA E.G.,
KAYSINA S.V.**

Application of the automated information system "Roszdravnadzor" in working with citizens' appeals.6

**STEPANOV V.G., ANOSOVA T.N.,
KIZILOV A.V., KRAUZE O.V.,
ANANYEVA S.I., SAMOYLOV A.A.**

A unified information space as the basis for the successful management of a unified disaster medicine service and emergency medical care in the Chuvash Republic.15

QUALITY AND SAFETY CONTROL OF MEDICAL ACTIVITIES

**BUDARIN S.S., VOLKOVA O.A.,
SMIRNOVA E.V.**

Analysis of the possible consequences of a decrease in the number of citizens' appeals to a medical organization during the period of coronavirus infection Covid-1921

**TUFATULIN G.SH., KOROLEVA I.V.,
YANOV YU.K., LEVIN S.V., ARTYUSHKIN S.A.,
DVORYANCHIKOV V.V., LEVINA E.A.**

Quality control for the newborn hearing screening system26

**MATYTSIN N.O., SHVABSKIY O.R.,
MINULIN I.B., POPOVA A.A.,
ZINOVYEVA E.V.**

Raising awareness of health care workers about the quality and safety of health care services assurance: application of sociological survey33

**GORELOVA I.S., POTYLITSYN A.V.,
BENIOVA S.N., DANILOV O.E.,
SHVABSKIY O.R.**

Experience in implementing a quality and safety management system for medical activities in a multidisciplinary hospital using the KASKAD-Medicine software package.39

AVAILABILITY OF MEDICAL CARE

**KOCHUBEI A.V., OKUNKOVA E.V.,
KOCHUBEI V.V.**

Comparative assessment of the availability of high-tech care according to a survey of doctors and patients46

MEDICINE PROVISION

**SAMOYLOVA A.V., VOVK E.G.,
YAGUDINA R.I., SERPIK V.G.**

Comparative analysis of the number of citizens in the system of preferential drug provision: quantitative characteristics.56

**ASTAPENKO E.M., SEMECHEVA S.V.,
OMELYANOVSKY V.V., LEDOVSKIKH Y.A.,
FOMINYKH L.V., ASHIKHMINA O.V.,
SHEVELEV A.I.**

Federal Register of Preferential Drug Supply as the basis for the formation of drug demand63

MEDICAL STATISTICS

NYAMTSU A.M.

Monthly dynamics of mortality from acute myocardial infarction and acute circulatory disorders based on the results of a retrospective analysis of mortality bases from 1999 to 201971

LABORATORY ACTIVITIES

BIBIKOVA V.V., EMANUEL V.L., LAPIN S.V.

Use of clinical guidelines during disease monitoring in specialized clinical laboratory76

PERSONNEL TRAINING

**FILIPPOV YU.N., KLEMEVA I.A.,
KOPTEVA L.N., DOSHHANNIKOVA O.A.**

The problem of ensuring the quality of additional professional education of health professionals in the context of electronic bidding84

Г.Н. ПРИБЕЖИЩАЯ¹, канд. мед. наук, руководитель, director@rznkk.org
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3618-7116>

Э.Г. КОВАЛЕВСКАЯ¹, заместитель руководителя, zam@rznkk.org
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3379-6995>

С.В. КАЙСИНА¹, старший специалист, kaysina@rznkk.org

Применение автоматизированной информационной системы «Росздравнадзор» в работе с обращениями граждан

¹ Территориальный орган Росздравнадзора по Краснодарскому краю, 350015, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Северная, д. 315. Territorial body of Roszdravnadzor for the Krasnodar Krai, 315, Severnaya st., 350015, Krasnodar, Russian Federation.

Ключевые слова: автоматизированная информационная система «Росздравнадзор», подсистема АИС «Росздравнадзор» «Обращения граждан и организаций», мониторинг, контроль, анализ обращений граждан

Для цитирования: Прибежищя Г.Н., Ковалевская Э.Г., Кайсина С.В. Применение автоматизированной информационной системы «Росздравнадзор» в работе с обращениями граждан // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 6–14.

For citation: Pribezhischaya G.N., Kovalevskaya E.G., Kaysina S.V. Application of the automated information system “Roszdravnadzor” in working with citizens’ appeals // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 6–14.

Pribezhischaya G.N., Kovalevskaya E.G., Kaysina S.V.

Application of the automated information system “Roszdravnadzor” in working with citizens’ appeals

Currently, there is a tendency towards an increase in the number of citizens’ appeals coming to Roszdravnadzor and its territorial bodies through electronic services. Over the past three years, the number of appeals received by the Territorial Body of Roszdravnadzor in the Krasnodar Territory in electronic form has increased by more than 3.5 times. This trend continues in 2021: in six months, 1,689 requests were received through electronic communication channels, which amounted to 48% of the total. Processing appeals in Roszdravnadzor and its territorial bodies involves not only registering complaints and applications of citizens, considering them and sending responses, but also conducting a systematic analysis when exercising other powers of Roszdravnadzor, as well as making appropriate management decisions. This article provides an overview of the automated information system “Roszdravnadzor”, which allows a timely consideration of citizens’ appeals, conduction of a full analysis, and the use of the data as an indicator in assessing the situation in healthcare in the region and in individual municipalities.

Keywords: automated information system “Roszdravnadzor”, AIS “Roszdravnadzor” subsystem “Appeals of citizens and organizations”, monitoring, control, analysis of citizens’ appeals

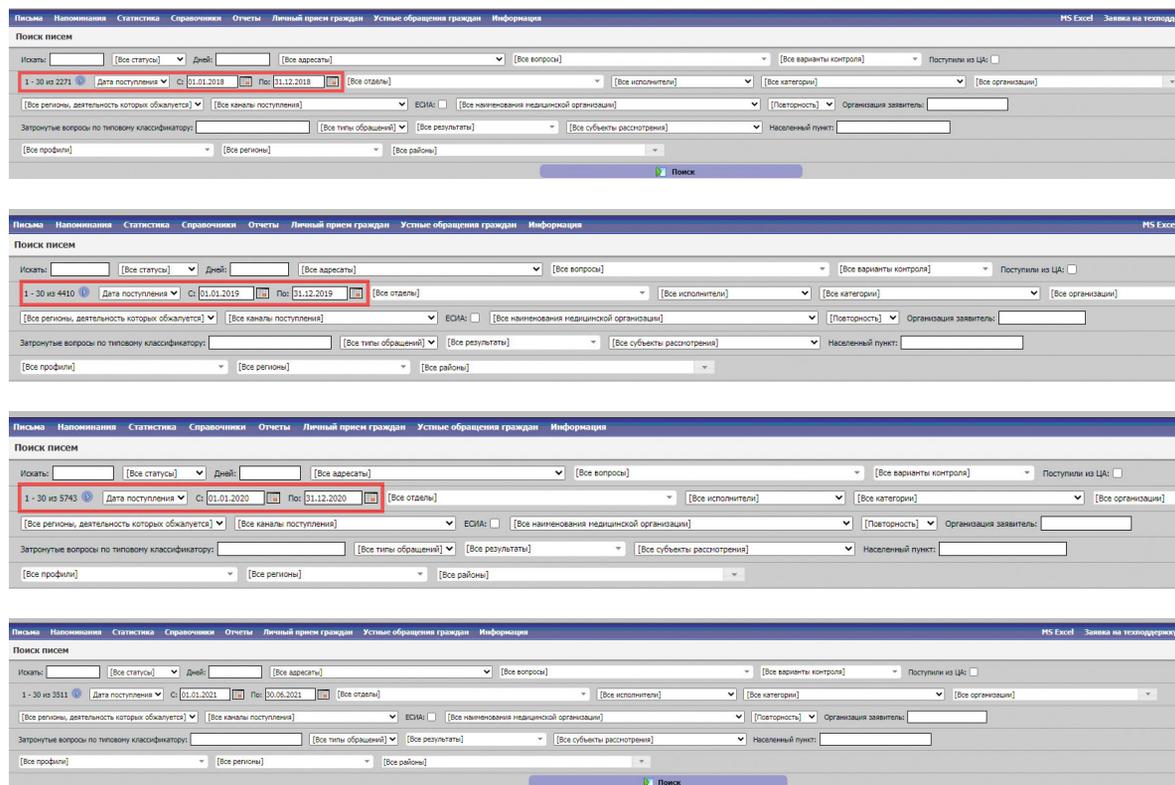
В настоящее время отмечается тенденция к увеличению количества обращений граждан, поступающих в Росздравнадзор и территориальные органы через электронные сервисы. За последние три года количество обращений, поступивших в Территориальный орган Росздравнадзора по Краснодарскому краю в электронном виде, увеличилось более чем в 3,5 раза. Данная тенденция продолжается и в текущем 2021 году: за шесть месяцев через каналы электронной связи поступило 1689 обращений, что составило 48% от общего количества. Работа с обращениями в Росздравнадзоре и его территориальных органах предполагает не только регистрацию жалоб и заявлений граждан, их рассмотрение и направление ответов, но и проведение системного анализа при осуществлении иных полномочий Росздравнадзора, а также принятие соответствующих управленческих решений. В статье приведен обзор возможностей автоматизированной информационной системы «Росздравнадзор», которая позволяет своевременно и в установленные сроки рассматривать обращения граждан, проводить полноценный анализ, а также использовать полученные данные в качестве индикатора при оценке ситуации в сфере здравоохранения как региона в целом, так и в отдельных муниципальных образованиях.

Реализация права граждан на обращение в органы государственной власти – одна из важнейших функций Федеральной службы по надзору в сфере

здравоохранения (далее – Росздравнадзор) и ее территориальных органов (далее – ТО).

Исполнение данной функции регулируется Федеральным законом о порядке

Рисунок 1–4. Выборка по количеству обращений граждан за 2018–2020 годы и шесть месяцев 2021 года



рассмотрения обращений граждан Российской Федерации¹, а полномочия определены Положением о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения² и Положением о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения³, в соответствии с которыми ТО организует прием граждан, обеспечивает своевременное и полное рассмотрение обращений граждан, принимает по ним решения и направляет заявителям ответы в установленный законодательством Российской Федерации срок.

Росздравнадзором и ТО уделяется особое внимание организации работы с обращениями граждан, на постоянной основе проводится мониторинг и анализ

поступивших обращений граждан и результатов их рассмотрения.

При этом вопросы удовлетворенности заявителей результатами рассмотрения обращений, проводимые контрольные (надзорные) мероприятия в связи с поступившими обращениями граждан, принятие мер по результатам рассмотрения обращений занимают одно из ведущих мест при организации работы Росздравнадзора и его ТО.

В связи с развитием информационных технологий и активным использованием их населением страны, отмечается тенденция к увеличению количества обращений граждан, поступающих в Росздравнадзор и ТО через электронные сервисы.

¹ Федеральный закон от 02.05.2006 №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Собрание законодательства РФ, 08.05.2006, № 19, ст. 2060.

² Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения». Собрание законодательства РФ, 12.07.2004, № 28, ст. 2900.

³ Приказ Минздрава России от 13.08.2020 № 844н «Об утверждении типового положения о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения». URL: <http://www.pravo.gov.ru>, 15.09.2020.

Анализ результатов рассмотрения обращений граждан с учетом выявленных нарушений в медицинских и фармацевтических организациях при осуществлении ими лицензируемых видов деятельности является одним из определяющих факторов для включения юридических лиц и индивидуальных предпринимателей в ежегодный план контрольно-надзорных мероприятий.

Только за последние три года количество обращений граждан, поступивших в ТО Росздравнадзора по Краснодарскому краю (далее – ТО РЗН КК) в электронном виде, увеличилось более чем в 3,5 раза (с 568 обращений, поступивших на рассмотрение в 2018 году, до 2049 обращений за 2020 год). Данная тенденция продолжается и в текущем 2021 году – за шесть месяцев через каналы электронной связи поступило 1689 обращений, что составило 48% от общего количества поступивших обращений.

За период с 2018 по 2021 годы в ТО РЗН КК поступило следующее количество обращений (рис. 1–4):

- 2018 год: всего 2271 обращение, в том числе 568 (25%) – по каналам электронной связи;

- 2019 год: всего 4410 обращений, в том числе 1191 (27%) – по каналам электронной связи;

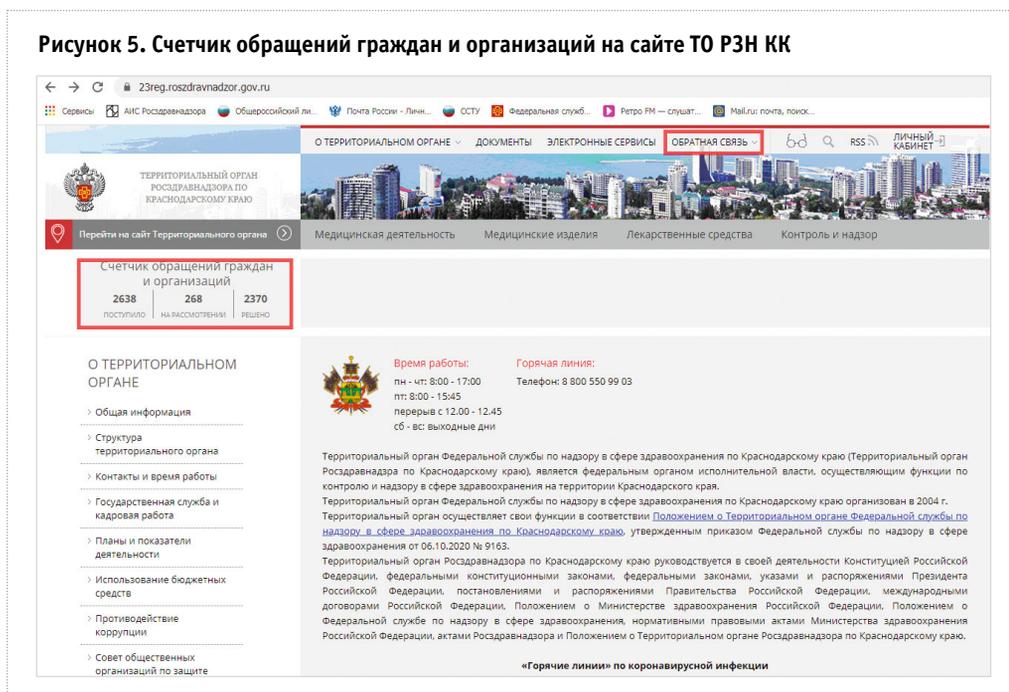
- 2020 год: всего 5743 обращения, в том числе 2049 (36%) – по каналам электронной связи.

- за шесть месяцев 2021 года: всего 3511 обращение, в том числе 1689 (48%) – в форме электронного документа.

На сайте Росздравнадзора, а также на сайтах ТО реализована возможность подачи обращения в электронном виде (вкладка «ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ» выделена красным цветом); здесь же размещен счетчик обращений, в автоматическом режиме фиксирующий количество поступивших, рассмотренных и находящихся в работе обращений (также выделен красным цветом) (рис. 5).

Порядок организации приема граждан, рассмотрение обращений и направление ответов в установленный законодательством Российской Федерации срок, последовательность действий и принятия решений Росздравнадзором в соответствии с требованиями Федерального закона о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации организован в соответствии с Порядком по работе с обращениями граждан в Росздравнадзоре,

Рисунок 5. Счетчик обращений граждан и организаций на сайте ТО РЗН КК



утвержденном приказом Росздравнадзора (далее – Порядок)⁴.

В соответствии с приказом Росздравнадзора в ТО также разработаны и утверждены Порядки работы с обращениями граждан.

Порядок устанавливает, что обработка обращений ведется в автоматизированной системе учета, таковой в Росздравнадзоре является автоматизированная информационная система (далее – АИС «Росздравнадзор»), Подсистема «Обращения граждан и организаций».

Подсистема «Обращения граждан и организаций» предназначена для учета и обработки обращений граждан, поступивших в Росздравнадзор, и позволяет решать следующие задачи:

- управлять списком обращений;
- отслеживать сроки и результаты исполнения обращений;
- вести статистику обращений;
- формировать отчеты.

Подсистема АИС «Росздравнадзор» содержит функциональный набор разделов, в том числе «Управление ресурсами» (рис. 6).

Рисунок 6. Подсистема АИС «Росздравнадзор» «Управление ресурсами»

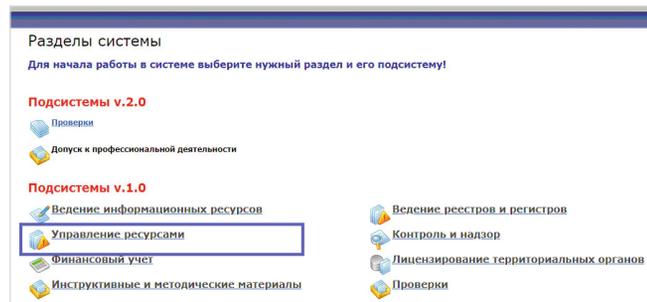


Рисунок 7. Подсистема АИС «Росздравнадзор» «Управление ресурсами», «Обращения граждан и организаций»

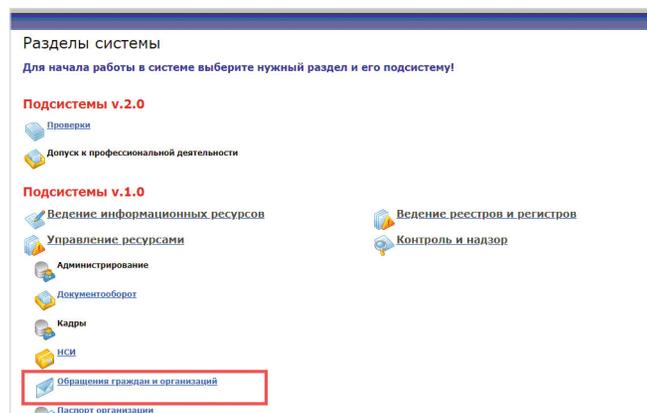


Рисунок 8. Карточка письменного обращения в АИС «Росздравнадзор»

⁴ Приказ Росздравнадзора от 30.08.2019 № 6497 «Об утверждении Порядка работы с обращениями граждан в центральном аппарате Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения».

Рисунок 9. Скриншот карточки обращения, направленного в ТО из Росздравнадзора

Указание: Ответить заявителю и проинформировать центральный аппарат		Общие реквизиты (F2)		Файлы ЦА (F7)		Местный контроль (F4)	
Номер карточки:	09-П-50934	Авторство:	Индивидуальное				
ФИО*:	Плюсов А В	Категория*:	Родственник пациента				
Индекс*:		Регион**:	Краснодарский край				
Населенный пункт:							
Район:	муниципальное образование город Краснодар						
Регион нахождения организации, деятельность которой обжалуется:	Краснодарский край						
Адрес:							
Наименование медицинской организации, органа исполнительной власти:	медицинская организация, находящаяся в ведомстве субъекта Российской Федерации						
Телефон:	89189896076	Факс:					
Исходящий номер:	A26-14-132679031-001	от:	16.12.2020				
Исходящий номер организации:							
Адрес*:	Администрация Президента Российской Федерации			E-mail:	3228119@mail.ru		
Дата постановки на учет*:	12.05.2021		Срок исполнения*:	27 дней (07.06.2021)			
Затронутые вопросы*:	1. Об обеспечении лекарствами и медицинскими изделиями 1.1. Отсутствие лекарств 1.1.1. Отсутствие лекарств в аптеках		Аннотация*:	Лыточное лекарственное обеспечение Файл обращения:			
Перечень вопросов Типового общероссийского классификатора*:	0000.0000.0000.0420 Лекарственное обеспечение						
Профиль медицинской помощи:	эндокринология						
Тип:	Заявление						
Канал поступления*:	МЭДО						
ЕСИА:	Нет						
Организация:							
Приложение:	2 л						
Контроль внешних:	Нет						
РЕЗУЛЬТАТ (ТО)							
Промежуточный результат:	Дата запроса: № запроса: Куда отправлено: Куда отправлено: Файл запроса:		Дата получения ответа: № ответа: Адресат ответа: Адресат ответа: Файл ответа:				
Дата отправки:							
Субъект рассмотрения:	Исполнитель*:						
Результат рассмотрения**:	Гончаров Владислав Андреевич						
Куда отправлено**:							
Комментарии:							
Уведомление заявителя о продлении срока:							
Окончательный ответ заявителю:							
Окончательный ответ:							
РЕЗУЛЬТАТ (ЦА)							
Промежуточный результат:	Дата запроса: № запроса: Куда отправлено: Куда отправлено: Файл запроса:		Дата получения ответа: № ответа: Адресат ответа: Министерство здравоохранения субъекта Адресат ответа: Файл ответа: 3185926.pdf				
Дата отправки (ЦА):	23.12.2020		Исполнитель (ЦА): Мосаленко Ольга Юрьевна				
Результат (ЦА):	Различно						
Куда отправлено (ЦА):	- заявителю						
Комментарии (ЦА):							
Окончательный ответ (ЦА):	4539625.pdf						
Создание:	17.12.2020 07:00:07						
<input type="button" value="редактировать (F4)"/> <input type="button" value="Вернуться (Esc)"/> <input type="button" value="печать (F5)"/> <input type="button" value="удалить (Ctrl+Del)"/>							
Ход рассмотрения обращения							

При выборе пункта раздела из списка открывается экран подсистемы с функциональным набором разделов, в том числе – «Обращения граждан и организаций» (рис. 7).

Информационное наполнение разделов: «Письма», «Статистика», «Справочники», «Напоминания», «Отчеты», «Личный прием», «Устные обращения граждан» и др. составляют основную базу для получения статистических данных, формирования отчетов.

При создании каждого нового обращения заполняются необходимые поля, и карточка обращения приобретает следующий вид (рис. 8).

В карточке хранятся все сведения о заявителе, об организации, деятельность которой послужила «катализатором» обращения, источник поступления обращения,

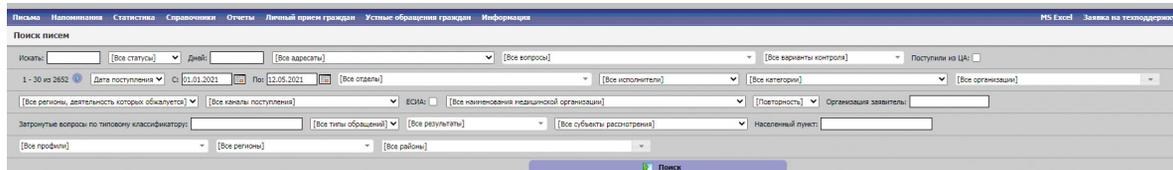
вопросы обращения согласно справочнику и типовому классификатору, а также прикрепляются файлы самого обращения, ответа на него и промежуточной переписки (запросы, поручения).

Это очень удобно – всегда можно, используя систему поиска, найти нужное обращение, открыть сканированный файл, увидеть в карточке всю историю действий ТО, расписанную по датам.

Карточка обращения, направленная из Росздравнадзора, для рассмотрения в ТО, дополнена соответствующей резолюцией и заполняется ответственным сотрудником Росздравнадзора, а сотрудником ТО – только в своей части, открытой для редактирования (рис. 9).

Это пример того, как в АИС «Росздравнадзор» осуществляется взаимодействие

Рисунок 10. Использование опции «Расширенный поиск»



внутри Службы между Росздравнадзором и ТО по рассмотрению обращения: формирование поручения, обмен промежуточной информацией, окончательный ответ из Росздравнадзора с использованием информации ТО, – и все это в цифровом виде, сокращая время и расстояние, без почтовых и факсовых отправок на бумажном носителе.

Опция «Расширенный поиск» позволяет отсортировать список обращений по большому количеству параметров. Для перехода к фильтрам поиска необходимо выбрать пункт меню «Письма» – подпункт «Расширенный поиск». Откроется форма Расширенного поиска. По умолчанию под фильтрами поиска в списке выводятся все обращения текущего года. Для поиска конкретного обращения через фильтр выставляются интересующие параметры (рис. 10).

Например, прокуратура запрашивает сведения о поступивших обращениях от гражданина К. за прошедший год и текущий период этого года. Выставив

в фильтре фамилию заявителя и дату поступления с 01.01.2020 по текущий день, получаем список всех обращений от адресата за интересующий период. Всего – 59, 6 – в этом году, 53 – в прошлом; 29 из них поступило из ЦА, 12 – первичных, 16 – дублированные, по всем своевременно даны ответы.

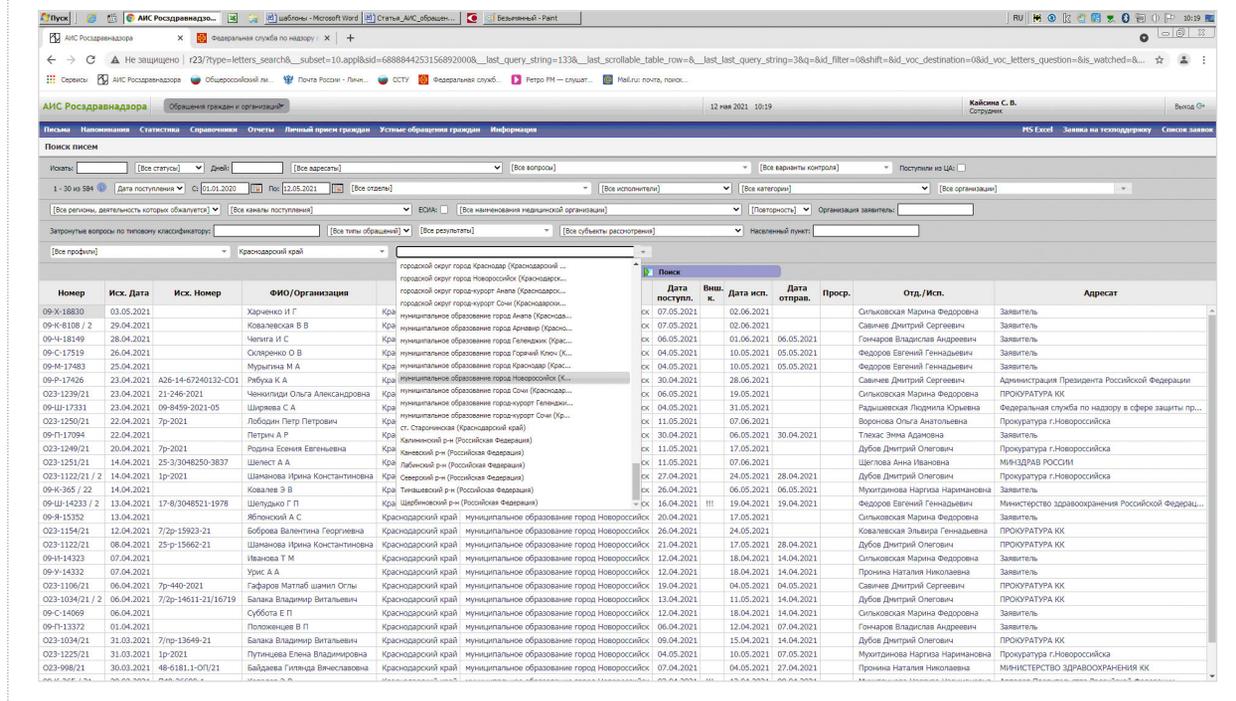
Результаты рассмотрения конкретного обращения содержатся в карточке при ее открытии, в том числе, имеется возможность обзора или при необходимости – печати файлов ответов, прикрепленных к карточке.

В разделе «Статистика» предусмотрена возможность получить за выбранный период статистические сведения в разрезе данных, перечисленных в меню подраздела: по регионам и вопросам, по годам и вопросам, за период, по месяцам, категориям, источникам, по результатам рассмотрения, а также мониторинг контроля медицинской помощи. Пример статистических сведений за период представлен на рисунке 11.

Рисунок 11. Выборка статистических сведений за 2020 год

	Поступило обращений	Количество рассмотренных обращений			Количество находящихся на рассмотрении обращений	
		Всего	Рассмотрено в срок	Рассмотрено с нарушением срока	Всего	С просроченным сроком исполнения
За период	5 681	5 681	5 681			
С начала года	5 681	5 681	5 681			

Рисунок 12. Использование фильтра в разрезе муниципальных образований



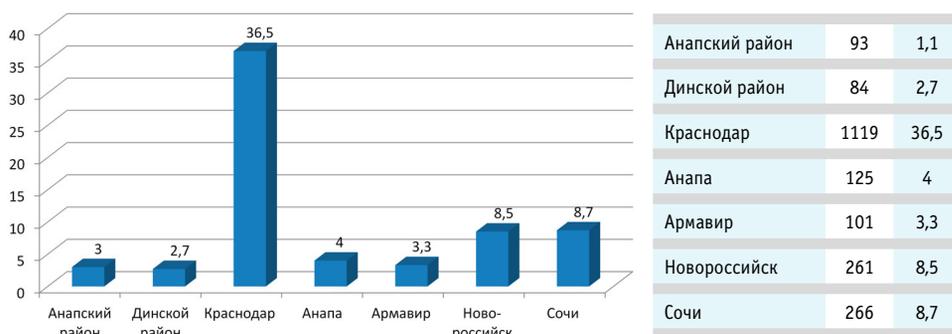
Для аналитики зачастую необходимо видеть статистику обращений граждан по вопросам в разрезе муниципальных образований своего субъекта. Ранее данная функция была недоступна. ТО

обратился в Росздравнадзор с предложением дополнить карточку заявителя этими сведениями; технически такая возможность была реализована, и в подразделе «Письма» – «Расширенный поиск»

Таблица 1. Распределение пациентов, направлений и услуг при лабораторном мониторинге

Районы и города Краснодарского края	Вопросы:					Население района, чел.	Показатель на 100 тыс. населения	
	лекарственное обеспечение	обращение мед. изделий	обращение ЛС и МП	качество и безопасность МД	другие вопросы			Итого
Усть-Лабинский район	44	6	0	32	2	84	106079	79,2
Геленджик	49	4	2	42	0	97	116884	83,0
Туапсинский район	56	3	7	36	5	107	127717	83,8
Динской район	84	3	4	27	6	124	146243	84,8
Темрюкский район	71	9	8	22	1	111	127491	87,1
Горячий Ключ	37	1	0	4	1	43	40299	106,7
Сочи	266	23	28	266	45	628	530391	118,4
Новороссийск	261	13	6	123	27	430	274956	156,4
Анапа	218	15	4	72	12	433	205482	210,7
Краснодар	1119	122	44	726	146	2157	1022028	211,1

Рисунок 13. Муниципальные образования Краснодарского края, в которых наиболее актуален вопрос лекарственного обеспечения (в % соотношении к общему числу обращений по данному вопросу)



появилось поле для выбора фильтра – «Все районы» (рис. 12).

Все это позволило проводить анализ показателей, характеризующих ситуацию в сфере охраны здоровья граждан в субъекте: так, в 2020 году основными вопросами, которые являлись поводами для обращения, – тематика льготного лекарственного обеспечения – 44% (в 2019 году – 61%), а также качество и безопасность медицинской деятельности – 26% (в 2019 году – 31%).

Кроме прочего, программа дает возможность выявить муниципальные образования, жители которых обращались чаще других, и, при сопоставлении иных статистических показателей, определить проблемные вопросы в отдельно взятом районе (табл. 1, рис. 13).

Например, из приведенных выше таблицы и диаграммы видно, что в 2020 году чаще поступали обращения из крупных городов Краснодарского края: Краснодара, Сочи,

Анапы и Новороссийска, однако, анализируя количество обращений по относительному показателю (на 100 тыс. населения), выявляется, что и в муниципальных образованиях с меньшей численностью населения также имеются проблемы, на которые организаторам здравоохранения следует обратить внимание.

Кроме того, возможность проводить анализ обращений граждан в разрезе районов позволяет выявлять «болевые» точки и в каждом отдельно взятом муниципальном образовании (рис. 14):

Важно при рассмотрении обращений соблюдать сроки, обозначенные требованиями Федерального закона о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации, для этого в подсистеме есть несколько возможностей осуществления контроля.

Цветовой гаммой наглядно подсвечиваются обращения в части контроля

Рисунок 14. Распределение вопросов обращений граждан по муниципальному образованию город Краснодар, 2020 год (в % соотношении к общему числу обращений по данному вопросу)



Рисунок 15. Контроль за соблюдением сроков рассмотрения обращений

Номер	Исх. Дата	Исх. Номер	ФИО/Организация	Регион	Район	Дата поступл.	Дата исп.	Дата отпр.	Проср.	Исполнитель
023-1083/21 / 2	11.05.2021	И24-1790/21	Шевырдева А Д	Краснодарский край	муниципальное образование город Краснодар	12.05.2021	07.06.2021			Гончаров Владислав Андреевич
023-1272/21		б/н	Труфяк Владимир Басильевич	Краснодарский край	Славянский район	12.05.2021	18.05.2021			Сильковская Марина Федоровна
09-Е-8501 / 3	29.04.2021	П48-51802-1	Евтеев А С	Краснодарский край		12.05.2021	26.05.2021			Тлехас Эмма Адамовна
023-1267/21		б/н	Ринаренко Ольга	Краснодарский край	Крымский район	12.05.2021	18.05.2021	12.05.2021		Андреева Ольга Олеговна
023-1268/21		б/н	Кокодий Л А	Краснодарский край	Туапсинский район	12.05.2021	07.06.2021			Радчицкая Людмила Юрьевна
023-1271/21		б/н	Пыльова Е Ю	Краснодарский край	муниципальное образование город Краснодар	12.05.2021	18.05.2021			Радчицкая Людмила Юрьевна
023-1270/21		б/н	Василью К В	Краснодарский край	муниципальное образование город Краснодар	12.05.2021	07.06.2021			Макева Елена Александровна
023-1269/21		б/н	Раева Н М	Краснодарский край	Крымский район	12.05.2021	18.05.2021			Сильковская Марина Федоровна
09-Б-19352			Болотов М В	Краснодарский край	муниципальное образование город Краснодар	11.05.2021	07.06.2021			Дубов Дмитрий Олегович
09-М-19037			Марченко И В	Краснодарский край	Тихорецкий район	11.05.2021	17.05.2021			Сильковская Марина Федоровна
09-Б-12840 / 5	05.05.2021		Бушневская В А	Краснодарский край	Славянский район	11.05.2021	17.05.2021	12.05.2021		Тлехас Эмма Адамовна
09-В-13199 / 2			Васильева О Н	Краснодарский край	Курганинский район	11.05.2021	07.06.2021			Потапова Ирина Вячеславовна
09-К-14425 / 3			Козыбин Д Р	Краснодарский край	муниципальное образование город Краснодар	11.05.2021	07.06.2021			Порфина Наталия Николаевна
09-Ж-19088			Жуба Н Д	Краснодарский край	муниципальное образование город Сочи	11.05.2021	06.06.2021			Щеглова Анна Ивановна
09-А-19092			Алексеева Ю В	Краснодарский край	муниципальное образование город Новороссийск	11.05.2021	17.05.2021			Сильковская Марина Федоровна
023-1049/21 / 2	28.04.2021	7/2-513-21	Лебедева Галина Викторовна	Краснодарский край	Выселковский район	11.05.2021	07.06.2021			Дубов Дмитрий Олегович
023-1266/21	26.04.2021	7/2-р-18705-21	Чинёва Галина Юрьевна	Краснодарский край	муниципальное образование город Краснодар	11.05.2021	17.05.2021	11.05.2021		Кайсина Светлана Владимировна
023-1265/21	26.04.2021	7/2-р-18703-21	Попилов Анатолий Владимирович	Краснодарский край	муниципальное образование город Горячий Ключ	11.05.2021	17.05.2021	11.05.2021		Воронина Ольга Анатольевна
023-1264/21	26.04.2021	7/2-501-21	Трофимов Андрей Николаевич	Краснодарский край	муниципальное образование город Анапа	11.05.2021	07.06.2021			Радчицкая Людмила Юрьевна

за соблюдением срока исполнения: бесцветные – на рассмотрении, зеленые – исполненные в срок, оранжевым загораются за неделю до истечения срока, красным – просроченные (рис. 15):

В разделе «Напоминания», подраздел «Ускорить рассмотрение», выгружается список обращений, срок рассмотрения которых истекает в течение 10 дней. Эта функция очень удобна тем, что позволяет своевременно скоординировать действия при осуществлении контроля по соблюдению сроков рассмотрения обращений граждан, установленных обязательными требованиями Федерального закона о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации.

Используя фильтры из расширенного списка и автофильтры после выгрузки сведений из расширенного поиска по исполнителям в формате Excel, ответственный специалист имеет возможность еженедельно формировать для руководителя форму для отслеживания нагрузки на сотрудников в части рассмотрения обращений и контроля за соблюдением установленных сроков рассмотрения обращений в отношении каждого исполнителя.

Подсистема «Обращения граждан и организаций» АИС «Росздравнадзор» может быть использована не только в целях учета обращений граждан и контроля

выполнения мероприятий по их рассмотрению. Зачастую обращения граждан свидетельствуют о недостатках в деятельности медицинских учреждений либо фармацевтических организаций.

Эти сведения вносятся в «Паспорт организации» и могут служить дополнительным основанием для принятия решений при планировании проверок. На практике определить конкретные медицинские организации, на работу которых указывали граждане при обращении, для рассмотрения вопроса о включении их в план проверок возможно, используя в функционале «Расширенный поиск» поле для выбора «Медицинская организация».

Таким образом, в настоящее время осуществление функции по рассмотрению обращений граждан не представляется возможным без использования информационных технологий. Применение АИС «Росздравнадзор» в работе с обращениями граждан – неоспоримое подспорье в деятельности, позволяющее своевременно и в установленные сроки рассматривать обращения граждан, проводить полноценный анализ, принимать соответствующие решения, а также использовать полученные данные в качестве индикатора при оценке ситуации в сфере здравоохранения как региона в целом, так и в отдельных муниципальных образованиях.

В.Г. СТЕПАНОВ¹, заместитель Председателя Кабинета Министров Чувашской Республики – министр здравоохранения Чувашской Республики, medicin2@car.ru

Т.Н. АНОСОВА², руководитель, info@reg21.roszdravnadzor.gov.ru

А.В. КИЗИЛОВ¹, и.о. первого заместителя министра здравоохранения Чувашской Республики, medicin2@car.ru

О.В. КРАУЗЕ^{1,3}, главный врач, главный внештатный специалист по медицине катастроф по Приволжскому федеральному округу, главный внештатный специалист по медицине катастроф, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи
Ol.krauze-40@yandex.ru

С.И. АНАНЬЕВА³, директор, ananevasi@mail.ru

А.А. САМОЙЛОВ³, Республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи

Единое информационное пространство как основа успешного управления единой службой медицины катастроф и скорой медицинской помощью в Чувашской Республике

¹ Министерство здравоохранения Чувашской Республики, 428004, Российская Федерация, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Президентский бульвар, д. 17. Ministry of Health of the Chuvash Republic, 17, Prezidentskiy bul'var, Cheboksary, Chuvash Republic, 428004, Russian Federation.

² Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Чувашской Республике, 428018, Российская Федерация, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Московский пр-кт, д. 36. Territorial body of the Federal Service for Surveillance in Healthcare in the Chuvash Republic, 36, Moskovskiy prospekt, Cheboksary, Chuvash Republic, 428018, Russian Federation

³ Бюджетное учреждение Чувашской Республики «Республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, 428027, Российская Федерация, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. 9 Пятiletки, д. 10. "Republican Center for Disaster Medicine and Emergency Medicine" of the Ministry of Health of the Chuvash Republic, 10, prospekt 9 Pyatiletki, Cheboksary, Chuvash Republic, 428027, Russian Federation.

Ключевые слова: единая автоматизированная система управления скорой медицинской помощью, единый центр мониторинга, единая диспетчерская служба скорой медицинской помощи, автоматическая система приема вызовов, единый центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи

Для цитирования: Степанов В.Г., Аносова Т.Н., Кизиллов А.В., Краузе О.В., Ананьева С.И., Самойлов А.А. Единое информационное пространство как основа успешного управления единой службой медицины катастроф и скорой медицинской помощью в Чувашской Республике // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 15–20.

For citation: Stepanov V.G., Anosova T.N., Kizilov A.V., Krauze O.V., Ananyeva S.I., Samoylov A.A. A unified information space as the basis for the successful management of a unified disaster medicine service and emergency medical care in the Chuvash Republic // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 15–20.

Stepanov V.G., Anosova T.N., Kizilov A.V., Krauze O.V., Ananyeva S.I., Samoylov A.A.

A unified information space as the basis for the successful management of a unified disaster medicine service and emergency medical care in the Chuvash Republic

The article summarizes the experience of the Chuvash Republic in creating a unified automated control system for emergency medical care and disaster medicine with a unified online monitoring center.

Keywords: unified automated control system for emergency medical care, unified online monitoring center, unified emergency medical dispatch service, automatic call answering system, unified center for disaster medicine and emergency medical care

Введение

Служба скорой медицинской помощи и медицины катастроф в Чувашской Республике – это единая система оказания медицинской помощи при угрожающих

В статье обобщен опыт Чувашской Республики по созданию единой автоматизированной системы управления скорой медицинской помощью и медициной катастроф с единым центром мониторинга в онлайн-режиме.

здоровью и жизни состояниях, несчастных случаях и внезапных острых заболеваниях, осложнениях беременности и при родах, система осуществления медицинской эвакуации, а также участия в ликвидации медицинских последствий чрезвычайных происшествий, аварий, катастроф и стихийных бедствий.

В целях обеспечения равнодоступных для населения Чувашской Республики качественных и своевременных медицинских услуг, оказываемых службой скорой медицинской помощи независимо от территориальной расположенности пациента на всех станциях и в отделениях скорой медицинской помощи, внедрена единая автоматизированная система управления с единым центром мониторинга в онлайн-режиме.

Единая система взаимодействия при оказании скорой медицинской помощи

Чувашия – компактный регион с численностью населения 1207,9 тыс. человек. С юга на север территория Республики вытянута на 200 км, с запада на восток – на 125 км, занимает площадь 18,3 тыс. кв. км. Это одно из преимуществ, которое позволило выстроить эффективную вертикальную систему управления службой скорой медицинской помощи на основе централизации в 2013-2018 годах всех отделений скорой медицинской помощи, ранее функционировавших при центральных районных больницах и подстанций скорой медицинской помощи путем присоединения к БУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи» Министерства здравоохранения Чувашской Республики и создания на ее базе единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи и единого Call-центра с автоматической системой приема вызовов со всей территории Чувашской Республики.

В декабре 2018 года создан единый центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи. Сейчас Республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи объединяет 14 подстанций, 29 пунктов временного размещения

бригад, в том числе два пункта трассовой медицины, которые обеспечивают своевременность доезда до пациентов во всех отдаленных районах Чувашской Республики, в том числе и на федеральные трассы М-7, А-151 (рис. 1.).

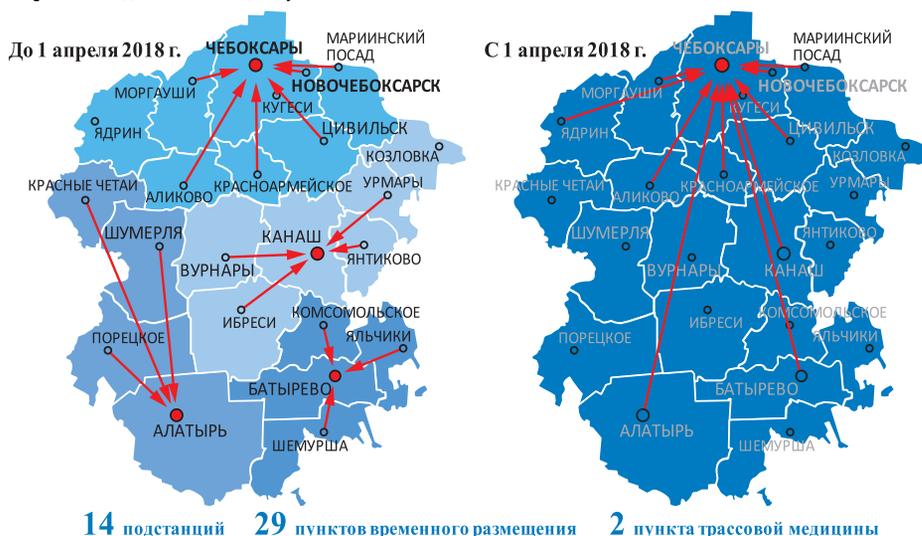
Создание единого Call-центра обеспечило максимально быстрый дозвон (80% вызывающих дозванивается в течение менее 30 секунд, до пандемии дозванивалось более 97%) и оперативное направление бригады «03» на место происшествия по принципу ближайшей доступности. Все 118 бригад «03» оснащены планшетами – мобильными автоматизированными рабочими местами (АРМ) с доступом к электронной медицинской карте пациента и SMS-сопровождением каждого пациента, что позволяет оперативно управлять госпитализацией пациентов с учетом профиля и тяжести заболевания. Также они оснащены дистанционным ЭКГ, каждая десятая электрокардиограмма передается старшему врачу смены оперативного отдела, а также дежурным врачам-кардиологам Республиканской клинической больницы и Республиканского кардиологического диспансера.

Рабочие места в оперативных и диспетчерских отделах оснащены средствами записи разговоров и автоматическими определителями номеров телефонов. Формируется единая персонифицированная база данных пациентов, обратившихся за медицинской помощью.

Автомобили скорой медицинской помощи оснащены абонентскими терминалами ГЛОНАСС с возможностью подачи сигнала тревоги в системе мониторинга подвижного автотранспорта. Информация по местоположению автомобилей СМП выведена на интерактивную панель. Система позволяет получить данные по местоположению, топливу, пробегу, состоянию датчиков, уровню сигнала GSM и ГЛОНАСС(GPS), качеству вождения.

На базе информационного взаимодействия организовано централизованное управление региональными подразделениями. С помощью ВКС проводятся еженедельные мониторинговые совещания,

Рисунок 1. Единый Call-центр



ежедневные планерки с заведующими подстанций, врачебные комиссии, ведется мониторинг оперативной обстановки, учет поступления и расхода медикаментов и медицинского инструментария с ведением склада в аптеке и на заправочной станции. С помощью информационной системы ведется контроль за эффективным использованием материально-технических ресурсов. На Автобазе формируются таблицы работы водителей, ведутся путевые листы. Система ведет учет прихода и расхода ГСМ, расчет перерасхода/экономии топлива. Все бригады скорой медицинской помощи оснащены мобильными автоматизированными рабочими местами (АРМ), позволяющими им находиться в едином информационном пространстве.

Структуру информационных систем БУ «Республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии можно разделить на пять составляющих:

1. Информационная система Единой диспетчерской службы АСУ «Скорая помощь».
2. Телефония: каналы связи, программная АТС, корпоративная мобильная связь, ГМС.
3. Оснащение сотрудников бригад СМП: мобильные АРМ, тревожные кнопки, централизованная система громкоговорящей связи.
4. Системы безопасности: видеодомофоны, нагрудные видеорегистраторы,

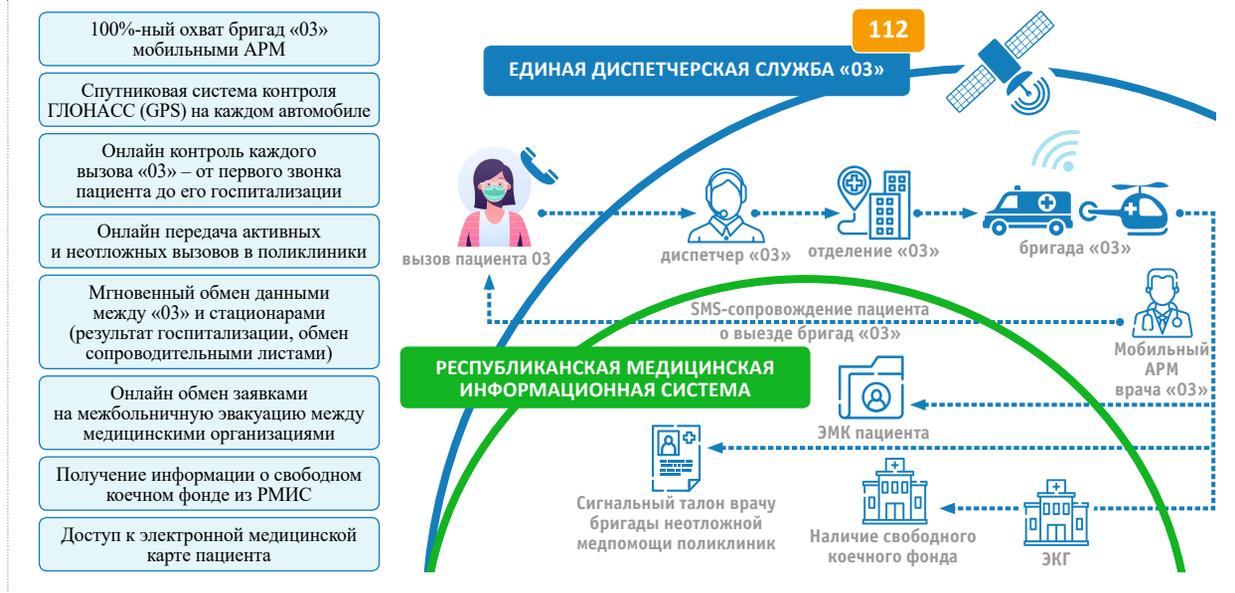
турникет, облачное видеонаблюдение объектов, СКУД, ОПС.

5. Автомобили: система ГЛОНАСС, датчики уровня топлива, видеорегистраторы, онлайн видеонаблюдение.

Информационная система Единой диспетчерской службы АСУ «Скорая помощь» интегрирована с другими информационными системами. На этапе приема звонка происходит автоматическое определение и заполнение номера телефона вызывающего, запись разговора привязывается к карте вызова СМП. Происходит идентификация пациента по его ФИО и дате рождения: из базы ТФОМС в карту вносятся данные паспорта, СНИЛС и страхового полиса. Как только получены необходимые данные, информационная система сама распределяет вызовы между бригадами. Алгоритм автоматического поиска свободных бригад таков: «Поиск свободных бригад» – «поиск ближайших бригад» – «поиск подходящей по профилю бригады» – «поиск бригады с наименьшим количеством вызовов» – «поиск бригады с наибольшим временем ожидания» – «рекомендация вызова бригаде».

Бригада скорой получает информацию о вызове на мобильное АРМ в виде звукового сигнала. Вызов дублируется по централизованной системе громкоговорящей связи из единого call-центра в г. Чебоксары в любую подстанцию на территории Чувашской Республики. Если бригада на выезде, вызов дублируется по мобильной связи.

Рисунок 2. Единая информационная система скорой медицинской помощи в Чувашской Республике: стратегический ситуационный центр



После того, как бригада найдена, вызывающему автоматически отправляется СМС с номером телефона бригады, назначенной на вызов, и временем передачи вызова бригаде. Система прокладывает маршрут до пациента и автоматически подсчитывает километраж. К электронной карте вызова можно прикрепить фото-, аудио-, видеoinформацию, касающуюся данного случая (результаты обследования, фотографию раны, обстановки, номеров автомобиля при ДТП и т.д.).

Единая диспетчерская служба – это инструмент для быстрого реагирования при чрезвычайных ситуациях. Интеграция с Системой 112 позволяет диспетчеру службы медицины катастроф отслеживать все внешние причины, своевременно реагировать на ЧС и эффективно координировать силы и средства, мгновенно обмениваться информацией с другими ведомствами.

В период пандемии созданная в Республике единая информационная система «Скорая помощь» выступила как стратегический ситуационный центр. В 2020 году в систему интегрировано взаимодействие с Региональной медицинской информационной системой (РМИС). С 1 декабря 2020 года из РМИС в службу скорой помощи поступает информация о коечном фонде по каждой больнице в Чувашии. Благодаря этому служба скорой помощи выступила как центр госпитализации пациентов – все

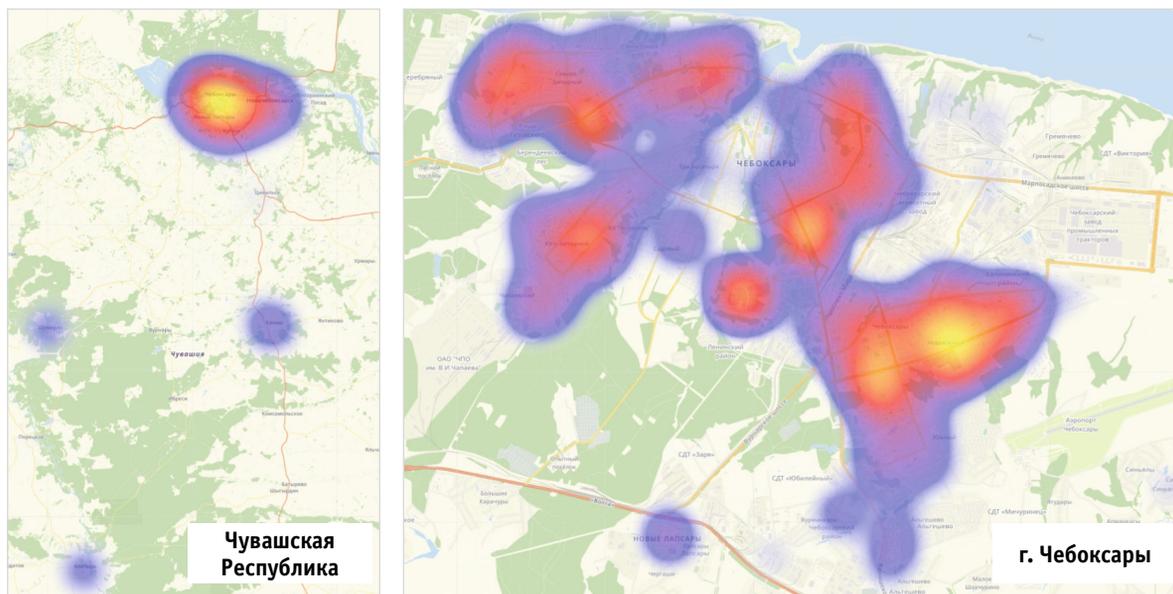
старшие врачи и сотрудники бригад знают, сколько свободных коек в каждой больнице (рис. 2.).

В РМИС передается информация об обслуженном вызове для формирования электронной медицинской карты пациента. Обрато из больницы в карту вызова поступает информация о результатах госпитализации пациентов. Бригада скорой помощи на вызове может отметить необходимость посещения пациента участковым врачом из поликлиники – эта информация уходит в больницу.

В автоматическом режиме проходит заявка на межгоспитальную перевозку. Одна больница, к примеру, Городская клиническая больница № 1, подает в системе заявку на перевозку пациента в Республиканский кардиологический диспансер, а специалисты в Республиканском кардиологическом диспансере отмечают, что они готовы принять пациента. После этого в системе скорой помощи автоматически создается вызов бригады для межгоспитальной перевозки и встает в очередь, назначается бригада.

В рамках интеграции с РМИС реализована автоматизированная передача активных и неотложных вызовов в медицинские организации Чувашской Республики, получение результата госпитализации пациента, автоматизированная передача сопроводительных листов в больницы и получение

Рисунок 3. Тепловая карта концентрации числа вызовов скорой медицинской помощи на острый коронарный синдром, 24.10.2021–24.11.2021



от них талонов к сопроводительному листу, получение сведений из истории болезни и амбулаторной карты пациента в рамках обслуживаемого вызова.

АСУ «Скорая помощь» позволяет сформировать «Тепловую карту» по нозологиям в разрезе республики, муниципального образования, микрорайона, улиц. Тепловая карта позволяет своевременно выявлять места наибольшей концентрации состояний и заболеваний, требующих дальнейшего наблюдения специалистов первичного звена после оказания скорой медицинской помощи. Взаимодействие службы скорой медицинской помощи и больниц позволяет принимать оперативные решения и управлять процессами, направленными на профилактику различных заболеваний, в том числе влияющими на заболеваемость и смертность, на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи населению Чувашской Республики (рис. 3).

Выводы

Единое информационное пространство и внедрение технологий позволяют:

- исключить территориальный принцип оказания помощи и создать Единую маршрутизацию по всей Республике;
- повысить оперативность работы службы скорой медицинской помощи за счет

сокращения времени приема вызова и передачи его бригаде;

- снизить количество ошибок диспетчеров, повысить качество обслуживания, оптимизировать работу санитарного автотранспорта (сократить эксплуатационные расходы и более эффективно использовать имеющийся автопарк);
- организовать единое эффективное управление при ЧС: отслеживание всех внешних причин диспетчером ЦМК, онлайн-контроль за бригадами, эффективная координация сил и средств;
- повысить эффективность взаимодействия с другими оперативными службами и лечебными учреждениями;
- анализировать работу службы и состояния здоровья обслуживаемого населения в различных разрезах (автоматизированное формирование отчетов и сводок, многокритериальный генератор запросов, возможность вывода аналитики по нозологиям в виде тепловых слоев на карте по районам в определенном временном промежутке);
- повысить качество управленческих решений за счет своевременного получения объективной и полной информации.

Заключение

Создание единой системы взаимодействия всех участников процесса оказания

медицинской помощи в рамках единого информационного пространства (программа автоматического приема и распределения вызовов на автоматизированные мобильные рабочие места, SMS-оповещение пациентов о выезде бригады скорой помощи с возможностью связаться по указанному номеру, автоматизированный обмен заявками на межбольничную эвакуацию, доступ бригады скорой медицинской помощи к электронной медицинской карте пациента, получение информации о свободном коечном фонде каждого стационара, автоматизированная передача активных и неотложных вызовов, а также их контроль исполнения) позволило вывести на новый уровень

качество оказания медицинских услуг. Об этом свидетельствуют увеличение процента своевременности прибытия бригад скорой медицинской помощи к пациенту (с 95,8% в 2015 году до 99,8% в 2019 году), уменьшение среднего времени ожидания бригад скорой медицинской помощи (с 13,2 минут в 2015 году до 11,2 минут в 2019 году). В 2020 году в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции и связанным с ней существенным изменением маршрутизации своевременность прибытия бригад составила 92,5%, среднее время ожидания бригад скорой медицинской помощи – 20,8 минут, среднее время прибытия на ДТП – 8,9 минут. ■

ИСТОЧНИКИ

1. Белова А.Б. Применение цифровизации здравоохранения в целях информационного обеспечения функционирования всероссийской службы медицины катастроф / А.Б. Белова // В кн.: Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Функционирование автоматизированной информационно-телекоммуникационной системы в целях повышения готовности Службы медицины катастроф Минздрава России к реагированию и действиям в ЧС». – Москва: ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф “Защита”», 2018. – С. 15–17.
2. Зарубина Т.В. Единая государственная информационная система – основа цифровизации здравоохранения / Т.В. Зарубина // Информационные технологии в медицине и здравоохранении: сборник трудов. – Москва, 2020. – С. 22–35.
3. О государственном докладе «О состоянии здоровья населения Чувашской Республики в 2020 году»: постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 15.07.2021 № 322 // КонсультантПлюс: [справочно-правовая система]. – (дата обращения 26.11.2021).
4. О государственном докладе «О состоянии здоровья населения Чувашской Республики в 2019 году»: постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 10.07.2020 № 387 // КонсультантПлюс: [справочно-правовая система]. – (дата обращения 26.11.2021).
5. Романова Н.В. Специфика цифровой трансформации в сфере здравоохранения / Н.В. Романова // Экономика и управление. – 2020. – № 6 (156). – С. 178–184.
6. Селиванов Д.В. Цифровизация здравоохранения России: проблемы и перспективы / Д.В. Селиванов // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 3. – С. 12–19.

REFERENCES

1. Belova A.B. Application of digitalization of healthcare in order to provide information support for the functioning of the All-Russian Disaster Medicine Service / A.B. Belova // Materials of the All-Russian scientific-practical conference “Functioning of an automated information and telecommunication system in order to increase the readiness of the Disaster Medicine Service of the Ministry of Health of Russia for response and actions in emergencies.” – Moscow: All-Russian Center for Disaster Medicine “Zashchita”, 2018. – P. 15–17. (in Russian).
2. Zarubina T.V. Unified State Information System - the basis for digitalization of healthcare / T.V. Zarubina // Informacionny`e tehnologii v medicine i zdravooxranenii: sbornik trudov. – Moscow, 2020. – P. 22–35. (in Russian).
3. On the state report “On the state of health of the population of the Chuvash Republic in 2020”: Resolution of the Cabinet of Ministers of the Chuvash Republic dated 07.15.2021 No. 322 // ConsultantPlus: [legal reference system]. – (Accessed: 26.11.2021). (in Russian).
4. On the state report “On the state of health of the population of the Chuvash Republic in 2019”: Resolution of the Cabinet of Ministers of the Chuvash Republic dated July 10, 2020 No. 387 // ConsultantPlus: [legal reference system]. – (Accessed: 26.11.2021). (in Russian).
5. Romanova N.V. Specifics of digital transformation in the healthcare sector // Экономика и управление. – 2020. – № 6 (156). – P. 178–184. (in Russian).
6. Selivanov D.V. Digitalization of healthcare in Russia: problems and prospects // Vestnik Roszdravnadzora. – 2020. – Vol. 3. – P. 12–19. (in Russian).

С.С. БУДАРИН¹, д-р экон. наук, заведующий отделом, BudarinSS@zdrav.mos.ru
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2757-5333>

О.А. ВОЛКОВА¹, канд. мед. наук, старший научный сотрудник, VolkovaOA3@zdrav.mos.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1620-9349>

Е.В. СМЕРНОВА¹, старший научный сотрудник, SmirnovaEV13@zdrav.mos.ru
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7637-6352>

Анализ возможных последствий снижения числа обращений граждан в медицинскую организацию в период коронавирусной инфекции COVID-19

¹ ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Российская Федерация, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9. State Budgetary Institution «Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department», 9, Sharikopodshipnikovskaya St., Moscow, 115088, Russian Federation.

Ключевые слова: посещение медицинской организации, коронавирусная инфекция, COVID-19, вызов врача на дом, заболеваемость, впервые в жизни установленный диагноз

Для цитирования: Бударин С.С., Волкова О.А., Смирнова Е.В. Анализ возможных последствий снижения числа обращений граждан в медицинскую организацию в период коронавирусной инфекции COVID-19 // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 21–25.

For citation: Budarin S.S., Volkova O.A., Smirnova E.V. Analysis of the possible consequences of a decrease in the number of citizens' appeals to a medical organization during the period of coronavirus infection Covid-19 // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 21–25.

Budarin S.S., Volkova O.A., Smirnova E.V.

Analysis of the possible consequences of a decrease in the number of citizens' appeals to a medical organization during the period of coronavirus infection Covid-19

The article presents the results of studying changes in the structure and number of visits by citizens to medical organizations providing primary health care to the adult population in the period 2016–2020. The interrelation of indicators of the volume of medical care in medical organizations with the number of registered diseases with a diagnosis established for the first time in life is investigated. The possible consequences of the spread of the new coronavirus infection COVID-19 and their reflection on the values of medical and demographic indicators of public health are analyzed.

Keywords: visits to medical organization; coronavirus infection; COVID-19; house call; morbidity; diagnosis established for the first time in life

Введение

Исследование сложившейся структуры и количества посещений гражданами медицинских организаций позволяет оценить доступность для населения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и потребность в ней, проанализировать уровень заболеваемости населения, а также определить ресурсные возможности системы здравоохранения, необходимые для достижения плановых значений медико-демографических показателей здоровья населения [1; 2; 3].

В последние годы в медицинских организациях активно внедряются новые стандарты организации амбулаторной помощи [4]. Разрабатываются модели управления потоками пациентов с учетом приоритетов при выборе способа и условий получения

В статье представлены результаты изучения изменений структуры и количества посещений гражданами медицинских организаций, оказывающих взрослому населению первичную медико-санитарную помощь, в период 2016–2020 гг. Исследована взаимосвязь показателей объема медицинской помощи в медицинских организациях с количеством зарегистрированных заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом. Анализируются возможные последствия распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и их отражение на значениях медико-демографических показателей здоровья населения.

медицинских услуг, стадии и тяжести течения заболевания. Применение имитационных моделей позволяет прогнозировать интенсивность потока пациентов, осуществлять планирование использования ресурсов медицинских организаций [5].

Распространение коронавирусной инфекции COVID-19 значительно повлияло на финансовое состояние медицинских организаций и потребовало изменений в организации оказания населению медицинской помощи, внедрения новых методов контроля состояния здоровья граждан, заболевших COVID-19 [6].

Создана инфраструктура выявления болезни, оказания медицинской помощи и удаленного мониторинга пациентов с заболеванием COVID-19. На основе данных теоретического и эмпирического анализа текущего состояния эпидемиологической ситуации по COVID-19, а также на основе результатов анализа количественных и временных показателей нагрузки на скорую медицинскую помощь и амбулаторно-поликлиническую службу оценивается эффективность деятельности отдельных подразделений и системы здравоохранения в целом [7].

Одновременно специалисты обращают внимание на взаимосвязь между заболеванием COVID-19 и другими нозологическими формами заболеваний, неблагоприятное развитие которых может негативно отразиться на некоторых медико-демографических показателях здоровья населения [8; 9; 10].

В 2020 году Минздрав России¹ вынужден был ввести ограничения по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации граждан и рекомендовал медицинским организациям рассмотреть возможности переноса сроков оказания медицинской помощи в плановой форме.

Исследования показывают, что в ситуации, когда в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции снижается обращаемость граждан за медицинской помощью, не связанной с COVID-19, возникают риски позднего диагностирования ряда серьезных неинфекционных заболеваний [11].

Цель исследования

Целью настоящего исследования является изучение количественных и структурных изменений количества обращений

граждан за медицинской помощью и выявление взаимосвязи этих показателей с изменениями количества зарегистрированных заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом по некоторым нозологиям социально-значимых заболеваний.

Материалы и методы

Исследование проводилось на основе данных форм федерального статистического наблюдения № 12 и № 30 медицинских организаций (МО) государственной системы здравоохранения г. Москвы, оказывающих ПМСП, (всего 45 МО) за период 2016–2020 гг.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась на персональном компьютере с применением программного обеспечения Microsoft Excel 2013 и пакета прикладных программ «Statistica 6».

Результаты и обсуждение

В период с 2016 года численность населения г. Москвы, прикрепленного к МО, постоянно росла. В 2020 году по сравнению с 2019 г. рост составил 1,7% и по сравнению со средней численностью населения за период 2016–2019 гг. – 3,1%. При этом число посещений гражданами врачей всех специальностей за период 2016–2019 гг. снизилось на 4,4%, а врачей терапевтического профиля (врачи общей практики и терапевты) выросло на 18,4%.

В 2020 году ситуация резко изменилась. Снизилось число посещений гражданами медицинских организаций и значительно выросло число посещений врачами терапевтического профиля пациентов на дому, что представлено в *таблице 1*.

Структурные изменения являются следствием введения ограничений по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации граждан, а также других факторов, связанных с COVID-19, в результате чего уменьшилось и количество профилактических инструментальных обследований [11].

Несвоевременное обращение граждан за медицинской помощью, ограничения

¹ Приказ Минздрава от 19.03.2020 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции Covid-19».

Таблица 1. Прирост в 2020 г. числа посещений гражданами медицинских организаций и посещений пациентов врачами на дому

по проведению обследований неизбежно связаны с риском выявления серьезного заболевания (болезни системы кровообращения, мочеполовой системы, эндокринной системы, новообразования и др.) на позднем этапе его развития. Именно поэтому, в данных условиях, показатель зарегистрированных заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом является важным индикатором определения как доступности медицинской помощи, так и неблагоприятных структурных и количественных изменений заболеваемости населения.

Для проведения анализа выбрано пять классов заболеваний: болезни системы кровообращения, мочеполовой системы, эндокринной системы, нервной системы и органов пищеварения, доля которых в общем количестве заболеваний, зарегистрированных у населения в период 2016-2019 гг., составляла около 50%. Изменения в 2020 году доли выбранных классов заболеваний в общем количестве зарегистрированных заболеваний и заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом, по сравнению с предыдущими годами, представлены в *таблице 2*.

Данные *таблицы 2* свидетельствуют, что в 2020 г. по сравнению с 2019 г. произошло снижение на 29,7% доли выбранных классов заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом в общем числе зарегистрированных заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом. Указанное снижение выше, чем снижение числа посещений гражданами медицинских организаций (*табл. 1*).

Анализ данных об изменениях общего числа зарегистрированных заболеваний и заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом показал, что изменения по выбранным классам заболеваний неодинаковы, о чем свидетельствуют данные, представленные в *таблице 3*.

Результат расчетов, представленный в *таблице 3*, показывает, что наблюдается общий рост числа зарегистрированных заболеваний и заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом, который может быть связан

№ пп.	Наименование показателя	Прирост в 2020 г. по сравнению с годами: (%)	
		2019	Ср. 2016–2019
1	Число посещений врачей, включая профилактические, всего	-22,7	-23,3
2	Число посещений врачей, сделанных по поводу заболеваний, всего	-23,0	-27,0
3	Число посещений врачей общей практики и терапевтов, включая профилактические	-19,2	-12,2
4	Число посещений врачей общей практики и терапевтов, сделанных по поводу заболеваний	-18,8	-16,0
5	Число посещений врачами общей практики и терапевтами на дому	131,8	100,7

с распространением коронавирусной инфекции COVID-19. Отмечается также рост в 2020 г. по сравнению со средним значением за период 2016–2019 гг. количества зарегистрированных заболеваний эндокринной системы (44,1%) и нервной системы (28,1%).

Анализ изменений количества зарегистрированных заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом показывает снижение по четырем из пяти классов заболеваний, за исключением болезней нервной системы. Этот факт может быть связан с трудностями адаптации населения к изменениям в сложившемся укладе жизни, ростом напряженности и депрессии у граждан в условиях распространения COVID-19.

Доля смертности пяти выбранных для исследования классов заболеваний составляет около 50% от значения

Таблица 2. Прирост в 2020 г. доли зарегистрированных заболеваний и заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом в общем числе зарегистрированных заболеваний

№ пп.	Наименование показателя	Прирост в 2020 г. по сравнению с годами: (%)	
		2019	Ср. 2016–2019
1	Доля зарегистрированных пяти классов заболеваний в общем числе зарегистрированных заболеваний A00-T98	-8,0	-8,7
2	Доля пяти классов зарегистрированных заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом в общем числе зарегистрированных заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом A00-T98	-29,7	-34,1

Таблица 3. Прирост в 2020 г. числа зарегистрированных заболеваний и заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом в общем числе зарегистрированных заболеваний

№ пп.	Наименование показателя	Прирост в 2020 г. по сравнению с годами: (%)	
		2019	Ср. 2016–2019
1	Зарегистрировано заболеваний, A00-T98	1,3	3,6
2	Зарегистрировано заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом, A00-T98	16,2	15,1
3	Болезни системы кровообращения, I00-I99	-7,2	-4,3
4	Болезни системы кровообращения, зарегистрировано заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом, I00-I99	-19,1	-17,5
5	Болезни мочеполовой системы, N00-N99	-9,5	-4,4
6	Болезни мочеполовой системы, зарегистрировано заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом, N00-N99	-23,5	-50,8
7	Болезни нервной системы, G00-G98	-2,4	28,1
8	Болезни нервной системы, зарегистрировано заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом, G00-G98	0,8	10,4
9	Болезни эндокринной системы, E00-E89	3,1	44,1
10	Болезни эндокринной системы, зарегистрировано заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом, E00-E89	-16,0	-12,1
11	Болезни органов пищеварения, K00-K82	-10,3	17,4
12	Болезни органов пищеварения, зарегистрировано заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом, K00-K82	-12,5	-12,2

показателя смертности по всем классам заболеваний, поэтому риск несвоевременного выявления новых случаев заболевания может негативно отразиться на медико-демографических показателях здоровья населения.

В целях снижения рисков неблагоприятного развития ситуации Правительством Российской Федерации принято решение о расширении перечня исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Последствием реализации данного мероприятия будет вероятно увеличение количества зарегистрированных заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом. [9; 10]. Однако при этом следует учесть также необходимость привлечения к медицинскому обследованию граждан, потенциально находящихся в группе риска по возникновению хронических неинфекционных заболеваний, но не переболевших COVID-19.

Заключение и выводы

Результаты исследования свидетельствуют о том, что в 2020 году произошло снижение количества посещений гражданами медицинских организаций, которое отразилось на значениях показателя, характеризующего количество зарегистрированных заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом по ряду нозологических классов заболеваний.

Выявленная тенденция может способствовать росту числа пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, лечение которых потребует вложения дополнительных финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов в систему здравоохранения [12].

Кроме того, снижение доступности для граждан медицинской помощи и первичное выявление отдельных социально-значимых заболеваний на поздней стадии развития может негативно отразиться на значениях медико-демографических показателей здоровья населения.

ИСТОЧНИКИ

1. Багирова Г.Г., Баянова Н.А., Давыдова Ю.Д. Анализ показателей объемов амбулаторно-поликлинической помощи в Оренбургской области // *Современные проблемы науки и образования*. 2016. № 3. С. 143.
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=27205985>.
2. Павлов К.В., Степчук М.А., Пинкус Т.М. Направления и динамика развития медицинской помощи населению в условиях модернизации здравоохранения (на примере Белгородской области) // *Экономика и финансы (Узбекистан)*. 2016. № 12. С. 7.
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35405571>.
3. Бударин С.С., Эльбек Ю.В. Перспективы использования комплексной оценки ресурсного потенциала медицинских организаций // *Аудит и финансовый анализ*. 2020. № 3. С. 181–184.
<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44035296>.
4. Деев И.А., Кобякова О.С., Бойков В.А. [и др.]. Результаты внедрения Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области // *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]* 2020; 66(6):1.
URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1210/30/lang.ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-6-1.
5. Ляпин В.А., Куликова О.М., Усачева Е.В. [и др.]. Прогнозирование потока пациентов в медицинские организации региона в зависимости от потребности в медицинских услугах и приоритетов пациента // *Региональная политика: Теория и Практика*. 2019. Т. 17. № 6 (465). С. 1189–1204.
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=38163422>.
6. Бударин С.С., Ватолин Д.О., Эльбек Ю.В. Кросстрановой анализ моделей финансирования медицинских организаций в условиях пандемии Covid-19. *Вестник МГИМО Университета*. 2020. Т. 13. № 5. С. 352–374.
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44279740>.
7. Бойков В.А., Барановская С.В., Деев И.А. [и др.]. Медицинский центр удаленного мониторинга пациентов с COVID-19: Опыт организации и оценка эффективности // *Бюллетень Сибирской медицины*. 2021. Т. 20. № 2. С. 12–22.
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=46317624>.
8. Takahiro Itayaa, Yuki Furuseb,c, Kazuaki Jindaia. Does COVID-19 infection impact on the trend of seasonal influenza infection? 11 countries and regions, from 2014 to 2020 // *International Journal of Infectious Diseases* 97 (2020) 78–80.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.05.088> 1201-9712.
9. Харитонов Л.А., Османов И.М., Плоскирева А.А. [и др.]. Поражения органов пищеварения при COVID-19 у детей // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2021. № 1 (185). С. 53–66. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44824664>.
10. Баранова В.В. Взаимное влияние сахарного диабета и COVID-19 // *MODERN SCIENCE*. 2021. № 5-4. С. 30–33.
URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46104942>.
11. Аншелес А. А., Сергиенко В. Б., Синицын В. Е. [и др.]. Влияние первой волны пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на объемы диагностических исследований кардиологических заболеваний в Российской Федерации: результаты Российского сегмента международного исследования INCAPS COVID под эгидой Международного агентства по атомной энергии // *Российский кардиологический журнал*. 2021; 26(1):4276. doi:10.15829/1560-4071-2021-4276.
12. Деева Т.В. Влияние на бюджет Российской Федерации последствий коронавирусной инфекции // *Экономика и социум: современные модели развития*. 2020. Том 10. № 3. С. 247–256. doi: 10.18334/ecsoc.10.3.111153.

REFERENCES

1. Bagirova G.G., Bayanova N.A., Dawydova Yu.D. Analysis of indicators of the volume of outpatient care in the Orenburg region // *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2016. No. 3. P. 143.
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=27205985>.
2. Pavlov K.V., Stepchuk M.A., Pinkus T.M. Directions and dynamics of development of medical care to the population in the conditions of modernization of healthcare (on the example of the Belgorod region) // *Ekonomika i Finansy (Uzbekistan)*. 2016. No. 12. P. 7.
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35405571>.
3. Budarin S.S., El'bek Yu.V. Prospects for the use of a comprehensive assessment of the resource potential of medical organizations // *Audit i Finansowyi analiz*. 2020. No. 3. P. 181–184.
URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44035296>.
4. Deev I.A., Kobiakova O.S., Boykov V.A. [etc]. The results of the implementation of the Standard of organization of outpatient care in the Tomsk region // *Socialnye aspekty zdorovja naselenija*. 2020. 66(6): 1.
URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1210/30/lang.ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-6-1.
5. Ljapin V.A., Kulikova O.M., Usacheva E.V. [etc]. Forecasting the flow of patients to medical organizations in the region, depending on the need for medical services and patient priorities // *Regionalnaya politika: Teoriya i Praktika*. 2019. T. 17. No. 6 (465). P. 1189–1204.
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=38163422>.
6. Budarin S.S., Vatoлин D.O., El'bek Yu.V. Cross-country analysis of financing models of medical organizations in the context of the Covid-19 pandemic. *Vestnik MGIMO Uniwiersiteta*. 2020. T. 13. No. 5. P. 352–374.
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44279740>.
7. Boykov V.A., Baranovskaya S.V., Deev I.A. [etc]. Medical Center for Remote Monitoring of Patients with COVID-19: Organization experience and effectiveness evaluation. *Biulleten Sibirskoj mediciny*. 2021. T. 20. No. 2. P. 12–22.
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=46317624>.
8. Takahiro Itayaa, Yuki Furuseb,c, Kazuaki Jindaia. Does COVID-19 infection impact on the trend of seasonal influenza infection? 11 countries and regions, from 2014 to 2020. // *International Journal of Infectious Diseases* 97 (2020). P. 78–80.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.05.088> 1201-9712.
9. Kharitonova L.A., Osmanov I.M., Ploskireva A.A. [etc]. Lesions of the digestive organs in COVID-19 in children. *Expermentalnaya I klinicheskaya gastroenterologia*. 2021. No. 1 (185). P. 53–66.
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44824664>.
10. Baranova V.V. Mutual influence of diabetes mellitus and COVID-19. *MODERN SCIENCE*. 2021. No. 5-4. P. 30–33.
URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46104942>.
11. Ansheles A.A., Sergienko V.B., Sinicyn V.E. [etc]. The impact of the first wave of the pandemic of new coronavirus infection (CAVID-19) on the volume of diagnostic studies of cardiac diseases in the Russian Federation: results of the Russian segment of the international study INCAPS COVID under the auspices of the International Atomic Energy Agency. *Rosyjskij cardiologicheskij zurnal*. 2021; 26(1): 4276. doi:10.15829/1560-4071-2021-4276.
12. Deeva T.V. The impact on the budget of the Russian Federation of the consequences of coronavirus infection // *Ekonomika i Socjium: sovremennyye modeli razvitija*. 2020. T. 10. No. 3. P. 247–256. doi: 10.18334/ecsoc.10.3.111153.

