

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ВЕСТНИК № 1 РОСЗДРАВНАДЗОРА (2020)

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



ТЕМА НОМЕРА

РАЗВИТИЕ
ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ:
СОВРЕМЕННЫЕ
ТЕНДЕНЦИИ
И ПОДХОДЫ
К РЕАЛИЗАЦИИ

АКТУАЛЬНОЕ
ИНТЕРВЬЮ

ОРГАНИЗАЦИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ОБРАЩЕНИЕ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ

БЕЗОПАСНОСТЬ
МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ

QR-гид: наиболее актуальное в мгновенном доступе

Уважаемые коллеги!

В данном разделе нашего журнала мы представляем полезную информацию в соответствии с главной темой номера. Для просмотра материала используйте приложение считывания QR-кодов на смартфоне, который можно установить через App Store или Play market.

Нормативные правовые акты по развитию первичной медико-санитарной помощи



Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»



Проект приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (подготовлен Минздравом России 18.09.2019)



Постановление Правительства РФ от 09.10.2019 № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения».



Письмо Министерства здравоохранения РФ от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»



Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (утвержден президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 26 июля 2017 г. № 8))



Методические рекомендации по разработке региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения (письмо Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2019 № 17-9/10/2-176)



План мероприятий («дорожная карта») реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» и приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».



Методические рекомендации (2-е издание с дополнениями и уточнениями) «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (утверждены Министерством здравоохранения РФ 30.07.2019)



Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». С изменениями и дополнениями от: 23 июня, 30 сентября 2015 г., 30 марта 2018 г., 27 марта 2019 г.).



Методические рекомендации «Создание региональных центров организации первичной медико-санитарной помощи (РЦ ПМСП)» (разработаны ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, 2017 г.)



Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.03.2019 № 182 «Об утверждении методик расчета и сбора показателей федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», входящего в национальный проект «Здравоохранение»»



Методические рекомендации по организации работы страховых представителей страховых медицинских организаций в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.12.2017 № 15410/30-2/и)

Уважаемые коллеги!



Сегодня в нашем обществе четко обозначился запрос на перемены, особенно на перемены в социальной сфере, в т.ч. в первичном звене здравоохранения. Каждый человек заинтересован в том, чтобы безо всяких препятствий получить качественную и своевременную медицинскую помощь. Поэтому сейчас нам нужно сконцентрировать усилия на первичной медико-санитарной помощи, выйти на прямой диалог с гражданами и понять суть проблем, с которыми соприкасается каждый человек и каждая семья при обращении в медицинскую организацию. Именно об этом говорил Президент России В.В. Путин в своем послании к Федеральному Собранию 15 января 2020 г.

Качественный уровень профилактики, диагностики, лечения заболеваний и медицинской реабилитации во многом определяют не только состояние здоровья граждан, но и привлекательность того или иного города или поселка для жизни. Поэтому оказание медицинской помощи в первичном звене создает основу устойчивого и стабильного фундамента жизни в целом, и значит, должно осуществляться с высокой степенью результативности. Вместе с тем именно первичное звено – самое чувствительное в нашей системе здравоохранения. Несмотря на серьезные вложения в эту сферу – материальные, финансовые, кадровые – неудовлетворенность граждан качеством и доступностью медицинской помощи продолжает расти.

Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» призван решить многие системные задачи – от ремонта, строительства и реконструкции объектов первичного звена здравоохранения, обеспечения эффективной маршрутизации потоков пациентов, совершенствования принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи до оснащения медицинских организаций санитарным транспортом и передвижными медицинскими комплексами, чтобы обеспечить возможность получения качественной медицинской помощи во всех без исключения населенных пунктах в самых отдаленных и труднодоступных местностях.

Над этим мы вместе с вами и будем работать.

С уважением и наилучшими пожеланиями,
Министр здравоохранения
Российской Федерации **М.А. Мурашко**

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Михаил МУРАШКО:«Ориентированность на пациента –
главная задача» 6

ТЕМА НОМЕРА.

РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ:
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
И ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ**ЕРЕМЕЕВ А.Е., РАТМАНОВ М.А.**Опыт создания новой интегрированной
модели оказания первичной
медико-санитарной помощи
на примере Самарской области. 10**ЗУБАРЕВА Н.Н.**Проектный подход к совершенствованию
первичной медико-санитарной помощи
(региональная практика) 19**БОЕВА В.А., САВРАНСКАЯ Н.А.**Некоторые вопросы лицензирования
медицинской деятельности в период
реформирования первичной
медико-санитарной помощи 25**САМОЙЛОВА А.В., ТАУБКИНА С.И.,
ПЕТРУНИНА И.В., КАРДОВСКАЯ Е.А.**Первые итоги федерального проекта
«Развитие системы оказания первичной
медико-санитарной помощи» 33**ТАУТ Д.Ф., ИВАНОВ И.В., МЕНДЕЛЬ С.А.**Результаты оценки качества
и безопасности медицинской
деятельности поликлиник. 37**АСТАПЕНКО Е.М., ВАЛЕЕВА А.А.,
ШАРИКАДЗЕ Д.Т., ШАМАЕВ Д.М.,
РЫБАЛОВ А.А., ФРАНЦУЗОВА К.М.**Передвижные (подвижные) медицинские
комплексы для обеспечения качества
и доступности оказания первичной
медико-санитарной помощи 42ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**БЕРСЕНЕВА Е.А., МЕНДЕЛЬ С.А.,
САВОСТИНА Е.А., ШКАРИН В.В.,
КУРАКОВ Д.А., ТАИРОВА Р.Т.**Роль и классификация вспомогательных
бизнес-процессов медицинской
организации 52**СОБОЛЕВА М.С., АМЕЛИНА И.В.**Проблема самолечения пациентов
в регионах Дальневосточного
федерального округа 57**БУДАРИН С.С., ЭЛЬБЕК Ю.В.**Анализ результатов диспансеризации
определенных групп взрослого
населения на основе форм отраслевой
статистической отчетности 66**МАКАРОВА А.Е., КАЛЯГИН А.Н.,
МАКАРОВ С.В., СВИСТУНОВ В.В.**Социологический анализ проблемы
распределения нагрузки врачей-
патологоанатомов как барьера на пути
повышения качества их работы 76

ОБРАЩЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

**КОВАЛЕВА К.А., НЕМЯТЫХ О.Д.,
НАРКЕВИЧ И.А., РАТОВА Л.Г.,
ПАРИЖСКАЯ Е.Н., КОНРАДИ А.О.,
БАСАКИНА И.И.**Анализ государственных закупок в сегменте
льготного лекарственного обеспечения
пациентов со стабильной стенокардией
(на примере Санкт-Петербурга) 83БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**ПАСЕЧНИК И.Н., РЫБИНЦЕВ В.Ю.,
ТАЛЫЗИН П.А.**Безопасность фармакотерапии:
возможности эластомерных помп 89

SPOTLIGHT INTERVIEW

Mikhail MURASHKO:

“Patient focus is our main goal.” 6

THE TOPIC OF THE ISSUE:

**DEVELOPMENT OF PRIMARY HEALTH CARE:
MODERN TENDENCIES AND APPROACHES
FOR REALIZATION**

EREMEEV A.E., RATMANOV M.A.

Experience of engineering of the new
integrated model of provision
of the primary health care through
the example of the Samara region 10

ZUBAREVA N.N.