Г.Ш. ТУФАТУЛИН^{1,2}, канд. мед. наук, главный врач
dr.tufatulin@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6809-7764>

И.В. КОРОЛЁВА^{1,3}, д-р психол. наук, проф., гл. научный сотрудник
prof.inna.koroleva@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8909-4602>

Ю.К. ЯНОВ², д-р мед. наук, проф., академик РАН
9153864@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9195-128X>

С.В. ЛЕВИН^{1,2,3}, канд. мед. наук, старший научный сотрудник
sergeyln@mail.ru
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9770-7739>

С.А. АРТЮШКИН², д-р мед. наук, проф., заведующий кафедрой оториноларингологии
sergei.artushkin@szgmu.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4482-6157>

В.В. ДВОРЯНЧИКОВ³, д-р мед. наук, проф., заслуженный врач РФ, директор
v.v.dvoryanchikov@mail.ru
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0925-7596>

Е.А. ЛЕВИНА³, канд. мед. наук, ст. научный сотрудник,
xramoval@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0285-6526>

Контроль качества проведения аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни

¹ СПб ГКУЗ «Детский городской сурдологический центр», 194356, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Есенина, д. 26, корп. 4. Center of the Pediatric Audiology, 26/4, Esenina st., Saint Petersburg, 194356, Russian Federation.

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41. North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 41, Kirochnaya st., Saint Petersburg, 191015, Russian Federation.

³ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9. Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech, 9, Bronnitskaya st., Saint Petersburg, 190013, Russian Federation.

Ключевые слова: аудиологический скрининг новорожденных, нарушения слуха у детей, диагностика тугоухости у детей

Для цитирования: Туфатулин Г.Ш., Королёва И.В., Янов Ю.К., Левин С.В., Артюшкин С.А., Дворянчиков В.В., Левина Е.А. Контроль качества проведения аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 26–32.

For citation: Tufatulin G.Sh., Koroleva I.V., Yanov Yu.K., Levin S.V., Artyushkin S.A., Dvoryanchikov V.V., Levina E.A. Quality control for the newborn hearing screening system // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 26–32.

Tufatulin G.Sh., Koroleva I.V., Yanov Yu.K., Levin S.V., Artyushkin S.A., Dvoryanchikov V.V., Levina E.A. Quality control for the newborn hearing screening system

The results of the audit of the newborn hearing screening (1st stage) are presented in the article. The data obtained made it possible to analyze the procedure of the newborn hearing screening in 78 medical institutions of St. Petersburg participating in the 1st stage of the screening. It has been established that the examination is carried out in all maternity wards, children's hospitals and in most of the children's outpatient clinics. Moreover, only 14% of clinics meet all the criteria for its correct implementation. For other institutions it is necessary to improve the screening procedure: updating the equipment, its timely calibration, adjusting the methods and conditions of the study, documenting the results, etc. Due to the methodological assistance, the institutions managed to increase the coverage of newborns at the 1st stage of audiological screening by 8.5% and achieved the goal value, and the number of children getting the diagnostic stage by 18%.

Thus, the audit of the 1st stage of newborn hearing screening by local audiological centers is an effective tool for the quality control of the medical care.

Keywords: hearing screening of newborns, hearing loss in children, diagnosis of hearing loss in children

В статье приведены результаты аудита I этапа универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни. Полученные данные позволили оценить качество проведения аудиологического скрининга новорожденных в 78 медицинских учреждениях Санкт-Петербурга, участвующих в реализации I этапа аудиологического скрининга. Установлено, что обследование проводится во всех родильных домах, детских больницах и в большинстве детских амбулаторных учреждений. При этом только 14% учреждений соответствуют всем критериям корректной реализации скрининга. В остальных случаях требуется улучшить процедуру скрининга: необходимо обновление оборудования, его своевременная калибровка, корректировка методов и условий исследования, документирования результатов и т.д. Авторами предложена система мер по повышению эффективности аудиологического скрининга новорожденных в Санкт-Петербурге. Благодаря методической помощи учреждениям удалось увеличить охват новорожденных на I этапе аудиологического скрининга на 8,5%, достичь целевого показателя и увеличить количество детей, поступающих на этап диагностики, на 18%. Аудит I этапа аудиологического скрининга региональными сурдоцентрами (сурдокабинетами) является эффективным инструментом для выявления проблем I этапа скрининга, определения ресурсов его коррекции и совершенствования помощи детям с нарушениями слуха в целом в регионе.

Введение

Нарушения слуха (НС) являются самой распространенной врожденной сенсорной патологией у детей [1]. Даже минимальное снижение слуха в раннем возрасте вызывает у ребенка вторичные нарушения развития – речи, мышления, памяти, внимания, коммуникации, эмоционально-волевых процессов. В большинстве случаев НС в детском возрасте носят характер врожденных и встречаются у 1–3 детей из 1000 новорожденных [2, 3]. При этом, по данным ВОЗ, доля наследственных нарушений слуха составляет 40–50%, а 17% случаев врожденной тугоухости обусловлено перинатальной патологией [4]. У 50% детей с врожденными НС отсутствуют факторы риска по тугоухости [5–7].

Эти статистические данные определили необходимость внедрения универсального (обследование всех детей, а не только групп риска) аудиологического скрининга новорожденных (УАСН) во многих странах [8]. Благодаря внедрению УАСН появилась возможность не только выявлять детей с нарушениями слуха, начиная с первых дней жизни, но и очень рано начинать реабилитационные мероприятия – слухопротезирование, развивающие занятия, психологическую помощь семье ребенка. Доказано, что при ранней комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации дети даже с глубокой степенью тугоухости по уровню речевого развития

приближаются к нормально развивающимся сверстникам [3]. В результате сформировался современный «золотой» временной стандарт комплексной ранней помощи детям с врожденными НС «1-3-6», который предполагает выявление детей с подозрением на наличие НС до 1 мес. жизни, диагностику НС до 3 мес., начало реабилитационных мероприятий до 6 мес.

С 2008 года в Российской Федерации введен двухэтапный УАСН с использованием объективного метода регистрации вызванной отоакустической эмиссии (ВОАЭ) [2]:

■ I этап – проводится в роддомах у всех новорожденных в возрасте 3–4 дней, или в отделении патологии новорожденных в случае перевода. В детской поликлинике обследуются дети, у которых в роддоме скрининг не проводился, либо нет данных о его проведении. В обоих случаях используется метод регистрации задержанной ВОАЭ.

■ II этап (диагностический) – проводится в сурдологическом центре (кабинете) детям в возрасте до 3 месяцев с помощью комплекса объективных и субъективных методов для детей с положительным результатом обследования на I этапе (задержанная ВОАЭ не зарегистрирована на одном или обоих ушах), а также для детей, имеющих один или несколько факторов риска по тугоухости (даже при зарегистрированной ВОАЭ).

УАСН – важное достижение российского здравоохранения. В результате его введения достигнуты значительные успехи в раннем выявлении детей с врожденной тугоухостью. Так, в Санкт-Петербурге до введения УАСН тугоухость была диагностирована в возрасте до года лишь у 22% детей, состоящих на учете в сурдологическом центре. После внедрения УАСН этот показатель вырос до 47% [3]. Охват I этапом УАСН в Российской Федерации превышает 96%, что соответствует мировым стандартам [4]. Однако в ходе эпидемиологического исследования НС у детей в Санкт-Петербурге было выявлено, что у 18% детей УАСН не проводился, у 25% детей данные о проведении I этапа УАСН в медицинской документации отсутствовали. Своевременная постановка диагноза (до 3 месяцев) была произведена лишь у 19% детей [3], [9]. Эти данные свидетельствуют: 1) о недостаточной преемственности при передаче информации об УАСН в медицинской документации ребенка; 2) о необходимости контроля качества действующей программы УАСН. Очевидно, что необходимо дальнейшее совершенствование УАСН: увеличение числа детей, у которых тугоухость диагностируется до 3 месяцев, выявление и решение проблем, возникающих на I этапе, повышение явки детей на II этап УАСН. Эти задачи относятся к общей задаче оценки и повышения качества оториноларингологической помощи, которой в последние годы уделяется особое внимание [5, 6]. В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по сурдологии-оториноларингологии¹ функции методической поддержки и контроля за проведением I этапа УАСН возложены на сурдологические центры (кабинеты), созданные в каждом субъекте РФ. Расширение взаимодействия медицинских организаций в этом направлении может стать ключом к повышению эффективности действующей системы УАСН и определить пути ее совершенствования.

Цель исследования

Проведение контроля качества I этапа универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни в г. Санкт-Петербурге и разработка мероприятий по повышению его эффективности.

Материалы и методы

Контроль качества проведения УАСН был выполнен в 78 медицинских учреждениях городского подчинения Санкт-Петербурга, участвующих в I этапе УАСН: в 11 родильных домах, пяти детских больницах (отделения патологии новорожденных), 62 детских поликлиниках. Предварительно были определены критерии оценки качества проведения УАСН в учреждении:

1. Наличие приборов для регистрации ВОАЭ, их количество, исправность.
2. Соответствие сроков эксплуатации приборов регламенту.
3. Год последней калибровки.
4. Количество сотрудников, проводящих УАСН.
5. Наличие у сотрудников сертификатов о повышении квалификации по направлению «Аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни».
6. Условия проведения исследования (помещение, уровень шума).
7. Техника выполнения исследования (выбор теста, размера вкладыша, правильность установки зонда и т.д.).
8. Документирование результатов (журнал проведения скрининга, заключение о его проведении, отчет в сурдоцентр).
9. Количество детей, обследованных в 2019 году, из них количество детей, у которых ВОАЭ не зарегистрирована на одном или обоих ушах.

Для проведения аудита врач-сурдолог Санкт-Петербургского детского городского сурдологического центра (ДГСЦ) выезжал в каждое учреждение, где проверял основные показатели обследования

¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 09.04.2015 № 178н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "сурдология-оториноларингология"». URL: <https://base.garant.ru/70981390/>

Таблица 1. Сведения о персонале учреждений здравоохранения г. Санкт-Петербурга, участвующем в проведении I этапа аудиологического скрининга

Сотрудники	Детские поликлиники (N (%))	Роддома, отделения патологии новорожденных (N (%))
Количество сотрудников, проводящих скрининг		
1 сотрудник	43 (69%)	1 (6%)
2 сотрудника	13 (21%)	6 (38%)
3 и более сотрудников	6 (10%)	9 (56%)
Наличие у сотрудников, проводящих скрининг, соответствующего сертификата о повышении квалификации		
У всех сотрудников	36 (58%)	10 (63%)
У части сотрудников	9 (15%)	6 (37%)
Нет у всех сотрудников	17 (27%)	0

новорожденных, а также проводил семинар о современных методах выявления, диагностики и реабилитации детей с НС.

Для итоговой оценки был использован чек-лист эффективности выполнения в учреждении первого этапа УАСН, в котором фиксировалось соответствие вышеозначенным критериям качества.

Результаты

В результате аудита было установлено, что на момент исследования I этап УАСН проводится во всех родильных домах и детских больницах и в 89% детских поликлиник Санкт-Петербурга. В учреждениях имеется 113 приборов для регистрации ВОАЭ. В большинстве поликлиник имеется один прибор, в большинстве родильных домов – два прибора. В пяти детских поликлиниках приборы на момент исследования отсутствовали или были неисправны, соответственно, УАСН в них временно не проводился. В двух роддомах имеется только один прибор. Поскольку прибор нуждается в ежегодной калибровке, на этот период (около месяца) проведение I этапа скрининга в роддоме может прерываться.

В большей части учреждений оборудование для выполнения УАСН с учетом сроков амортизации нуждается

в обновлении: семь приборов (6%) приобретены до 2010 г., 62 прибора (55%) – в 2010–2015 гг., и 44 прибора (39%) – после 2015 г.²

Своевременная калибровка (не более 1 года назад) была произведена у 80% (90) приборов; 6% (7) приборов были откалиброваны более 1 года назад; 14% (16) приборов не калибровались в течение всего срока эксплуатации.

В большинстве поликлиник УАСН проводит один сотрудник, что не отвечает требованиям непрерывности проведения исследования (табл. 1). Учитывая, что ребенок находится под постоянным наблюдением педиатра по месту жительства, в случае временного отсутствия сотрудника, I этап УАСН ему может быть проведен позднее. Более критично отсутствие сменяемости сотрудников, проводящих скрининг, в родильных домах и отделениях патологии новорожденных, что выявлено в одном учреждении. В роддомах и больницах лучше обстоит ситуация и с обучением персонала: сертификаты имеются по крайней мере у части сотрудников.

В семи детских поликлиниках I этап УАСН на момент исследования не проводится (в пяти – ввиду отсутствия или неисправности оборудования, в двух не проводится,

² Постановление Правительства РФ от 01.01.2002 № 1 «О Классификации основных средств, включаемых в амортизационные группы» (с изменениями и дополнениями). URL: <https://base.garant.ru/12125271/>

Таблица 2. Сравнительный анализ показателей УАСН за 2019 (до аудита) и через шесть месяцев после проведения аудита УАСН

Показатели	До аудита	Через 6 мес. после аудита
Число детей, охваченных I этапом УАСН	89,6%	98,1%
Число детей, у которых ВОАЭ отсутствует на I этапе	2,1%	2,3%
Число детей, поступивших на II этап УАСН	33,3%	51,0%
Число детей с подтвержденной тугоухостью	0,14%	0,15%

несмотря на наличие исправных приборов). В одной поликлинике была необходима коррекция условий проведения обследования из-за высокого уровня шума (даны соответствующие рекомендации).

Установлено, что в 37 учреждениях (47%) обследование детей проводили с помощью ВОАЭ на частоте продукта искажения. Использование этого типа ВОАЭ является некорректным, т.к. он менее чувствителен для выявления небольшого снижения слуха по сравнению с рекомендованным методом задержанной ВОАЭ и не рекомендован для УАСН [7]. В ходе аудита настройки приборов были исправлены, теперь во всех учреждениях регистрируется задержанная ВОАЭ.

В 44 учреждениях (56%) потребовалась корректировка документирования результатов: журнал проведения УАСН не соответствовал форме, не заполнялось заключение о проведении УАСН, отчеты в сурдоцентр составлялись некорректно либо не отправлялись. Установлено, что во многих случаях данные о детях, направляемых на II этап скрининга по факторам риска (при этом задержанная ВОАЭ зарегистрирована в роддоме/детской поликлинике), не фиксировались в отчетах. Это приводит к неполной преемственности передачи медицинских данных, ограниченному поступлению детей данной категории на II этап УАСН.

Через шесть месяцев после проведения аудита была проведена оценка основных показателей I этапа УАСН, которая продемонстрировала их рост (табл. 2).

Обсуждение

По результатам аудита выявлено, что на момент исследования I этап УАСН

проводился в большинстве учреждений Санкт-Петербурга, включенных в программу УАСН. При этом чек-листу корректности проведения I этапа УАСН полностью соответствует 14% (11) учреждений: восемь детских поликлиник и три родильных дома. В остальных учреждениях выявлены различные отклонения в процедуре скрининга. Анализ позволил определить наиболее типичные нарушения процедуры УАСН и предложить возможные мероприятия по их последовательному устранению (табл. 3).

Работа, проводимая с учреждениями в процессе и после аудита, позволила в течение шести месяцев достичь 100% вовлеченности учреждений Санкт-Петербурга в систему УАСН. В результате проведения аудита и методической помощи учреждениям удалось повысить на 8,5% охват новорожденных I этапом УАСН, приведя его к целевому показателю, а также увеличить на 18% число детей, поступающих на диагностический этап. Последний показатель требует дальнейших шагов по совершенствованию УАСН для достижения целевого значения 90%.

Очевидно, что сурдоцентрам необходимо проводить регулярный аудит выполнения I этапа УАСН в учреждениях региона, чтобы вовремя выявлять проблемы и помогать сотрудникам роддомов и поликлиник решать их. Опыт петербургского здравоохранения в этом направлении оказался результативным, что позволяет рекомендовать выездной контроль качества УАСН сурдоцентрами в других регионах.

Имеются также определенные ограничения в действующей процедуре аудиологического скрининга. В частности, метод

Таблица 3. Выявленные нарушения проведения I этапа УАСН и мероприятия по их решению	
Проблемы	Мероприятия по устранению
Отсутствие оборудования для скрининга / Оборудование с истекшим сроком использования	Руководителям медицинских организаций запланировать модернизацию оборудования для регистрации ВОАЭ
Не проводится своевременная калибровка оборудования	Обеспечить своевременную калибровку оборудования. При выборе характеристик вновь закупаемого оборудования учитывать доступность сервиса и сроки последующей калибровки
УАСН проводит только один сотрудник (не обеспечена непрерывность процесса обследования детей)	Обеспечить участие в проведении первого этапа аудиологического скрининга как минимум двух сотрудников в каждом учреждении
Отсутствие сертификатов о повышении квалификации по теме «Аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни» у части сотрудников	Федеральным государственным образовательным учреждениям высшего и дополнительного профессионального образования рекомендовать увеличить кратность проведения циклов повышения квалификации по УАСН. Проводить циклы на базе всех кафедр оториноларингологии медицинских ВУЗов.
Отклонения в методике проведения исследования	Установить норматив повторного прохождения цикла каждые 5 лет. Специалистам сурдоцентра рекомендовать проводить контроль за соответствием методики проведения УАСН в учреждениях и методическую поддержку учреждений по вопросам проведения УАСН
Некорректное документирование результатов, нарушение преемственности передачи медицинских данных	Создание национального и регионального электронного аудиологического регистра. Регулярное взаимодействие сурдоцентра с медицинскими учреждениями, выполняющими I этап УАСН
Данные о детях, направляемых на II этап скрининга по факторам риска, не фиксируются в отчетах	Усиление контроля за направлением детей с факторами риска и зарегистрированной задержанной ВОАЭ на II этап скрининга участковыми педиатрами. Проведение информационной работы с неонатологами, педиатрами, неврологами по вопросам НС у детей, информирование родителей (СМИ, соцсети, плакаты, семинары и пр.)

ВОАЭ не чувствителен к выявлению детей с заболеваниями спектра слуховых (аудиторных) нейропатий. Такие нарушения чаще встречаются у недоношенных детей, поэтому в отделениях патологии новорожденных целесообразно проводить обследование методом регистрации слуховых вызванных потенциалов мозга. Учитывая, что у 2-3 детей из 1000 нарушение слуха развивается в первый год жизни [8], а у части детей стойкая тугоухость возникает на фоне перенесенных рецидивирующих отитов, для раннего выявления НС у детей, по-видимому, нужны дополнительные точки аудиологического скрининга у детей в возрасте одного года и при поступлении в школу. При решении проблемы раннего выявления детской тугоухости, по мнению ВОЗ, следует также уделять особое внимание повышению информированности населения и специалистов

о НС у детей и современных возможностях диагностики и реабилитации НС.

Заключение

Эпидемиологические данные о поздней диагностике врожденной тугоухости у значительного числа детей послужили основанием для анализа порядка проведения УАСН в 78 медицинских учреждениях Санкт-Петербурга, участвующих в реализации I этапа УАСН. Аудит I этапа аудиологического скрининга показал, что УАСН выполняется практически во всех учреждениях Санкт-Петербурга. При этом критериям его корректного проведения полностью соответствуют только 14% задействованных учреждений. В остальных учреждениях необходимо дополнительное совершенствование процедуры скрининга. Анализ отклонений в проведении I этапа УАСН позволил разработать предложения

по совершенствованию УАСН в регионе. Последовательная реализация этих мероприятий позволит избежать задержки в диагностике нарушений слуха у детей и в реабилитационных мероприятиях, что значительно повысит результативность современных высокотехнологичных методов коррекции тугоухости. В результате работы с сотрудниками учреждений, реализующих I этап УАСН, в процессе проведения аудита и после него (корректировка методики, условий проведения исследования, документирования результатов, демонстрация современных методов реабилитации детей с НС и результатов реабилитации в зависимости от возраста

диагностики НС и др.) повысился охват детей I этапом УАСН на 8,5%, достигнув целевого показателя, а также увеличилось на 18% число детей, поступающих на диагностический этап.

Таким образом, аудит I этапа аудиологического скрининга новорожденных региональными центрами является эффективным инструментом контроля качества оказания медицинской помощи. Возникновение и прогрессирование тугоухости возможно у детей не только первого года жизни. Поэтому необходимо внедрение аудиологического скрининга в возрасте одного года и перед поступлением в школу. ■

ИСТОЧНИКИ

1. *Meinzen-Derr J., Wiley S., Choo D.I.* Impact of early intervention on expressive and receptive language development among young children with permanent hearing loss. *Am Ann Deaf.* 2011; 155: 580–591. <https://doi.org/10.1353/aad.2011.0010>.
2. *Таварткиладзе Г.А.* Российский и международный опыт реализации программ универсального аудиологического скрининга новорожденных / Г.А. Таварткиладзе, Т.Г. Маркова, С.С. Чибисова, И. Альшарджаби, Е.Р. Цыганкова // *Вестник оториноларингологии.* – 2016. – № 2. – С. 7–12.
3. *Туфатулин Г.Ш.* Эпидемиология нарушений слуха у детей: распространенность, структура, аспекты слухопротезирования и социальные факторы / Г.Ш. Туфатулин, И.В. Королева, Е.К. Мефодовская // *Вестник оториноларингологии.* – 2021. – № 86(3). С. 28–35. <https://doi.org/10.17116/otorino20218603128>.
4. *Чибисова С.С.* Универсальный аудиологический скрининг новорожденных: достижения и проблемы / С.С. Чибисова, Е.Р. Цыганкова, Т.Г. Маркова, М.Г. Румянцева // *Вестник оториноларингологии.* – 2014. – № 2. – С. 49–53.
5. *Дайхес Н.А.* Состояние оториноларингологической службы Российской Федерации / Н.А. Дайхес, О.В. Карнеева, И.А. Ким, С.В. Савельев, И.Ю. Серебрякова, А.Н. Дайхес, Д.В. Трухин // *Российская оториноларингология.* – 2019. – № 18(3). – С. 9–16.
6. *Янов Ю.К.,* Оценка качества специализированной оториноларингологической помощи / Ю.К. Янов, А.А. Кривопалов, Н.А. Тузиков, Н.А. Шнайдер, Р.Ф. Насырова, А.Ю. Щербук, Ю.А. Щербук, З.Н. Шарданов, С.А. Артюшкин // *Российская оториноларингология.* – 2019. – № 18(1). – С. 103–115.
7. *Таварткиладзе Г.А.* Руководство по клинической аудиологии. М.: Медицина, 2013.
8. *Davis A., Wood S.* The epidemiology of childhood hearing impairment: factors relevant to planning of services. *British Journal of Audiology.* 1992; 26: 77–90. <https://doi.org/10.3109/03005369209077875>
9. *Туфатулин Г.Ш.* Организация сурдологической помощи детям: монография. / Г.Ш. Туфатулин, И.В. Королева. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021. – 188 с.

REFERENCES

1. *Meinzen-Derr J., Wiley S., Choo D.I.* Impact of early intervention on expressive and receptive language development among young children with permanent hearing loss. *Am Ann Deaf.* 2011; 155: 580–591. <https://doi.org/10.1353/aad.2011.0010>.
2. *Tavartkiladze G.A., Markova T.G., Chibisova S.S., Al-Sharjabi E., Tsygankova E.R.* The Russian and international experience with the implementation of the programs of universal audiological screening of the newborn infants. *Vestnik otorinolaringologii.* 2016; 2: 7–12. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/otorino20168127-12>.
3. *Tufatulin G.Sh., Koroleva I.V., Mefodovskaya E.K.* Epidemiological study of hearing impairments in children: prevalence, structure, amplification, and social factors. *Bulletin of Otorhinolaryngology = Vestnik otorinolaringologii.* 2021; 86(3): 28–35. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/otorino20218603128>.
4. *Chibisova S.S., Tsygankova E.R., Markova T.G., Rummyantseva M.G.* The universal audiological screening of newborn infants: achievements and challenges. *Vestnik otorinolaringologii.* 2014; 2: 49–53. (In Russ.).
5. *Daikhes N.A., Karneeva O.V., Kim I.A., Savel'ev S.V., Serebryakova I.Yu., Daikhes A.N., Trukhin D.V.* The state of otorhinolaryngological service of the Russian Federation. *Rossiyskaya otorinolaringologiya.* 2019; 18(3): 9–16. (In Russ.). <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2019-3-9-16>.
6. *Yanov Yu.K., Krivopalov A.A., Tuzikov N.A., Shnayder N.A., Nasyrova R.F., Shcherbuk A.Yu., Shcherbuk Yu.A., Shardanov Z.N., Artyushkin S.A.* Otsenka kachestva spetsializirovannoy otorinolaringologicheskoy pomoshchi. *Rossiyskaya otorinolaringologiya.* 2019; 18(1): 103–115. (In Russ.). <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2019-1-103-115>.
7. *Tavartkiladze G.A.* Handbook on clinical audiology. Moscow: Medicina, 2013. (In Russ.).
8. *Davis A., Wood S.* The epidemiology of childhood hearing impairment: factors relevant to planning of services. *British Journal of Audiology.* 1992; 26: 77–90. <https://doi.org/10.3109/03005369209077875>.
9. *Tufatulin G. Sh.* Organization of audiological care for children. SPb: SZGMU 2021, (In Russ.).

Н.О. МАТЫЦИН^{1,3}, канд. мед. наук, заместитель начальника Управления медицинского обеспечения конверсионных и экстремальных работ и службы крови; доцент кафедры инновационных технологий управления здравоохранением, n.matytsin@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1255-1128>

О.Р. ШВАБСКИЙ², заместитель генерального директора

И.Б. МИНУЛИН², начальник отдела управления качеством и оценки медицинской деятельности
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2617-6410>

А.А. ПОПОВА², специалист отдела управления качеством и оценки медицинской деятельности
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4658-733X>

Е.В. ЗИНОВЬЕВА², преподаватель учебно-методического отдела; аспирант кафедры инновационных технологий управления здравоохранением
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2263-578X>

Повышение осведомленности медицинских работников о вопросах обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности: использование социологического опроса

¹ Федеральное медико-биологическое агентство России, 123182, Российская Федерация, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 30. Federal Medical Biological Agency of Russia, 30, Volokolamsk highway, Moscow, 123182, Russian Federation.

² ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, 109074, Российская Федерация, г. Москва, Славянская пл., 4, стр. 1. Federal State Organization «National quality institute» Federal Service for Surveillance in Healthcare, 4, bld. 1, Slavyanskaya Square, Moscow, 109074, Russian Federation.

³ Российский университет дружбы народов (РУДН), 117198, Российская Федерация, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6. Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), 6, Miklukho-Maklaya St, Moscow, 117198, Russian Federation.

Ключевые слова: безопасность пациентов, безопасность медицинских работников, культура безопасности в медицинской организации, опрос врачей

Для цитирования: Матыцин Н.О., Швабский О.Р., Минулин И.Б., Попова А.А., Зиновьева Е.В. Повышение осведомленности медицинских работников о вопросах обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности: использование социологического опроса // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 33–38.

For citation: Matytsin N.O., Shvabskiy O.R., Minulin I.B., Popova A.A., Zinovyeva E.V. Raising awareness of health care workers about the quality and safety of health care services assurance: application of sociological survey // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 33–38.

Matytsin N.O., Shvabskiy O.R., Minulin I.B., Popova A.A., Zinovyeva E.V.

Raising awareness of health care workers about the quality and safety of health care services assurance: application of sociological survey
The article is focused on a sociological survey of health care workers conducted as part of the World Patient Safety Day events. More than 39,000 health care workers were surveyed. Raising the awareness of health care workers in the issues of quality assurance and safety of medical activity makes it possible to find solutions for their more active involvement in the processes of quality management in medical organizations, as well as to improve the interaction between medical workers and patients in the provision of medical care.

Keywords: patient safety, safety of health care workers, safety culture in a medical organization, physician survey

Статья посвящена анализу результатов социологического опроса медицинских работников, проведенному в рамках мероприятий Всемирного дня безопасности пациентов. В опросе приняли участие более 39 тыс. медицинских работников. Повышение осведомленности медицинских работников в вопросах обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности позволяет найти решения для их более активного вовлечения в процессы управления качеством в медицинских организациях, а также улучшения взаимодействия медицинских работников и пациентов при оказании медицинской помощи.

Введение

Стремление к качеству и безопасности является, с одной стороны, основной составляющей, которую ожидают пациенты от медицинской помощи, а с другой – ее неотъемлемой характеристикой, которую стремятся обеспечить медицинские работники.

И тем не менее, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), размещенным на странице, посвященной фактам о безопасности пациентов:

- нежелательные события, вызванные небезопасным оказанием медицинской помощи, являются одной из 10 основных причин смерти и инвалидности во всем мире;
- вред, причиняемый в результате ряда нежелательных событий, можно предотвратить почти в 50% случаев;
- во всем мире при оказании первичной и амбулаторной медицинской помощи вред причиняется четырем из 10 пациентов;
- несоблюдение правил безопасности при оказании хирургической помощи является причиной осложнений почти у 25% пациентов;
- в странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) 15% всех расходов и рабочей нагрузки в больницах являются прямым следствием нежелательных событий [1].

Медицинские работники – самый дорогой ресурс системы здравоохранения.

Для повышения безопасности пациентов необходимы комплексные решения в рамках системы здравоохранения. Для обеспечения максимального уровня безопасности здравоохранения требуется объединение усилий всех заинтересованных сторон, включая государственные, ведомственные, общественные (в том числе пациентские) организации.

В 2019 году на 72-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае была принята резолюция WHA72.6 «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» [2] и учрежден Всемирный день безопасности пациентов (17 сентября).

Российская Федерация присоединилась к глобальной кампании ВОЗ непосредственно с 2019 года и проводит мероприятия в рамках Всемирного дня безопасности пациентов на регулярной основе [3].

Основопологающей целью проведения мероприятий, посвященных безопасности пациентов, является повышение осведомленности населения о проблеме обеспечения безопасности пациентов во всем мире, повышение уровня участия общественности в улучшении качества и повышении безопасности оказания медицинской помощи.

Мероприятия в рамках Всемирного дня безопасности пациентов направлены на развитие открытости и прозрачности системы здравоохранения при участии всех заинтересованных сторон. Именно таким образом формируется культура безопасности в медицинской организации, которая подразумевает создание условий, при которых особое значение придается ценностям и установкам, связанным с безопасностью, и при которых подобные ценности и установки разделяются и поддерживаются всеми членами коллектива медицинской организации.

С 2020 года весь мир столкнулся с угрозой COVID-19. В условиях борьбы с COVID-19 принципиальным вопросом для системы здравоохранения является не только обеспечение необходимыми лекарствами и расходными материалами, но наличие компетентных и мотивированных медицинских работников [4].

Медицинские работники – самый дорогой ресурс системы здравоохранения.

В условиях борьбы с COVID-19 медицинские работники могут подвергаться дополнительным профессиональным рискам и заболеваниям:

- инфицированию в процессе оказания помощи пациентам;
- дерматологическим нарушениям и тепловому стрессу от длительного ношения СИЗ;
- токсическому воздействию используемых дезинфицирующих средств;
- психологическому стрессу и переутомлению.

Поэтому привлечение внимания к вопросам обеспечения безопасности самих медицинских работников в процессе оказания

медицинской помощи становится неотъемлемой частью мероприятий, проводимых в рамках Всемирного дня безопасности пациентов.

Внедрение принципов безопасности невозможно только благодаря инициативам на глобальном уровне. Для эффективной реализации мероприятий, направленных на повышение безопасности пациентов, необходимо применение современных подходов к профилактике нежелательных событий на уровне каждого подразделения медицинской организации.

Научно обоснованные подходы повышения безопасности медицинской помощи должны применяться в таких ключевых направлениях, как гигиена рук, хирургическая безопасность, профилактика профессионального выгорания медицинских работников, профилактика инфекций, применение средств индивидуальной защиты и др. [5, 6, 7, 8, 9].

Для привлечения внимания самих медицинских работников к значимости вопросов обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности крайне важно изучение их текущей осведомленности. Для этого в рамках мероприятий Всемирного дня безопасности пациентов в 2020 году был впервые проведен социологический опрос медицинских работников.

Итоги социологического опроса медицинских работников и анализ результатов

Социологический опрос проходил в электронной форме в течение двух недель и был доступен для прохождения по ссылке круглосуточно в любое удобное время.

Опрос организован ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора.

Привлечение широкого круга медицинских работников стало возможным благодаря информационной поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и медицинских профессиональных некоммерческих организаций.

В интерактивном опросе приняли участие более 39 тыс. медицинских работников из всех субъектов Российской Федерации.

Рисунок. Распределение респондентов по должностям



Из общего числа участников опроса наибольшее количество представляли медицинские работники Республики Бурятия (1174) и Республики Татарстан (1251), Приморского края (1208), Белгородской (1868), Воронежской (3856), Курской (1226), Московской (1824), Свердловской (5379) и Тюменской (3384) областей, г. Москвы (6254).

Врачебный персонал составил треть опрошенных (32,6%), средний медицинский персонал – 57,0%, а административный и младший медицинский персонал составил наименьшее число опрошенных (по 5,3% и 5,1% соответственно).

Распределение респондентов по должностям (рисунок) важно для возможностей дальнейшего определения взаимосвязей компетенций медицинского работника с уровнем его осведомленности по другим категориям вопросов, таким как пациентоориентированность, культура безопасности и профилактики возникновения нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности.

Немаловажно, что в исследовании большинство составили медицинские работники, которые имели большой опыт работы – более 40,2% (таблица).

Рассмотрим содержательный анализ результатов опроса.

Отвечая на вопрос «по какой причине чаще всего случаются неблагоприятные события и возникают угрозы для здоровья пациентов при оказании медицинской помощи» большинство опрошенных подтвердили, что такие события и угрозы для здоровья пациентов возникают из-за организационных проблем (36,6%). Практически половина медицинских работников связывает их с обстоятельствами, независимыми от людей (25,1%) или с иными причинами (24,3%).

Такое отношение к неблагоприятным событиям соответствует принятому взгляду

Таблица. Распределение по стажу работы

Стаж	Кол-во	% от общего числа
менее 6 мес.	2274	5,7%
6-11 мес.	945	2,4%
1-2 года	2451	6,2%
3-4 года	2559	6,4%
5-10 лет	5884	14,8%
11-20 лет	9680	24,3%
более 21 года	16025	40,2%

на роль системных ошибок при управлении процессами в организации.

Вместе с тем, **опрос показал, что медицинские работники не рассматривают пациента как полноправного партнера, с которым возможно конструктивное обсуждение процесса лечения и совместное принятие клинических решений.**

Половина респондентов рассматривает пациента как **«больного, которому я должен поставить диагноз и назначить лечение»**, практически треть опрошенных (30,9%) – как **«партнера, с которым можно совместно обсудить проблему, но принятие решения респонденты оставляют за медицинским работником»** и только 14,0% медицинских работников считают пациента **«партнером, с которым можно обсудить проблему и совместно принять решение»**.

При этом большинство медицинских работников (75,5%) ответили, что предоставляют пациентам **«информацию о состоянии, диагнозе, плане обследования, плане лечения»** в полном объеме.

Но важно отметить, что 14,9% респондентов не считает нужным давать пациенту всю информацию, а десятая часть жалуется на нехватку времени для того, чтобы дать ему полную информацию об оказании медицинской помощи.

В такой ситуации возникают риски того, что пациенты либо их родственники могут неверно воспринять сведения о состоянии своего здоровья и не будут готовы принимать взвешенные решения в процессе оказания медицинской помощи и соблюдать необходимые рекомендации медицинских работников, что может в дальнейшем оказать влияние на достижение запланированного результата лечения.

Также, при решении вопроса **«в каком объеме необходимо информировать пациента о его состоянии, диагнозе, плане обследования, плане лечения»**, только чуть более половины опрошенных – 25 032 чел. (62,9%) считают, что информацию нужно давать как можно более подробно, даже негативную. А более трети респондентов – 13 461 чел. (33,8%) полагают, что объем информации может быть неполным и нужно выделять только самое важное.

Конечно, учитывая такое мнение врачей о необходимости предоставления информации пациентам, представляется логичным, что при ответе на вопрос **«правильно ли пациенты понимают информацию о своем состоянии, диагнозе, плане обследования, плане лечения, которую вы предоставляете»** только 21,2% медицинских работников полностью уверены, а более 77,2% опрошенных сомневаются в понимании со стороны пациентов («скорее да» или «скорее нет»).

Требует серьезного внимания для повышения качества и безопасности медицинской деятельности вопрос изучения осведомленности медицинских работников о **«случаях возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в ходе лечения или после лечения»**.

Опрос показывает, что только 5,2% медицинских работников регулярно сталкиваются с такими инфекциями, 19,1% – редко, в единичных случаях – 42,3% и 33,4% – никогда не сталкиваются с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи.

Вместе с тем, по данным ВОЗ, от 7 до 10% пациентов подвергаются инфекциям, связанным с оказанием медицинской помощи, а из числа больных, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) – от 9% до 37% [1, 10].

Принципиально важно повышение осведомленности врачей в вопросах инфекционной безопасности в условиях борьбы с COVID-19 – как для защиты здоровья самих медицинских работников, так и для принятия мер по распространению инфекций среди пациентов.

Результаты исследования показывают, что дополнительного изучения для повышения

безопасности практической деятельности медицинских работников требуют вопросы идентификации личности пациента.

«Идентификацию личности пациента при каждом контакте с пациентом, перед каждой манипуляцией» проводят только 70,7% респондентов. Пятая часть респондентов (20,1%) проводит идентификацию только тогда, «когда не знает пациентов», более 9% медицинских работников либо «не проводит идентификацию при каждом контакте», либо считает, что идентификацию проводить не нужно, так как «своих пациентов они точно знают».

Отдельно следует отметить существующие барьеры между медицинским персоналом и управленческим звеном в медицинских организациях. **Четверть респондентов ответили, что не могут проявить инициативу, донести свои предложения по развитию и совершенствованию деятельности медицинской организации в связи с отсутствием подобной возможности и отсутствием интереса со стороны руководства.**

Отмечается общий достаточный уровень осведомленности медицинских работников о необходимости учета и анализа нежелательных событий.

Согласно опросу, по мнению более 75,5% респондентов в медицинских организациях активно **«предпринимаются какие-либо действия для предотвращения неблагоприятных событий, связанных с оказанием медицинской помощи».**

Это может быть связано с осознанием необходимости внедрения системы управления качеством, с изменениями нормативного правового регулирования вопросов контроля качества и безопасности медицинской деятельности¹, а также сложными условиями работы системы здравоохранения во время пандемии коронавирусной инфекции COVID-19.

Вместе с тем, только 13,8% респондентов отвечают, что сами **«сталкивались с неблагоприятными событиями, осложнениями, связанными с оказанием медицинской помощи».** Часть респондентов

сталкивались с такими событиями в практике коллег (21,0%), а никогда не сталкивались почти половина опрошенных (48,8%).

Такие ответы демонстрируют, что медицинские работники либо недостаточно четко определяют, что является неблагоприятными событиями, либо не мотивированы на профилактику их возникновения.

Внимания требует также вопрос открытости взаимодействия медицинских работников с пациентами. Только 28,0% медицинских работников готовы **«сообщить пациентам о наступивших неблагоприятных событиях, связанных с оказанием медицинской помощи»**, 16,8% сообщит о таких событиях, только если об этом стало известно, а 5,8% опрошенных, считает, что пациенту не нужно этого знать.

При ответе на этот же вопрос 19 054 чел. (47,9%) медицинских работников демонстрируют, что у них в практике «таких событий не было».

Указанное соотношение дополнительно свидетельствует, что, несмотря на формальное знание требований к проведению учета и анализа неблагоприятных событий при осуществлении медицинской деятельности, медицинские работники обладают достаточно низкой настороженностью по отношению к возникновению неблагоприятных событий в их практической деятельности.

Готовность к разбору и признанию собственных ошибок медицинскими работниками остается низкой и, безусловно, должна более активно поддерживаться в рамках формирования культуры безопасности в медицинской организации.

Заключение

Проведенный ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора социологический опрос медицинских работников позволил объективизировать их осведомленность в ряде ключевых вопросов обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

¹ Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/>

Результаты опроса могут использоваться как органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, так и руководителями медицинских организаций для повышения вовлеченности медицинских работников в процессы управления качеством в медицинских организациях, а также для их дополнительной мотивации в решении текущих проблем обеспечения безопасности как пациентов, так и самих медицинских работников.

Вопросы взаимодействия медицинских работников и пациентов требуют более углубленного изучения. Необходимо активное вовлечение пациентов, обсуждение вопросов диагностики и лечения

для принятия совместных решений, учитывающих интересы пациентов.

Анализ ответов медицинских работников в ходе интерактивного опроса позволил сделать ряд выводов, необходимых для дальнейшего развития системы здравоохранения, а также улучшения схемы взаимодействия медицинских работников и пациентов при оказании медицинской помощи.

В последующих публикациях будут приведены результаты опросов пациентов и медицинских работников, проведенных в рамках Всемирного дня безопасности пациентов в 2021 году.

ИСТОЧНИКИ

1. Безопасность пациентов // Всемирная организация здравоохранения [Официальный сайт] // URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
2. Резолюция WHA72.6 «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» [Электронный ресурс] URL.: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-ru.pdf.
3. Иванов И.В., Швабский О.Р., Мишулин И.Б., Матыцин Н.О., Щерблякина А.А., Таут Д.Ф., Мартовицкая А.Д. Всемирный день безопасности пациентов: повышение осведомленности граждан о вопросах качества и безопасности медицинской деятельности // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 92–100.
4. ВОЗ: для обеспечения безопасности пациентов необходимо обеспечить безопасность медицинского персонала // Всемирная организация здравоохранения. [Официальный сайт] URL.: <https://www.who.int/ru/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who> (дата консультации: 20.11.2020).
5. World Hand Hygiene Day 2021. Seconds save lives – clean your hands! // WHO [Официальный сайт] // URL.: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/2021>.
6. Ваши 5 моментов для гигиены рук // Всемирная организация здравоохранения [Официальный сайт] // URL.: https://www.who.int/gpsc/5may/Poster_5Moments_Ru.pdf?ua=1.
7. Матыцин Н.О., Иванов И.В., Габуня Н.Ю., Таривердиев М.Л. Использование универсального протокола для обеспечения хирургической безопасности // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 4. – С. 46–51.
8. Специальная Коллекция: Коронавирус (COVID-19): поддержка благополучия медицинских работников // Cochrane Library [Официальный сайт] // URL.: <https://www.cochranelibrary.com/collections/doi/SC000045/full/ru>.
9. Политика и управление в области трудовых ресурсов здравоохранения в контексте принятия мер реагирования на пандемию COVID-19. Временное руководство. // Всемирная организация здравоохранения [Официальный сайт] // URL.: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337333/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1-rus.pdf.
10. Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении: Резюме // Всемирная организация здравоохранения [Официальный сайт] // URL.: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70126/WHO_IER_PSP_2009.07_rus.pdf?sequence=21.

REFERENCES

1. Patient Safety // WHO [website] // URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
2. Resolution WHA72.6 «Global Action for Patient Safety» [website] URL.: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-ru.pdf.
3. Ivanov I.V., Shvabsky O.R., Minulin I.B., Matytsin N.O., Shchablykina A.A., Taut D.F., Martovitskaya A.D. World patient safety day: raising awareness of citizens about the quality and safety of medical activity // ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ (Healthcare Management: News. Views. Education. Bulletin Of Vshouz). 2021. Vol. 7, № 1. P. 92–100. (in Russian).
4. Keep health workers safe to keep patients safe: WHO // WHO [website] URL.: <https://www.who.int/ru/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who> (accessed: 20.11.2020).
5. World Hand Hygiene Day 2021. Seconds save lives – clean your hands! // WHO [website] // URL.: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/2021>.
6. Your 5 Moments for Hand Hygiene // WHO [website] // URL.: https://www.who.int/gpsc/5may/Poster_5Moments_Ru.pdf?ua=1.
7. Matytsin N.O., Ivanov I.V., Gabuniya N.Y., Tariverdiev M.L. Usage of The Universal Protocol to ensure surgical safety // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 4. – P. 46–51. (in Russian).
8. Special Collection: Coronavirus (COVID-19): Supporting the Well-Being of Healthcare Workers // Cochrane Library [website] // URL.: <https://www.cochranelibrary.com/collections/doi/SC000045/full/ru>.
9. Health workforce policy and governance in the context of the COVID-19 pandemic response. Interim guidance. // WHO [website] // URL.: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337333/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1-rus.pdf.
10. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: Summary [website] // URL.: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70126/WHO_IER_PSP_2009.07_rus.pdf?sequence=21

И.С. ГОРЕЛОВА¹, канд. мед. наук, начальник отдела внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, gorelova_ira@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4635-4678>

А.В. ПОТЫЛИЦЫН¹, начальник отдела информационных технологий и защиты информации, admin0@bk.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6947-9855>

С.Н. БЕНИОВА¹, д-р мед. наук, профессор, главный врач, snbeniova@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-1267>

О.Е. ДАНИЛОВ², технический директор, do@fedsu.ru

О.Р. ШВАБСКИЙ³, заместитель генерального директора, shvabo@yandex.ru

Опыт внедрения системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в условиях многопрофильного стационара с использованием программного комплекса «КАСКАД-Медицина»

¹ ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», 690105, Российская Федерация, Приморский край, г. Владивосток, ул. Русская, д. 55. State Budgetary Institution healthcare Regional Clinical Hospital No. 2, 55, Russkaya st., 690105, Vladivostok, Russian Federation.

² ООО «Физические системы управления», 119234, Российская Федерация, г. Москва, ул. Ленинские горы, д. 1 стр. 77. Open joint stock company Physical Control Systems, 1, bld. 77, Leninskiye gory st., 119234, Moscow, Russian Federation.

³ ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, 109074, Российская Федерация, г. Москва, Славянская пл., 4, стр. 1. Federal State Organization "National quality institute" Federal Service for Surveillance in Healthcare, 4, bld. 1, Slavyanskaya Square, 109074, Moscow, Russian Federation.

Ключевые слова: внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности, аудит, чек-лист, систематизация данных

Для цитирования: Горелова И.С., Потылицын А.В., Бениова С.Н., Данилов О.Е., Швабский О.Р. Опыт внедрения системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в условиях многопрофильного стационара с использованием программного комплекса «КАСКАД-Медицина» // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 39–45.

For citation: Gorelova I.S., Potylitsyn A.V., Beniova S.N., Danilov O.E., Shvabskiy O.R. Experience in implementing a quality and safety management system for medical activities in a multidisciplinary hospital using the KASKAD-Medicine software package // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 39–45.

Gorelova I.S., Potylitsyn A.V., Beniova S.N., Danilov O.E., Shvabskiy O.R.

Experience in implementing a quality and safety management system for medical activities in a multidisciplinary hospital using the KASKAD-Medicine software package

Today, one of the necessary requirements in healthcare is the organization of an internal control / management system for the quality and safety of medical activities. State Budgetary Institution healthcare Regional Clinical Hospital No. 2 is one of the largest multidisciplinary medical organizations in Primorsky Krai, which has begun to implement a quality management system based on the proposals of Roszdravnadzor. The aim of the study was to study the possibility of using the industrial software product "KASKAD-Medicine" in building a system of internal quality control and safety of medical activities in State Budgetary Institution healthcare Regional Clinical Hospital No. 2. The use of the KASKAD system allowed solving a number of tasks related to accounting statistical data with the formation of analytical reports, drawing plans for corrective and preventive measures with control over their implementation, saving human and time resources.

Keywords: internal control of the quality and safety of medical activities, audit, check list, data systematization

На сегодняшний день одним из главных требований, предъявляемых к организациям отрасли здравоохранения, является внедрение систем внутреннего контроля качества / управления качеством и безопасностью медицинской деятельности. В статье на примере ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», одной из крупнейших многопрофильных медицинских организаций Приморского края, внедрившей систему менеджмента качества на основе Практических рекомендаций Росздравнадзора¹, приводится анализ возможности использования отраслевого программного комплекса «КАСКАД-Медицина» в целях построения системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

¹ Предложения (Практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре).
URL: <https://bazanpra.ru/roszdravnadzor-rekomendatsii-ot01012015-h3957484/>

Авторами сделано заключение, что использование программного комплекса «КАСКАД-Медицина» позволило ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» решить ряд задач, касающихся учета статистических данных и формирования аналитических отчетов, составления планов корректирующих и предупреждающих мероприятий, а также экономии человеческих и временных ресурсов.

Введение

Одним из приоритетных направлений в решении основных стратегических задач развития здравоохранения в Российской Федерации является внедрение и развитие информационных технологий в медицинских организациях². Сложно представить информатизацию медицины в отрыве от ключевых отраслевых трендов сферы здравоохранения. На сегодняшний день одним из главных требований, предъявляемых к организациям отрасли здравоохранения, является внедрение систем внутреннего контроля качества / управления качеством и безопасностью медицинской деятельности³.

В марте 2019 года в Приморском крае стартовал пилотный проект «Внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Приморского края», в котором при методическом сопровождении ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора приняли участие 13 краевых учреждений, в том числе и государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» (далее – ГБУЗ «ККБ № 2»).

ГБУЗ «ККБ № 2» – одна из крупнейших многопрофильных медицинских организаций Приморского края, имеющая в своем составе многопрофильный стационар на 638 коек, поликлинику и краевой клинический центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Учреждение оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационаров,

а также первичную медико-санитарную, врачебную и специализированную помощь в амбулаторных условиях. Медицинская помощь оказывается по 15 профилям, при этом ГБУЗ «ККБ № 2» является ведущим учреждением здравоохранения Приморского края по таким направлениям, как «эндокринология», «гематология», «инфекционная патология», «офтальмология», «челюстно-лицевая хирургия» и «торакальная хирургия». В учреждении функционируют Приморский краевой центр диабета и эндокринных заболеваний, Краевой гематологический центр, Краевой офтальмологический центр.

Целью исследования явилось изучение возможности использования отраслевого программного продукта «КАСКАД-Медицина» в построении системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, поскольку именно «инвентаризация» и систематизация процессов, сбор данных по конкретному направлению является отправной точкой в любом системном подходе.

Этапы внедрения отраслевого программного комплекса «КАСКАД-Медицина» для автоматизации процессов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ «ККБ № 2»

На начальном этапе реализации пилотного проекта по внедрению системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «ККБ № 2» был выявлен ряд проблем, связанных с необходимостью систематизации

² Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326>.

³ Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/>

⁴ Приказ Департамента здравоохранения Приморского края от 22.03.2019 № 18/пр/269 «О реализации пилотного проекта по внедрению системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Приморского края» URL: <http://publication.pravo.gov.ru/SignatoryAuthority/region25>.

Рисунок 1. Вопросы чек-листа по направлению «Идентификация личности пациентов», применимые для кардиологического отделения

Параметры	Наименование	Видимость
▶	2.1.1 В организации определены законодательные и нормативные требования в области идентификации личности	<input type="checkbox"/>
	2.1.2.1 В организации разработаны порядки идентификации пациентов: при госпитализации в МО	<input type="checkbox"/>
	2.1.2.2 В организации разработаны порядки идентификации пациентов: при регистрации в МИС	<input type="checkbox"/>
	2.1.2.3 В организации разработаны порядки идентификации пациентов: при ведении медицинской документации	<input type="checkbox"/>
	2.1.2.4 В организации разработаны порядки идентификации пациентов: при диагностике/лечении	<input checked="" type="checkbox"/>
	2.1.2.5 В организации разработаны порядки идентификации пациентов: при переводе в другие отделения в пределах МО	<input checked="" type="checkbox"/>
	2.1.2.6 В организации разработаны порядки идентификации пациентов: при выписке/переводе в другую МО	<input checked="" type="checkbox"/>
	2.1.3 В организации выполняются требования порядков, наблюдения (не менее 5-ти случаев на каждом этапе)	<input checked="" type="checkbox"/>
	2.2.1.1 Алгоритм идентификации личности пациента, находящегося в бессознательном состоянии с документами и/или сопровождающими, есть в наличии в приемном отделении	<input type="checkbox"/>
	2.2.1.2 Сотрудники приемного отделения знают алгоритм идентификации личности пациента, находящегося в бессознательном состоянии с документами и/или сопровождающими	<input type="checkbox"/>
	2.2.2.1 Алгоритм идентификации личности пациента, находящегося в бессознательном состоянии без документов и сопровождающих, есть в наличии в приемном отделении	<input type="checkbox"/>
	2.2.2.2 Сотрудники приемного отделения знают алгоритм идентификации личности пациента, находящегося в бессознательном состоянии без документов и сопровождающих	<input type="checkbox"/>
	2.3.1 Существуют планы обучения персонала вопросам идентификации личности пациента	<input checked="" type="checkbox"/>
	2.3.1.1 Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента при обращении в МО, проверить не менее 5-и случаев поступления пациентов и оценить полноту, точно	<input checked="" type="checkbox"/>
	2.3.1.2 Оценить методом наблюдения не менее 5-и случаев обращения в МО на предмет соблюдения алгоритма идентификации личности	<input checked="" type="checkbox"/>
	2.3.1.3 Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента при оказании медицинской помощи методом наблюдения не менее 10 случаев в различных подразделениях	<input checked="" type="checkbox"/>
	2.3.1.4 Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента в процессе лабораторной и инструментальной диагностики, проверить по 5 случаев направления и полу	<input checked="" type="checkbox"/>

огромного количества данных, сбора большого объема информации по результатам внутреннего контроля, формирования сводных и аналитических отчетов, оценки в динамике показателей по процессам как в разрезе каждого структурного подразделения, так и по учреждению в целом. Решением указанных проблем могло стать внедрение полнофункционального, эффективного и современного ИТ-инструмента для автоматизации процессов внутреннего контроля качества и безопасности. Был выбран отраслевой программный комплекс «КАСКАД-Медицина», который уже функционировал в нескольких медицинских организациях способствовал решению подобных задач. Система «КАСКАД-Медицина» позволяет перевести в цифровое представление не только структуру учреждения, но и процессы по направлениям внутреннего контроля согласно Предложениям (Практическим рекомендациям) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре), разработанным ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора (далее – Практические рекомендации)⁵.

Учитывая масштабность и многопрофильность медицинской организации, мы приступили к поэтапному внедрению системы «КАСКАД-Медицина» для построения отдельных процессов системы внутреннего контроля. Для этого были поставлены следующие задачи:

- 1) сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности, и их анализ;
- 2) разработка планов корректирующих мероприятий по устранению и предупреждению несоответствий с контролем за их исполнением на всех уровнях медицинской организации;
- 3) снижение бумажного документооборота, а также временных затрат на проведение аудитов;
- 4) вовлечение коллектива в процессы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Перед проведением внутреннего аудита с помощью системы «КАСКАД-Медицина» была проанализирована применимость каждого вопроса чек-листов к конкретному структурному подразделению медицинской организации по всем 11-ти направлениям Практических рекомендаций. Данный этап освоения программы был необходим, поскольку не все направления внутреннего контроля универсальны и могут быть применимы в структурных подразделениях. Так, в офтальмологическом центре лазерной хирургии глаза процессы по направлению «Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови» не реализуются. Для примера на *рисунке 1* представлен «откорректированный» чек-лист по направлению «Идентификация личности пациентов» для кардиологического отделения, в котором отсутствуют такие вопросы,

⁵ URL: <https://bazanpa.ru/roszdravnadzor-rekomendatsii-ot01012015-h3957484/>

Рисунок 2. Разработанный чек-лист, внесенный в систему «КАСКАД-Медицина»

8. ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ.
ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ,
СВЯЗАННЫХ С ОПЕРАТИВНЫМИ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

8.6 Обеспечение безопасности в послеоперационном периоде, в послеоперационном отделении	8.6.1 Наличие и исполнение алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде
	8.6.2 Обеспечение адекватного обезбоживания в послеоперационном периоде

Чек-лист «Правила оценки уровня боли»

№ п/п	Вопрос аудитора/наблюдение
1.6	Наличие листа оценки боли в медицинской карте стационарного больного
2.3	В листе оценки боли отмечено: - запись более 2-х раз в сутки; - дата и время; - уровень боли; - характер боли; - локализация боли; - оказанная помощь; - побочные эффекты (при необходимости); - подпись мед. сестры / врача.
2.4	В листе назначений делается запись о купировании боли
2.6	Повторная оценка уровня боли отмечена в листе оценки уровня боли: - через 30 мин (при парентеральном введении лекарств, средства); - через 60 мин (при таблетированном приеме лекарств, средства);
2.8	Наличие визуальной аналоговой шкалы у мед. сестры / врача
2.8	Проводится оценка интенсивности боли с помощью визуальной аналоговой шкалы у пациентов (опрос пациентов)

как «наличие алгоритма идентификации личности пациента, находящегося в бессознательном состоянии с документами и сопровождающими, в приемном отделении» и др.

После оптимизации вопросов в чек-листах в разрезе структурных подразделений и направлений внутреннего контроля, был проведен вводный внутренний аудит с помощью системы «КАСКАД-Медицина». На основании анализа полученных данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности, была выявлена необходимость детализации ряда процессов. Решением проблемы стала разработка собственных чек-листов, количество которых на сегодняшний день составляет 25. На рисунке 2 представлена детализация пункта 8.6.2 Практических рекомендаций в ГБУЗ «ККБ № 2».

После адаптации структуры чек-листов по направлениям внутреннего контроля с учетом профильности ГБУЗ «ККБ № 2» был

проведен повторный аудит в разрезе структурных подразделений и процессов. Выполнено более 200 аудитов, в которых был задействован 31 медицинский работник, преимущественно – медицинские сестры, прошедшие специальную подготовку.

На рисунке 3 представлен электронный журнал работ с указанием процесса, статуса, сроков исполнения, ответственного за проверку и отделения, в котором работа планируется. Журнал является отправной точкой при планировании аудитов, составлении корректирующих и предупреждающих мероприятий, контроля за их исполнением не только для уполномоченного лица по качеству, но и для руководителя медицинской организации. Также следует отметить значительное снижение бумажного документооборота в отделе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности благодаря данной форме журнала работ.

Рисунок 3. Журнал работ в системе «КАСКАД-Медицина»

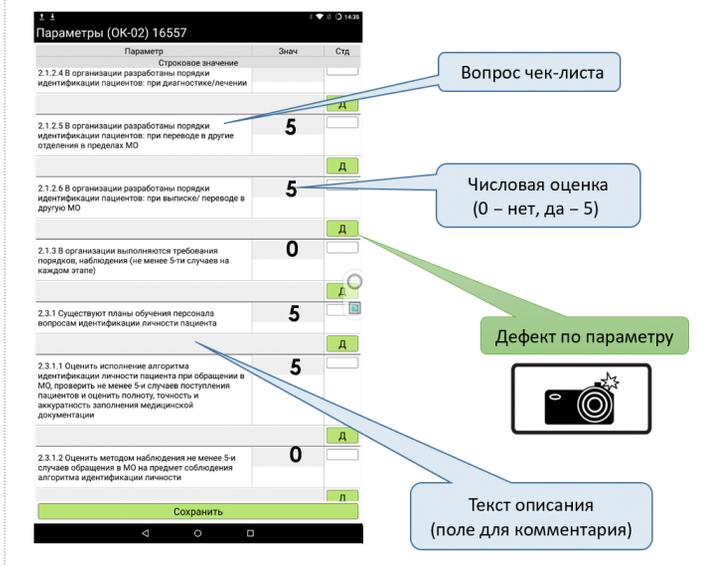
Наименование ЕО	Статус	Ответственный, ФИО	Отделение
Организация экстренной и неотложной помощи	5.Выполнена	Башкирцева Татьяна Викторовна	ККБ2-ДГО-Офтальмологическое детское отделение
Организация экстренной и неотложной помощи	5.Выполнена	Федченко Светлана Анатольевна	ККБ2-ОГ-Отделение гематологии
Лекарственная безопасность. Фармаконадзор	6.Принята	Шалопалова Елена Николаевна	ККБ2-ЭНД-Эндоскопическое отделение
Идентификация личности пациента	5.Выполнена	Потылицын Александр Валерьевич	ККБ2-Больница ККБ2 в целом
Организация экстренной и неотложной помощи	4.Утверждена	Башкирцева Татьяна Викторовна	ККБ2-ФТО -Физиотерапевтическое отделение
Организация экстренной и неотложной помощи	5.Выполнена	Федченко Светлана Анатольевна	ККБ2-ЛАБ-Лабораторное отделение
Организация экстренной и неотложной помощи	5.Выполнена	Башкирцева Татьяна Викторовна	ККБ2-ЭНД-Эндоскопическое отделение
Преемственность медицинской помощи	3.Запланирована	Томилко Светлана Николаевна	ККБ2-ОЭ1-Отделение эндокринологии № 1

«Инструмент аудитора» – приложение для мобильного устройства (смартфона или планшета: «мобильный клиент» или электронный чек-лист) – представлен на рисунке 4. Доступ для проверяющего предоставляется только к конкретному назначенному аудиту, но функционал приложения можно настраивать, то есть не только использовать для аудита, но и просматривать его результаты, формировать отчеты.

Упрощена работа аудитора в «мобильном клиенте»: достаточно заполнить чек-лист на мобильном устройстве, проставляя однозначный ответ на каждый вопрос по шкале от 5 («да») до 0 («нет»), далее автоматизированный процесс формирует отчет. Указанный процесс позволяет значительно сэкономить время как самой проверки, так и анализа собранных данных.

Также следует отметить объективизацию контроля. В системе существует возможность фотофиксации несоответствия по текущей выполняемой проверке, а также возможность произвольной регистрации несоответствий. Например, в ходе аудита по направлению «Лекарственная безопасность. Фармаконадзор» обнаружено несоответствие – отсутствие знака «Осторожно, мокрый пол!» при проведении влажной уборки в структурном подразделении (рис. 6). С помощью «мобильного клиента» можно провести фотофиксацию несоответствия, выбрав нужное направление, в данном случае – «Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода

Рисунок 4. Приложение для мобильного устройства «Мобильный клиент» программного комплекса «КАСКАД-Медицина» для проведения аудитов



за пациентами, профилактика пролежней и падений», в карточке дефекта. Впоследствии на каждый такой «внеплановый» дефект оформляется план корректирующих мероприятий.

Статистические данные, применимые для медицинской организации, детализируются с учетом «проблемных» процессов и их объективизации. Систематизация статистических данных позволяет наглядно (с помощью разноцветных кружков – зеленых, желтых, красных и их оттенков) представить интегральную оценку качества и безопасности медицинской деятельности по результатам аудитов как в разрезе структурных подразделений, так и направлений внутреннего контроля (рис. 7).

Рисунок 5. Средняя продолжительность аудитов с использованием чек-листов на бумажном носителе и в системе «КАСКАД-Медицина» (минуты)

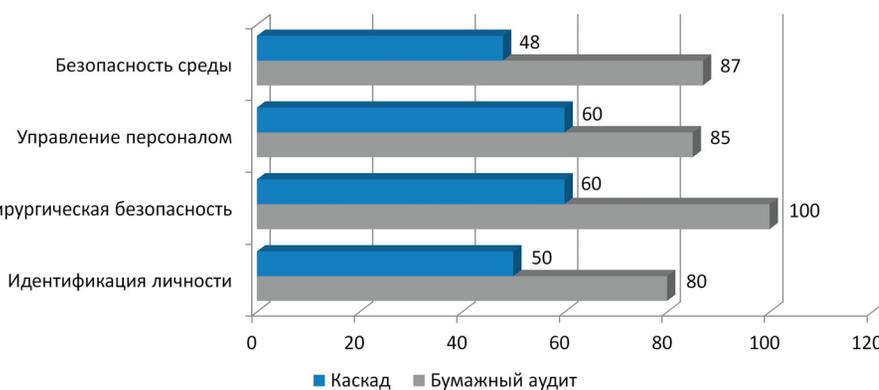
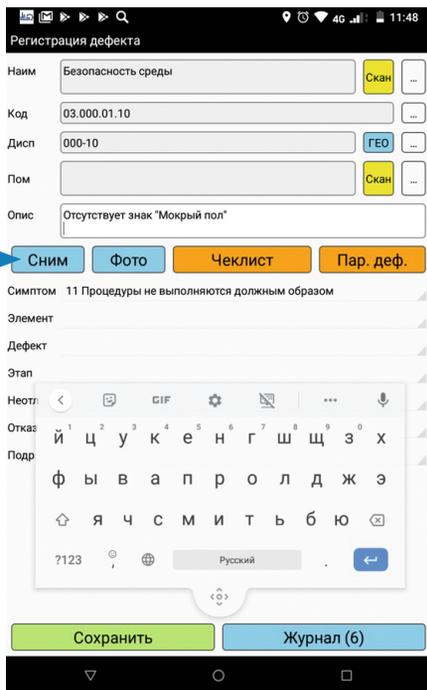


Рисунок 6. Фотофиксация выявленных в ходе аудита несоответствий



10.12	Оптимальный выбор напольного покрытия, стен	Выбор пологового покрытия, особенно для мест с повышенной влажностью Выбор контрастных цветов для пола и стен	10.12.1	Оценить безопасность пологового покрытия, включая места с повышенной влажностью
		Соблюдение правил безопасности при проведении влажной уборки (отсутствие луж, предупреждающие знаки «мокрый пол»)	10.12.2	Оценить качество влажной уборки с точки зрения отсутствия луж, наличия знаков «скользкий пол»

Выводы и заключение

Программный комплекс «КАСКАД-Медицина», внедренный в ГБУЗ «ККБ № 2», позволил:

1. Организовать учет данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности, одновременно с возможностью формирования

Рисунок 7. Наглядная интегральная оценка качества и безопасности медицинской деятельности по результатам аудитов ГБУЗ «ККБ № 2» в программе «Каскад»



аналитических отчетов и оценки показателей процессов в динамике;

2. Составлять планы корректирующих мероприятий по устранению и предупреждению несоответствий, позволяющие осуществлять контроль их исполнения ответственными лицами;
3. Значительно сократить объемы бумажного документооборота и время на проведение аудита.

Помимо преимуществ работы в системе «КАСКАД-Медицина», были выявлены и проблемы организационного и технического характера:

1. Разработчик программного обеспечения «Каскад» рекомендует использовать веса (значимость) каждого направления внутреннего контроля по структурным подразделениям, а также расставлять ранги по вопросам в чек-листах для интегрального расчета. Методология внедрения внутреннего контроля на основе Практических рекомендаций заключается не в улучшении отдельных элементов процессов, а в улучшении работы медицинской организации как в целом, так и по отдельным разделам деятельности, включая мультидисциплинарное взаимодействие. Например, нет необходимости оценивать исполнение правил мытья и обработки рук персоналом по отдельным компонентам требования в баллах или процентах: по наличию СОПа, знаниям сотрудников, правильному исполнению (целевой показатель 100%), наличию необходимого оборудования и расходных материалов, так как обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности возможно при исполнении требования в целом. Таким образом, для медицинской организации целевой показатель исполнения требований может быть только один – 100%, так как никто не согласится попасть в группу 10% при исполнении на 90% или в 1% при исполнении на 99%. Поэтому для работы по внутреннему контролю и управлению качеством и безопасностью более важна не оцифрованная оценка отдельного компонента требования, а качественная оценка с подробным описанием несоответствия (где? кто?)

с анализом причин (почему?) и разработкой предложений по улучшению.

2. Программа имеет облачную инфраструктуру, у нее отсутствует защищенное соединение с использованием регламентированных законодательством технологий для передачи информации. Ввиду этого возникает вопрос – надежно ли обеспечена защита данных с результатами аудитов, отчетов и планов корректирующих мероприятий.
3. Программный продукт «Каскад» изначально разрабатывался для промышленных предприятий, в связи с этим в ходе работы с программой возникают трудности, связанные с непрофильной терминологией (цеха, заводы, параметры единиц оборудования, техкарта и др.), влияющие на скорость работы.
4. «Мобильный клиент» работает только с операционными системами на платформе Android, что накладывает ряд ограничений. Проблема актуальна не только для внутренних аудиторов, но и для сотрудников сервисной службы или медицинских инженеров при работе с системой заявок и обслуживанием медицинского оборудования.

Несмотря на трудности при внедрении, настройке и адаптации к работе программного комплекса «КАСКАД-Медицина», был получен ряд положительных результатов. Автоматизация процессов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности позволила решить важные задачи повышения эффективности управления ресурсами медицинской организации. Процесс оперативного получения информации дает возможность проводить поиск причин несоответствий или нежелательных событий, составлять планы корректирующих мероприятий по их устранению и предупреждению, а также принимать управленческие решения. Вместе с тем, по мнению авторов, на сегодняшний день отраслевой программный продукт «КАСКАД-Медицина» требует доработки и оптимизации с учетом специфики конкретной медицинской организации.



А.В. КОЧУБЕЙ¹, д-р. мед. наук, профессор, проректор по научной работе
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7438-7477>

Е.В. ОКУНЬКОВА¹, канд. мед. наук, доцент кафедры экономики
и маркетинга в здравоохранении

В.В. КОЧУБЕЙ², д-р. мед. наук, доцент, профессор кафедры
факультетской хирургии №1
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6735-9734>

Сравнительная оценка доступности высокотехнологичной помощи по данным опроса врачей и пациентов

¹ Академия постдипломного образования ФГБУ Федеральный научно-клинический центр ФМБА России, 125371, Российская Федерация, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 91.
Academy of Postgraduate Education of the Federal State Budgetary Institution Federal Research and Clinical Center Federal Medical Biological Agency of the Russian Federation, 91, Volokolamskoye shosse, Moscow, 125371, Russian Federation.

² Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, 127473, Российская Федерация, г. Москва, ул. Десятская, д. 20, стр. 1.
A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, 20, bld. 1, Delegatskaya st., Moscow, 127473, Russian Federation.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи, Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, исследование мнения врачей, исследование мнения пациентов, оценка доступности высокотехнологичной помощи

Для цитирования: Кочубей А.В., Окунькова Е.В., Кочубей В.В. Сравнительная оценка доступности высокотехнологичной помощи по данным опроса врачей и пациентов // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 46–55.

For citation: Kochubei A.V., Okunkova E.V., Kochubei V.V. Comparative assessment of the availability of high-tech care according to a survey of doctors and patients // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 46–55.

Kochubei A.V., Okunkova E.V., Kochubei V.V.

Comparative assessment of the availability of high-tech care according to a survey of doctors and patients

The ability to receive high-tech medical care free of charge and a unified procedure for referring citizens to provide it are the main requirements of the Program of State Guarantees for Free Medical Care. However, a number of Russian sources describing the current state of the provision of high-tech medical care indicate a discrepancy in assessments of the availability of medical care by doctors and patients. This discrepancy was the reason for the author's research, the results of which are presented in the article. As part of the work, a survey of four groups of respondents was carried out: heads of medical departments and organizations (116 people), doctors (298 people), patients who received free high-tech care (266 people), patients who did not receive free high-tech care (308 people). The obtained results indicate the need to strengthen government measures to ensure the availability of free medical care.

Keywords: availability of medical care, Program of State Guarantees for Free Medical Care, doctors opinions research, patients opinion research, assessment of the availability of high-tech medical care

Возможность бесплатного получения высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) и единый порядок направления граждан для ее оказания – главные требования Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Однако ряд российских источников, описывающих современное состояние оказания ВМП, указывает на расхождение оценок доступности медицинской помощи врачами и пациентами. Данное расхождение послужило причиной авторского исследования, результаты которого представлены в статье. В рамках работы выполнен опрос четырех групп респондентов: руководители медицинских подразделений и организаций (116 человек), врачи (298 человек), пациенты, получавшие бесплатную высокотехнологичную помощь (266 человек), пациенты, не получавшие бесплатную высокотехнологичную помощь (308 человек). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усиления государственных мер обеспечения доступности бесплатной медицинской помощи.

Введение

Доступность медицинской помощи активно изучается отечественными

авторами. Только за последние два года в системе РИНЦ опубликовано более 100 работ, посвященных доступности

медицинской помощи. Круг вопросов, которые затрагивают российские исследователи чрезвычайно широк: обзор состояния доступности, социального неравенства при получении помощи, влияния организационных технологий при оказании разных видов, профилей помощи, при различных состояниях и заболеваниях, на разных уровнях здравоохранения, изучение общественного и профессионального мнения. Среди работ, направленных на оценку доступности медицинской помощи, преобладают данные социологических опросов населения [1–4]. Работы, изучающие мнение профессионального сообщества о доступности медицинской помощи, часто сводятся к констатации врачами фактов низкой осведомленности пациентов о медицинских аспектах диагностики и лечения или недостатков организации медицинской помощи [5]. Единичные исследования определяют взаимосвязь показателей доступности помощи и отношения врачей к повышению профессиональных навыков, удовлетворенности условиями труда [6]. Интересны работы, показывающие одновременную оценку доступности медицинской помощи врачами и пациентами. Причем в одном исследовании пациенты оценивают доступность ниже [7], чем врачи, а в другом – противоположные результаты [8]. Сравнение оценки доступности медицинской помощи, которую дали организаторы здравоохранения, врачи и население демонстрирует более оптимистичный взгляд управленцев по сравнению с врачами и населением [3]. Лучшую оценку доступности дают эксперты здравоохранения, чем пациенты в отношении высокотехнологичной помощи [9]. Более того, имеются данные, что потребность в высокотехнологичной помощи при отдельных заболеваниях удовлетворяется полностью на уровне отдельной медицинской организации [10]. Однако другие исследования демонстрируют увеличение потребности в высокотехнологичной медицинской помощи при следовании новым клиническим рекомендациям [11]. Возможность бесплатного получения

высокотехнологичной медицинской помощи, единый порядок направления и расширение сети федеральных центров [12], инновационные подходы планирования [13] предполагают обеспечение ее доступности для россиян. Но обзор публикаций обнаруживает дезинтеграцию вертикали организации высокотехнологичной помощи по некоторым профилям [14] и даже перерождение доступности из характеристики качества в предиктор хронических заболеваний [15]. Значимость указанных проблем доступности наиболее дорогостоящей помощи возрастает на фоне сведений о том, что 44% населения отказываются от лечения в силу своей финансовой несостоятельности [16].

В этой связи изучение доступности высокотехнологичной помощи должно приобрести перманентный характер, а изучение мнений населения и врачей позволит повысить объективность результатов оценки [17] на фоне существующего недоверия россиян к медицинским учреждениям [18,19].

Цель исследования

Целью настоящего исследования стало изучение мнения врачей и пациентов о доступности высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Материалы и методы

Настоящее исследование было реализовано в течение 21 месяца. В рамках исследования проводился опрос врачей и пациентов по оценке доступности высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой по Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Анкета для врачей была размещена на независимом бесплатном портале Яндекс формы. Опрос проводился в заочной форме среди обучающихся на циклах дополнительного профессионального образования в Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. Анкета содержала три вопроса в паспортной части

(число лет медицинского стажа, первая медицинская специальность, стаж работы в должности руководителя подразделения или медицинской организации), а также 14 утверждений в отношении доступности высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) с пятибалльной шкалой Лайкерта, где 1 означало полностью не согласен, 2 – не согласен, 3 – и согласен, и не согласен, 4 – согласен, 5 – полностью согласен.

Все утверждения в отношении доступности ВМП носили положительный характер, соответственно более высокий балл по отдельным утверждениям, как и более высокий средний балл, демонстрировали лучшую оценку доступности ВМП респондентами.

Общее число врачей, участвовавших в опросе, составило 414 человек, из них 116 на момент опроса занимали должность руководителя подразделения медицинской организации или руководителя, заместителя руководителя медицинской организации. Средний медицинский стаж в группе врачей составил $20,7 \pm 11,9$ лет, средний медицинский стаж в группе руководителей медицинских подразделений и организаций – $36,8 \pm 6,9$ лет, стаж работы в должности руководителя подразделения/организации – $21,6 \pm 7,8$ лет.

Для опроса пациентов респонденты были предварительно разделены на две группы. В первую вошли пациенты, которые получали ВМП (по сведениям медицинских амбулаторных карт). Во вторую группу вошли лица, в медицинских картах амбулаторного больного которых не было сведений о получении ВМП. Опрос респондентов обеих групп проводился очно по телефону. После опроса численность групп была скорректирована, так как некоторые респонденты второй группы указали на факт получения бесплатной ВМП. В опросе пациентов участвовало 574 пациента-респондента (266 пациентов в первой группе, 308 – во второй). Отбор медицинских карт амбулаторного больного проводился методом случайного выбора. В общей сложности было просмотрено 1674 карт амбулаторного больного.