Project approach in the process
of improving primary health care
(regional practice) 19

BOEVA V.A., SAVRANSKAYA N.A.

Some issues of a licensing of medical
activities during the reformation
of the primary health care system 25

**SAMOILOVA A.V., TAUBKINA S.I.,
PETRUNINA I.V., KARDOVSKAYA E.A.**

First results of the federal project
“Development of the system
of primary health care”. 33

TAUT D.F., IVANOV I.V., MENDEL S.A.

The results of assessment of quality
and safety of medical activity
in outpatient hospitals. 37

**ASTAPENKO E.M., VALEEVA A.A.,
SHARIKADZE D.T., SHAMAEV D.M.,
RYBALOV A.A., FRANTSUZOVA K.M.**

Mobile complexes for medical purposes
delivering high quality and accessible
primary health care 42

ORGANIZATION OF MEDICAL ACTIVITY

**BERSENEVA E.A., MENDEL S.A.,
SAVOSTINA E.A., SHKARIN V.V.,
KURAKOV D.A., TAIROVA R.T.**

Medical organization auxiliary business
processes role and classification. 52

SOBOLEVA M.S., AMELINA I.V.

Problem of self-medicating of patients
in regions of Far Eastern
Federal District 57

BUDARIN S.S., ELBEK Yu.V.

Improvement of forms of collection
and processing of statistical data
on medical examination of certain
groups of the adult population 66

**MAKAROVA A.E., KALYAGIN A.N.,
MAKAROV S.V., SVISTUNOV V.V.**

The sociological analysis of a problem
of pathologists workload distribution
as a barrier to improving the quality
of their work 76

CIRCULATION OF MEDICINES

**KOVALEVA K.A., NEMYATYH O.D.,
NARKEVICH I.A., RATOVA L.G.,
PARIZHSKAYA E.N., KONRADI A.O.,
BASAKINA I.I.**

Analysis of state purchases in the area
of preferential provision of medicines
for the patients with stable angina
(evidence from Saint Petersburg) 83

SAFETY OF MEDICAL CARE

**PASECHNIK I.N., RYBINCEV V.YU.,
TALYZIN P.A.**

Safety of pharmacotherapy:
capabilities of elastomeric pumps 89



Учредитель

**ФГБУ
«ИМЦЭУАОСМП»
Росздравнадзора**

Генеральный директор
**БЕЛАНОВ
Константин Юрьевич**

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

Ответственный редактор:

ФЕДОТОВА

Ольга Федоровна

+7-962-950-20-49;

+7-903-660-77-11

o.f.fedotova@mail.ru

Директор по развитию:

ТРУБНИКОВА

Анастасия Александровна

+7-903-792-76-81;

+7-967-161-34-35;

anastasia-vestnikrzn@mail.ru

vestnikrzn@mail.ru

Заведующая редакцией:

БУТАЕВА

Карина Борисовна

Karina-vestnikrzn@mail.ru

Сайт <http://vestnikrzn.ru/>

Главный редактор

МУРАШКО Михаил Альбертович,

д.м.н.,

pr.ministra@rosminzdrav.ru

Редакционный совет

Астапенко Е.М., к.т.н., astapenkoe@roszdravnadzor.ru

Багненко С.Ф., академ. РАН, д.м.н., rector@lspbgnu.ru

Бойцов С.А., член-корр. РАН, д.м.н., info@cardioweb.ru

Бошкович Р. (Республика Сербия), к.т.н., radomir.boskovic@gmail.com

Брико Н.И., академ. РАН, д.м.н., briko@mma.ru

Вуйнович М. (Республика Сербия), д-р, eurusco@who.int

Гнатюк О.П., д.м.н., info@reg27.roszdravnadzor.ru;

Дайхес Н.А., член-корр. РАН, д.м.н., tismat@hotmail.com

Зарубина Т.В., д.м.н., zarubina@mednet.ru

Иванов Д.О., д.м.н., spb@gpma.ru,

Иванов И.В., к.м.н., i.ivanov@cmkee.ru

Косенко В.В., к. фарм. н., kosenkow@roszdravnadzor.ru

Крупнова И.В., к. фарм. н., krupnovaiv@roszdravnadzor.ru

Линденбратен А.Л., д.м.н., Lindenbraten13@rambler.ru

Молчанов И.В., д.м.н., niioramn@niioramn.ru

Павлюков Д.Ю., info3@roszdravnadzor.ru

Пархоменко Д.В., д. фарм. н., parkhomenkodv@roszdravnadzor.ru

Плутницкий А.Н., д.м.н., office@reg77.roszdravnadzor.ru

Саканян Е.И., д. фарм. н., sakanjan@mail.ru

Самойлова А.В., д.м.н., проф., Samoylova AV@rosminzdrav.ru

Серёгина И.Ф., д.м.н., i.seregina@roszdravnadzor.ru

Титова А.В., д. фарм. н., titova1701@yandex.ru;

Умерова А.Р., д.м.н., Roszdrav_@astranet.ru

Шарикадзе Д.Т., sharikadze@vniiimt.org

Ющук Н.Д., академ. РАН, д.м.н., prof.uyshuk@gmail.com

Адрес учредителя: 109074, Москва, Славянская площадь, 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.**, оформление и верстка: **Рыбальский В.В.**

Типография ООО «Красногорская Типография»,

адрес: 143405, Московская область, г. Красногорск, Коммунальный квартал, д. 2.

Тираж: 2 000 экз.

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

ИЗДАЕТСЯ С 2008 г.

Периодичность издания: один раз в два месяца (6 номеров в год)

С 2010 г. входит в Перечень научных журналов,
 рекомендованных для публикации основных результатов
 диссертационных исследований на соискание ученых степеней
 кандидата и доктора наук Высшей аттестационной комиссии (ВАК)
 Минобрнауки России

Научный статус журнала

№ п/п	Отрасли науки, по которым присуждаются ученые степени:	Научные специальности
1.	Медицинские	14.02.03 Общественное здоровье и здравоохранение
2.	Фармацевтические	14.04.03 Организация фармацевтического дела

Импакт-фактор в РИНЦ в 2018 г.:

2-летний импакт-фактор РИНЦ – **1,198**;

2-летний без самоцитирования **1,198**;

2-летний с учетом цитирования из всех источников – **1,430**;

Показатель журнала в рейтинге SCIENCE INDEX в 2018 г.

Показатель журнала в рейтинге SCIENCE INDEX – **3,925**;

Место журнала в рейтинге SCIENCE INDEX – **92** (из 3 542)

по тематике «Медицина и здравоохранение» – **6** (из 520)

Главные темы журнала «Вестник Росздравнадзора» в 2020 г.

№ 1	Развитие первичной медико-санитарной помощи: современные тенденции и подходы к реализации
№ 2	Рынок лекарственных средств и медицинских изделий: сегодняшняя реальность и перспективы развития
№ 3	IT в здравоохранении: на пороге новой эры
№ 4	Безопасность медицинских процессов: как предусмотреть основные риски?
№ 5	Контрольно-надзорная деятельность в сфере здравоохранения: новые аспекты и требования
№ 6	Медицина и качество: единение профессионалов для безопасности пациентов

Михаил МУРАШКО: «Ориентированность на пациента – главная задача»

21 января 2020 года Президент России Владимир Путин назначил министром здравоохранения РФ Михаила МУРАШКО, который ранее возглавлял Росздравнадзор. Похоже, что медицинская общественность с одобрением отнеслась к новому назначению: авторитетные медицинские деятели страны в своих заявлениях отмечают, что новый министр – опытный руководитель, знающий реальное положение дел в отечественном здравоохранении, способный решать поставленные задачи в сжатые сроки.