Анкета для опроса пациентов содержала пять вопросов в паспортной части (возраст, пол, образование, получали ли ВМП, какую (профиль) ВМП получали), четыре утверждения для оценки материального положения семьи с вариантами: «денег не хватает даже на продукты питания и одежду»; «денег хватает только на продукты питания и одежду»; «всегда можем купить продукты, одежду, бытовую технику и мебель, но на машину или квартиру придется долго копить»; «денег достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать», и 14 утверждений в отношении доступности ВМП с пятибалльной шкалой Лайкерта, использованные в анкете врачей.

Средний возраст пациентов в первой группе – $51,1 \pm 12,8$ лет, во второй группе – $54,3 \pm 11,9$ лет ($t = 3,2$ $p = 0,002$). В первой группе доля мужчин 75,9%, во второй группе – 44,2%. В первой группе лиц с высшим образованием 47,7%, средним – 38,4%, неоконченным средним – 13,9%. Во второй группе с высшим образованием 33,1%, средним – 32,2%, неоконченным средним – 34,7%. ВМП по профилю ССХ получили 34,2% респондентов, травматология – 21,1%, онкология – 12%, офтальмология – 9,0%, нейрохирургия – 7,1%, урология – 3%, иные – 13,6%. О материальном положении семьи в первой группе 5,3% пациентов ответили, что денег не хватает на продукты питания и одежду (крайне низкий доход), 14,7% – хватает только на продукты питания и одежду (низкий доход), 68,0% – всегда могут купить продукты, одежду, бытовую технику и мебель, но на машину или квартиру придется долго копить (средний доход), 12,0% – денег достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать (высокий доход). Во второй группе 13,6% указали, что денег не хватает на продукты питания и одежду, 43,2% – хватает только на продукты питания и одежду, 27,9% – всегда могут купить продукты, одежду, бытовую технику и мебель, но на машину или квартиру придется долго копить, 15,3% – денег достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать.

Сравнение оценки доступности ВМП проводилось по четырем группам:

руководители подразделений и медицинских организаций, врачи, пациенты, получившие ВМП, пациенты, не получившие ВМП.

Статистический анализ проводился с помощью программного обеспечения SPSS. Данные были проверены на равномерность распределения, был проведен частотный анализ, расчет средних и медианы. Сравнение средних по независимым группам выполнялось по критерию Стьюдента и путем однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), где значимым считались расхождения при $p < 0,05$. Для определения влияния социально-демографических признаков в обозначенных группах на оценку доступности ВМП применялся корреляционный анализ: коэффициенты Спирмена, Пирсона, частная корреляция.

Результаты исследования

Первая и вторая группа (врачи).

Средняя оценка доступности ВМП в группе врачей составила $2,9 \pm 0,61$ при медиане 2,9, в группе руководителей медицинских подразделений и организаций – $3,8 \pm 0,13$ при медиане 3,9 (разница значима $t = 15,3$ $p < 0,001$). По отдельным вопросам средняя оценка в группах врачей и руководителей также различна, кроме вопроса 4 (табл. 1).

В группе врачей и группе руководителей медицинских подразделений и организаций корреляции общего медицинского стажа с оценкой доступности не обнаружено ($-0,007$ $p = 0,9$ и $-0,22$ $p = 0,8$, соответственно), но в группе руководителей есть сильная корреляция управленческого стажа с оценкой доступности ($0,7$ $p < 0,001$).

Обнаружено значимое различие оценки доступности между группами врачей по специальностям ($p < 0,001$). Частная корреляция при исключении стажа оставляет наличие значимой связи среднего балла оценки доступности ВМП и специальности врача ($0,3$ $p < 0,001$). Врачи, которые указали первой медицинской специальностью организацию здравоохранения, оценили доступность ВМП в $3,9 \pm 0,63$ балла, терапию – $3,6 \pm 0,42$, хирургию – $3,4 \pm 0,04$, неврологию – $3,4 \pm 0,92$, высшее медсестринское

образование – $3,1 \pm 0,07$, стоматологию – $2,9 \pm 0,02$, педиатрию – $2,6 \pm 0,49$, урологию – $2,5 \pm 0,13$, анестезиологию – $2,5 \pm 0,03$, дерматовенерологию – $2,2 \pm 0,07$ балла.

Третья группа (пациенты). В группе пациентов, получивших ВМП, средний балл оценки доступности ВМП равен $3,3 \pm 0,63$ при медиане 3,6. Мужчины в данной группе оценивают доступность ВМП выше ($3,5 \pm 0,56$), чем женщины $2,8 \pm 0,54$ ($t = -8,9$ $p < 0,001$).

У лиц с высшим образованием средний балл оценки доступности ВМП $3,3 \pm 0,64$, со средним образованием $3,4 \pm 0,60$, с неоконченным средним образованием ($3,0 \pm 0,63$), корреляции между оценкой доступности и уровнем образования не обнаружено ($0,07$ $p = 0,23$).

Средний балл оценки доступности среди лиц с крайне низким доходом $1,9 \pm 0,36$, с низким доходом – $2,4 \pm 0,19$, средним доходом – $3,5 \pm 0,39$, высоким доходом – $3,3 \pm 0,63$ ($p < 0,001$).

Обнаружен разный средний балл доступности ВМП среди лиц, получивших ВМП по разным профилям (ССХ – $3,2 \pm 0,61$, травматология – $2,9 \pm 0,54$, онкология – $3,0 \pm 0,74$, офтальмология – $3,8 \pm 0,04$, нейрохирургия – $3,9 \pm 0,02$, урология – $3,8 \pm 0,06$, прочие – $3,9 \pm 0,08$ $p < 0,001$).

Обнаружена корреляция среднего балла оценки доступности с возрастом ($0,4$ $p < 0,001$), доходом ($0,8$ $p < 0,001$), полом ($0,5$ $p < 0,001$), профилем оказания ВМП ($0,5$ $p < 0,001$).

Самая сильная корреляция среднего балла оценки доступности пациентами, получившими ВМП, – с доходом. Также обнаружена корреляция дохода с возрастом, полом и профилем оказания ВМП, профиля с возрастом и полом, возраста с полом. Частная корреляция при исключении возраста, пола и профиля оставляет наличие сильной связи среднего балла с доходом ($0,8$ $p < 0,001$), при исключении дохода, пола и профиля уменьшает силу связи среднего балла с возрастом ($0,2$ $p = 0,001$), при исключении дохода, возраста, профиля уменьшает силу связи среднего балла с полом ($0,3$ $p < 0,001$), при исключении дохода, пола и возраста связи профиля и среднего

Таблица 1. Данные опроса по двум группам медицинских работников					
№	Вопросы	М		t	p
		Врачи	Руководители		
1	Бесплатная ВМП по любому профилю доступна всем гражданам РФ, независимо от их места проживания	2,8 ± 0,89	4,0 ± 0,89	14,5	0,001
2	Порядок направления на бесплатную ВМП открыт и единый для всех граждан РФ	2,9 ± 0,88	3,4 ± 1,01	4,3	0,001
3	Направление на бесплатную ВМП не требует скрытых неофициальных платежей со стороны пациента	2,9 ± 0,74	3,7 ± 0,80	8,4	0,001
4	Направление на бесплатную ВМП осуществляется с учетом возможностей пациента нести дополнительные транспортные расходы	2,9 ± 0,97	2,8 ± 0,77	0,8	0,4
5	На порядок направления граждан РФ на бесплатную ВМП не влияет отрицательно пожилой или старческий возраст пациента	3,1 ± 1,04	4,2 ± 0,41	11,3	0,001
6	Время ожидания бесплатной ВМП не является длительным и не приводит к ухудшению здоровья	2,7 ± 0,76	3,6 ± 0,77	11,0	0,001
7	На время ожидания бесплатной ВМП гражданами РФ не влияет занимаемая должность и финансовое благополучие пациента и его родственников	3,2 ± 1,07	4,3 ± 0,48	11,4	0,001
8	На время ожидания бесплатной ВМП гражданами РФ не влияет отрицательно пожилой или старческий возраст пациента	3,1 ± 1,04	4,2 ± 0,41	11,4	0,001
9	Оказание бесплатной ВМП гражданам РФ не требует от пациента дополнительных прямых расходов, связанных с медицинской помощью (оплата медицинских изделий, диагностических или лечебных вмешательств)	2,5 ± 0,73	2,9 ± 0,66	5,0	0,001
10	Оказание бесплатной ВМП гражданам РФ не требует от пациента не прямых расходов (взятки или иные неофициальные платежи)	3,0 ± 0,79	4,2 ± 0,38	15,3	0,001
11	На выбор медицинской организации, оказывающей бесплатную ВМП гражданам РФ, занимаемая должность и финансовое благополучие пациента и/или его родственников не влияют	3,0 ± 0,82	4,1 ± 0,49	14,5	0,001
12	Профессионализм врачей, оказывающих ВМП гражданину РФ, не зависит от занимаемой должности и финансового благополучия пациента и его родственников	3,3 ± 0,95	4,2 ± 0,75	8,9	0,001
13	Условия пребывания (комфортабельность, чистота) при оказании бесплатной ВМП гражданам РФ не зависят от занимаемой должности и финансового благополучия пациента и его родственников	2,6 ± 0,83	3,4 ± 1,00	8,3	0,001
14	Доброжелательность и забота персонала при оказании бесплатной ВМП гражданам РФ не зависят от занимаемой должности и финансового благополучия пациента и его родственников	3,0 ± 0,88	4,1 ± 0,79	11,6	0,001

балла оценки доступности не обнаруживается (0,1 p = 0,11).

В группе мужчин и женщин, получивших ВМП, распределение уровня доходов следующее: среди женщин 7,8% имеют крайне низкий доход, 32,8% – низкий доход, 59,4% – средний доход, среди мужчин 4,5% имеют крайне низкий доход, 8,9% – низкий доход, 70,8% – средний, 15,8% – высокий доход.

Среди лиц, получивших ВМП по профилю ССХ, крайне низкий доход имеют

5,5%, низкий – 14,3%, средний – 80,2%, по профилю травматология крайне низкий доход у 7,1%, низкий – у 37,5%, средний – у 55,4%, по профилю онкология крайне низкий доход у 15,6% опрошенных, низкий – у 15,6%, средний – у 68,8%, по профилю офтальмология и урология все респонденты указали средний доход, по профилю нейрохирургия средний доход у 15,8%, высокий – у 84,2%. Среди лиц, получивших ВМП по иным профилям,

55,6% респондентов указали средний доход, 44,4% – высокий.

Четвертая группа пациентов. В группе пациентов, не получавших ВМП, средний балл оценки доступности ВМП равен $2,9 \pm 0,60$ при медиане 2,9, что значимо меньше ($t = -7,7$ $p < 0,001$), чем в группе пациентов, получивших ВМП ($3,3 \pm 0,63$) балла. По отдельным утверждениям, оценка доступности ВМП также ниже у респондентов, не получавших ВМП, кроме четвертого

вопроса. Средние баллы и значимость разницы по 14-ти утверждениям по двум группам пациентов представлена в *таблице 2*.

В группе лиц, не получавших ВМП, мужчины оценивают доступность ВМП в $3,0 \pm 0,63$ балла, женщины – $2,9 \pm 0,57$ ($t = -8,9$ $p < 0,001$). Лица с неоконченным средним образованием оценивают доступность ВМП в $3,0 \pm 0,64$ балла, средним – $2,9 \pm 0,59$, высшим – $2,9 \pm 0,57$. Респонденты с крайне низким доходом оценивают

Таблица 2. Данные опроса по двум группам пациентов

№	Вопросы	М		t	p
		Получили ВМП	Не получили ВМП		
1	Бесплатная ВМП по любому профилю доступна всем гражданам РФ, независимо от их места проживания	$3,3 \pm 0,89$	$2,8 \pm 0,89$	7,5	0,001
2	Порядок направления на бесплатную ВМП, открытый и единый для всех граждан РФ	$3,2 \pm 0,97$	$2,9 \pm 0,88$	2,7	0,006
3	Направление на бесплатную ВМП не требует скрытых неофициальных платежей со стороны пациента	$3,3 \pm 0,84$	$2,9 \pm 0,74$	4,7	0,001
4	Направление на бесплатную ВМП осуществляется с учетом возможностей пациента нести дополнительные транспортные расходы	$2,9 \pm 0,89$	$2,9 \pm 0,97$	0,4	0,66
5	На порядок направления граждан РФ на бесплатную ВМП не влияет отрицательно пожилой или старческий возраст пациента	$3,6 \pm 0,99$	$3,1 \pm 1,03$	6,1	0,001
6	Время ожидания бесплатной ВМП не является длительным и не приводит к ухудшению здоровья	$3,1 \pm 0,89$	$2,7 \pm 0,76$	6,3	0,001
7	На время ожидания бесплатной ВМП гражданам РФ не влияет занимаемая должность и финансовое благополучие пациента и его родственников	$3,7 \pm 1,04$	$3,2 \pm 1,1$	6,3	0,001
8	На время ожидания бесплатной ВМП гражданам РФ не влияет отрицательно пожилой или старческий возраст пациента	$3,6 \pm 0,98$	$3,1 \pm 1,03$	6,1	0,001
9	Оказание бесплатной ВМП гражданам РФ не требует от пациента дополнительных прямых расходов, связанных с медицинской помощью (оплата медицинских изделий, диагностических или лечебных вмешательств)	$2,7 \pm 0,72$	$2,5 \pm 0,73$	2,8	0,006
10	Оказание бесплатной ВМП гражданам РФ не требует от пациента не прямых расходов (взятки или иные не официальные платежи)	$3,5 \pm 0,88$	$3,0 \pm 0,79$	7,8	0,001
11	На выбор медицинской организации, оказывающей бесплатную ВМП гражданам РФ, занимаемая должность и финансовое благополучие пациента и/или его родственников не влияют	$3,5 \pm 0,91$	$2,9 \pm 0,82$	7,5	0,001
12	Профессионализм врачей, оказывающих ВМП гражданину РФ, не зависит от занимаемой должности и финансового благополучия пациента и его родственников	$3,7 \pm 0,96$	$3,3 \pm 0,95$	4,9	0,001
13	Условия пребывания (комфортабельность, чистота) при оказании бесплатной ВМП гражданам РФ не зависят от занимаемой должности и финансового благополучия пациента и его родственников	$2,7 \pm 1,0$	$2,6 \pm 0,83$	4,8	0,001
14	Доброжелательность и забота персонала при оказании бесплатной ВМП гражданам РФ не зависят от занимаемой должности и финансового благополучия пациента и его родственников	$3,5 \pm 1,01$	$3,0 \pm 0,88$	6,4	0,001

доступность ВМП на $1,9 \pm 0,06$ баллов, низким – $2,7 \pm 0,22$, средним – $3,3 \pm 0,28$, высоким – $3,9 \pm 0,03$ балла.

В группе лиц, не получавших ВМП, обнаружена корреляция средней оценки доступности ВМП с полом ($0,1$ $p = 0,03$) и доходом ($0,9$ $p < 0,001$). Не обнаружено корреляции средней оценки доступности ВМП с возрастом ($0,03$ $p = 0,63$), образованием ($0,1$ $p = 0,08$). Между полом и доходом в четвертой группе пациентов корреляции не обнаружено ($0,05$ $p = 0,37$).

Обсуждение

Оценка доступности ВМП, предоставляемой в рамках оказания бесплатной медицинской помощи, наиболее высокая в группе руководителей медицинских подразделений и организаций ($3,8 \pm 0,13$).

Наибольшее расхождение между врачами и руководителями вызвали утверждения об отсутствии:

- не прямых расходов пациента (взятки или иные неофициальные платежи) при оказании бесплатной ВМП;
- влияния на доступность ВМП места проживания;
- влияния должностного статуса и финансового благополучия на время ожидания, выбор медицинской организации, доброжелательность персонала, профессионализм врачей, условия пребывания;
- влияния пожилого и старческого возраста на направление и время ожидания;
- ухудшения здоровья при ожидании ВМП;
- скрытых платежей при направлении.

Разногласия отсутствовали только в вопросе принятия во внимание возможности пациента нести транспортные расходы при направлении на ВМП: обе группы оценили ее на менее, чем три балла из пяти максимальных (т.е. финансовые возможности пациента игнорируются).

Наихудшим образом врачи оценили ($2,5 \pm 0,73$) утверждение, что оказание бесплатной ВМП гражданам РФ не требует от пациента дополнительных прямых расходов, связанных с медицинской помощью (оплата медицинских изделий, диагностических или лечебных вмешательств). Надо заметить, что у руководителей это

утверждение также имело одну из самых низких оценок ($2,9 \pm 0,66$).

В оценке доступности ВМП медицинскими работниками замечено влияние управленческого стажа. Учитывая, что опрос врачей проводился анонимно и на независимом бесплатном онлайн сервисе, лучшая оценка доступности ВМП может быть связана с лучшим знанием организации ВМП руководителями. Хотя это предположение не подтверждается исследованием осведомленности организаторов здравоохранения и врачей других специальностей в вопросах организации ВМП [20, 21]. Данные исследования выявили, что осведомленность руководителей медицинских организаций ниже, чем врачей ($9,65$ балла и $9,74$, соответственно).

Понять истинную причину лучшей оценки доступности ВМП руководителями медицинских подразделений и организаций возможно через одновременный опрос доступности и оценку знаний в одной группе респондентов, а также введения утверждений, позволяющих выявить социально желательные ответы и низкую валидность ответов.

Интересно обнаружение влияния профиля специальности врача на оценку доступности ВМП ($0,3$ $p < 0,001$). В отсутствие влияния стажа на средний балл опроса причина обнаруженной разницы оценки в рамках настоящего исследования не ясна. Гипотеза о том, что разная оценка обусловлена уровнем знаний врачей об организации ВМП, требует подтверждения. Формат анкеты не содержал вопроса о текущем профиле работы врача, чтобы максимально обеспечить анонимность респондентов. В анкете содержался вопрос только о первой специальности врача. Однако обнаруженная корреляция профиля оказания ВМП с оценкой доступности пациентов говорит о необходимости введения в опросник графы о текущем профиле работы врача. Возможно, что разница в оценках обусловлена отличием профессионального опыта направления и/или оказания ВМП. Данная гипотеза нуждается в подтверждении с помощью введения в анкету вопроса о частоте направления и оказания ВМП

в рамках собственной практики за определенный промежуток времени.

Меньшие баллы в отношении доступности ВМП в рамках бесплатного оказания медицинской помощи от врачей медицинских специальностей, традиционно считающихся более ориентированными на коммерческую деятельность (стоматологи – $2,9 \pm 0,02$, дерматовенерологи – $2,2 \pm 0,07$, урологи – $2,5 \pm 0,13$), вероятно, говорят об их недоверии к гарантиям бесплатной помощи. Связывать оценку доступности ВМП и уровень дохода врачей считаем необоснованным, так как в подобное распределение не укладываются результаты опросов хирургов, неврологов, педиатров и анестезиологов. Однако, признавая факт повышения доступности медицинской помощи при увеличении объемов гарантированной бесплатной помощи и повышении доходов медицинских специалистов, работающих в системе бесплатной медицинской помощи [22], следует регулярно оценивать доверие к гарантиям бесплатной помощи врачей, особенно работающих в государственной системе здравоохранения, а также искать причины падения уровня доверия врачей.

Пациенты, получившие ВМП, оценивают доступность ниже, чем руководители медицинских организаций ($3,3 \pm 0,63$), но выше, чем врачи ($2,9 \pm 0,61$) и пациенты, не получавшие ВМП ($2,9 \pm 0,60$).

Интересно единодушие в оценке доступности ВМП при бесплатном оказании помощи между врачами и пациентами, не получавшими ВМП. Причем пациенты, как и врачи, хуже всего оценили утверждение, что оказание бесплатной ВМП не требует от пациента дополнительных прямых расходов, связанных с медицинской помощью (оплата медицинских изделий, диагностических или лечебных вмешательств). А лучше всего пациенты, не получавшие ВМП, как и врачи, оценили утверждение, что профессионализм врачей не зависит от занимаемой должности и финансового благополучия пациента и его родственников. Кстати, такое позитивное отношение пациентов к врачам созвучно с оценкой пациентами права врача на ошибку [23].

В рамках настоящего исследования обнаружена прямая связь уровня материального благополучия пациентов и оценки доступности ВМП при бесплатном оказании медицинской помощи. В обеих группах пациентов респонденты, считающие свое материальное положение благополучным, оценивали доступность бесплатной ВМП выше, чем лица, указавшие на худшее материальное положение. Обнаруженное различие и низкие оценки утверждений о не влиянии финансового благополучия на доступность бесплатной ВМП (вопросы №№ 3, 7, 9, 10) врачей (от 2,5 до 3,3 баллов) и пациентов с крайне низким и низким доходами (от 1,6 до 3,1) свидетельствуют о низкой доступности бесплатной ВМП для граждан с плохим материальным положением.

Сомнение в доступности бесплатной помощи для малообеспеченных граждан вызывает доля лиц с низким материальным благополучием из числа респондентов, получивших ВМП, особенно в разрезе профилей. В целом в группе респондентов, получивших ВМП, доля лиц с плохим материальным положением ниже (20,0%), чем среди респондентов, не получавших ВМП, (56,8%). Авторами не изучались медицинские документы респондентов, не получавших ВМП, на предмет необходимости данной помощи, – это станет задачей следующих исследований. Однако наличие сведений о том, что по профилям «нейрохирургия», «урология», «офтальмология» и др. среди получивших бесплатную ВМП не было лиц со сложным материальным положением, косвенно доказывает наше предположение о низкой доступности бесплатной ВМП для малообеспеченных граждан. В гипотезу, что среди лиц с низким достатком нет нуждающихся в ВМП, поверить сложно на фоне имеющихся данных об эпидемиологии и патогенезе заболеваний по данным профилям и полученным данным по профилям «ССХ», «травматология» и «онкология». Наибольшая доступность бесплатной ВМП для малообеспеченных граждан наблюдается по профилю «травматология», где доля лиц с сложным материальным положением превышает таковую в исследуемой группе респондентов, но меньше, чем в группе

пациентов, не получавших ВМП (47,6%, 20% и 56,8% соответственно). Доля малообеспеченных граждан среди респондентов, получивших ВМП по профилю «ССХ» (19,8%) и «онкология» (31,2%), отражает долю таких лиц в группе опрашиваемых респондентов (20,0%).

Следует отметить более позитивную оценку доступности бесплатной ВМП мужчинами, нежели женщинами. В первой группе пациентов влияние пола на оценку доступности ВМП снижается, но остается значимым, при исключении влияния таких факторов как возраст и доход, но во второй группе пациентов связи пола с доходом и возрастом не обнаружено. При этом разница в структуре уровня доходов между мужчинами и женщинами значительная: малообеспеченных женщин 53,0% (от числа лиц того же пола), мужчин – 30,5%, среднеобеспеченных женщин 38,1%, мужчин – 52,4%, высокообеспеченных женщин – 8,9%, мужчин – 17,2%. В рамках настоящего исследования понять причину более высокой оценки доступности ВМП мужчинами не представляется возможным, но данный факт требует дальнейшего изучения.

Заключение

Исследование по оценке доступности бесплатной ВМП показало, что руководители медицинских подразделений и организаций оценивают доступность ВМП выше врачей и пациентов; врачи и пациенты, не получавшие ВМП, оценивают доступность бесплатной ВМП одинаково и ниже, чем удовлетворительно, средняя оценка в группах 2,9 балла; малообеспеченные категории пациентов значительно хуже оценивают доступность бесплатной ВМП, а по ряду профилей среди пациентов, получивших ВМП, нет лиц с плохим материальным положением. Полученные результаты вкпе с данными отечественных исследователей об отказе населения от лечения из-за финансовой несостоятельности [16] свидетельствуют о необходимости устранения возможности получения скрытых платежей за направление, уменьшение ожидания, оказание бесплатной ВМП, а также возложения на пациентов дополнительных расходов со стороны государственной системы обеспечения доступности бесплатной медицинской помощи.

ИСТОЧНИКИ

1. Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Алексеева А.В., соавт. Оценка родителями организации медицинской помощи детям в амбулаторных условиях // Российский педиатрический журнал. – 2019. – №22(2). – С. 93–98.
2. Вьяльшина А.А. Качество медицинской помощи сельским детям в оценках родителей // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. – 2019. – №4(78). – С. 142–146.
3. Карпикова И.С. Качество и доступность медицинских услуг: мнение населения и специалистов сферы здравоохранения // Социологические исследования. – 2015. – № 6. – С. 53–57.
4. Атамуратова Ф.С., Седенков А.Н. Равенство и доступность в сфере медицинских услуг // Юридический факт. – 2020. – №116. – С. 91–93.
5. Ломаков С.Ю. Профессиональный взгляд врачей на совершенствование организации лучевых исследований онкологическим пациентам // Исследования и практика в медицине. – 2020. – №7(3). – С. 127–135.
6. Бударин С.С., Никонов Е.Л., Эльбек Ю.В. Взаимосвязь мнения врачей и показателей, характеризующих доступность граждан первичной медико-санитарной помощи в Москве // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – №28(52). – С. 1062–1067.
7. Сачек М.М., Жилин А.Д., Щавелева М.В. и соавт. Доступность и качество медицинской помощи в ответах пациентов и медицинской работников Могилевской области // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2019. – №1. – С. 38–47.
8. Евстигнеев С.В., Васильев В.В. Оценка качества медицинской помощи в стационаре по критерию удовлетворенности пациентов и врачей // Научные ведомости Белгородского университета. Серия Медицина. Фармация. – 2016. – №19(240). – С. 72–79.
9. Мухарьямова Л.М., Савельева Ж.В. Доступность и справедливость здравоохранения для пожилых (в оценках населения и экспертов) // Социологические исследования. – 2019. – № 9. – С. 136–145.
10. Фазилова И.Х., Усанова А.А., Гуранов Н.Н. и соавт. Доступность высокотехнологичной медицинской помощи больным с декомпенсированными формами деформирующего остеоартроза крупных суставов нижних конечностей // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – №2. – С. 108–116.
11. Бова А.А., Руда А.С. Высокотехнологичная медицинская помощь – доступность и нерешенные вопросы // Военная медицина. – 2018. – № 4(49). – С. 148–151.
12. Кочубей А.В., Вергазова Э.К. Порядок направления пациентов и финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи // Здравоохранение. – 2012. – № 8. – С. 68–73.
13. Пирогов М.В., Огнева Е.Ю. Инновационные подходы к планированию высокотехнологичной медицинской помощи // Бухучет в здравоохранении. – 2019. – № 6. – С. 60–69.

14. Перхов В.В. показатели работы стационаров нейрохирургического профиля в 2017 году // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 1. – С. 91–104.
15. Петров Г.С., Кром И.Л., Еругина М.В. Доступность нефрологической помощи как предиктор хронических болезней почек // Социология медицины. – 2019. – № 18(2). – С. 74–77.
16. Вялых Н.А., Лубский А.В., Крупеникова Л.Ш. и соавт. Ментальные программы и модальные модели социального поведения на Юге России. Монография. – М.: Социально-гуманитарные знания, 2017. – 452 с.
17. Березников А.В., Берсенева Е.А., Шкитин С.О. Экспертиза качества медицинской помощи. Учебное пособие. М.: Светлица. – 2019. – 176 с.
18. Лехциер В.Л., Готлиб А.С., Финкельштейн И.Е. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: ситуации, практики, факторы // Социологический журнал. – 2019. – № 2(25). – С. 78–98.
19. Кочубей А.В., Елин Д.В. Порядок рассмотрения случаев скоропостижной смерти // Здравоохранение. – 2013. – № 9. – С. 80–87.
20. Сандаков Я.П., Ластовецкий А.Г., Кочубей В.В., Дорофеев А.А. Информированность организаторов здравоохранения о порядке направления граждан для оказания высокотехнологичной медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 2. – С. 57–61.
21. Сандаков Я.П., Кочубей В.В., Евдошенко О.А. Знание порядков оказания медицинской помощи организаторами здравоохранения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 4. – С. 263–277.
22. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford university press. 2003. – 233 p. ISBN 0-19-515809-1.
23. Конаныхина А.К., Комаров Г.А., Кочубей А.В. Право на ошибку: врачебные ошибки глазами врачей и пациентов // Клиническая практика. – 2018. – № 9(3). – С.70–73.

REFERENCES

1. Yuriev V.K., Moiseeva Karina E., Alekseeva A.V. et al. Estimation by parents of accessibility and quality of medical aid provided to children in out-patient conditions. Rossijskij pediatričeskij zhurnal (Russian Pediatric Journal). 2019; 22(2): 93–98. [In Russian].
2. Vyalyshina A.A. Quality of medical care to rural children in the assessment of their parents. Vestnik Saratovskogo gosudarstvennogo social'no-ekonomicheskogo universiteta (Vestnik of Saratov State Socio-Economic University). 2019; 4(78): 142–146. [In Russian].
3. Karpikova I.S. Quality and availability of medical services: population and health care experts' opinions. Sociologicheskie issledovaniya (Sociological Research). 2015; 6: 53–57. [In Russian].
4. Atamuratova F.S., Sedenkov A.N. Equality and access in health services. Yuridicheskij fakt (Legal fact). 2020; 116: 91–93. [In Russian].
5. Lomakov S.Yu. Professional view of doctors on improving the organization of radiation research for cancer patients. Issledovaniya i praktika v medicine. (Research'n practical medicine journal). 2020; 7(3): 127–135. [In Russian].
6. Budarin S.S., Nikonov E.L., Elbek Iu.V. The relationship between doctors' points of view and indicators that characterize citizens' access to primary health care in Moscow. Problemy sotsial'noi gigieny, zdravoochraneniya i istorii meditsiny. 2020; 28(52): 1062–1067. [In Russian].
7. Sachek M.M., Zhilin A.D., Schaveleva M.V. et al. Availability and quality of health care according to opinion of patients and healthcare professionals from Mogilev REGION. Voprosy organizacii i informatizacii zdravoochraneniya. (Organization and informatization of health care). 2019; 1(98): 38–47. [In Russian].
8. Evstigneev S.V., Vasiliev V.V. Assessment of the quality of medical care in the hospital according to the criterion of satisfaction of patients and doctors. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo universiteta. Seriya Medicina. Farmaciya. (Scientific bulletin of Belgorod University. Medicine series. Pharmacy). 2016; 19(240): 72–79. [In Russian].
9. Moukharyanova L.M., Saveleva Zh.V. Availability and fairness of health protection for elderly people (in popular and experts assessments). Sociologicheskie issledovaniya. (Sociological Research). 2019; 9: 136–145. [In Russian].
10. Fazlova I.K., Usanova A.A., Guranova N.N. et al. Availability of high-tech medical care for patients with decompensated forms of osteoarthritis deformans of major joints of lower limbs. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya (Modern problems of science and education). 2020; 2: 108–116. [In Russian].
11. Bova A.A., Ruda A.S. High-tech medical care – availability and unresolved issues. Voennaya medicina. (Military medicine). 2018; 4(49): 148–151. [In Russian].
12. Kochoubey A.V., Vergazova E.K. The procedure for referring patients and financial support for their high-tech medical care. Zdravoochranenie (Healthcare). 2012; 8: 68–73. [In Russian].
13. Pirogov M.V., Ogneva E.Yu. Innovative approaches to planning high-tech medical care. Buhuchet v zdravoochranenii. (Accounting in healthcare). 2019; 6: 60–69. [In Russian].
14. Perchov V.V. The performance of the hospitals neurosurgical profile to 2017. Sovremennye problemy zdravoochraneniya i medicinskoj statistiki. (Modern problems of health care and medical statistics). 2019; 1: 91–104. [In Russian].
15. Petrov G.S., Krom I.L., Eругina M.V. The accessibility of nephrological care as a predictor of chronic diseases of kidneys. Sociologiya mediciny. (Sociology of Medicine) 2019; 18(2): 74–77. [In Russian].
16. Vyalykh N.A., Lubsy A.V., Krupenikova L.Sh. et al. Mental programs and modal models of social behavior in the South of Russia. Monograph M.: Social and humanitarian knowledge, 2017. – 452 p. [In Russian].
17. Bereznikov A.V., Berseneva E.A., Shkitin S.O. Examination of the quality of medical care. Tutorial. M.: Svetlitsa, – 2019. 176 p. [In Russian].
18. Lekhtsier V.L., Gotlib A.S., Finkelshtein I.E. Medical choice of chronic patients in a large russian city: situations, practices, factors. Sociologicheskij zhurnal (Sociological journal). 2019; 2(25): 78–98. [In Russian].
19. Kochoubey A.V., Elin D.V. Procedure for considering cases of sudden death. Zdravoochranenie (Healthcare). 2013; 9: 80–87. [In Russian].
20. Sandakov Ya.P., Lastovskiy A.G., Kotchoubey V.V., Dorofeev A.A. Awareness of health managers about the order of citizens for rendering high-tech medical aid. Vestnik Roszdravnadzora. (Roszdravnadzor bulletin). 2020; 2: 57–61. [In Russian].
21. Sandakov Ya.P., Kochoubey V.V., Evdoshenko O.A. Knowledge of health care procedures by health managers. Sovremennye problemy zdravoochraneniya i medicinskoj statistiki. (Modern problems of health care and medical statistics). 2019; 4: 263–277. [In Russian].
22. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford university press. 2003. – 233 p. ISBN 0-19-515809-1.
23. Konanykhina A.K., Komarov G.A., Kochoubey A.V. A room for mistake: views of patients and physicians on medical errors. Klinicheskaya praktika (Clinical practice). 2018; 9(3): 70–73. [In Russian].

А.В. САМОЙЛОВА¹, д-р мед. наук, профессор, руководитель
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9142-8808>

Е.Г. ВОВК¹, начальник отдела контроля за реализацией программ лекарственного обеспечения населения Управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения
vovkeg@roszdravnadzor.gov.ru

Р.И. ЯГУДИНА², д-р фарм. наук, профессор, зав. кафедрой организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики, yagudina@inbox.ru
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9080-332X>

В. Г. СЕРПИК², канд. фарм. наук, доцент кафедры организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики, serpik.vyacheslav@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6896-2842>

Сравнительный анализ численности граждан в системе льготного лекарственного обеспечения: количественные характеристики

¹ Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, 109074, Российская Федерация, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1.
Federal Service for Surveillance in Healthcare, 4, bld. 1, Slavyanskaya Square, Moscow, 109074, Russian Federation.

² ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), 119048, Российская Федерация, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.
First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), 8, bld. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russian Federation.

Ключевые слова: федеральный округ, субъект РФ, льготное лекарственное обеспечение, федеральные льготники, ОНЛС, региональные льготники, сравнительный анализ, нозологические формы

Для цитирования: Самойлова А.В., Вовк Е.Г., Ягудина Р.И., Серпик В.Г. Сравнительный анализ численности граждан в системе льготного лекарственного обеспечения: количественные характеристики // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 56–62.

For citation: Samoylova A.V., Vovk E.G., Yagudina R.I., Serpik V.G. Comparative analysis of the number of citizens in the system of preferential drug provision: quantitative characteristics // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 56–62.

Samoylova A.V., Vovk E.G., Yagudina R.I., Serpik V.G.

Comparative analysis of the number of citizens in the system of preferential drug provision: quantitative characteristics

The article presents the results of a comparative analysis of the number of federal and regional beneficiaries by federal districts, identifies the subjects of the Russian Federation with the maximum and minimum number of beneficiaries per 1000 people of the population. The predominance of regional beneficiaries in all federal districts is established. The quantitative characteristics of beneficiaries of the category "children", which ranges from 11.47% to 32.64% of the total number of people, are studied, receiving medicines on preferential terms. The analysis of the number of federal and regional beneficiaries for nosologically forms of diseases is carried out. The subjects of the Russian Federation with the maximum and minimum number of beneficiaries with oncological diseases, diabetes mellitus and bronchial asthma are determined.

Keywords: federal district, subject of the Russian Federation, preferential drug provision, federal beneficiaries, ONLS, regional beneficiaries, comparative analysis, nosologically forms

В статье представлены результаты сравнительного анализа численности федеральных и региональных льготополучателей по федеральным округам, выделены субъекты РФ с максимальной и минимальной численностью льготополучателей на 1 тыс. человек населения. Установлено преобладание региональных льготополучателей во всех федеральных округах. Изучены количественные характеристики льготополучателей категории «дети», которая составляет от 11,47% до 32,64% от общего количества человек, получающих лекарственные препараты на льготных условиях. Проведен анализ численности федеральных и региональных льготополучателей по нозологическим формам заболеваний. Определены субъекты РФ с максимальной и минимальной численностью льготополучателей с онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом и бронхиальной астмой.

Введение

Льготное лекарственное обеспечение (ЛЛО) является одним из критериев выполнения социальных гарантий при обеспечении отдельных групп и категорий населения лекарственными препаратами (ЛП), медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания для детей за счет средств федерального и регионального бюджетов.

Цель работы

Целью работы является проведение сравнительного анализа численности федеральных, оставшихся в программе ОНЛС¹, и региональных льготников, получающих лекарственные препараты.

Материал и методы

Проведен анализ численности льготополучателей в разрезе федеральных округов, субъектов РФ и нозологических форм заболеваний. Объектами исследования служили данные численности населения, данные мониторинга численности федеральных и региональных льготников по субъектам РФ, получающих лекарственные препараты на льготных условиях. Использованы методы группировки, сравнительного, логического, графического анализов.

Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ численности льготополучателей показал, что государственную социальную поддержку в виде ЛЛО в 2020 г. получили 16 225 658 чел. – это федеральные льготники, оставшиеся в программе ОНЛС, и региональные льготники, получающие ЛП в рамках регионального лекарственного обеспечения (РЛО) в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (табл. 1).

Проведенный сравнительный анализ численности граждан, воспользовавшихся правом на ЛЛО, показал, что наибольшее число льготополучателей проживает в Центральном (4 384 078 чел.) и Приволжском (3 582 435 чел.) федеральных округах, наименьшее количество – в Северо-Кавказском (453 830 чел.) и Дальневосточном (922 318 чел.) федеральных округах. Среди субъектов ЦФО наибольшее количество льготополучателей проживает в Москве (1 744 818 чел.) и Московской области (714 967 чел.), Воронежской области (212 742 чел.), Липецкой (195 081 чел.) и Ярославской (191 286 чел.) областях; в ПФО – в Республике Башкортостан (480 962 чел.) и Республике Татарстан (438 880 чел.), Самарской (409 885 чел.) и Оренбургской (345 018 чел.) областях.

На основе источников финансирования лекарственного обеспечения проведен сравнительный анализ численности федеральных и региональных льготополучателей. Установлено, что в структуре льготополучателей федеральные льготники, оставшиеся в программе ОНЛС, составляют от 17,38% (ПФО) до 29,55% (СКФО), в целом по РФ 21,86% от численности льготополучателей являются федеральными льготниками, оставшимися в программе ОНЛС, и 78,14% являются региональными льготниками.

Полученные результаты демонстрируют преобладание региональных льготников, получающих ЛП на льготных условиях, во всех округах РФ (рис. 1).

На основании данных о численности льготополучателей в субъектах, были определены ТОП-10 субъектов с максимальным и минимальным количеством граждан, оставшихся в программе ОНЛС, и региональных льготников, получающих лекарственные средства за счет регионального бюджета (РЛО) (рис. 2, 3).

ТОП-10 субъектов с минимальной численностью льготополучателей отличает и наименьшая численность населения. Следует отметить преобладание региональных льготников, получающих лекарственные

¹ Федеральная программа государственной социальной помощи населению «Обеспечение необходимыми лекарственными средствами». URL: <https://onls.pro/>

Таблица 1. Численность льготополучателей в разрезе федеральных округов

Округ	Всего льготополучателей, чел.	в том числе			
		федеральные		региональные	
		чел.	%	чел.	%
ЦФО	4 384 078	1 072 541	24,46	3 311 537	75,54
СЗФО	1 569 024	362 867	23,13	1 206 157	76,87
СКФО	453 830	134 092	29,55	319 738	70,45
ДВФО	922 318	216 399	23,46	705 919	76,54
ПФО	3 582 435	622 740	17,38	2 959 695	82,62
УрФО	1 153 002	327 019	28,36	825 983	71,64
ЮФО	2 025 208	367 653	18,15	1 657 555	81,85
СФО	2 135 763	443 430	20,76	1 692 333	79,24
В целом по РФ	16 225 658	3 546 741	21,86	12 678 917	78,14

средства на льготных условиях, как в TOP-10 с максимальной, так и в TOP-10 с минимальной численностью льготополучателей.

Учитывая тот факт, что численность населения в округах различна, нами рассчитан относительный показатель численности льготополучателей на 1 тыс. человек населения, позволяющий провести сравнения в разрезе федеральных округов (табл. 2).

Установлено, что в СКФО наименьшее число как оставшихся в программе ОНЛС

федеральных льготников (13,45 льготополучателей на тысячу человек населения), так и региональных льготников (32,08 льготополучателей на тысячу человек населения).

Лидирующие позиции по количеству оставшихся в программе ОНЛС граждан занимает ЦФО (27,33 льготополучателей на тысячу человек населения), а по числу региональных льготополучателей, занимают ПФО (101,81 льготополучателей на тысячу человек населения) и ЮФО (100,56 льготополучателей на тысячу человек населения).

В результате сравнительного анализа выделены субъекты с максимальным и минимальным количеством льготополучателей на 1 тыс. человек населения в зависимости от источника ЛЛО (табл. 3).

Выявлено, что численность льготополучателей в возрасте до 18 лет (категория «дети») составляет в РФ 3 624 921 человек, при этом наибольшее число детей, получающих ЛЛО проживает в ЦФО (1 011 156 человек) и в ПФО (999 695 человек), а наименьшее количество в СКФО и ЮФО (106 612 и 232 360 соответственно) (табл. 4).

Представленные результаты показывают, что в общей численности граждан, получающих ЛЛО, категория «дети» составляет от 11,47% (ЮФО) до 32,64% (ДВФО). При этом большая часть детей являются региональными льготополучателями: от 85,14% в ЮФО до 93,58% в ПФО. И только от 6,42% (ПФО) до 22,05% (СКФО) льготополучателей категории «дети» получает ЛЛО по программе ОНЛС.

Наибольшее количество льготополучателей категории «дети» зарегистрированы

Рисунок 1. Распределение льготополучателей по источникам финансирования ЛЛО в разрезе федеральных округов, %

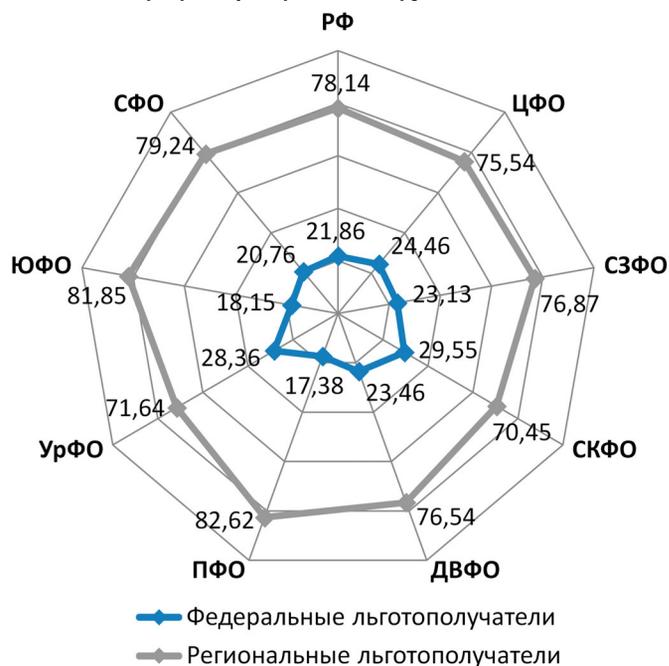
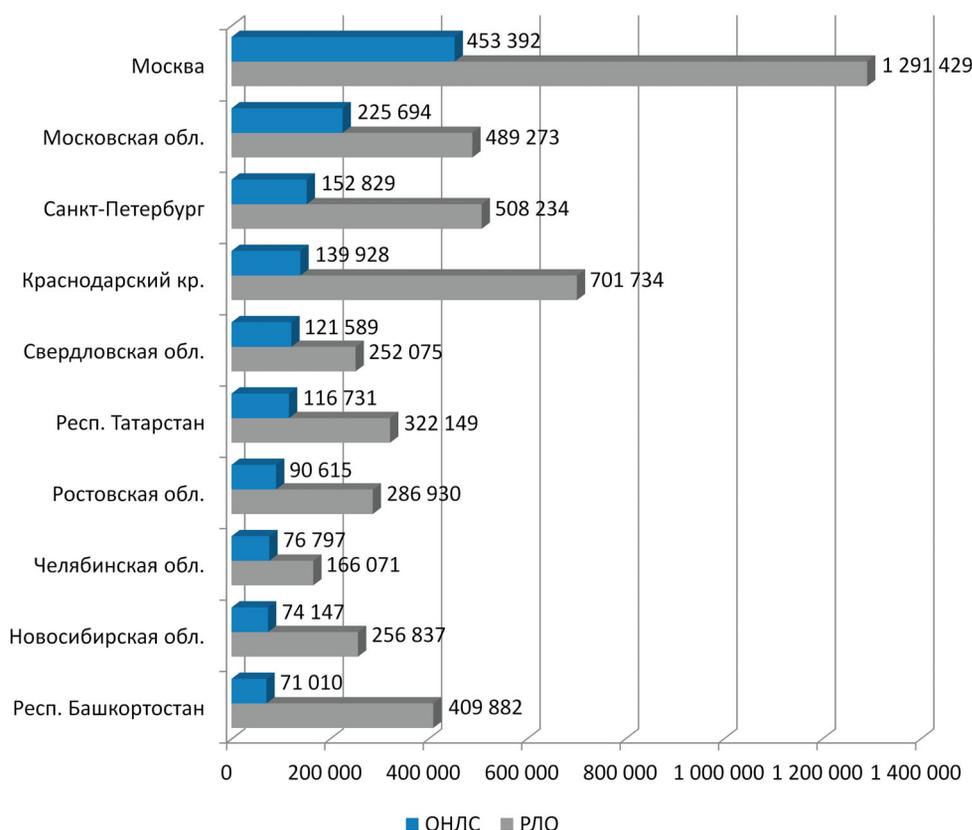


Рисунок 2. TOP-10 субъектов РФ с максимальной численностью льготополучателей, чел.



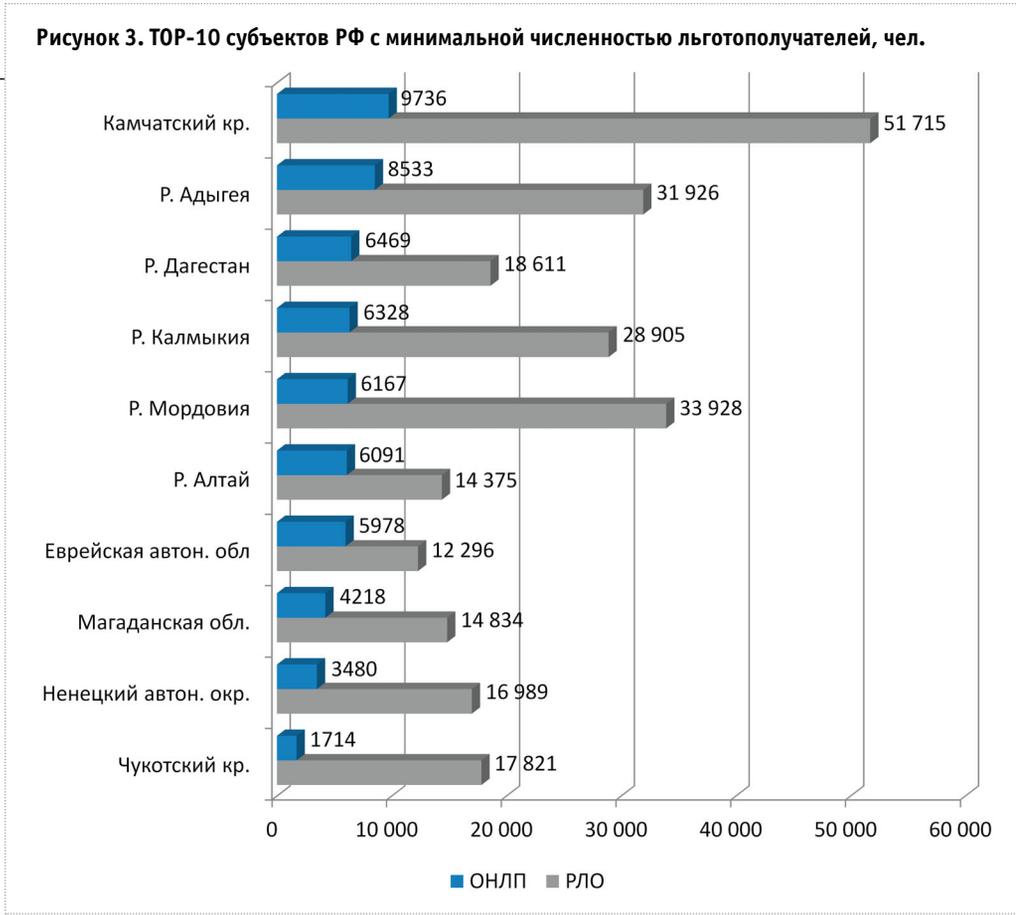
в Москве (452 779 чел.), Санкт-Петербурге (244 803 чел.), Республиках Башкортостан (165 938 чел.) и Татарстан (122 776 чел.), Нижегородской области (107 966 чел.).

Основываясь на том, что получение в полном объеме необходимой лекарственной терапии влияет на продолжительность

жизни граждан, их качество жизни, а также на уровень смертности, нами проведен анализ численности льготополучателей с бронхиальной астмой (БА), сахарным диабетом (СД), онкологическими заболеваниями, которые получают ЛП по программе ОНЛС и РЛО (табл. 5).

Таблица 2. Численность льготополучателей на 1 тыс. человек населения в разрезе федеральных округов

Округ	Численность населения на 01.01.2021г.	Льготополучатели, оставшиеся в программе ОНЛС		Региональные льготополучатели, получающие ЛП	
	тыс. чел	чел.	на 1 тыс. чел. населения	чел.	на 1 тыс. чел. населения
ЦФО	39 251,0	1 072 541	27,33	3 311 537	84,37
СЗФО	13 986,3	362 867	25,94	1 206 157	86,24
СКФО	9 967,1	134 092	13,45	319 738	32,08
ДВФО	8 123,7	216 399	26,64	705 919	86,90
ПФО	29 071,0	622 740	21,42	295 9695	101,81
УрФО	14 564,3	327 019	22,45	825 983	56,71
ЮФО	16 482,7	367 653	22,31	1 657 555	100,56
СФО	17 003,7	443 430	26,08	1 692 333	99,53
В целом по РФ	146 171,0	3 546 741	24,26	12 678 917	86,74



В результате проведенного анализа установлено, что в структуре заболеваемости льготополучателей значительную долю занимают граждане с заболеванием СД,

при этом от 17,47% в ДВФО до 51,91% в СФО являются федеральными льготополучателями, а от 19,90% в ДВФО до 33,98% в УрФО относятся к региональным льготникам,

Таблица 3. TOP-5 субъектов РФ по численности льготополучателей на 1 тыс. человек населения

TOP _{max} – 5 субъектов по численности льготополучателей на 1 тыс. чел. населения, ОНЛС		TOP _{max} – 5 субъектов по численности льготополучателей на 1 тыс. чел. населения, РЛО	
Ненецкий автономный округ	78,56	Ненецкий автономный округ	383,5
Республика Тыва	42,0	Чукотский автономный округ	360,02
Республика Саха (Якутия)	40,35	Кировская область	250,51
Еврейская автономная область	38,20	Удмуртская республика	190,86
Москва	35,83	Ямало-Ненецкий автон. округ	178,90
TOP _{min} – 5 субъектов по численности льготополучателей на 1 тыс. чел. населения, ОНЛС		TOP _{min} – 5 субъектов по численности льготополучателей на 1 тыс. чел. населения, РЛО	
Тюменская область	14,49	Приморский край	26,51
Вологодская область	13,93	Чеченская Республика	26,08
Ульяновская область	11,32	Тюменская область	22,56
Республика Мордовия	7,92	Республика Ингушетия	16,90
Республика Дагестан	2,06	Республика Дагестан	5,94

Таблица 4. Характеристика льготополучателей в разрезе федеральных округов (категория «дети»)

Округ	Всего льготополучателей, чел.	Категория «дети»		в том числе			
				«дети» ОНЛС		«дети» РЛО	
		всего чел.	%	всего чел.	%	всего чел.	%
ЦФО	4 384 078	1 011 156	23,06	81 611	8,07	929 545	91,93
СЗФО	1 569 024	396 421	25,27	31 642	7,98	364 779	92,02
СКФО	453 830	106 612	23,49	23 512	22,05	83 100	77,95
ДВФО	922 318	301 029	32,64	30 202	10,03	270 827	89,97
ПФО	3 582 435	999 695	27,91	64 218	6,42	935 477	93,58
УрФО	1 153 002	265 478	23,02	37 075	13,97	228 403	86,03
ЮФО	2 025 208	232 360	11,47	34 520	14,86	197 840	85,14
СФО	2 135 763	312 170	14,62	40 182	12,87	271 988	87,13
В целом по РФ	16 225 658	362 4921	22,34	342 962	9,46	3281 959	90,54

Таблица 5. Основные нозологические формы заболеваний льготополучателей в разрезе федеральных округов

Показатели	Федеральные округа							
	ЦФО	СЗФО	СКФО	ДВФО	ПФО	УрФО	ЮФО	СФО
Бронхиальная астма								
ОНЛС, чел.	79 511	32 412	3900	13 529	43 827	36 790	20 434	35 161
%	7,41	8,93	2,91	6,25	7,04	11,25	5,56	7,93
РЛО, чел.	251 853	89 222	3962	42 233	299 249	111 202	71 457	167 631
%	7,61	7,40	1,24	5,98	10,11	13,46	4,31	9,91
Сахарный диабет								
ОНЛС, чел.	303 661	86 488	34125	37 796	160 945	72 003	82 054	230 174
%	28,31	23,83	25,43	17,47	25,84	22,02	22,32	51,91
РЛО, чел.	933 952	268 631	103 168	140 510	853 198	280 659	398 771	36 4081
%	28,20	22,27	32,27	19,90	28,83	33,98	24,06	21,51
Онкологические заболевания								
ОНЛС, чел.	140 773	16 225	8483	16 867	102 979	31 101	29 846	46 116
%	13,13	4,47	6,33	7,79	16,54	9,51	8,12	10,40
РЛО, чел.	274 665	69 433	31 441	41 988	323 834	35 475	250 268	69 802
%	8,29	5,76	9,83	5,95	10,94	4,29	15,10	4,12
Другие заболевания								
ОНЛС, чел.	548 596	227 742	87 584	148 207	314 989	187 125	235 319	131 979
%	51,15	62,77	65,33	68,49	50,58	57,22	64,0	29,76
РЛО, чел.	1851 067	778 871	181167	481 188	1 483 414	398 647	937 059	1 090 819
%	55,90	64,57	56,66	68,17	50,12	48,27	56,53	64,46
ОНЛС, всего, чел.	1 072 541	362 867	134 092	216 399	622 740	327 019	367653	443 430
РЛО, всего, чел.	3 311 537	1 206 157	319 738	705 919	2 959 695	825 983	1 657 555	1 692 333

Таблица 6. TOP-5 субъектов РФ по численности льготополучателей в соответствии с нозологическими формами заболеваний, чел.

ОНЛС		РЛО					
TOP _{max} -5	TOP _{min} -5	TOP _{max} -5	TOP _{min} -5				
Льготополучатели с заболеванием сахарный диабет, чел.							
Кемеровская обл. – Кузбасс	133 310	Еврейская автон. обл.	998	Москва	262 782	Республика Алтай	2731
Москва	102 031	Республика Тыва	765	Московская обл.	159 959	Республика Тыва	2293
Московская обл.	50 975	Магаданская обл.	336	Краснодарский край	150 333	Севастополь	1983
Липецкая обл.	40 478	Чукотский автон. округ	107	Республика Башкортостан	111 397	Чукотский автон. округ	998
Ростовская обл.	39 789	Ненецкий автон. округ	49	Свердловская обл.	106 316	Ненецкий автон. округ	961
Льготополучатели с заболеванием бронхиальная астма, чел.							
Москва	26 142	Республика Дагестан	149	Москва	74 080	Ненецкий автон. округ	580
Санкт-Петербург	17 600	Чеченская Республика	146	Свердловская обл.	47 443	Чукотский автон. округ	363
Липецкая обл.	15 526	Республика Хакасия	36	Новосибирская обл.	44 391	Чеченская Республика	198
Ростовская обл.	15 035	Ненецкий автон. округ	28	Пермский край	44 157	Республика Бурятия	171
Московская обл.	13 748	Чукотский автон. округ	28	Алтайский край	43 675	Ставропольский край	120
Льготополучатели с онкологическими заболеваниями, чел.							
Московская обл.	52 237	Еврейская автон. обл.	402	Краснодарский край	187 000	Республика Бурятия	439
Республика Татарстан	35 078	Республика Алтай	377	Московская область	53 954	Ненецкий автон. округ	262
Москва	31 605	Чукотский автон. округ	175	Самарская область	49 901	Республика Тыва	190
Липецкая область	13 490	Магаданская область	127	Москва	45 569	Новгородская область	119
Волгоградская область	10 817	Ненецкий автон. округ	60	Оренбургская область	41 802	Республика Алтай	70

получающим лекарственные средства за счет регионального бюджета.

Льготополучатели с онкологическими заболеваниями, получающие лекарственные средства по программе ОНЛС, составляют в структуре заболеваемости от 4,47% в СЗФО до 16,54% в ПФО, региональные льготники с онкологическими заболеваниями, получающие лекарственные средства на льготных условиях, – от 4,29% в УрФО до 15,10% в ЮФО соответственно.

Сравнительный анализ численности льготополучателей в соответствии с нозологическими формами заболеваний позволил выделить TOP-5 субъектов РФ с максимальной и минимальной численностью (табл. 6).

Обобщая результаты проведенного анализа, следует обратить внимание на тот факт, что Москва, Московская область, Липецкая и Ростовская области входят в TOP-5 субъектов с максимальным количеством льготополучателей с заболеваниями СД, онкологическими заболеваниями и БА. TOP-5 субъектов с минимальной численностью льготополучателей включает

Ненецкий и Чукотский автономные округа, Республика Алтай и Республика Тыва.

Заключение

С помощью сравнительного анализа численности федеральных и региональных льготополучателей по федеральным округам были выделены субъекты РФ с максимальной и минимальной численностью льготополучателей на 1 тыс. человек населения, установлено преобладание региональных льготополучателей во всех федеральных округах РФ.

Изучены количественные характеристики льготополучателей категории «дети», которая составляет от 11,47% до 32,64% от общего количества льготников. Проведен анализ численности федеральных и региональных льготополучателей по нозологическим формам заболеваний, выделены субъекты РФ с максимальной и минимальной численностью льготополучателей по таким заболеваниям, как сахарный диабет, бронхиальная астма, онкологические заболевания.

Е.М. АСТАПЕНКО¹, канд. тех. наук, директор Департамента регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий, AstapenkoEM@minzdrav.gov.ru

С.В. СЕМЕЧЕВА¹, заместитель директора Департамента регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий, SemechevaSV@minzdrav.gov.ru

В.В. ОМЕЛЯНОВСКИЙ², д-р мед. наук, профессор, генеральный директор, vvo@rosmedex.ru
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1581-0703>

Ю.А. ЛЕДОВСКИХ², канд. мед. наук, начальник отдела методического обеспечения стандартизации, Ledovskih@rosmedex.ru
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7567-6027>

Л.В. ФОМИНЫХ², заместитель начальника отдела лекарственного обеспечения Fominyh@rosmedex.ru

О.В. АШИХМИНА², начальник аналитического отдела, Ashikhmina@rosmedex.ru

А.И. ШЕВЕЛЕВ¹, ведущий советник отдела планирования обеспечения медицинской продукцией Департамента регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий, ShevelevAI@minzdrav.gov.ru

Федеральный регистр льготного лекарственного обеспечения как основа формирования потребности в лекарственных препаратах

¹ Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127994, ГСП-4, г. Москва, Рахмановский пер, д. 3. Ministry of Health of the Russian Federation, 3, Rakhmanovsky pereulok St., Moscow, 127994, Russian Federation.

² ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России 109028, г. Москва, Хохловский переулок, вл. 10, стр. 5. The Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation, 10 blg. 5, Khokhlovsky lane, Moscow, 109028, Russian Federation.

Ключевые слова: Федеральный регистр, лекарственное обеспечение, лекарственные препараты, оценка и расчет потребности

Для цитирования: Астапенко Е.М., Семечева С.В., Омеляновский В.В., Ледовских Ю.А., Фоминых Л.В., Ашихмина О.В., Шевелев А.И. Федеральный регистр льготного лекарственного обеспечения как основа формирования потребности в лекарственных препаратах // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 63–70.

For citation: Astapenko E.M., Semecheva S.V., Omelyanovsky V.V., Ledovskikh Y.A., Fominykh L.V., Ashikhmina O.V., Shevelev A.I. Federal Register of Preferential Drug Supply as the basis for the formation of drug demand // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 63–70.

Astapenko E.M., Semecheva S.V., Omelyanovsky V.V., Ledovskikh Y.A., Fominykh L.V., Ashikhmina O.V., Shevelev A.I.

Federal Register of Preferential Drug Supply as the basis for the formation of drug demand

The article reveals aspects of drug supply planning, methods for determining uniform approaches to assessing the need for medicines in the provision of medical care in accordance with medical care standards developed on the basis of clinical recommendations, as well as the goal of creating a Federal Register of Preferential Drug Provision as an effective information tool aimed at automating all processes of timely provision of citizens of preferential categories with medicines at the federal and regional levels.

Keywords: Federal Register, drug provision, medicines, assessment and calculation of needs

В статье раскрываются аспекты планирования лекарственного обеспечения, методы определения единых подходов к оценке потребности в лекарственных препаратах при оказании медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, разработанными на основе клинических рекомендаций, а также цель создания Федерального регистра льготного лекарственного обеспечения как эффективного информационного инструмента, нацеленного на автоматизацию всех процессов своевременного обеспечения граждан льготных категорий лекарственными препаратами на федеральном и региональном уровнях.

В настоящее время эффективность лекарственного обеспечения и доступность и качество медицинской помощи лекарственных препаратов для самих во многом определяется системой пациентов.

Повышение доступности качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратов для медицинского применения для удовлетворения потребностей населения и системы здравоохранения на основе формирования рациональной и сбалансированной с имеющимися ресурсами системы лекарственного обеспечения населения Российской Федерации – основная цель Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года¹.

Льготное лекарственное обеспечение граждан Российской Федерации в амбулаторных условиях представляет сложную систему и организовано по нескольким направлениям в зависимости от источника финансирования, категорий граждан и (или) заболеваний, а также существующих перечней лекарственных препаратов.

Обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, включая бесплатное лекарственное обеспечение, в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ², среди которых: инвалиды, дети-инвалиды, инвалиды и участники Великой Отечественной войны, ветераны боевых действий и др. – так называемые «федеральные льготники», осуществляется за счет средств федерального бюджета в пределах перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – ЖНВЛП).

Также за счет средств федерального бюджета финансируется лекарственное обеспечение для льготных категорий граждан, страдающих заболеваниями из перечня 14 высокозатратных нозологий (далее – 14 ВЗН), и включает обеспечение лекарственными препаратами, предназначенными для лечения лиц, больных

гемофилией, муковисцидозом, гипопигментным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта – Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей. В рамках данной программы осуществляется персонализированное лекарственное обеспечение каждого пациента, включенного в регистр³ 14 ВЗН.

Наряду с федеральным финансированием лекарственное обеспечение льготных категорий граждан осуществляется также за счет средств региональных бюджетов. Согласно действующему законодательству, к финансовым обязательствам региональных бюджетов в отношении льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях относятся:

- лекарственное обеспечение пациентов, включенных в регистр граждан с редкими (орфанными) заболеваниями. По аналогии с программой 14 ВЗН данной программой также осуществляется персонализированное лекарственное обеспечение лиц, включенных в регистр граждан с редкими (орфанными) заболеваниями.
- лекарственное обеспечение в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, установленных Постановлением Правительства Российской Федерации № 890⁴, так называемая «региональная льгота».

В соответствии с данным Постановлением, лекарственными препаратами обеспечиваются пациенты с 31-м социально-

¹ Приказ Минздрава России от 13.02.2013 № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации».

² Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

³ Постановление Правительства РФ от 26.04.2012 № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента».

⁴ Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

Рисунок. Существующая система льготного лекарственного обеспечения



значимым заболеванием на основании медицинских критериев, а также ряд категорий граждан на основании социальных критериев, например такие, как инвалиды и участники Великой Отечественной войны, инвалиды 1 группы, дети-инвалиды, дети до 3-х лет и до 6-ти лет из многодетных семей и другие.

В рамках действующего законодательства «федеральным льготникам» предоставляется право бесплатно получать лекарственные препараты по двум льготам, в том числе за счет средств регионального бюджета, что может привести к так называемому «дублированию льгот» (см. рис.).

С целью решения вопросов обеспеченности граждан льготных категорий медицинской продукцией и на основании перечня соответствующих поручений Президента Российской Федерации⁵ разработан Федеральный регистр граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания (далее – Федеральный регистр)

Необходимо отметить, что во исполнение указанного перечня поручений Президента Российской Федерации, в целях координации

деятельности федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, а также медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в части обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания (далее – медицинская продукция) за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации принят Федеральный закон № 206-ФЗ⁶, которым предусматривается создание Федерального регистра.

Федеральный регистр как инструмент для создания прозрачной системы льготного лекарственного обеспечения: цели и задачи

Создание Федерального регистра позволяет проанализировать ситуацию по обеспечению льготных категорий граждан лекарственными препаратами, создать предиктивную автоматизированную систему по анализу потребности и обеспеченности граждан льготных категорий медицинской

⁵ Перечень поручений Президента Российской Федерации от 17 декабря 2018 г. № Пр-2420 по итогам совещания по повышению эффективности системы лекарственного обеспечения населения.

⁶ Федеральный закон от 13.07.2020 № 206-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания».

продукцией, прогнозировать изменение потребностей и оптимизировать систему закупок и поставок лекарственных препаратов. Такой инструмент должен способствовать созданию прозрачной, понятной и проактивной системы льготного лекарственного обеспечения как федеральных, так и региональных категорий граждан.

Основной целью создания Федерального регистра является своевременное обеспечение граждан льготных категорий медицинской продукцией.

Федеральный регистр нацелен на решение следующих задач:

1. Формирование и ведение регистра граждан льготных категорий, которые обеспечиваются медицинской продукцией за счет государства.
2. Верификация собираемой персонализированной информации о гражданах льготных категорий с помощью внешних сервисов.
3. Сопоставление федеральных и региональных льгот, а также предоставляемых льготных условий.
4. Сбор и представление персонализированной информации о медицинской продукции, выписанной и отпущенной гражданам льготных категорий.
5. Контроль достаточности медицинской продукции для обеспечения потребностей граждан льготных категорий с учетом текущих остатков, планируемых поставок, прогнозируемых потребностей.
6. Планирование закупок, анализ дефицита медицинской продукции для обеспечения потребности граждан льготных категорий.
7. Мониторинг обеспечения граждан льготных категорий медицинской продукцией.

Для решения поставленных задач автоматизируются такие основные процессы, как ведение Федерального регистра, своевременное обеспечение граждан льготных категорий медицинской продукцией,

мониторинг процесса обеспечения граждан льготных категорий медицинской продукцией и ведение нормативно-справочной информации.

На основании утвержденного приказа Минздрава России от 30.12.2020 № 1412⁷ Федеральный регистр введен в эксплуатацию.

В соответствии с утвержденными Правилами ведения Федерального регистра⁸ (далее – Правила), Федеральный регистр состоит из федерального и региональных сегментов и содержит сведения, предусмотренные пунктом 11 настоящих Правил. Ведение региональных сегментов Федерального регистра осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Министерство здравоохранения Российской Федерации является оператором Федерального регистра и обеспечивает его бесперебойное функционирование, нацеленное не только на прогноз и учет всех граждан льготных категорий, потребности каждого и расходующих средств, но и на контроль корректности назначений и качества лечения граждан.

Ведение региональных сегментов Федерального регистра осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Федеральный регистр наполняется следующими сведениями о гражданах льготных категорий:

1. Сведениями о гражданах, у которых имеются льготы, финансируемые из федерального бюджета в соответствии с Федеральным законом № 178-ФЗ.
2. Сведениями о гражданах, имеющих льготы, финансируемые из бюджета субъекта Российской Федерации в соответствии с:
 - Постановлением Правительства Российской Федерации № 890;
 - территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

⁷ Приказ Минздрава России от 30.12.2020 № 1412 «О вводе в эксплуатацию Федерального регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации».

⁸ Постановление Правительства Российской Федерации от 12.10.2020 № 1656 «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации».

3. Сведениями о гражданах, имеющих льготы из категорий нозологических регистров:

- орфанные заболевания;
- обеспечение граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными препаратами в соответствии с законодательством⁹;
- ВИЧ;
- туберкулез;
- высокочувствительные нозологии.

Федеральный регистр предполагает автоматизацию сбора сведений, в том числе:

1. Сбор сведений о плановых персонализированных потребностях граждан льготных категорий.
2. Сбор сведений о фактических персонализированных потребностях граждан льготных категорий.
3. Сбор сведений о прогнозируемых потребностях граждан льготных категорий.

Кроме того, в настоящее время ведется работа по наполнению Федерального регистра сведениями о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах, медицинских изделиях и специализированных продуктах лечебного питания, в рамках которой субъекты Российской Федерации осуществляют мероприятия по загрузке сведений в Федеральный регистр о назначенных и отпущенных рецептах на медицинскую продукцию в виде структурированного электронного медицинского документа (СЭМД) из реестра электронных медицинских документов (РЭМД).

Одной из существенных задач, стоящих в рамках создания Федерального регистра, является запрос на планирование и мониторинг потребности в лекарственных препаратах для льготных категорий граждан и для всего населения в целом.

Планирование лекарственного обеспечения с учетом результатов анализа и оценки потребности в лекарственных препаратах позволит обеспечить качество оказания медицинской помощи в медицинских организациях, снизить финансовые риски медицинской организации, а также повысить удовлетворенность граждан

медицинской помощью. Все это будет способствовать повышению доступности лекарственных препаратов для медицинского применения при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, то есть реализации принципов Стратегии.

В целом создание Федерального регистра – важный шаг в совершенствовании системы лекарственного обеспечения населения. Благодаря цифровизации появление регистра позволяет автоматизировать анализ обеспеченности граждан лекарственными препаратами, повысить точность прогнозов потребности в препаратах и предупредить риски возникновения дефектуры. Федеральный регистр позволяет систематизировать сведения о льготных категориях граждан как на федеральном, так и на региональном уровнях. Также Федеральный регистр может стать не только системой прогноза и учета расходуемых государственных средств, но и инструментом оценки правильности назначений лекарственных препаратов.

Создание Федерального регистра льготных категорий граждан позволит сделать реалистичным решение другой задачи, стоящей перед системой здравоохранения – оценки потребности в лекарственных препаратах, в первую очередь для льготных категорий граждан. Анализ динамики пациентов по заболеваемости, по статусу льготы, по регионам позволит организовать этот процесс на более качественном уровне для повышения «стабильности» всей системы лекарственного обеспечения.

Тем не менее, в настоящее время актуальным вопросом остается определение единых подходов к оценке потребности в лекарственных препаратах при оказании медицинской помощи, в том числе для льготного лекарственного обеспечения.

Выбирая оптимальный метод для анализа потребления и планирования потребности в лекарственных препаратах, необходимо учитывать специфические особенности потребления различных лекарственных

⁹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

препаратов, которые условно можно подразделить на несколько категорий:

- 1) лекарственные препараты специфического действия – показанные при небольшом числе заболеваний/состояний из одного класса МКБ-10 и применяющиеся преимущественно при оказании медицинской помощи одного-двух профилей, например, противотуберкулезные, противоопухолевые, противодиабетические препараты;
- 2) лекарственные препараты широкого спектра применения – показанные при многих заболеваниях (состояниях) из одного или разных классов МКБ-10 и/или применяющиеся при оказании медицинской помощи различных профилей, например, антибиотики, стероидные противовоспалительные препараты;
- 3) лекарственные препараты, назначаемые не в соответствии с инструкцией (off-label), а по назначению врачебной комиссии;
- 4) лекарственные препараты для обеспечения граждан, страдающих заболеваниями, включенными в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний.

При этом стоит отметить, что при оценке потребности в лекарственных препаратах методика будет определяться принадлежностью лекарственного препарата к той или иной категории.

Следует отметить, что оценка потребности в лекарственных препаратах специфического действия представляется наиболее системной и понятной. Это связано с возможностью оценки потребности в таких препаратах на основе стандартов медицинской помощи, разрабатываемых в соответствии с одобренными Минздравом России и утвержденными профессиональными некоммерческими организациями клиническими рекомендациями.

Методика оценки потребности в лекарственных препаратах по стандартам медицинской помощи применима для стандартов медицинской помощи, разработанных на основе клинических рекомендаций, одобренных и утвержденных по процедуре, установленной Федеральным законом

от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и утвержденных приказами Минздрава России, начиная с 2020 года. Данная методика позволяет оценить потребность в лекарственных препаратах с ограниченными показаниями к применению. Например, в антигипертензивных лекарственных препаратах для лечения артериальной гипертензии, сахароснижающих – сахарного диабета, противоопухолевых – солидных опухолей и т.д.

Стандарты медицинской помощи, разработанные на основе клинических рекомендаций, в паспортной части содержат структурированную информацию о популяции пациентов, к которой применим данный стандарт медицинской помощи, т.е. модель пациента (возрастную категорию – взрослые или дети, стадию, степень тяжести и фазу течения заболевания) и особенности организации оказания медицинской помощи (условия оказания медицинской помощи и длительность). В отдельных стандартах медицинской помощи в их наименовании указывается, какие клинические ситуации учтены в стандарте медицинской помощи. Данные сведения позволяют оценить численность пациентов, к которым применим стандарт медицинской помощи, что необходимо для оценки потребности в лекарственных препаратах.

В основной части стандарта медицинской помощи указываются зарегистрированные на территории Российской Федерации лекарственные препараты, применение которых описано в клинических рекомендациях для оказания медицинской помощи при соответствующем заболевании, за исключением лекарственных препаратов off-label. Перечни лекарственных препаратов для медицинского применения в стандартах медицинской помощи представлены в табличной форме с указанием:

- кода группы АТХ классификации;
- наименования группы АТХ классификации;
- международного непатентованного наименования (далее – МНН), а в случаях их

отсутствия – торгового наименования лекарственного препарата;

- усредненного показателя частоты предоставления;
- единицы измерения;
- средней суточной дозы;
- средней курсовой дозы.

Форма представления информации о лекарственных препаратах в стандартах медицинской помощи позволяет рассчитать потребность в них, т.к. содержит сведения, необходимые для расчета: усредненные показатели частоты предоставления, единицы измерения и среднюю курсовую дозу для каждого МНН, указанного в стандарте медицинской помощи. Усредненный показатель частоты предоставления для лекарственных препаратов в стандарте медицинской помощи показывает вероятность назначения лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в стандарт медицинской помощи, которая может принимать значения от 0 до 1, где 1 означает, что данный лекарственный препарат назначается 100% пациентов, соответствующих модели, описанной в паспортной части стандарта медицинской помощи, а цифры менее 1 – указанному в стандарте медицинской помощи проценту пациентов, имеющих соответствующие медицинские показания.

Расчет потребности для МНН лекарственного препарата по стандарту медицинской помощи производится в единицах действующего вещества. Расчет потребности на одного пациента проводится путем произведения усредненного показателя частоты предоставления и на среднюю курсовую дозу. Расчет потребности на популяцию пациентов, соответствующую модели пациента, проводится путем произведения расчетной потребности в единицах действующего вещества для одного пациента на число пациентов.

Расчет потребности по стандартам медицинской помощи имеет ограничения, обусловленные отсутствием в стандартах медицинской помощи лекарственных препаратов off-label. Оценку потребности в лекарственных препаратах off-label,

описанных в клинических рекомендациях, на основании которых разрабатывались стандарты медицинской помощи, возможно провести по стандартизированным модулям медицинской помощи (стандартизированным модулям) и математической модели, создание которых является этапом работы по формированию стандартов медицинской помощи. Стандартизированный модуль имеет структуру, аналогичную структуре стандарта медицинской помощи и содержит информацию о предусмотренных клиническими рекомендациями комплексах медицинских вмешательств, составляющих методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, не применяемых одновременно в рамках одного случая оказания медицинской помощи в конкретных условиях. В стандартизированный модуль включаются все лекарственные препараты, применение которых описано в клинических рекомендациях, в том числе не в соответствии с инструкцией (off-label).

Сведения о лекарственных препаратах в стандартизированных модулях также структурированы в табличные формы, как и в стандарте медицинской помощи. В стандартизированных модулях для лекарственных препаратов указываются дополнительные параметры, позволяющие отразить их лекарственную форму:

- пути введения;
- тип лекарственной формы по агрегатному состоянию на момент потребления;
- тип лекарственной формы по виду высвобождения.

Расчет потребности для МНН лекарственного препарата в единицах действующего вещества по одному стандартизированному модулю проводится по аналогичному расчету по стандарту медицинской помощи для одного пациента. Расчет потребности на популяцию пациентов для МНН лекарственного препарата по стандартизированным модулям проводится путем суммирования произведений рассчитанной потребности для каждого стандартизированного модуля на прогнозируемое количество случаев лечения (рассчитанное на основе математической

модели) по соответствующему стандартизованному модулю.