– Михаил Альбертович, Вы возглавили Минздрав РФ в непростое для отрасли время. Каким направлениям деятельности Минздрава Вы отдаете приоритет?

– В сфере здравоохранения на сегодняшний день сложилась непростая, даже парадоксальная ситуация: материально-техническая база большинства медицинских организаций постоянно улучшается, а удовлетворенность населения, напротив, снижается. Поэтому первое, что необходимо сделать, это учесть запросы граждан в получении медицинской помощи, провести ревизию связанных

с этим процессов в интересах пациента. Также необходимо поменять подходы к выстраиванию диалога с пациентом, завершить, наконец, переход от патерналистской, «классической», деонтологической к партнерской, что должно изменить отношение пациента к собственному здоровью. Считаю, что этот очевидный шаг способен изменить к лучшему систему в целом.

Следующие направления – это эффективное, основанное на реальных потребностях, распределение и использование ресурсов в здравоохранении, актуализация процессов оказания медицинской помощи. Материальные, финансовые и кадровые ресурсы будут направляться в те «слабые звенья» системы охраны здоровья, которые вызывают наибольшее недовольство граждан.

В соответствии с этим и выстраиваются приоритеты в работе Минздрава России. Они касаются внедрения новых технологий оказания медицинской помощи, совершенствования лекарственного обеспечения, пересмотра кадровой политики в сфере здравоохранения и многих других вопросов с четкой ориентацией на пациента.

– Масштабные задачи не решаются в одиночку. У вас есть надежная команда?

– Любая команда формируется под определенные цели и задачи. Главное при формировании коллектива – не переходить в формат личных привязанностей и взаимоотношений, а действовать в рамках компетентностной модели. То есть, каждое направление работы министерства должен курировать человек, обладающий глубокими профессиональными знаниями именно по данному блоку вопросов, имеющий организационные навыки и способный мыслить структурно, т.е. умеющий видеть целое, наблюдать процессы в развитии и выявлять закономерности в сложных системах со множеством переменных. Это,

как сегодня принято говорить, *hard skills*, т.е. определенный набор измеримых профессиональных компетенций.

Не менее важны так называемые *soft skills*, – «гибкие, мягкие», неспециализированные навыки, которые не связаны с предметной областью и трудноизмеримы, но отражают личностные качества и установки, такие как ответственность, дисциплина, самоменеджмент, отвечают за критическое мышление, позволяют грамотно строить коммуникацию, справляться со стрессом и включаться в коллективную работу, т.е. эффективно реализовывать свои *hard skills*.

И конечно же, очень важным является опыт. Когда люди формируются как руководители, они, как правило, проходят через череду определенных ошибок, приобретая умение видеть риски и обходить эти сложные места, эффективно работать и взаимодействовать друг с другом.

Вот таких специалистов я хотел бы видеть в своей команде в Минздраве.

Но здравоохранение формирует не только и не столько Минздрав, сколько врачебное сообщество. Современная ситуация требует от нас по-новому выстроить структуру управления здравоохранением, чтобы содействовать его развитию на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Недавно на церемонии открытия конкурса «Лидеры России 2020» мы говорили о том, что отрасль испытывает определенный недостаток управленцев. Хотя медицина по-прежнему является традиционной наукой о человеке, сейчас в нашем распоряжении появились такие уникальные технологии, как генетические исследования, искусственный интеллект и новые методы визуализации, использование «больших данных» и многие другие, о которых мы раньше не имели представления. С помощью этих технологий мы сможем выйти на новые рубежи по снижению уровня смертности, снижению инвалидности и поднять систему отечественного здравоохранения на качественно новый уровень, т.е. существует потребность в лидерах, способных отвечать на новые

вызовы. Так что в нашей системе есть много позиций, где нужны молодые специалисты, цель которых – сделать медицину в стране лучше.

– Вы приняли на себя основную ответственность за результаты реализации Национального проекта «Здравоохранение», цели которого многие считают попросту нереальными. Какие дополнительные шаги будут предприняты Вами для его реализации?

– Национальный проект «Здравоохранение» сформирован несколько по иным принципам, чем те проекты, которые реализовывались ранее. Он предполагает не только освоение средств на поставку оборудования или укомплектованность кадрами, но и включает в себя показатели результативности – контрольные точки, которые должны быть достигнуты на каждом этапе реализации проекта. Например, национальные цели по увеличению продолжительности жизни. Для достижения этой глобальной цели сама организация медицинской помощи должна приобрести новое звучание. Помимо инфраструктурных преобразований должны поменяться технологии организации медицинской помощи, поскольку именно процессы чаще всего влияют на финальные показатели, т.е. на результат. Считаю, что реализация этой взаимосвязи «структура – процесс – результат» позволит нам получить максимальный эффект.

Чрезвычайно важно то, что в национальный проект включены мероприятия по пропаганде здорового образа жизни, по формированию у населения здоровьесберегающего поведения, поскольку без трансформации системы взглядов и изменения отношения человека к собственному здоровью достичь поставленных целей будет достаточно сложно. То есть, наши сограждане фактически являются полноправными участниками национального проекта. Это и есть тот самый дополнительный шаг, на который мы рассчитываем.

В настоящее время Президент Российской Федерации предложил внести

поправки в Конституцию Российской Федерации, в частности, включить в нее положения о сохранении и укреплении общественного здоровья, создании условий для ведения здорового образа жизни, формировании ответственного отношения граждан к своему здоровью.

Высокий вклад в смертность населения, особенно граждан трудоспособного возраста, вносят неинфекционные заболевания, основными факторами риска развития которых является поведение человека: потребление алкоголя, курение табака и иной курительной продукции, в т.ч. ее новой альтернативы – испарительной и ингаляционной продукции, низкая физическая активность и нерациональное питание. Поэтому такие конституционные поправки более чем актуальны. После этого необходимо будет внести соответствующие изменения в другие законодательные акты.

– А какие еще законодательные нормы Минздрав России намерен инициировать в ближайшее время?

– Законодательные инициативы Минздрава России будут направлены на решение нескольких принципиально важных задач. Во-первых, речь идет о формировании эпидемиологической безопасности в стране. С появлением коронавируса мы в очередной раз столкнулись с новыми вызовами для населения всего мира и России в том числе. Этот новый возбудитель способен повлиять как на сохранение нации, так и на экономическое состояние страны. Поэтому вопросам инфекционной и эпидемиологической безопасности сегодня придается очень большое значение.

Второй важный раздел нашей работы – это продолжение начатого ранее процесса по «регуляторной гильотине» в сфере здравоохранения, т.е. масштабному пересмотру и отмене устаревших и неактуальных нормативных правовых актов, негативно влияющих на общий климат и регуляторную среду. Мы должны более тщательно пересмотреть первые результаты этой работы и понять, какие законодательные нормы являются неэффективными

и требуют трансформации. Таким образом, «регуляторная гильотина» должна охватывать два направления: вычленение законодательных блоков, которые имеют хорошее, качественное регулирование, и блоков, которые необходимо пересмотреть. Это позволит создать в сфере здравоохранения новую систему понятных и четких требований к хозяйствующим субъектам и снять избыточную административную нагрузку на медицинские организации.

Наконец, третье направление, которое должно получить законодательное оформление, это стандартизация медицинской деятельности, направленная на обеспечение качества и безопасности медицинской помощи.

– Иными словами, движение в сторону создания национальных стандартов качества и безопасности в здравоохранении, начатое Вами в бытность руководителя Росздравнадзора, будет продолжено уже при Вашем содействии как федерального министра?

– Безусловно. Мы видим, как на протяжении последнего десятилетия система российского здравоохранения постепенно включается в общемировой процесс стандартизации. Считаю, что именно это единство наших задач должно лечь в основу дальнейших действий Министерства здравоохранения, направленных на повышение качества и безопасности медицинской деятельности.

Все международные министерские саммиты, проводимые на протяжении последних лет, говорят о том, что стандартизация и безопасность медицинской помощи и весь связанный с этим блок вопросов на сегодняшний день выступают как одна из главных задач министерства здравоохранения любой страны. Чтобы развить это направление у нас в России, необходимо поставить работу на системные рельсы, т.е. обеспечить его нормативно-правовое регулирование. Только в таком формате мы можем относиться к обеспечению качества в сфере здравоохранения как к важным структурным процессам, однозначно зашитым в лицензионные требования.

Учет и предотвращение неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи, лекарственной терапии и использовании медицинских изделий, при соблюдении стандартов оказания медицинской помощи – еще одно важное и разрабатываемое в последние годы направление, которое, в конечном итоге, также должно трансформироваться в систему мер. И если ранее в эту работу вовлекались только пилотные регионы, то сейчас создание системы менеджмента качества должно стать необходимым требованием для каждой медицинской организации страны.

– Вам как никому другому известно реальное положение дел в здравоохранении. Какой опыт, приобретенный во время руководства Росздравнадзором, Вы считаете особенно ценным? Какие знания и какая информация будут полезны Вам как министру?

На самом деле я за многое благодарен Росздравнадзору. В первую очередь, это дало мне возможность видеть существующие в здравоохранении проблемы, касающиеся как нормативно-правового регулирования, так и исполнения обязательных требований органами здравоохранения субъектов РФ, непосредственно медицинскими и фармацевтическими организациями.

На всем протяжении своего существования Росздравнадзор по результатам контрольно-надзорной деятельности формировал свои предложения, аналитические отчеты и другие материалы, которые направлялись в Минздрав России. В соответствии с этими материалами министерство должно было принимать управленческие решения и трансформировать систему нормативно-правового регулирования. Поэтому сегодня мне уже в качестве министра предстоит работать как раз с теми материалами, которые мы сами же и направляли ранее, будучи сотрудниками Росздравнадзора. Думаю, это хороший шанс поменять ситуацию в лучшую сторону.

– Что дает перевод Росздравнадзора под юрисдикцию Правительства РФ? Отразится ли это на содержании работы Службы и статусе сотрудников?

Тенденция перехода контрольно-надзорных ведомств под юрисдикцию Правительства РФ в целом прослеживается на протяжении последних лет. Думаю, что содержание работы Росздравнадзора принципиально не изменится. Важно, что Служба показала себя в последние годы как эффективный федеральный орган исполнительной власти, и я рассчитываю, что позитивный тренд на укрепление Службы, на ее эффективность в плане защиты прав граждан на получение качественной и безопасной медицинской помощи, продолжится.

– Михаил Альбертович, думаю, не ошибусь, если скажу, что все сотрудники Росздравнадзора гордятся Вами и желают успеха в новой должности. А что бы Вы пожелали бывшим коллегам по Службе?

– Хочу сказать искренние слова благодарности всем сотрудникам Росздравнадзора, с которыми мы на протяжении последних шести лет вместе служили Отчеству, укрепляли статус Службы и своими делами доказывали, что Росздравнадзор – очень важный элемент российской системы здравоохранения.

Дорогие друзья, уважаемые коллеги, я благодарю за совместную работу каждого из вас. Сейчас мы продолжаем наше сотрудничество уже с учетом определенной трансформации, и оно по-прежнему нацелено на достижение конечных результатов. Каждый сотрудник Росздравнадзора для меня является очень важным человеком, поскольку именно через вас мы сможем доносить, реализовывать и контролировать качество исполнения всех требований, закрепленных в российском законодательстве. Я искренне рассчитываю на вашу помощь в достижении общего конечного результата. Поэтому желаю всем вам здоровья и личного благополучия как залога успешной и результативной работы. Прошу вас оставаться такими же целеустремленными, какими я знал вас на протяжении шести лет совместной работы.

Беседовала Ольга ФЕДОТОВА

ТЕМА НОМЕРА:

РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ:
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ

А.Е. ЕРЕМЕЕВ¹, руководитель,
samara@reg63.roszdravnadzor.ru

М.А. РАТМАНОВ², к.м.н.,
министр здравоохранения Самарской области,
zdravso@samregion.ru



ЕРЕМЕЕВ А.Е.



РАТМАНОВ М.А.

Опыт создания новой интегрированной модели оказания первичной медико-санитарной помощи на примере Самарской области

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-10-18>

¹ Территориальный орган Росздравнадзора по Самарской области, 443041, г. Самара, ул. Арцыбушевская, д. 13.
Regional office of Federal Service for Surveillance in Healthcare of the Samara region,
13, Arcybushevskaya st., Samara, Russia, 443041.

² Министерство здравоохранения Самарской области, 443020, г. Самара, ул. Ленинская, д. 73.
Ministry of Health of the Samara region, 73, Leninskaya st., Samara, Russia, 443020.

Ключевые слова: доступность и качество медицинской помощи; первичная медико-санитарная помощь; новая интегрированная модель оказания первичной медицинской помощи; телемедицинские услуги; оптимизация деятельности медицинской организации

Для цитирования: Еремеев А.Е., Ратманов М.А. Опыт создания новой интегрированной модели оказания первичной медико-санитарной помощи на примере Самарской области. – Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 1. – С. 10–18.

For citation: Ereemeev A.E., Ratmanov M.A. Experience of engineering of the new integrated model of provision of the primary health care through the example of the Samara region. – Vestnik Roszdravnadzora. – 2020. – Vol. 1. – P. 10–18.

Ereemeev A.E., Ratmanov M.A.

Experience of engineering of the new integrated model of provision of the primary health care through the example of the Samara region

The article presents the experience of development of the regional health care system in engineering of the new integrated model of provision of the primary health care, optimizing activities of the medical organizations by creating a system of medical care provision based on telecommunications technologies including telehealth services. The article demonstrate that government investments in technical re-equipment of the primary health care allows for achievement of high-level of accessibility and quality of medical care for broad layers of population.

Keywords: accessibility and quality of medical care, primary health care, new integrated model of provision of the primary health care, telehealth services, optimization of activities of the medical organization

В работе представлен опыт развития региональной системы здравоохранения по созданию интегрированной модели оказания первичной медико-санитарной помощи, оптимизации деятельности медицинских организаций путем создания системы оказания медицинской помощи на основе внедрения телекоммуникационных технологий, включая развитие телемедицинских услуг. Показано, что направление государственных инвестиций на техническое переоснащение первичной медико-санитарной помощи позволяет обеспечить высокий уровень доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения.