Расчет потребности в лекарственных препаратах по стандартам медицинской помощи представляется в единицах измерения массы или объема (мг, г, мл, л). Для оценки потребности в упаковках лекарственных препаратов требуется проведение дополнительных расчетов.

Оценка потребности в лекарственных препаратах широкого спектра применения выглядит менее системно и может проводиться только на основе ретроспективных сведений о фактическом потреблении лекарственных препаратов. Для этих целей в Российской Федерации предлагается использовать сведения о вводе в гражданский оборот лекарственных препаратов.

Сведения о вводе лекарственных препаратов в гражданский оборот в Российской Федерации используются не только для оценки потребности в лекарственных препаратах широкого спектра действия, а также могут быть применены для оценки потребности в лекарственных препаратах с ограниченными показаниями к применению в случае отсутствия проектов стандартов медицинской помощи или если не все показания к его применению охвачены проектами стандартов.

Оценка фактического потребления и прогнозирование потребности в таких препаратах проводится в два этапа:

■ **I этап.** Сбор и анализ данных о фактическом потреблении лекарственных препаратов в предыдущие периоды. Наиболее целесообразно оценивать трехлетнюю ретроспективу.

Рассчитывается среднее значение количества, вводимого в гражданский оборот лекарственного препарата за три предыдущих момента оценки последовательных года. Расчет проводится по каждому МНН в отдельности с учетом форм выпуска и пути введения. В зависимости от лекарственного препарата расчетными единицами могут быть:

- а) приведенные упаковки (например, все упаковки, обращаемые на рынке пересчитаны и приведены к фасовке № 10);
- б) единицы измерения массы или объема ЛП – мг, г, мл, л с учетом лекарственной формы и пути введения препарата.

Если оценивается потребность в ЛП, используемых не только при оказании медицинской помощи по рассматриваемому профилю, но также при лечении новой коронавирусной инфекции (например, антикоагулянты, глюкокортикоиды, противовирусные препараты, иммунодепрессанты и т.д.), рекомендуется анализировать данные об их потреблении за трехлетний период до марта 2020 года.

■ **II этап.** Прогнозирование потребности в конкретных лекарственных препаратах с помощью экономико-математических методов и/или экспертных оценок.

Для препаратов, находящихся в обращении на рынке Российской Федерации более трех лет и имеющих устойчивый спрос, потребность может быть принята равной расчетному среднему значению количества, вводимого в гражданский оборот ЛП.

Для препаратов, находящихся в обращении менее трех лет, полученные расчетные данные о среднегодовом потреблении ЛП, необходимы для дальнейшей экспертной оценки о необходимой потребности в ЛП, и потребность в них рассчитывается с учетом следующих факторов и показателей:

- числа пациентов, нуждающихся в терапии данным ЛП, на момент анализа;
- прогнозируемой динамики заболеваемости;
- наличия альтернативных ЛП для использования в той же клинической ситуации и уровня их потребления;
- введения в обращение новых зарегистрированных препаратов для использования в той же клинической ситуации.

Заключение

Таким образом, можно говорить, что более активная работа по разработке клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи параллельно с развитием информационных технологий и Федерального регистра позволит более четко планировать потребность и обеспечивать граждан льготных категорий лекарственными препаратами.

А.М. НЯМЦУ¹, заместитель директора, nyamtsu_am@miac-tmn.ru
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4526-968X>

Помесячная динамика смертности от острого инфаркта миокарда и острого нарушения кровообращения по итогам ретроспективного анализа баз смертности с 1999 по 2019 годы

¹ Государственное автономное учреждение Тюменской области «Медицинский информационно-аналитический центр», 625023, Российская Федерация, г. Тюмень, ул. Республики, д. 169а, корпус 1.
State Autonomous Institution of the Tyumen Region "Medical Information and Analytical Center", 169a, bld. 1, Respubliki st., Tyumen, 625023, Russian Federation.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, острая сосудистая катастрофа, болезни системы кровообращения, смертность от ОНМК, смертность от ОИМ

Для цитирования: Няму А.М. Помесячная динамика смертности от острого инфаркта миокарда и острого нарушения кровообращения по итогам ретроспективного анализа баз смертности с 1999 по 2019 годы // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 71–75.

For citation: Nyamtsu A.M. Monthly dynamics of mortality from acute myocardial infarction and acute circulatory disorders based on the results of a retrospective analysis of mortality bases from 1999 to 2019 // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 71–75.

Nyamtsu A.M.

Monthly dynamics of mortality from acute myocardial infarction and acute circulatory disorders based on the results of a retrospective analysis of mortality bases from 1999 to 2019

The article presents the results of a retrospective analysis of mortality from acute cerebrovascular accident (ACVA) and acute myocardial infarction (AMI) for the period 1999–2019, taking into account the month of death and month of birth. A general characteristic is given to the received DataFrames¹. The study was conducted on the basis of data from the depersonalized mortality base of the Tyumen region². It was found that in the analyzed period more women died from ACVA, and more men died from AMI. Deaths from acute vascular accidents peaked in months with a large number of holidays. The analysis revealed that in most cases, patients whose fatal outcome was due to ACVA and AMI were born in January, February, August and March.

Keywords: acute cerebrovascular accident, acute myocardial infarction, acute vascular accident, diseases of the circulatory system, mortality from ACVA, mortality from AMI

В статье представлены результаты ретроспективного анализа смертности от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и острого инфаркта миокарда (ОИМ) за период 1999–2019 гг. с учетом месяца смерти и месяца рождения. Дана общая характеристика полученным датафреймам¹. Исследование проводилось на основе данных деперсонифицированной базы смертности Тюменской области². Установлено, что в анализируемом периоде от ОНМК умирало больше женщин, а от ОИМ – мужчин. Пик смертности от острых сосудистых катастроф приходился на месяцы с большим количеством праздников. Проведенный анализ выявил, что в большинстве случаев пациенты, летальный исход которых наступил от ОНМК и ОИМ, были рождены в январе, феврале, августе и марте.

Введение

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), в числе которых – болезни системы кровообращения, являются основной причиной инвалидизации

и преждевременной смертности населения в Российской Федерации³. В целях сокращения отрицательной демографической динамики, связанной с преждевременной смертностью от ХНИЗ, разрабатываются

¹ Датафрейм (DataFrame) – термин языка программирования Python, обозначающий табличную структуру данных (похожую на таблицы из Microsoft Excel).

² Без автономных округов.

³ Методические рекомендации «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения» (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2013 г.). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70229844/>

федеральные и региональные программы, направленные на борьбу с распространенными ХНИЗ, а также на их профилактику. Одной из задач данных программ является снижение смертности от острых сосудистых катастроф. Поэтому выявление закономерностей в динамике смертности от острого инфаркта миокарда (ОИМ) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в целях разработки профилактических мероприятий является одним из актуальных направлений в настоящее время.

Одной из задач федеральных и региональных программ, направленных на борьбу с распространенными ХНИЗ, является снижение смертности от острых сосудистых катастроф. Поэтому выявление закономерностей в динамике смертности от ОИМ и ОНМК в целях разработки профилактических мероприятий является одним из актуальных направлений в настоящее время.

В 2014 году были опубликованы результаты ретроспективного анализа 520 случаев больничной летальности, зарегистрированных с 2000 по 2004 годы в отделении реанимации Мытищинской клинической

центральной районной больницы. Исследование проведено на базе ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (г. Москва). По результатам исследования было выявлено, что максимальный уровень летальности от ОНМК наблюдается в апреле-июне, а от ОИМ – в июле-сентябре и ноябре-январе [7].

Цель исследования

Выявить закономерности смертности от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и острого инфаркта миокарда (ОИМ) в зависимости от месяца года, а также других параметров дат, содержащихся в базе смертности.

Материал и методы

Проведено исследование деперсонифицированной базы данных смертности населения Тюменской области (без автономных округов), содержащей 360 776 случаев смерти, зарегистрированных за период с 1999 по 2019 годы [6]. Анализ проводился при помощи языка программирования Python, а ряд вычислений – в Google таблицах [2, 1].

Из базы данных смертности в отдельные датафреймы были выделены все случаи смерти от острого нарушения мозгового кровообращения (28 334 случая) и от острого инфаркта миокарда (9390 случаев) [3].

Таблица 1. Характеристика датафреймов

Показатель		ОНМК	ОИМ
Средний возраст	Дней	23 570	25 241
	Лет	65	69
Дата с максимальным количеством умерших	Дата	21.11.2003	17.02.2002
	Количество умерших (чел.)	18	8
Наиболее часто повторяющаяся дата рождения	Дата	01.01.1929	01.04.1932
	Количество умерших (чел.)	17	7
Мужчины	Человек	11 978	5178
	% от всех случаев	42,27	55,14
Женщины	Человек	16 356	4212
	% от всех случаев	57,73	44,86

Выявление закономерностей осуществлялось по имеющейся в базе данных информации при помощи языка программирования Python.

При проведении анализа было поставлено три основных задачи:

1. Составить характеристику полученных датафреймов (баз данных):

- рассчитать средний возраст умершего в днях и в годах (путем деления количества дней на 365,2425 – среднее количество дней в году по Григорианскому летоисчислению);
- определить в исследуемом периоде день, в который было зарегистрировано максимальное количество умерших;
- определить наиболее часто повторяющуюся дату рождения; распределить случаи по полу [2].

2. Проанализировать датафрейм по месяцу смерти. Так как количество дней в каждом месяце – переменная величина, то в целях корректного сравнения был произведен расчет среднего количества умерших в сутки. Для учета високосных годов анализируемого периода для февраля был рассчитан коэффициент 28,23 дня.

3. Оценить наличие других возможных закономерностей по имеющейся информации в датафреймах.

Результаты и их обсуждение

1. Результаты, полученные при составлении характеристики датафреймов, представлены в *таблице 1*.

Как следует из полученных результатов, большую долю среди умерших от ОНМК составляют женщины (57,73%), а от ОИМ – мужчины (55,14%). Средний возраст умерших от ОНМК на 4 года, или на 1671 дней, меньше, чем возраст умерших от ОИМ.

2. При анализе случаев смерти по месяцу года основным критерием выявления неблагоприятного периода был принят расчетный коэффициент «среднее количество умерших от сосудистых катастроф в сутки».

Динамика случаев смерти от ОНМК по месяцу смерти представлена в *таблице 2*, а от ОИМ – в *таблице 3*.

Таблица 2. Динамика случаев смерти от ОНМК по месяцу смерти

Месяц	Количество умерших	% от всех случаев ОНМК	Количество дней в месяце	Среднее количество умерших в сутки
Февраль	2448	8,64	28,23	87
Январь	2581	9,11	31	83
Май	2536	8,95	31	82
Март	2492	8,80	31	80
Июнь	2357	8,32	30	79
Декабрь	2425	8,56	31	78
Апрель	2313	8,16	30	77
Ноябрь	2235	7,89	30	75
Октябрь	2290	8,08	31	74
Сентябрь	2217	7,82	30	74
Июль	2230	7,87	31	72
Август	2210	7,80	31	71

Необходимо отметить, что в анализируемом периоде наибольшее количество смертей в сутки было зарегистрировано в феврале, январе, мае и марте. Именно на эти месяцы приходятся наиболее популярные среди населения праздники («День защитника Отечества», «Новый год», «День

Таблица 3. Динамика случаев смерти от ОИМ по месяцу смерти

Месяц	Количество умерших	% от всех случаев ОИМ	Количество дней в месяце	Среднее количество умерших в сутки
Май	842	8,97	31	27
Январь	829	8,83	31	27
Март	823	8,76	31	27
Апрель	796	8,48	30	27
Февраль	751	8,00	28,23	27
Июль	811	8,64	31	26
Декабрь	810	8,63	31	26
Октябрь	793	8,45	31	26
Сентябрь	752	8,01	30	25
Июнь	751	8,00	30	25
Ноябрь	716	7,63	30	24
Август	716	7,63	31	23

Таблица 4. Динамика случаев смерти от ОНМК по месяцу рождения

Месяц	Количество умерших	% от всех случаев ОНМК	Количество дней в месяце	Среднее количество умерших в сутки
Январь	3007	10,61	31	97
Февраль	2334	8,24	28,23	83
Август	2531	8,93	31	82
Сентябрь	2433	8,59	30	81
Март	2466	8,70	31	80
Октябрь	2462	8,69	31	79
Ноябрь	2360	8,33	30	79
Декабрь	2319	8,18	31	75
Май	2229	7,87	31	72
Июль	2196	7,75	31	71
Апрель	2000	7,06	30	67
Июнь	1997	7,05	30	67

Победы», «Международный женский день»). Наименьшее количество умерших от ОНМК в сутки регистрировалось в июле и августе.

При анализе среднего количества умерших от ОИМ неблагоприятная ситуация отмечалась в мае, январе, марте,

Таблица 5. Динамика случаев смерти от ОИМ по месяцу рождения

Месяц	Количество умерших	% от всех случаев ОИМ	Количество дней в месяце	Среднее количество умерших в сутки
Январь	1008	10,73	31	33
Февраль	809	8,62	28,23	29
Август	883	9,40	31	28
Март	875	9,32	31	28
Сентябрь	786	8,37	30	26
Ноябрь	760	8,09	30	25
Октябрь	748	7,97	31	24
Май	745	7,93	31	24
Декабрь	727	7,74	31	23
Июль	707	7,53	31	23
Апрель	690	7,35	30	23
Июнь	652	6,94	30	22

апреле и феврале (со средним количеством смертельных исходов 27 в сутки). То есть те же периоды (за исключением апреля), что и при ОНМК. В Тюменской области (без автономных округов) апрель – месяц, который приходится на начало дачного сезона и сельскохозяйственных работ. Поэтому можно предположить, что повышенная нагрузка при отсутствии должной физической подготовки приводит к развитию острого инфаркта миокарда.

Наименьшее количество умерших от ОИМ в сутки регистрировалось в августе и ноябре.

Необходимо отметить, что август является периодом с наименьшим среднесуточным количеством острых сосудистых катастроф.

3. Дополнительно был проведен анализ по датам смерти с целью определения наиболее благоприятного периода с высоким уровнем смертности от ОНМК и ОИМ. Также проведен анализ смертности от сосудистых катастроф по месяцу рождения.

При анализе смертности от острого нарушения мозгового кровообращения был определен период с 21 января по 19 февраля, в котором среднее количество умерших составило 86 в сутки. Для острого инфаркта миокарда наиболее неблагоприятный период пришелся с 20 февраля по 20 марта – среднее количество умерших 28 в сутки.

Результаты анализа динамики случаев смерти по месяцу рождения от острого мозгового кровообращения приведены в таблице 4.

Полученные данные свидетельствуют об очень высокой предрасположенности к ОНМК людей, рожденных в январе, также к группе риска можно отнести рожденных в феврале, августе, сентябре и марте.

При анализе динамики смертности от ОИМ по месяцу рождения (табл. 5), можно сделать вывод об очень высокой предрасположенности к острым инфарктам миокарда людей, рожденных в январе, также к группе риска можно отнести рожденных в феврале, августе и марте.

Таблица 6. Итоги проведенного анализа

Показатель	ОНМК	ОИМ
Всего случаев	28 334	9390
Преобладающий пол	Женщины	Мужчины
Средний возраст	65 лет	69 лет
Месяцы, в которые отмечается высокий уровень смертности	Февраль Январь Май Март	Май Январь Март Апрель Февраль
Период с максимальным средним количеством умерших в сутки	с 21 января по 19 февраля	с 20 февраля по 20 марта
Месяцы рождения с высоким уровнем смертности	Январь Февраль Август Сентябрь Март	Январь Февраль Август Март

Необходимо отметить, что в общей совокупности умерших от сосудистых катастроф в анализируемом периоде наиболее неблагоприятная ситуация регистрируется у людей, рожденных в январе, а также дублируются как в датафрейме умерших от ОНМК, так и умерших от ОИМ группы людей, рожденных в феврале, августе и марте.

Выводы

Итоги проведенного исследования представлены в *таблице 6*.

Полученные результаты (*табл. 6*) возможно использовать для разработки профилактических мероприятий, причем не только в сфере здравоохранения, но и в сфере социокультурного развития Тюменской области.

Своевременная профилактика стрессовых ситуаций и осложнений уже

имеющихся заболеваний будет способствовать снижению уровня смертности от острых сосудистых катастроф, а, следовательно, и от болезней системы кровообращения.

ИСТОЧНИКИ

1. Прохоренок Н.А., Дронов В.А. Python 3. Самое необходимое / Н.А. Прохоренок, В.А. Дронов. – 2-е изд. – С.-Петербург: БХВ-Петербург, 2019. – 608 с. – С. 11.
2. Брынза Н.С., Нямыц А.М. Использование языка программирования Python в анализе смертности / Н.С. Брынза, А.М. Нямыц // Университетская медицина Урала. – 2020. – Т. 6. – № 4 (23). – С. 10–13.
3. Нямыц А.М., Лебедева Д.И. Медицинская статистика в практическом здравоохранении / А.М. Нямыц, Д.И. Лебедева. – 2-е изд., откорректированное и доп. – Тюмень: ГАУ ТО МИАЦ, 2018. – 175 с. – С. 64–173.
4. Нямыц А.М. Медицинская аналитика как метод оценки эффективности и прогнозирования работы медицинской организации / А.М. Нямыц // Университетская медицина Урала. – 2016. – Т. 2. – № 2 (5). – С. 40–41.
5. Роль медицинской аналитики в развитии системы здравоохранения Российской Федерации / А.М. Нямыц, Е.Ю. Юсупова, И.А. Аникина, Д.В. Фадеев // Российская Академия медицинских наук. Бюллетень Национального Научно-Исследовательского Института Общественного Здоровья. – 2013. – № 1. – С. 256–258.
6. Статистика смертности в практическом здравоохранении / Н.С. Брынза, А.М. Нямыц, Е.Н. Иванова, Е.И. Салахова. – Тюмень, 2017. – С. 19–67.
7. Сезонная, недельная и околосоуточная динамика смертности от острого инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения / В.И. Торшин, А.Е. Северин, Н. Мансур // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Т. 9. – № 5. – С. 62–64.

REFERENCES

1. Prokhorenok N.A., Dronov V.A. Python 3. Essentials / N.A. Prokhorenok, V.A. Dronov. – 2nd ed. – St. Petersburg: BHV-Petersburg, 2019. – 608 p. – P. 11. (in Russian).
2. Brynza N.S., Neamtsu A.M. Using the Python Programming Language in Mortality Analysis / N.S. Brynza, A.M. Neamtsu // Universitetskaya medicina Urala (University medicine of the Urals). – 2020. – Vol. 6. – № 4 (23). – P. 10–13. (in Russian).
3. Neamtsu A.M., Lebedeva D.I. Медицинская статистика в практическом здравоохранении / A.M. Neamtsu, D.I. Lebedeva. – 2nd ed., corrected and add. – Tyumen: GAU TO MIATS, 2018. – 175 p. – P. 64–173. (in Russian).
4. Neamtsu A.M. Medical analytics as a method for evaluating the effectiveness and forecasting the work of a medical organization / A.M. Neamtsu // Universitetskaya medicina Urala (University medicine of the Urals). – 2016. – Vol. 2. – № 2 (5). – P. 40–41. (in Russian).
5. The role of the medical analytics in the development of the health care system in the Russian Federation / A.M. Neamtsu, E.Yu. Yusupova, I.A. Anikina, D.V. Fadeev // Byulleten` Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko (Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health). – 2013. – № 1. – P. 256–258. (in Russian).
6. Статистика смертности в практическом здравоохранении / N.S. Brynza, A.M. Neamtsu, E.N. Ivanova, E.I. Salakhova. – Tyumen, 2017. – P. 19–67. (in Russian).
7. Seasonal, weekly and daily dynamics of mortality from acute myocardial infarction and acute violations of cerebral circulation / V.I. Torshin, A.E. Severin, N. Mansur // Medicinskij vestnik Bashkortostana (Bashkortostan Medical Journal). – 2014. – Vol. 9. – № 5. – P. 62–64. (in Russian).

В.В. БИБИКОВА¹, младший научный сотрудник лаборатории организации здравоохранения Научно-исследовательского центра
viktoriiavb@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9221-226X>

В.Л. ЭМАНУЭЛЬ¹, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины, директор Научно-методического центра Минздрава России по молекулярной медицине
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2079-0439>

С.В. ЛАПИН¹, канд. мед. наук, заведующий лабораторией диагностики аутоиммунных заболеваний Научно-методического центра Минздрава России по молекулярной медицине

Применение клинических рекомендаций при мониторинге заболеваний в специализированной клинико-диагностической лаборатории

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, 197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8.
Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo st., St. Petersburg, 197022, Russian Federation.

Ключевые слова: специализированная клинико-диагностическая лаборатория, мониторинг заболеваний, клинические рекомендации, аутоиммунные заболевания, управление лабораторными услугами

Для цитирования: Бибикова В.В., Эмануэль В.Л., Лапин С.В. Применение клинических рекомендаций при мониторинге заболеваний в специализированной клинико-диагностической лаборатории // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 76–83.

For citation: Bibikova V.V., Emanuel V.L., Lapin S.V. Use of clinical guidelines during disease monitoring in specialized clinical laboratory // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 76–83.

Bibikova V.V., Emanuel V.L., Lapin S.V.

Use of clinical guidelines during disease monitoring in specialized clinical laboratory

The article represents the analysis of current practice and prospects of clinical guidelines utilization for disease monitoring in a specialized clinical laboratory. The data analysis is obtained based on retrospective study of inpatients test orders between 2016 and 2018 for monitoring of the 10 most prevalent autoimmune diseases. All orders were compared with the tests required by clinical guidelines approved in Russian Federation. It has been established that 70% of ordered laboratory tests deviated from clinical guidelines requirements in the direction of both overutilization and underutilization. Adherence to clinical guidelines can result in completeness of the examination, improvement of laboratory utilization management, as well as laboratory activity planning. However, the implementation of clinical guidelines in a specialized clinical laboratories practice is hampered by the insufficient specification of the laboratory examination block for rare chronic disease monitoring, which needs a priority solution.

Keywords: specialized clinical laboratory, laboratory disease monitoring, clinical guidelines, autoimmune diseases, laboratory services management

В статье представлен анализ текущей практики и определены перспективы применения клинических рекомендаций при оказании медицинских лабораторных услуг для мониторинга заболеваний в специализированной клинико-диагностической лаборатории. Данные для анализа получены на основе ретроспективного исследования лабораторных назначений (поступивших в 2016–2018 гг. из клиник университета) с целью мониторинга за активностью и прогрессированием процесса по десяти наиболее распространенным аутоиммунным заболеваниям. Лабораторные назначения были сопоставлены с исследованиями, предложенными в клинических рекомендациях, утвержденных в Российской Федерации. Установлено, что в 70% наблюдений назначения отклонялись от требований клинических рекомендаций как в сторону избыточного, так и в сторону недостаточного тестирования. Принятие клинических рекомендаций к исполнению обеспечит полноту обследования, позволит улучшить управление назначениями и планирование работы лаборатории. Однако их внедрению препятствует недостаточная конкретизация блока лабораторных исследований для мониторинга редких хронических заболеваний.

Введение

Рецидивирующий характер хронических заболеваний нередко приводит к госпитализации пациентов, неотъемлемым элементом которой является проведение лабораторных диагностических исследований для мониторинга активности и прогрессирования заболевания. Результаты лабораторных обследований играют важную роль в принятии клинических решений, что в значительной степени сказывается на качестве медицинского обслуживания в целом [1]. В недавней работе при опросе квалифицированных онкологов и кардиологов оказалось, что в 66% случаев они принимают решения на основе лабораторных анализов [2]. Применительно к орфанным заболеваниям значение лабораторной информации может оказаться еще выше.

Редкие и мало изученные заболевания наряду с рутинными лабораторными показателями требуют также выявления специфических биомаркеров, которые в виду сложности методик, необходимости специального оборудования и квалификации персонала, а также низкой востребованности в общей популяции, часто не выполняются в обычных клинико-диагностических лабораториях (КДЛ). Такие исследования целесообразно проводить в специализированных КДЛ, которые сосредотачивают свою активность вокруг узких предметных областей и способны обеспечить наиболее полное и информативное лабораторное обследование пациента благодаря высокому уровню компетентности в диагностике конкретной патологии и наличию высококвалифицированного персонала, позволяющего подобрать оптимальную схему обследования [3].

Адекватность обследования при мониторинге хронических заболеваний определяет эффективность терапии. Однако на практике наблюдается как недостаточное, так и избыточное использование возможностей специализированной КДЛ в результате редкой встречаемости заболеваний

и недостаточной осведомленности об актуальных лабораторных практиках, особенно среди молодых специалистов. Исследования, направленные на выявление целесообразности выполнения лабораторного тестирования, обнаружили примерно 20% избыточных заказов [4].

Соблюдение клинических рекомендаций, содержащих научно доказанную информацию по диагностике и лечению заболевания, может способствовать преодолению необоснованных различий при лабораторном мониторинге в специализированных КДЛ, повышая качество и безопасность медицинской деятельности, что обуславливает нормативную тональность применения клинических рекомендаций до 2024 года в Российской Федерации¹. В связи с этим вопросы текущей практики применения клинических рекомендаций в специализированных КДЛ при мониторинге заболеваний являются актуальными.

Цель работы

Провести анализ текущей практики применения клинических рекомендаций при оказании медицинских лабораторных услуг и определить перспективы их использования при мониторинге заболеваний в специализированной КДЛ.

Материалы и методы

В работе проведен анализ данных лаборатории Научно-методического центра Минздрава России по молекулярной медицине на базе Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова (далее – ЛДАЗ). Лаборатория специализируется на диагностике аутоиммунных заболеваний, что позволяет диагностировать заболевания и осуществлять мониторинг лечения. Были проанализированы лабораторные назначения больных из различных клиник университета, поступившие в 2016–2018 гг. с целью мониторинга за активностью и прогрессированием заболевания, по десяти наиболее

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 г. № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6–9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <http://government.ru/docs/all/137504/>

распространенным аутоиммунным заболеваниями. В каждом направлении был указан установленный ранее клинический диагноз пациента.

Лабораторные назначения всех пациентов ЛДАЗ были ретроспективно сопоставлены с исследованиями, предложенными к проведению для мониторинга активности и прогрессирования заболевания клиническими рекомендациями, утвержденными в Российской Федерации². При этом во внимание принимались только те исследования, которые выполняются в ЛДАЗ. Часть оказанных услуг была исключена из рассмотрения, т.к. клинические диагнозы пациентов, которым выполнялись данные услуги, не входили в перечень аутоиммунных заболеваний, принятый за базу сравнения³.

В соответствии с задачами исследования одной оказанной услуге могло соответствовать как единичное исследование,

так и совокупность нескольких лабораторных исследований, объединенных с целью повышения надежности диагностики заболеваний и синдромов.

В рамках настоящего исследования различные нозологические формы АНЦА-ассоциированных васкулитов были обособлены от прочих системных васкулитов и объединены в группу «АНЦА-ассоциированные васкулиты» ввиду того, что с позиции лечебной стратегии их рекомендуется рассматривать как единое состояние⁴.

Для статистической обработки использовался пакет R, version 4.1.0 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

Результаты

В течение 2016–2018 гг. в ЛДАЗ было обследовано 469 пациентов с целью мониторинга заболевания, 24% из которых обследовались более одного раза.

² Диагностика и лечение саркоидоза (согласительные клинические рекомендации) [Электронный ресурс]: утв. Российским респираторным обществом 09.04.2014. – 2014. – URL: <http://www.femb.ru/> (дата обращения: 11.07.2021); Клинические рекомендации «Болезнь Крона» (взрослые) [Электронный ресурс]: утв. Российской Гастроэнтерологической Ассоциацией, Общероссийской общественной организацией «Ассоциация колопроктологов России». – 2020. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/176_1 (дата обращения: 11.07.2021); Клинические рекомендации «Диагностика и лечение системной склеродермии (прогрессирующего системного склероза)» [Электронный ресурс]: утв. Ассоциацией ревматологов России. – 2013. – URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/> (дата обращения: 11.07.2021); Клинические рекомендации «Красная волчанка» (взрослые и дети) (проект) [Электронный ресурс]. – 2020. – URL: <https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>. (дата обращения: 11.07.2021); Клинические рекомендации «Локализованная склеродермия» (взрослые/дети) (проект) [Электронный ресурс]. – 2020. – URL: <https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/> (дата обращения: 11.07.2021); Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом [Электронный ресурс]: утв. Российской Гастроэнтерологической Ассоциацией, Общероссийской общественной организацией «Ассоциация колопроктологов России». – 2013. – URL: <http://www.femb.ru/> (дата обращения: 11.07.2021); Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с болезнью Крона [Электронный ресурс]: утв. Российской Гастроэнтерологической Ассоциацией, Общероссийской общественной организацией «Ассоциация колопроктологов России». – 2013. – URL: <http://www.femb.ru/> (дата обращения: 11.07.2021); Клинические рекомендации «Прогрессирующий системный склероз (системная склеродермия)» [Электронный ресурс]: утв. Ассоциацией ревматологов России. – 2016. – URL: <http://kobb45.ru/wp-content/uploads/2018/06/Progressivnyy-sistemnyj-skleroz-sistemnaya-sklerodermiya.pdf> (дата обращения: 11.07.2021); Клинические рекомендации «Ревматоидный артрит» [Электронный ресурс]: утв. Ассоциацией ревматологов России. – 2018. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/250_1 (дата обращения: 11.07.2021); Клинические рекомендации «Саркоидоз» (проект) [Электронный ресурс]. – 2019. – URL: https://spulmo.ru/download/2020_klin_rek_sarkoidoz_final.pdf (дата обращения: 11.07.2021); Клинические рекомендации «Язвенный колит» (взрослые) [Электронный ресурс]: утв. Российской Гастроэнтерологической Ассоциацией, Общероссийской общественной организацией «Ассоциация колопроктологов России». – 2020. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/193_1 (дата обращения: 11.07.2021); Федеральные клинические рекомендации по ведению больных дискоидной красной волчанкой [Электронный ресурс]: утв. Российским обществом дерматовенерологов и косметологов. – М., 2013. – URL: <http://www.femb.ru/> (дата обращения: 11.07.2021); Федеральные клинические рекомендации по ведению больных локализованной склеродермией [Электронный ресурс]: утв. Российским обществом дерматовенерологов и косметологов. – М., 2013. – URL: <https://mz19.ru/upload/iblock/c8b/skl.pdf> (дата обращения: 11.07.2021); Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системной красной волчанки [Электронный ресурс]: утв. Ассоциацией ревматологов России 05.10.2013. – 2013. – URL: <https://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii> (дата обращения: 11.07.2021); Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системных васкулитов [Электронный ресурс]: утв. Ассоциацией ревматологов России 17.12.2013. – 2013. – URL: <https://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii> (дата обращения: 11.07.2021); Федеральные клинические рекомендации «Ревматоидный артрит» [Электронный ресурс]: утв. Ассоциацией ревматологов России 05.10.2013. – 2013. – URL: <https://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii> (дата обращения: 11.07.2021).

³ List of Autoimmune Diseases / The Autoimmune Registry. [2019] URL: <http://www.autoimmuneregistry.org/the-list-1> (дата обращения: 12.10.2019).

⁴ Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системных васкулитов. С.19.

Таблица 1. Распределение пациентов, направлений и услуг при лабораторном мониторинге

Название заболевания	2016 г.			2017 г.			2018 г.			Всего		
	пац.	напр.	услуг									
Системная красная волчанка	23	23	59	30	41	91	31	44	80	84	108	230
Ревматоидный артрит	35	39	89	20	22	41	23	28	65	78	89	195
АНЦА-ассоциированные васкулиты	16	20	50	26	34	87	25	33	56	67	87	193
Другие системные васкулиты	9	10	21	13	17	32	10	22	38	32	49	91
Саркоидоз	9	9	9	24	26	27	11	12	18	44	47	54
Системная склеродермия	6	7	9	4	5	7	9	11	15	19	23	31
Язвенный колит	6	7	10	5	5	5	1	1	3	12	13	18
Локализованная склеродермия	1	1	1	1	1	1	9	10	11	11	12	13
Болезнь Крона	4	5	5	4	5	11	1	1	5	9	11	21
Дискоидная красная волчанка	–	–	–	3	3	4	6	8	15	9	11	19
ИТОГО	109	121	253	130	159	306	126	170	306	365	450	865

Пациентам из группы мониторинга было выполнено 1497 лабораторных исследований, что составило 13,5% от общего количества тестов, выполненных лабораторией пациентам клиник университета [5, с. 9]. В соответствии с направлениями на обследование было зарегистрировано 44 вида аутоиммунных заболеваний, 77% из которых встречались менее 10 раз. В то же время основную часть всей нозологии среди больных с аутоиммунными заболеваниями составили десять диагнозов, которые охватывают 88% от общего числа оказанных услуг, принятых к рассмотрению (табл. 1).

Число обследованных пациентов по профилю ЛДАЗ и объем исследований не демонстрирует устойчивой тенденции роста или сокращения и остается относительно стабильным в течение 2016 – 2018 годов. Количество услуг, оказанных в расчете на одного пациента по годам, также изменялось незначительно. Это положительно влияет на возможность применения клинических рекомендаций благодаря пониманию состава заболеваний и текущей практики лабораторных назначений.

Анализ соответствия выполненных лабораторных исследований клиническим

рекомендациям по ведению пациентов с конкретной патологией показал, что в 70% наблюдений заказанные услуги отклонялись от требований рекомендаций (табл. 2). Пациентам, которым были оказаны данные услуги, проводилось эмпирическое обследование на усмотрение лечащего врача.

По отдельным заболеваниям отклонения от клинических рекомендаций при заказе лабораторных услуг варьировались в широком диапазоне: от 5,3 до 100%. Так, при дискоидной красной волчанке соответствие заказанных тестов клиническим рекомендациям оставило 94,7%, однако это не отражает выполнение полного спектра предусмотренных исследований. Фактически же пациенту из шести рекомендованных услуг могла быть выполнена лишь одна. При системных васкулитах отклонение от клинических рекомендаций составило 100% ввиду того, что в данном документе не определены лабораторные исследования, которые целесообразно выполнять пациентам при мониторинге активности и прогрессирования заболевания⁵. Однако на практике лабораторные тесты систематически заказываются и выполняются.

⁵ Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системных васкулитов.

По наиболее распространенным нозологическим формам (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, АНЦА-ассоциированные и другие системные васкулиты) наблюдается наименьшее соответствие заказов клиническим рекомендациям – не более 29,6%, тогда как ожидалось, что врачи знают эти разновидности заболеваний лучше, следовательно, заказы будут больше соответствовать практике применения клинических рекомендаций.

Наименьшее количество услуг, отклоняющихся от клинических рекомендаций, при дискоидной красной волчанке и локализованной склеродермии можно объяснить небольшим числом наблюдений и широким блоком специализированного лабораторного обследования, которое необходимо проводить при всех формах заболевания для определения активности и исключения системности патологического процесса⁶.

Размах вариации заказанных исследований по отдельным заболеваниям составлял

5–8 услуг. В частности, девяти пациентам, страдающим АНЦА-ассоциированным васкулитом, было выполнено четыре и более лабораторных услуги, тогда как 24 пациента получили лишь одну услугу, при среднем значении для всех пациентов в 2,3 услуги и нормированных двух в клинических рекомендациях (рис. 1).

Однако следует отметить, что заказы аномально большого числа исследований при отдельных заболеваниях являются скорее исключением, чем практикой, и наблюдаются в единичных заявках (точки единичных данных на рисунке 1), что может быть обусловлено реальной клинической необходимостью, о которой не было известно специалистам КДЛ.

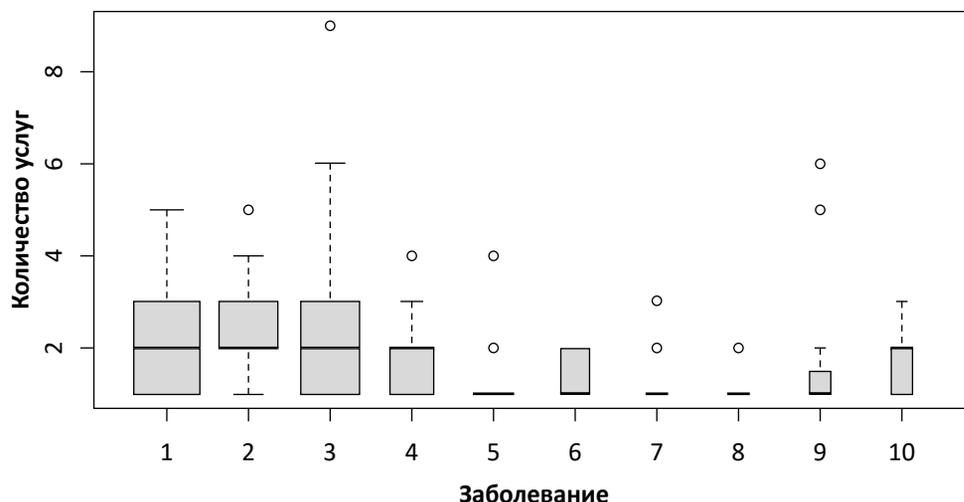
Наряду с заказами исследований, отсутствующих в клинических рекомендациях, пациентам не оказывались предписанные лабораторные услуги. Так, из 44 пациентов с саркоидозом, включенных в выборку, услуга «Активность ангиотензинпревращающего фермента», не была выполнена восьми пациентам,

Таблица 2. Распределение оказанных услуг в зависимости от их соответствия клиническим рекомендациям

Название заболевания	Соответствуют		Не соответствуют	
	услуг, ед.	% от общего кол-ва услуг по заболеванию	услуг, ед.	% от общего кол-ва услуг по заболеванию
Системная красная волчанка	68	29,6%	162	70,4%
Ревматоидный артрит	29	14,9%	166	85,1%
АНЦА-ассоциированные васкулиты	45	23,3%	148	76,7%
Другие системные васкулиты	–	–	91	100,0%
Саркоидоз	38	70,4%	16	29,6%
Системная склеродермия	28	90,3%	3	9,7%
Язвенный колит	10	55,6%	8	44,4%
Локализованная склеродермия	12	92,3%	1	7,7%
Болезнь Крона	11	52,4%	10	47,6%
Дискоидная красная волчанка	18	94,7%	1	5,3%
ИТОГО	259	29,9%	606	70,1%

⁶ Клинические рекомендации «Красная волчанка» (взрослые и дети) (проект). Клинические рекомендации «Локализованная склеродермия» (взрослые/дети) (проект). Федеральные клинические рекомендации по ведению больных дискоидной красной волчанкой. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных локализованной склеродермией.

Рисунок 1. Диаграмма размаха оказанных лабораторных услуг по видам заболеваний



1 – системная красная волчанка; 2 – ревматоидный артрит; 3 – ANCA-ассоциированные васкулиты; 4 – другие системные васкулиты; 5 – саркоидоз; 6 – системная склеродермия; 7 – язвенный колит; 8 – локализованная склеродермия; 9 – болезнь Крона; 10 – дискоидная красная волчанка

а у 25% пациентов, страдающих язвенным колитом, не был определен уровень кальпротектина в кале.