Введение

Необходимость повышения удовлетворенности гражданского общества качеством медицинской помощи в XXI в. обусловила ряд перемен в системе здравоохранения в Российской Федерации.

В целях ее совершенствования в последние десятилетия в стране были реализованы несколько проектов. Так, в 2006–2007 гг. стартовал приоритетный национальный проект «Здоровье», направленный на укрепление ресурсной базы отрасли, формирование новых организационных технологий и стимулирование деятельности работников амбулаторно-поликлинического звена, совершенствование высокотехнологичных (дорогостоящих) видов лечения и, как следствие, улучшение демографических показателей страны. В 2011–2012 гг. началась реализация программ, направленных на реформирование системы здравоохранения субъектового уровня, в процессе которой шло формирование новых подходов к управлению системой регионального здравоохранения.

В настоящее время вопросы повышения эффективности функционирования как системы здравоохранения в целом, так и каждой конкретной медицинской организации в отдельности, также остаются наиболее актуальными. Главной целью системы здравоохранения на современном этапе становится организация качественно новых моделей инфраструктуры и схем управления, основывающихся на применении инновационных технологий и используемых в соответствии с основными стратегическими целями и задачами организации [1, 2].

В соответствии с современной государственной политикой в сфере здравоохранения важнейшими направлениями развития отрасли на ближайшие годы следует считать мероприятия, направленные на снижение смертности от предотвратимых причин, в первую очередь, среди трудоспособного населения, оптимизацию структуры здравоохранения путем создания рациональной системы оказания медицинской помощи на всех этапах, совершенствование системы профессиональной подготовки работников отрасли и информатизацию здравоохранения. Именно такой подход к осуществлению модернизации региональной системы здравоохранения был применен в Самарской области. Его концептуальное изложение и ожидаемые результаты представлены в данной статье.

Первичная медико-санитарная помощь как основное звено системы здравоохранения

Принятая в 1998 г. всемирным сообществом глобальная политика достижения здоровья для всех в XXI столетии основана на взглядах и позициях, системно сформулированных на Всемирной ассамблее здравоохранения в 1977 г. и впервые провозглашенных на Алма-Атинской конференции в 1978 г. В соответствии с этой политикой совершенствование систем

здравоохранения, включая общественное здравоохранение, должно быть основано на опережающем развитии первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

ПМСП является центральным звеном всей системы здравоохранения, основным, наиболее доступным, экономически и социально приемлемым видом массовой медицинской помощи, обеспечивающим ее качество и эффективность, и составляет неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества. Рост вложений в ПМСП улучшает доступ к помощи, что ассоциируется со снижением смертности и заболеваемости. Так, например, исследование, посвященное оценке влияния систем первичной медицинской помощи на различные показатели здоровья населения в 18 экономически преуспевающих странах ОЭС¹ на протяжении трех десятилетий, выявило негативную ассоциацию между уровнем развития системы первичной помощи в стране и такими показателями, как смертность от всех причин, преждевременная смертность от всех причин, а также преждевременная смертность от основных заболеваний органов дыхания и сердечно-сосудистой системы [3–5].

К 2020 г. службы ПМСП во всех государствах-членах содружества должны удовлетворять основные потребности населения в области здравоохранения путем предоставления широкого спектра услуг по укреплению здоровья, лечению, реабилитации и оказанию поддержки, а также путем активного содействия отдельным лицам, семьям и группам в их деятельности по оказанию самопомощи².

В Российской Федерации реформа ПМСП, являясь ключевым звеном структурной реформы, еще не определилась в своих основных направлениях и не набрала необходимые темпы проведения действенных преобразований. Это связано не только с нестабильностью финансовой ситуации,

¹ Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР, англ. *Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD*) – международная экономическая организация развитых стран, признающих принципы представительной демократии и свободной рыночной экономики. Создана в 1948 г.

² Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. – Европейский региональный комитет ВОЗ EUR/RC66/15 // Шестидесятая сессия EUR/RC66/Conf.Док./11. Копенгаген, Дания. – 12–15 сентября 2016 г. – 56 с.

частой рокировкой кадров и значительным снижением управляемости на всех уровнях руководства здравоохранением, но и с отсутствием четкой научной доктрины преобразования амбулаторно-поликлинической помощи, полиморфизмом взглядов на задачи и методологию деятельности системы здравоохранения на различных ее этапах, включая первичную медицинскую помощь.

Одной из актуальных задач современных отечественных исследований является проработка направлений и научный поиск альтернативных моделей системы здравоохранения, разработка оптимальных вариантов структурных преобразований для достижения максимальной социальной эффективности системы здравоохранения конкретного региона, управления медицинской организацией, ее структурным подразделением, их изучение и выработка научных методов (организационных технологий) управления такими системами.

На практике часто слишком большие надежды возлагаются на отдельные мероприятия, считая, что они способны устранить существующие изъяны. С нашей точки зрения, необходим комплексный подход к реформам с учетом сложных взаимосвязей между отдельными составляющими системы здравоохранения. Необходимо кардинально менять структуру отрасли, искать внутрисистемные источники экономии, сохраняя при этом приемлемый уровень социальных гарантий для населения [6].

Реформирование первичного звена здравоохранения в Самарской области

В реформировании здравоохранения следует опираться на современные методы и научные выводы, не на поверхностное, а глубокое их понимание, а также на международный и собственный практический опыт. Поэтапная реорганизация первичного медицинского звена, в т.ч. развитие стационарзамещающих видов

медицинской помощи и внедрение общей врачебной практики (ВОП) осуществляется в Самарской области с 1992 г.³ Однако неравномерная плотность населения, значительная удаленность некоторых населенных пунктов от станций скорой медицинской помощи, дефицит транспортных средств и высокая степень их износа – все это создавало значительные трудности по обеспечению сельских жителей (25,7% населения области) необходимой медицинской помощью.

В целях повышения эффективности, доступности и качества оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению в сельских районах области, увеличения объема оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе Правительством Самарской области было принято постановление от 22.06.2005 № 61 «Об утверждении мероприятий по развитию скорой и неотложной медицинской помощи населению сельских районов Самарской области на 2006–2010 гг.».

Создание сети офисов общей врачебной практики – это организационная технология, позволяющая повысить эффективность первичной помощи. Не случайно эта форма организации медицинской помощи получила одобрение на заседании президиума Государственного совета и была рекомендована к внедрению в субъектах Российской Федерации с учетом социально-экономических факторов и природно-климатических условий конкретного региона.⁴ В сельских районах Самарской области была создана разветвленная сеть офисов общей врачебной практики (построены и оснащены медицинским оборудованием 138 офисов ВОП), обучены медицинские работники по специальностям «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и «Общая практика» для работы в офисах ВОП, проведено обучение врачей общей практики и медицинских сестер методам оказания неотложной медицинской помощи. В целом за прошедшие годы было подготовлено

³ Приказ Минздрава России от 26.08.1992 № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики». <https://base.garant.ru/4101396>

⁴ Перечень поручений Президента РФ по итогам заседания президиума Государственного совета, состоявшегося 31 октября 2019 г. – <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/62316>

1 800 врачей общей практики. Показатель обеспеченности ВОП существенно увеличился и составил в 2007 г. 2,3 на 10 тыс. населения⁵.