Обсуждение

Мониторинг пациентов с хроническими заболеваниями составляет важную часть работы специализированной лаборатории, и есть основания полагать, что данное направление деятельности продолжит развиваться параллельно с успехами фармакологии и точной медицины.

Для внедрения клинических рекомендаций в повседневную лечебную работу именно лабораторный мониторинг заболеваний является наиболее перспективным направлением. Это связано с наличием ранее установленного диагноза, что позволяет обоснованно применять клинические рекомендации и контролировать их исполнение. Однако в поведении клиницистов при формировании запросов на лабораторные исследования с целью мониторинга болезни существует значительная вариативность. При этом определить диагностическое обоснование назначений и оценить целесообразность

выбора соответствующего теста зачастую сложно ввиду отсутствия в заявках необходимой информации. С одной стороны, подобные отклонения от клинических рекомендаций следует рассматривать как негативные, которые необходимо избегать, поскольку это может отрицательно сказаться на состоянии пациента, а также доступности медицинских лабораторных исследований для разных групп населения. Расширение диалога между специалистами КДЛ и клиницистами будет способствовать внесению и совершенствованию содержания и форм применения лабораторных модулей в клинических рекомендациях.

С другой стороны, наличие частых подобных вариаций может свидетельствовать о необходимости пересмотра клинических рекомендаций, которые представляются неупорядоченными применительно к лабораторным исследованиям, что затрудняет их использование лечащими врачами и специалистами КДЛ при оказании медицинской помощи. Так, Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системной

⁷ Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системной красной волчанки.

красной волчанки (2013 г.)⁷ не содержат стандартизованный перечень лабораторных исследований, которые необходимо выполнять на этапе мониторинга активности и прогрессирования заболевания, а перечисленные лабораторные тесты не всегда можно однозначно соотнести с этапом лабораторного обследования (диагностика или мониторинг). Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системных васкулитов (2013 г.)⁸ давно не пересматривались.

Соблюдение требований клинических рекомендаций в части оказания лабораторных услуг при мониторинге заболеваний позволит повысить информативность обследования пациентов и значительно снизить расходы, связанные с нерациональным обследованием...

Из десяти рассмотренных заболеваний в рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России представлены актуальные клинические рекомендации только по трем заболеваниям: язвенный колит⁹, болезнь Крона¹⁰ и ревматоидный артрит¹¹.

Данные упущения требуют привлечения внимания профессионального сообщества к актуализации и дополнению клинических рекомендаций, в том числе по блоку лабораторной диагностики с выделением, в тех случаях, где это возможно, перечня и периодичности исследований, которые необходимо проводить при мониторинге активности и прогрессирования заболевания, что, по сути, представляет собой

внеплановое диспансерное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями. Это является особенно актуальным после принятия постановления Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6–9 и 11 статьи 37 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”», в соответствии с которым до 1 января 2024 года клинические рекомендации станут основой организации и оказания медицинской помощи в Российской Федерации¹².

Соблюдение требований клинических рекомендаций в части оказания лабораторных услуг при мониторинге заболеваний позволит повысить информативность обследования пациентов и значительно снизить расходы, связанные с нерациональным обследованием при таких заболеваниях, как ревматоидный артрит, системная красная волчанка, АНЦА-ассоциированные и системные васкулиты в связи с выполнением установленного перечня исследований с доказанным действием.

Важным моментом является также переориентация мышления специалистов КДЛ с «фабричной» модели предоставления точных и своевременных результатов по самой низкой из возможных цен, на миссию повышения ценности лабораторной информации в отношении показателей здоровья пациента. Этому будет способствовать координация действий специалистов КДЛ и клиницистов, а также внедрение клинико-диагностическими лабораториями панелей тестов, состоящих из соответствующих клиническим рекомендациям и объединенных по медицинским

⁸ Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системных васкулитов.

⁹ Клинические рекомендации «Язвенный колит» (взрослые).

¹⁰ Клинические рекомендации «Болезнь Крона» (взрослые).

¹¹ Клинические рекомендации «Ревматоидный артрит».

¹² Постановление Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 г. № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6–9 и 11 статьи 37 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”». URL: <http://government.ru/docs/all/137504/>

показаниям исследований. Это упростит процесс заказа лабораторных услуг со стороны лечащих врачей, которые не всегда осведомлены о требованиях клинических рекомендаций, позволит лучше охарактеризовать особенности и протекание заболевания, что, в конечном счете, будет содействовать повышению доступности, качества и безопасности медицинской помощи.

Внедрение предложенных инструментов в практику деятельности КДЛ позволит обеспечить целевое и основанное на потребностях (пациентоориентированное) предоставление услуг, дополнительным эффектом которого является экономия затрат.

Заключение

Проведенный анализ текущей практики оказания медицинских лабораторных услуг пациентам с установленным ранее диагнозом свидетельствует о том, что широкие диагностические возможности специализированной КДЛ используются не в полной мере. Это может быть как следствием недостаточного знания

патологии лечащими врачами, так и отсутствия их эффективного взаимодействия со специалистами КДЛ, и проявляется в избыточных или недостаточных заказах диагностических тестов, снижающих ценность лабораторной информации.

Повышению качества лабораторной информации для пациента при мониторинге заболевания будет способствовать соблюдение требований клинических рекомендаций, которые содержат перечень доказательных исследований, минимизирующих риск субъективности и необоснованности назначений. Принятие клинических рекомендаций к исполнению до 2024 года обеспечит полноту обследования, позволит улучшить управление лабораторными назначениями, а также планирование работы и бюджета лаборатории. Однако внедрению клинических рекомендаций в практику деятельности специализированной КДЛ препятствует недостаточная конкретизация в них блока лабораторных исследований для мониторинга редких хронических заболеваний, что нуждается в первоочередном решении.

ИСТОЧНИКИ

1. *Sikaris K.* Enhancing the Clinical Value of Medical Laboratory Testing [Текст] / K. Sikaris // Clin Biochem Rev. – 2017. – № 38(3). – P. 107–114.
2. *Rohr U.* The Value of In Vitro Diagnostic Testing in Medical Practice: A Status Report [Текст] / U. Rohr, C. Binder, T. Dieterle, F. Giusti, C. Messina, E. Toerien, H. Moch, H. Schäfer // PLOS ONE. – 2016. – № 11(3). – P. e0149856.
3. *Бибикова В.В.* Современное положение специализированной клинико-диагностической лаборатории и ее роль при переходе к персонализированной медицине [Текст] / В.В. Бибикова, В.Л. Эмануэль // Лабораторная служба. – 2020. – № 9(3). – С. 16–23.
4. *Bindraban R.* Reducing Test Utilization in Hospital Settings: A Narrative Review [Текст] / R. Bindraban, M. Berg, C. Naaktgeboren, M. Kramer, W. Solinge, P. Nanayakkara // Annals of Laboratory Medicine. – 2018. – № 38(5). – P. 402–412.
5. *Бибикова В.В.* Анализ лабораторного мониторинга и перспективы использования его результатов в деятельности специализированной клинико-диагностической лаборатории [Текст] / В.В. Бибикова, В.Л. Эмануэль // Медицинский алфавит. Серия «Современная лаборатория». – 2020. – Т. 1. – № 5 (419). – С. 8–12.

REFERENCES

1. *Sikaris K.* Enhancing the Clinical Value of Medical Laboratory Testing [Текст] / K. Sikaris // Clin Biochem Rev. – 2017. – № 38(3). – P. 107–114.
2. *Rohr U.* The Value of In Vitro Diagnostic Testing in Medical Practice: A Status Report [Текст] / U. Rohr, C. Binder, T. Dieterle, F. Giusti, C. Messina, E. Toerien, H. Moch, H. Schäfer // PLOS ONE. – 2016. – № 11(3). – P. e0149856.
3. *Bibikova V.V.* Current status of specialized clinical laboratory and its role in facilitating a transition towards personalized medicine [Текст] / V.V. Bibikova, V.L. Emanuel // Laboratornaya sluzhba (Laboratory Service). – 2020. – № 9(3). – S. 16–23 (In Russian).
4. *Bindraban R.* Reducing Test Utilization in Hospital Settings: A Narrative Review [Текст] / R. Bindraban, M. Berg, C. Naaktgeboren, M. Kramer, W. Solinge, P. Nanayakkara // Annals of Laboratory Medicine. – 2018. – № 38(5). – P. 402–412.
5. *Bibikova V.V.* Laboratory monitoring analysis and prospects for using its results in specialized clinical diagnostic laboratory [Текст] / V.V. Bibikova, V.L. Emanuel // Medicinskij alfavit. Seriya «Sovremennaya laboratoriya» (Medical Alphabet. Modern Laboratory). – 2020. – Т. 1. – № 5 (419). – S. 8–12 (In Russian).

Ю.Н. ФИЛИППОВ¹, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФДПО, profphiliprov@inbox.ru

И.А. КЛЕМЕНОВА¹, д-р мед. наук, проф. кафедры кожных и венерических болезней, 1prorector@pimunn.ru

Л.Н. КОПТЕВА¹, канд. мед. наук, доц. кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО, lara.kopteva@yandex.ru

О.А. ДОЩАННИКОВА¹, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО, docdosh@yandex.ru

Проблема обеспечения качества дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения в условиях осуществления электронных торгов

¹ ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, 603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Privolzhsky Research Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 10/1, Minin and Pozharsky Square, Nizhny Novgorod, 603005, Russian Federation.

Ключевые слова: непрерывное медицинское образование, программы дополнительного профессионального образования, нормативно-правовое регулирование, качество образовательных услуг для медицинских работников, конкуренция поставщиков образовательных услуг

Для цитирования: Филиппов Ю.Н., Клеменова И.А., Коптева Л.Н., Дощанникова О.А. Проблема обеспечения качества дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения в условиях осуществления электронных торгов // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 84–89.

For citation: Filippov Yu.N., Klemenova I.A., Kopteva L.N., Doshhannikova O.A. The problem of ensuring the quality of additional professional education of health professionals in the context of electronic bidding // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 6. – P. 84–89.

Filippov YU.N., Klemenova I.A., Kopteva L.N., Doshhannikova O.A.

The problem of ensuring the quality of additional professional education of health professionals in the context of electronic bidding

The decrease in the population's satisfaction with the medical care provided is largely due to problems in providing medical workers with high-quality postgraduate training related to the conditions regulated by the 44-FZ in determining the provider of educational programs. The research material was the results of electronic bidding for the provision of paid educational services in the framework of additional professional education of health professionals for 2016-2019. The comparative characteristics of the results of lost auctions and the structure of the winning organizations that competed with the medical University are presented. State Federal educational institutions that implement high-quality educational programs are squeezed out of the educational services market by numerous "other" organizations that win electronic auctions at the expense of final prices that are not real for the quality of the service. To improve the quality of postgraduate training and retraining of medical professionals, proposals have been developed to amend the current regulatory framework, expanding the rights of the customer in determining the provider of educational services during electronic bidding.

Keywords: continuing medical education, continuing education programs, legal regulation, quality of educational services for medical professionals, competition of educational services providers

Снижение удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью в значительной степени обусловлено проблемами в обеспечении медицинских работников качественной последиplomной подготовкой, связанной с условиями, регламентированными Федеральным законом от 05.04.2013 № 44-ФЗ¹ в определении поставщика образовательных программ. Материалом исследования послужили результаты электронных торгов по предоставлению платных образовательных услуг в рамках дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения за 2016–2019 гг. Представлена сравнительная характеристика результатов проигранных аукционов и структура организаций-победителей, составлявших конкуренцию медицинскому вузу. Государственные федеральные образовательные учреждения, реализующие качественные образовательные программы, вытесняются с рынка образовательных услуг многочисленными «иными» организациями, выигрывающими электронные

¹ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

аукционы за счет не реальных для качественного исполнения услуги финальных цен. Для повышения качества последипломной подготовки и переподготовки медицинских работников разработаны предложения по внесению изменений в действующую нормативную базу, расширяющие права заказчика при определении поставщика образовательных услуг в ходе электронных торгов.

Введение

«Обеспечение доступности и качества медицинской помощи – первостепенная задача системы здравоохранения в Российской Федерации» – этот тезис красной линией прослеживается во всех важнейших нормативных актах последних десятилетий, регламентирующих перспективы развития отрасли [8, 9]. Одним из общепризнанных главных условий достижения этой цели является обеспечение отрасли кадровым составом, имеющим высокий уровень профессиональной подготовки, в полном объеме. И, если проблема кадрового дефицита в здравоохранении обсуждается еще с прошлого века, то вопрос о недостаточности квалификации врачей и снижении удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью возник только в последние десятилетия. В значительной степени решить эту проблему призвано кардинальное реформирование системы последипломной подготовки специалистов, предусматривающее активизацию непрерывности процесса повышения квалификации медицинских работников [1-4]. Однако эффективность этой системы можно будет оценить не ранее, чем в среднесрочной перспективе.

В настоящее время нарастает актуальность вопроса качества предоставляемых образовательных услуг для специалистов здравоохранения на современном рынке. И, если на этапе получения высшего образования конкуренция поставщиков образовательных услуг представлена образовательными организациями государственного уровня, то на рынке последипломной подготовки – организациями и предприятиями, деятельность которых порой далека от сферы здравоохранения.

Как известно, из четырех законных способов определения поставщика-победителя торгов, регламентированных Федеральным законом от 05.04.2013 № 44-ФЗ [5], наиболее востребованными являются электронные аукционы и запрос котировок, в которых

единственным критерием определения победителя является цена. Именно они, по данным, приводимым Е.Ф. Гуцелюк, при закупке образовательных услуг используются более, чем в 93% [6]. Конкурсы же, позволяющие определить существенные ограничения для поставщика услуг, и таким образом получить высококачественный информационный продукт, используются крайне редко (6,4%). Объясняется это, как правило, большей трудоемкостью в подготовке и осуществлении данной формы закупки.

Цель исследования

Выявление принципиальных изменений в системе последипломной подготовки специалистов, которые могли отрицательно повлиять на качество дополнительного профессионального образования врачебного персонала, и разработка возможных путей их корректировки.

Материал и методы

Исследование проведено на базе ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» («ПИМУ») Минздрава России.

Материалом исследования послужили результаты электронных торгов по предоставлению платных образовательных услуг в рамках дополнительного профессионального образования (ДПО) специалистов здравоохранения за 2015–2019 годы, проводимых на электронных площадках «Сбербанк – Автоматизированная система торгов», «Национальная электронная площадка», «Электронная площадка РТС тендер», «Единая электронная торговая площадка. Роселторг».

В ходе настоящего исследования представлена сравнительная характеристика результатов проигранных аукционов и структура организаций-победителей, составлявших конкуренцию медицинскому вузу на протяжении исследуемого периода.

Проводился сравнительный анализ нормативной базы, регламентирующей

правила допуска организаций к предоставлению услуг по ДПО специалистов здравоохранения, а также изучение результатов участия ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России в электронных аукционах с целью предоставления медицинским организациям образовательных услуг в сфере ДПО.

В исследование включены результаты 188 электронных аукционов по предоставлению образовательных услуг в области ДПО. Статистическая обработка материала осуществлялась с применением программы Microsoft Excel for Windows 10. Результаты представлены в виде доли с указанием стандартной ошибки.

Результаты и обсуждение

За период с января 2015 года по сентябрь 2019 года ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России приняло участие в 188 электронных аукционах по предоставлению образовательных услуг в области ДПО специалистам здравоохранения медицинских организаций, расположенных в различных регионах Российской Федерации. Наименованием объекта закупки в 46% случаев было оказание образовательных услуг специалистам со средним профессиональным образованием, в остальном (54%) – предоставление образовательных услуг для специалистов с высшим медицинским образованием. Сумма начальных максимальных цен электронных контрактов (НМЦК) всех проигранных электронных аукционов составила 45 688 323,00 рубля, итоговая сумма потерь по которым составила 17 982 285,00 рублей. В среднем, доля снижения НМЦК в ходе электронных аукционов составила 57%. Минимальная итоговая стоимость электронных контрактов составила 21 098,26 рублей, что представляло собой 7,7% от начальной максимальной стоимости.

На *рисунке* приведены результаты участия ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России в электронных аукционах по предоставлению услуг ДПО. В структуре организаций-победителей по результатам электронных аукционов прослеживается абсолютное превалирование автономных некоммерческих организаций (30%) и обществ с ограниченной ответственностью (31%). Доля

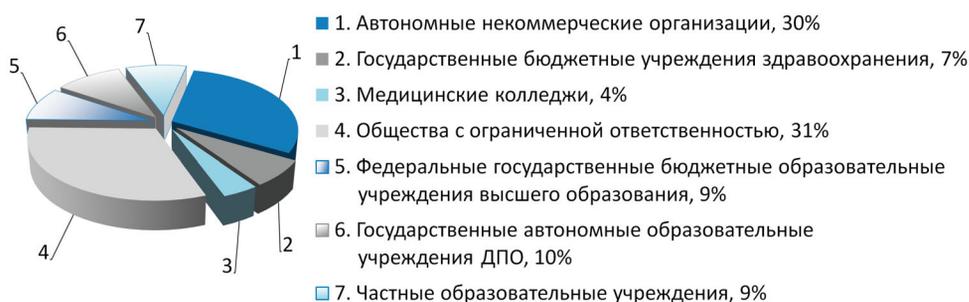
государственных образовательных учреждений высшего образования составляет в общей сложности 19% и представлена государственными бюджетными (9%) и государственными автономными образовательными учреждениями (10%). Незначительную долю организаций-победителей электронных аукционов составляют медицинские колледжи (4%), государственные бюджетные учреждения здравоохранения (7%) и частные образовательные учреждения (9%).

При ознакомлении с общедоступными материалами, характеризующими участников электронных аукционов, оказалось, что только в 19% случаев победителями были государственные образовательные организации, аккредитованные в Минздраве России, т.е. организации, созданные целенаправленно для подготовки медицинских кадров и выполняющие эту работу под контролем профильного министерства. Во всех остальных случаях это были организации, зачастую не имеющие отношения ни к медицине, ни к подготовке специалистов здравоохранения.

Так, например, право на повышение квалификации врачей-терапевтов ЦРБ одного из районов Нижегородской области путем снижения стартовой цены контракта на 72%, получило общество с ограниченной ответственностью, расположенное в сотнях километров от места оказания образовательных услуг, имеющее трёх штатных сотрудников и занимающееся изучением конъюнктуры рынка, юридическими и социальными услугами.

Основа системы качественной базовой подготовки и последующего непрерывного совершенствования профессиональных знаний и навыков специалистов здравоохранения, именуемая в настоящее время как «образование через всю жизнь», была заложена в РФ еще в 1934 году с выходом Постановления ЦИК СССР «О подготовке врачей» [7], регламентировавшим необходимость «прохождения городскими врачами практических курсов по специальности при институтах усовершенствования врачей, медицинских институтах и крупных больницах», а сельским врачам и врачам

Рисунок. Структура организаций-победителей электронных аукционов



отдалённых местностей «обязательного предоставления раз в три года командировок на курсы в институты усовершенствования». За последующие десятилетия был накоплен огромный опыт последиplomной работы, реализуемый по унифицированным программам факультетами, институтами и академиями последиplomного образования, под постоянным контролем профильных министерств [8,9].

Последнее десятилетие привнесло кардинальные изменения в нормативную базу, регламентирующую правила допуска организаций к предоставлению услуг по ДПО специалистов. Так, действующий в настоящее время Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [10] предоставляет право любой организации, имеющей лицензию на «образование профессиональное дополнительное» самостоятельно разрабатывать и утверждать образовательные программы. Реализация этих программ, благодаря приказу Министерства образования и науки РФ от 23.08.2017 № 816², может осуществляться без какого-либо «непосредственного взаимодействия педагогического работника с обучающимся в аудитории», т.е. без персонального контакта с обучающимся на протяжении всего периода подготовки – от регистрации и до выдачи соответствующего документа.

Принимая во внимание прогрессивность и удобство для обучаемого современных дистанционных образовательных методик, считаем, что их эффективность возможна только при условии высокого качества предлагаемого образовательного материала и постоянного интерактивного контроля

за его усвоением со стороны образовательной организации, что в свою очередь требует значительных материальных ресурсов. Вызывают большие сомнения возможности выполнения этих принципиальных условий многочисленными «иными» организациями, выигрывающими электронные торги за счет демпинга, не имеющими соответствующего кадрового обеспечения, но при этом активно участвующими в повышении квалификации медицинских кадров.

В значительной мере формированию перекосов в функционировании последиplomной образовательной среды поспособствовали, по нашему мнению, некоторые нормы Федерального закона № 44-ФЗ. Разработанный из благих намерений – развитие добросовестной конкуренции, обеспечение гласности и прозрачности закупки, предотвращение коррупции и других злоупотреблений, закон, к сожалению, не дал четкой дифференциации товара материального и интеллектуального. В связи с этим, при определении победителя в электронных формах контрактов, качество закупаемых образовательных услуг сведено до «несущественных» условий и, как было уже указано ранее, практически единственным критерием определения победителя, предоставляющего полностью интеллектуальный продукт, стала цена.

Другим отрицательным моментом для функционирования последиplomной образовательной среды стало отстранение самого специалиста, лица, заинтересованного в качественном информационном продукте, – от процесса выбора образовательного цикла. В соответствии с приказом Министерства экономического развития

² «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ».

РФ от 29.10.2013 № 631 «Об утверждении Типового положения (регламента) о контрактной службе», эта функция перешла к контрактному управляющему – специалисту другого направления трудовой деятельности и имеющего принципиально другие мотивации как в отношении трудовых затрат при организации закупки, так и в отношении стоимости образовательного продукта.

Еще один фактор, который, по нашему мнению, достоин обсуждения – это молчаливое согласие специалистов, получивших в результате вышеприведенных обстоятельств низкокачественную, но не требующую никаких усилий в освоении образовательную программу и завершающуюся, как и полноценное повышение квалификации, документом, дающим право на продолжение (или начало новой) профессиональной деятельности.

Не претендуя на кардинальное решение задачи обеспечения специалистов отрасли качественным информационным продуктом при прохождении циклов повышения квалификации, мы, тем не менее, считаем необходимым предложить пути, которые могли бы способствовать решению этой проблемы. Значительный прогресс в обеспечении гарантий качества ДПО могли бы обеспечить изменения и дополнения, внесенные в действующий Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ, а именно в ст. 93 – «Осуществление закупки у единственного поставщика (подрядчика, исполнителя)».

Действующая редакция части 1, п. 4, ст. 93 44-ФЗ уже сейчас позволяет медицинским организациям закупить нужный и качественный информационный продукт. Однако правоприменение данного положения ограничено объемом допустимых к расходованию средств. Как правило, руководитель медицинской организации старается придержать этот резерв для обеспечения незапланированных и неотложных многоцелевых нужд медицинской организации и, поэтому, для закупки образовательных программ эти средства практически не используются.

Часть 1, п. 5, ст. 93 44-ФЗ значительно расширяет финансовые возможности

руководителя государственной организации при работе с единственным поставщиком: «...при этом годовой объем закупок, которые заказчик вправе осуществить на основании настоящего пункта ... на сумму, не превышающую шестисот тысяч рублей, не должен превышать пяти миллионов рублей или не должен превышать пятидесяти процентов совокупного годового объема закупок заказчика и не должен составлять более чем тридцать миллионов рублей». Однако данное положение Закона распространяет только на «осуществление закупки товара, работы или услуги государственным или муниципальным учреждением культуры, уставными целями деятельности которого являются сохранение, использование и популяризация объектов культурного наследия, а также иным государственным или муниципальным учреждением».

Наше предложение сводится к включению в перечень организаций, допущенных к работе с единственным поставщиком на условиях части 1, п. 5, ст. 93 44-ФЗ государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Предлагаем читать его в следующей редакции: «осуществление закупки товара, работы или услуги государственным или муниципальным учреждением культуры, уставными целями деятельности которого являются сохранение, использование и популяризация объектов культурного наследия, а также иным государственным или муниципальным учреждением ... государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения...» далее по тексту.

Однако, учитывая общегосударственную важность соблюдения качества ДПО не только медицинских работников, но и учителей, инженерно-технических работников и т.д., мы предлагаем обсудить вопрос о более широком правоприменении вносимых изменений, а именно – включить в часть 1 ст. 93 Федерального закона № 44-ФЗ дополнительно пункт 5б и читать его в следующей редакции: «заключение государственными и муниципальными учреждениями контракта на оказание образовательных услуг по дополнительным профессиональным образовательным программам».

Заключение

Систематическая подготовка специалистов отрасли по программам ДПО является одним из обязательных условий обеспечения качества оказываемой медицинской помощи в Российской Федерации.

1. Существующая в настоящее время нормативная правовая база, регламентирующая реализацию программ ДПО для специалистов здравоохранения, способствует вытеснению с рынка образовательных услуг образовательных организаций, аккредитованных в Минздраве

России, и заполнению его продукцией организаций, неподконтрольных отраслевому министерству.

2. Предлагаемые изменения нормативной правовой базы позволят расширить возможности руководителей государственных и муниципальных медицинских учреждений в выборе программ ДПО для специалистов здравоохранения и, таким образом, будут способствовать росту их квалификации и повышению качества оказываемой медицинской помощи в РФ.

ИСТОЧНИКИ

1. Минко Н.Т. Переход на модульные программы дополнительного профессионального образования как условие повышения качества подготовки медицинских работников // Россия и Европа: связь культуры и экономики: Матер. VIII междунар. научно-практ. конф. – 2014. – С. 92–96.
2. Чертухина О.Б. Использование инновационных образовательных технологий для повышения качества взаимодействия медицинского персонала и пациентов / О.Б. Чертухина, О.А. Хашина, М.В. Есина, О.Е. Хозяинова // Управление качеством медицинской помощи. – 2014. – № 1. С. 94–97.
3. Блашенцева С.А. О внедрении системы непрерывного профессионального развития медицинских специалистов. Опыт самарской области / С.А. Блашенцева, С.Н. Измалков // Заместитель главного врача. – 2013. – № 3(82). – С. 59–63.
4. Чеснокова И.В. Структура и основные принципы непрерывного медицинского образования на современном этапе / И.В. Чеснокова // Развитие образования. – С. 2019. – № 1(3). С. 58–60.
5. Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.pro-goszakaz.ru/44fz-poslednyaya-redakciya>.
6. Гуцелюк Е.Ф. Экономические риски системы государственных и муниципальных закупок / Е.Ф. Гуцелюк, О.С. Белокрылова // Вопросы регулирования экономики. – 2015. – № 4(6). – С. 154–161.
7. Постановление ЦИК СССР от 09.03.1934 № 348 «О подготовке врачей» [Электронный ресурс] URL: <http://istmat.info/node/41631>.
8. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [Электронный ресурс] URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/>
9. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”» [Электронный ресурс] URL: <http://docs.cntd.ru/document/556183184>.
10. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] URL: <https://base.garant.ru/70291362/4c3e49295da6f4511a0f5d18289c6432/>.

REFERENCES

1. Minko N.T. Transition to modular programs of additional professional education as a condition for improving the quality of training of medical professionals. Materialy VIII mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferentsii «Rossiya i Evropa: svyaz' kul'tury i ehkonomiki». 2014: 92–96.
2. Chertukhina O.B., Khashina O.A., Esina M.V., Khozyainova O.E. Use of innovative educational technologies to improve the quality of interaction between medical staff and patients // Upravlenie kachestvom meditsinskoj pomoshhi. 2014; 1: 94–97.
3. Blashentseva S.A., Izmailkov S.N. Introduction of the system of continuous professional development of medical specialists. Experience of the Samara region // Zamestitel' glavnogo vracha. 2013; 3(82): 59–63.
4. Chesnokova I.V. Structure and basic principles of continuing medical education at the present stage // Razvitie obrazovaniya. 2019; 1(3): 58–60.
5. Federal law No. 44-FZ of 05.04.2013 “On the contract system for the procurement of goods, works, and services for state and municipal needs” [Electronic Resource]. URL: <https://www.pro-goszakaz.ru/44fz-poslednyaya-redakciya>.
6. Gutselyuk E.F., Belokrylova O.S. Economic risks of the state and municipal procurement system // Voprosy regulirovaniya ehkonomiki. 2015; 4(6): 154–161.
7. Resolution of the CEC of the USSR No. 348 of 09.03.1934 “On training of doctors” [Electronic Resource]. URL: <http://istmat.info/node/41631>.
8. Decree of the President of the Russian Federation of 07.05.2018 No. 204 “On national goals and strategic objectives of the Russian Federation for the period up to 2024” [Electronic Resource]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/>.
9. Resolution of the Government of the Russian Federation of 26.12.2017 No. 1640 “On approval of the state program of the Russian Federation “development of health care”» [Electronic Resource]. URL: <http://docs.cntd.ru/document/556183184>.
10. Federal law No. 273-FZ of December 29, 2012 “On education in the Russian Federation” (as amended) [Electronic Resource]. URL: <https://base.garant.ru/70291362/4c3e49295da6f4511a0f5d18289c6432/>

Издание «Вестник Росздравнадзора» входит в перечень ведущих рецензируемых журналов, включенных Высшей аттестационной комиссией России в список изданий, рекомендуемых для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук. Для соблюдения требований ВАК авторские статьи должны представляться в строгом соответствии с правилами, приведенными ниже.

1. Опубликованию в журнале подлежат только статьи, ранее не публиковавшиеся в других изданиях, в т.ч. электронных. Не допускается предоставление в редакцию работ, направленных в другие журналы.
2. Диссертационные статьи должны сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, при необходимости – экспертным заключением, иметь визу руководителя или заместителя руководителя учреждения, направившего статью, и быть заверены печатью. В редакцию журнала также направляется скан первой страницы статьи в формате Adobe Acrobat (*.pdf) с подписями всех авторов.
3. Все материалы, поступающие в редакцию, проходят проверку в системе «Антиплагиат», рецензируются, редактируются и, при необходимости, сокращаются. При возникновении у рецензента или редактора вопросов и замечаний статья с комментариями и рекомендациями по доработке возвращается автору. Датой поступления статьи в редакцию считается дата получения редакцией окончательного варианта статьи.
4. С каждым из авторов в обязательном порядке заключается договор (простая неисключительная лицензия) на право опубликования статьи.
5. Статьи представляются в редакцию в электронном виде в формате MS Word. Размер оригинальных статей, включая таблицы, рисунки, список источников и резюме, не должен превышать 10–12 страниц, обзорных – 12–14 страниц. Название статьи должно быть кратким (не более 150 знаков) и точно отражать ее содержание. Если статья имеет одного или двух авторов, она должна сопровождаться фотографиями авторов, представленными в формате TIFF или JPEG с разрешением 300 dpi (точек на дюйм). Фото предоставляются в редакцию вместе со статьей. Текст статьи должен быть напечатан шрифтом Times New Roman, формат страницы А4, размер кегля – 14, межстрочный интервал – 1,5. Тире и дефис в тексте должны быть различимы (дефис (-) ставится в сложных словах, тире (–) между словами и в числовых интервалах (20–30)). В начале статьи пишутся инициалы и фамилия каждого автора, его ученая степень и звание, место работы и должность, электронный почтовый адрес для опубликования, при наличии – ORCID (персональный код автора для однозначной идентификации его произведений). Ниже на русском и английском языках указывается название статьи, наименование учреждения, инициировавшего работу, его почтовый адрес. К статье необходимо приложить краткое резюме на русском и английском языках объемом не более 1500 знаков с пробелами, в начале которого полностью повторить фамилии авторов и заглавие статьи. Резюме для научных диссертационных статей должно иметь следующую структуру: 1) цель исследования, 2) материалы и методы, 3) результаты и заключение. Перевод резюме на английский язык должен быть выполнен профессиональным переводчиком и четко отражать содержание статьи, т.к. резюме является основным источником информации о публикации в международных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. В конце резюме следует дать ключевые слова (5–10 слов через запятую в порядке значимости), которые также будут использоваться для индексирования публикации в информационно-поисковых системах.
6. Оригинальные научные статьи должны иметь строго определенную структуру:

Введение. Необходимо сформулировать актуальность и необходимость проведения исследования, а также дать краткую характеристику состоянию вопроса на современном этапе со ссылками на наиболее значимые публикации (до 1 страницы).

Цель исследования. Кратко (2–4 предложения) изложить цель проведенного исследования/работы.

Материалы и методы. Необходимо перечислить все методы исследований, применявшиеся в работе, дать описание статистических методов и статистический пакет, применявшийся при обработке результатов.

Результаты и обсуждение. Выводы (заключение). Предоставлять данные нужно в логической последовательности в тексте, таблицах и на рисунках. Величины измерений должны соответствовать Международной системе единиц (СИ). Необходимо подчеркнуть новизну результатов собственного исследования и, по возможности, сопоставить их с данными других исследователей. После обсуждения необходимо привести обоснованные рекомендации и краткое заключение (выводы).

7. Научно-практические и обзорные статьи, а также статьи на основе материалов отчетов, конференций, форумов, лекций и др. могут оформляться иначе, но должны иметь четкую логическую структуру и состоять из следующих частей: введение, основная часть, поделенная на разделы в логической последовательности (каждому разделу необходимо дать заголовок), заключение.
8. Статья может быть иллюстрирована таблицами, графиками, рисунками, фотографиями (предпочтительно цветными). Все таблицы, фотографии и графические материалы должны иметь название, номер и соответствующие ссылки в тексте статьи. Названия рисунков, заголовки граф таблиц должны точно соответствовать их содержанию. Иллюстрации в виде графиков и диаграмм необходимо дополнить цифровыми данными в форме таблицы в MS Excel, т.к. в соответствии с технологией верстки журнала рисунки не копируются, а создаются вновь. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Необходимо указать единицы измерения ко всем показателям на русском языке.
9. Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены; в сноске необходимо указать источник, его название, год, выпуск, страницы. Все сокращения, аббревиатуры при первом упоминании должны быть раскрыты, химические и математические формулы также должны быть тщательно выверены. Малоупотребительные и узкоспециальные термины, встречающиеся в статье, должны иметь пояснения.
10. Библиографические ссылки (внутритекстовые, подстрочные) оформляются в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5-2008. Пример оформления предоставляется редакцией после утверждения статьи к публикации.
11. Библиографический список (список литературы, источников) оформляется в соответствии с ГОСТ Р 7.1 и ГОСТ Р 7.80. Пример оформления предоставляется редакцией после утверждения статьи к публикации.
Источники являются обязательным разделом статьи. В источники включаются только авторские работы. Нормативные правовые акты и другие официальные документы указываются в подстраничных ссылках. Библиографический список после текста статьи должен содержать не более 15 наименований. Ссылки на источники приводятся в порядке цитирования в статье. При использовании Интернет-ресурсов указывается URL и дата обращения. Если в источнике литературы допущены явные неточности или он не упоминается в тексте статьи, редакция оставляет за собой право исключить его из списка. В тексте статьи ссылки на источники даются в квадратных скобках арабскими цифрами в соответствии с номерами в библиографическом списке.
12. Авторы статей должны предоставлять библиографический список (список литературы – References) в двух вариантах: на языке оригинала и латиницей (романским алфавитом) в соответствии с требованиями международных систем цитирования. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, переведенном на латиницу. В романском алфавите для русскоязычных источников требуется следующая структура библиографической ссылки: авторы (транслитерация по ГОСТ 7.79-2000), перевод названия статьи или книги на английский язык, название источника (транслитерация по ГОСТ 7.79-2000. Если у источника есть официальное дублирующее название на английском языке, его необходимо дать в скобках после транслитерации), выходные данные (год, номер), указание на язык статьи в скобках (in Russian). Пример оформления предоставляется редакцией после утверждения статьи к публикации.
13. В конце статьи обязательно следует указать фамилию, имя и отчество контактного лица, его электронный адрес и телефон для мобильной связи.
14. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, могут быть отклонены без рассмотрения.
15. Рукописи должны быть тщательно выверены и отредактированы. Авторы несут полную ответственность за содержание и безупречное языковое оформление текста, особенно за правильную научную терминологию.
16. Рукописи, отправленные авторам для доработки, должны быть возвращены в редакцию не позднее, чем через две недели после получения. В противном случае сроки ее опубликования могут быть отодвинуты. Ответственному (контактному) автору принятой к публикации статьи направляется финальная версия верстки, которую он обязан проверить в течение двух суток. При отсутствии реакции со стороны автора верстка статьи считается утвержденной.
17. Перепечатка материалов, опубликованных в журнале, другими физическими и юридическими лицами возможна только с письменного разрешения редакции с обязательной ссылкой на первоисточник – журнал «Вестник Росздравнадзора».
18. За публикацию статей плата с авторов не взимается.
19. Статьи предоставляются в редакцию по электронной почте: **vestnikrzn@mail.ru**. Сопроводительные документы в отсканированном виде также пересылаются по электронной почте. Чтобы убедиться, что статья получена, при отправке пользуйтесь параметром «уведомление» или позвоните в редакцию: **+7(967)161-34-35** или **+7(903) 792-76-81**.



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ
В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ПОДПИСКА НА 2021 год

Комплексное обсуждение
проблем, связанных с вопросами
государственного регулирования
в сфере здравоохранения,
фармдеятельности и обращения
медицинских изделий



- Вам интересна точка зрения Росздравнадзора на проблемы, связанные с государственным регулированием в сфере здравоохранения и фармдеятельности?
- Вы хотите быть в курсе новых направлений контрольно-надзорной деятельности?
- Вас волнуют вопросы государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению?
- Вы готовы принять участие в комплексном обсуждении проблем, связанных с вопросами внедрения инновационного менеджмента в сфере здравоохранения?
- Вам важно знать, как обстоят дела в обеспечении контроля качества лекарственных средств и медицинских изделий?
- Вам нужна информация о новых аспектах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности?
- Вы хотите получать данные о результатах мониторинга безопасности лекарственных препаратов и медицинских изделий?

ТОГДА «ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА» – ВАШ ЖУРНАЛ!

Подписку на электронную копию журнала можно оформить через каталог 000 «Урал-Пресс»,
Электронную библиотеку Руконт – <https://www.rucont.ru/efd/656707>
и Интернет-магазин «Пресса по подписке» – <https://www.akc.ru/rucont/itm/656707>

Оформить подписку на 2021 г., начиная с любого номера, на всей территории России можно в агентствах:

- 000 «Урал-Пресс», тел.: +7 (499) 700-05-07, e-mail: coord@ural-press.ru
- 000 «Агентство Книга-Сервис», тел.: +7 (495) 680-99-71, e-mail: publik@akc.ru
- Объединенный каталог «Пресса России» – подписной индекс **38847** в любом почтовом отделении www.akc.ru

www.vestnikrzn.ru
www.roszdravnadzor.ru



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ

КРАТКАЯ ВЕРСИЯ ЖУРНАЛА
ПРЕДСТАВЛЕНА НА САЙТАХ
www.roszdravnadzor.ru
www.vestnikrzn.ru
www.fgu.ru