Повышение доступности первичной медицинской помощи в сельских районах области требовало постоянного внимания со стороны Министерства здравоохранения Самарской области, территориального фонда обязательного медицинского страхования, которые осуществляли контроль за работой поликлиник, проводили мониторинги доступности и качества помощи в первичном звене здравоохранения. Отметим, что эта работа проводилась в соответствии с полномочиями, которые отнесены к компетенции региональных органов управления здравоохранением. Как и во всей стране, в регионе постоянно проводился анализ состояния ПМСП, разрабатывались и реализовывались мероприятия по ее развитию в соответствии с задачами программ развития здравоохранения Самарской области⁶.

С января 2019 г. Министерство здравоохранения Самарской области приступило к реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (региональный проект), который является одним из ключевых составляющих Национального проекта «Здравоохранение»⁷. Определены цель и основные показатели регионального проекта: обеспечение оптимальной доступности для населения медицинских организаций, оказывающих ПМСП (в т.ч. для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях); обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих ПМСП, сокращение времени

ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу; формирование системы защиты прав пациентов.

В октябре 2019 г., во исполнение Перечня поручений по итогам совещания по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения от 02.09.2019, утвержденного Президентом Российской Федерации, и реализации принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 09.10.2019 № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения», Министерство здравоохранения Самарской области разработало и приступило к выполнению проекта по созданию новой интегрированной модели организации первичной медико-санитарной помощи в регионе (рис. 1).

Для внедрения была избрана интегрированная модель организации ПМСП, предусматривающая координацию услуг первичной медицинской помощи первого уровня трехуровневой системы здравоохранения региона. Ее разработка была осуществлена с применением таких организационных технологий, как оптимизация организационной структуры ПМСП по единым подходам к планированию сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения, их структурных подразделений с учетом транспортной доступности населенных пунктов; создание

⁵ Постановление Правительства Самарской области от 22.06.2005 № 61 «Об утверждении мероприятий по развитию скорой и неотложной медицинской помощи населению сельских районов Самарской области на 2006 – 2010 гг.» <http://docs.cntd.ru/document/945012346>.

⁶ Постановление Правительства РФ от 09.10.2019 № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72733114/>

⁷ Региональный проект Самарской области «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» – Протокол Совета по национальным и приоритетным проектам Самарской области от 27.02.2019 № Да-9. http://www.samsmu.ru/files/news/2019/1203/reg_pmsp.pdf

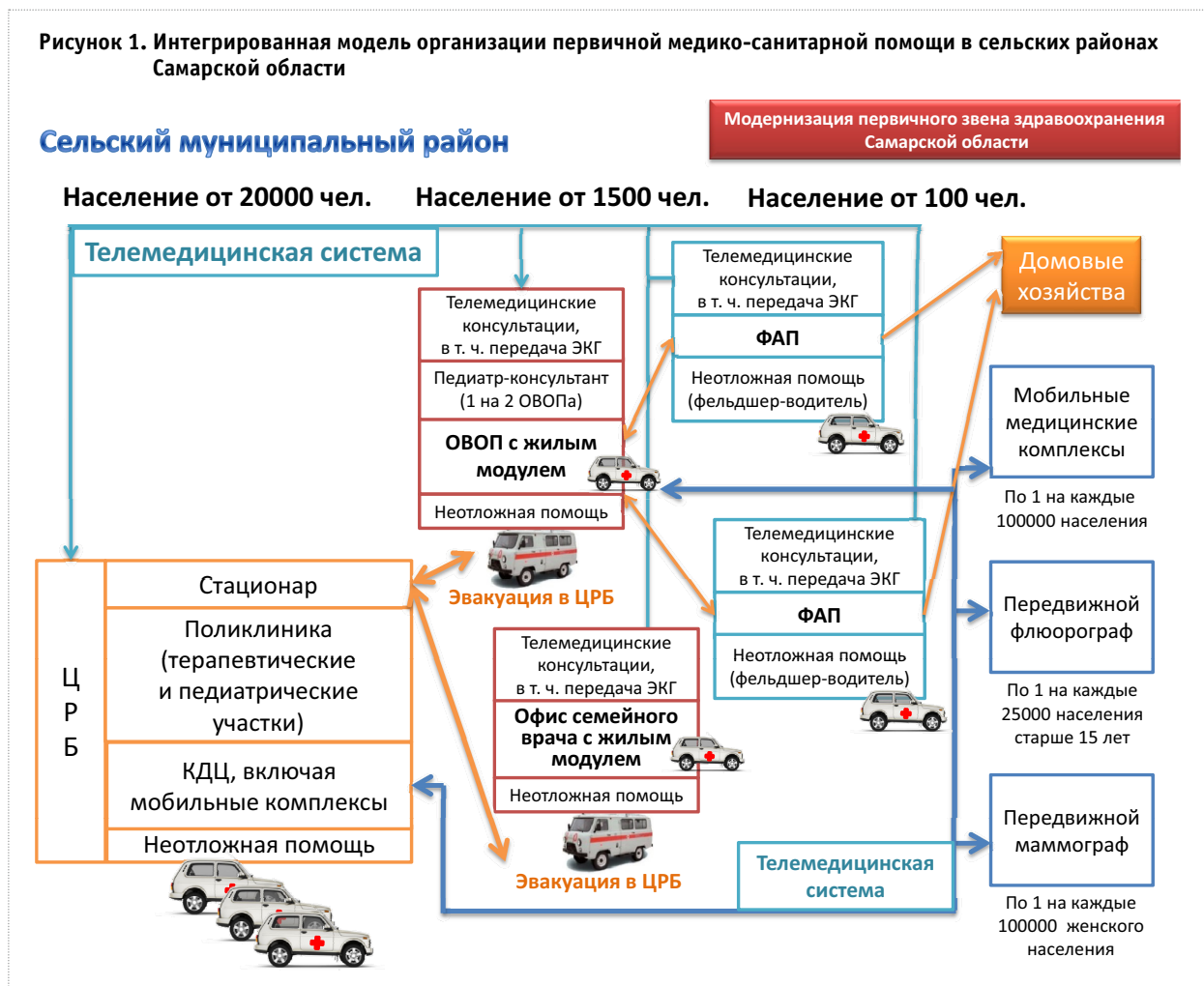
оптимальных условий для оказания ПМСП путем дальнейшего переоснащения медицинских организаций первичного звена здравоохранения; применение единых принципов работы медицинских организаций, в т.ч. координация медицинской помощи врачами первичного звена и профилактика заболеваний; утверждение модели оценки деятельности и постоянный мониторинг состояния ПМСП.

Поскольку сложившаяся традиционная система оказания ПМСП имеет ряд повсеместно распространенных недостатков и противоречий, особую актуальность приобретает разработка модели на основе единых принципов работы медицинских организаций первичного звена с применением системного подхода с учетом практического опыта и данных научных исследований.

В интегрированной модели организации первичного звена Самарской области применен единый подход к оказанию медицинской помощи на первом этапе трехуровневой системы здравоохранения региона. Это позволяет обеспечить возможность получения «долговременной и непрерывной помощи» и преодолеть один из самых весомых недостатков ПМСП – отсутствие целостного подхода к медицинскому обслуживанию населения.

Принцип доступности и качества ПМСП и медпомощи, оказываемой в сельской местности, рабочих поселках, поселках городского типа и малых городах с населением до 50 тысяч человек, реализуется путем формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения региона с использованием геоинформационной

Рисунок 1. Интегрированная модель организации первичной медико-санитарной помощи в сельских районах Самарской области



системы, определения необходимости строительства врачебных амбулаторий (ВА), фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) в населенных пунктах с учетом численности прикрепленного/обслуживаемого населения и транспортной доступности:

- до 50 человек – выездные мобильные бригады и мобильные комплексы;
- до 100 человек – домовое хозяйство (в настоящее время их 28);
- от 100 человек – фельдшерско-акушерский пункт, оснащенный жилым модулем для медперсонала и автомобилем высокой проходимости для оказания неотложной помощи;
- от 1500 человек – офис врача общей практики (ОВОП) с жилым модулем и легковым автомобилем высокой проходимости, автомобилем для оказания неотложной помощи и транспортировки пациентов на следующий этап оказания медицинской помощи. Детское население обслуживается участковыми педиатрами, закрепленными за ОВОП с выездом в офис;
- от 20 000 человек – центральная районная больница (ЦРБ).

ЦРБ области оценены по транспортной доступности, исходя из территориальной приближенности к населению района таким образом, что если доступность медицинской помощи будет отсутствовать, то в удаленном районе будет размещен офис ВОП или семейного врача. ЦРБ должны оказывать неотложную помощь и располагать клиничко-диагностическим центром, участковой службой, а также единым цифровым контуром для проведения телемедицинских консультаций с медицинской организацией третьего уровня.

Изучив опыт других регионов по организации первичной медико-санитарной помощи населению по принципу семейной медицины, министерством здравоохранения региона было принято решение о возможности внедрения в области модели оказания первичной медико-санитарной помощи семейными врачами при численности населения от 1500 человек.

ОВОП и офис семейного врача оснащаются:

- помещением с жилым модулем;

- санитарным автомобилем для эвакуации пациентов на следующий этап оказания медицинской помощи;
- автомобилем высокой проходимости для обеспечения доступности первичной медицинской помощи населению;
- телемедицинским информационным каналом в рамках единой медицинской электронной платформы (ЕМЭП) для передачи результатов обследования пациентов (ЭКГ, УЗИ) в ЦРБ или медицинскую организацию 3 уровня для расшифровки и анализа полученных результатов;

Консультативную помощь будет дополнительно осуществлять врач-педиатр (по графику).

Самарская область принимала активное участие в разработке методики и модели оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации на базе городских поликлиник. Организационные формы ВОП городских округов региона представлены на *рисунке 2*.

Организационные формы использования ОВОП, которые были внедрены и сегодня продолжают работать в городских округах региона в структуре поликлиники для взрослого населения, существуют в виде:

- самостоятельной общей врачебной практики в отдаленных районах городов, организуемых с целью приближения к месту проживания населения;
- групповой врачебной практики – кабинеты участковых врачей терапевтов или ВОП и педиатров в микрорайонах с высокой плотностью населения (от 2 000 человек).

С целью повышения доступности медицинской помощи пациентам и обеспечения технических условий для повышения эффективности медицинской помощи проводится дооснащение сельских больниц:

- мобильными медицинскими комплексами (1 комплекс на каждые 10 тыс. населения);
- передвижными флюорографами (1 на каждые 25 тыс. населения старше 15 лет);
- передвижными маммографами (1 на каждые 100 тыс. женского населения).

Кроме этого проводится:

- оснащение ФАП, ОВОП, ВА телемедицинскими комплексами, в т.ч. мобильными (электрокардиографами, тонометрами,

глюкометрами, аппаратами ультразвуковой диагностики);

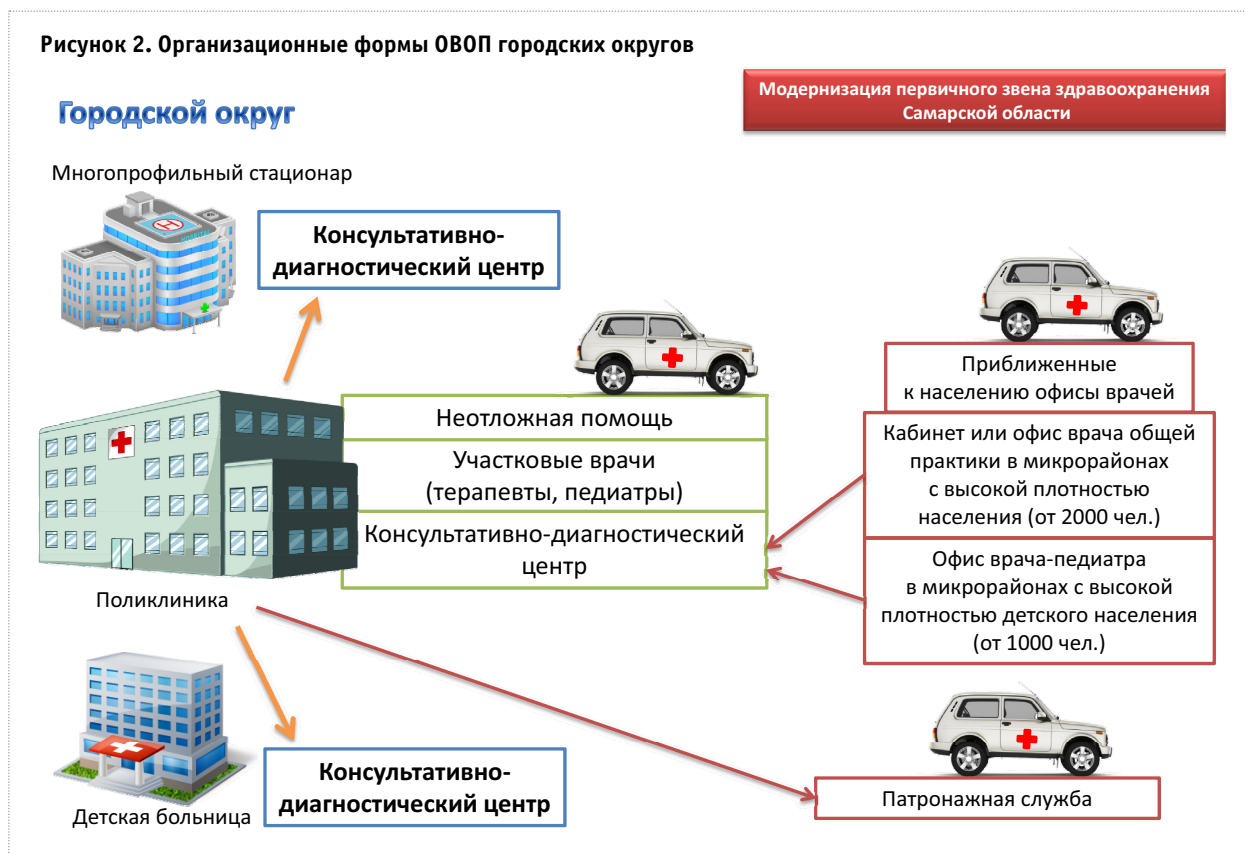
- оснащение рентгенологических кабинетов ЦРБ системами оцифровки и обработки медицинских изображений с возможностью их передачи в специализированные центры;
- оснащение медицинских организаций медицинскими изделиями для проведения дистанционного мониторинга состояния здоровья пациентов с хроническими заболеваниями (по профилям «кардиология» и «эндокринология»);
- создание информационного сервиса «Единое окно здоровья» для информирования граждан о параметрах состояния здоровья, диспансеризации, рекомендациях по ведению здорового образа жизни, с напоминаниями о необходимости выполнения рекомендаций врача.

На региональном уровне методы по улучшению координирования действий, непрерывности лечения и обмена информацией между учреждениями ПМСП

и другими медицинскими организациями строятся на основе информационно-коммуникационных технологий и создания единой медицинской электронной платформы.

Повышение доступности медицинской помощи пациентам обеспечивается наличием Интернета во всех структурах первого этапа помощи (фельдшерский пункт, ФАП, ОВОП). Это позволяет производить в рамках ЕМЭП запись на диагностические исследования и консультации узких специалистов, а также осуществлять обмен медицинской информацией (результатов скрининговых исследований, истории болезней, рентгеновских снимков, УЗИ), в целом приближая высококвалифицированную помощь специалистов ведущих медицинских организаций второго и третьего этапов к отдаленным районам посредством телеконсультаций. Кроме того, регулярные телемедицинские консультации, передача результатов обследования пациентов (ЭКГ, УЗИ) в медицинские организации второго и третьего

Рисунок 2. Организационные формы ОВОП городских округов



уровней для расшифровки и анализа полученных данных позволяют повысить профессиональный уровень врачей отдаленных районов области.

Врачи первичного звена могут решать большинство проблем своих пациентов без направления к узким специалистам в том случае, если снабдить их хорошо разработанными клиническими рекомендациями и четкими протоколами лечения. Это может быть осуществлено путем создания системы поддержки принятия клинических решений в рамках ЕМЭП. Все перечисленное определяет еще одно важнейшее направление деятельности практического здравоохранения – создание системы непрерывного образования кадров здравоохранения, включая развитие профессиональных навыков медицинских работников первичного звена.

Известно, что состояние здоровья человека напрямую связано не только с состоянием общественного здравоохранения и его развитием, но и с образом жизни самих людей, экологией, медико-демографической ситуацией, развитием медицинской науки. Низкая культура населения страны проявляется, прежде всего, в отсутствии ответственности за поддержание своего здоровья. Поэтому региональный проект эффективного функционирования системы ПМСП неразрывно связан с профилактической направленностью медицинской помощи с учетом новых потребностей и спроса населения в таких услугах вследствие изменения структуры заболеваемости и доминирующих социальных установок. В Самарской области разработаны и внедряются методики развития интегрированной модели оказания первичной медико-санитарной помощи с уклоном на профилактику заболеваний именно на муниципальном уровне, осуществляется межведомственное взаимодействие между региональными медицинской и социальной службами по обслуживанию лиц пожилого возраста, предусматривающее привлечение к этой работе органов местного самоуправления и работодателей.

В настоящее время новый региональный проект Самарской области по развитию

системы оказания первичной медико-санитарной помощи находится на начальном этапе своего внедрения: осуществляется планирование и утверждение мероприятий проекта на весь срок его осуществления. Но мероприятия по модернизации первичного звена здравоохранения области, в т.ч. по повышению персональной ответственности граждан за сохранение своего здоровья, уже стартовали. Деятельность медицинских организаций первичного звена и их подразделений, которые являются основой системы здравоохранения Российской Федерации, должна обеспечить для граждан качество и доступность медицинской помощи.

Так, по данным социологических опросов, показатель «удовлетворенность населения медицинской помощью» в Самарской области в 2019 г. продемонстрировал стремительную положительную динамику, впервые превысив среднее по Российской Федерации значение. Если в апреле 2019 г. среднее по РФ значение было 37,1%, а в Самарской области – 33,8%, то уже в октябре среднее по РФ значение – 38,1%, а в Самарской области – 39,4% (оценка по 4 вопросам). По оценке граждан доступности медицинской помощи в населенном пункте, в котором они проживают, Самарская область имеет показатель 43,3%, т.е. выше средних по РФ, поднявшись на 24 место в ряду других субъектов (среднее по РФ значение – 38,8%). Эти данные отражают начало кардинальных изменений в восприятии населением качества оказываемой медицинской помощи в Самарской области.

Технологический прогресс, повышение уровня образования и профессиональной подготовки медработников, расширение организационных моделей деятельности, функций кадрового состава бригад первичной помощи – все это свидетельствует в пользу того, что первичная помощь в современных условиях сможет играть более важную роль, чем раньше, а перераспределение имеющихся материально-технической ресурсов, в т.ч. информационных, в пользу медицинских организаций первичного

звена, безусловно, будет способствовать его развитию.

Об этом свидетельствуют некоторые результаты проводимой ранее работы и значительно активизированной в настоящее время. К примеру, такой интегральный показатель как смертность населения в Самарской области снизилась за год на 0,4 промилле – с 13,7 до 13,3 (в сравнении данных за 9 месяцев 2018 г. и 9 месяцев 2019 г.). Необходимо отметить, что в настоящее время отличие в смертности городского и сельского населения незначительны и составили в 2018 г. 7,5% (14,3 случаев на 1 000 населения в сельских районах и 13,3 – в городах), тогда как, в 2004 г. смертность населения сельских районов Самарской области была на 15% выше, чем в городах (18,0 случаев на 1 000 населения в сельских районах и 15,6 – в городах).

Выводы

Таким образом, создание интегрированной модели оказания первичной медико-санитарной помощи способствует решению таких основных проблем, как низкая доступность медицинской помощи в первичном звене наряду с выраженным дефицитом кадров, что, безусловно, негативно сказывается на показателях здоровья, продолжительности жизни

и уровне смертности населения, главным образом, сельского.

Представленный в исследовании опыт проектного управления системой здравоохранения помогает региональному министерству, при поддержке федеральных органов власти, решать ряд задач, позволяющих:

- сохранять и укреплять управляемость отраслью в целом;
- обеспечивать преемственность и этапность оказания медицинской помощи, в первую очередь, сельским жителям региона, и за счет этого улучшать состояние здоровья населения;
- эффективнее использовать финансовые, кадровые и материальные ресурсы.

Своевременная реализация такого рода мер позволяет существенно повысить эффективность деятельности системы здравоохранения, перенацелить государственные инвестиции с расширения сети лечебно-профилактических учреждений на ее техническое переоснащение, отдавая приоритет амбулаторному звену; сформировать прозрачный и относительно простой механизм государственного финансирования общедоступной медицинской помощи, стимулируя выбор, при прочих равных условиях, наиболее экономичных вариантов.

ИСТОЧНИКИ

1. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций. – М.: Изд. дом «Менеджер здравоохранения», 2013. – 311 с.
2. Люцко В.В., Степанян А.Ж., Каримова Д.Ю. Оптимизация управления качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения. – Медицинские науки. Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12. – С. 257–259.
3. Maynard A, Bloom K. Primary Care and health care reform: the need to reflect before reforming. *Health policy*, 1995, 31:171–181.
4. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*, 2003, 38(3):831–865.
5. Ettelt S., Nolte E., Mays N., Thomson S., McKee, International Healthcare Comparisons Network M.: Реал Тайм, 2009. – 96 с.
6. Калининская А.А. Стукалов А.Ф., Аликова Т.Т. Стационарзамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности. – Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 6. – С. 5–8.

REFERENCES

1. Knyazyuk N.F., Kitsul I.S. The methodology of building an integrated management system of medical organizations. – M.: Publishing. House "Health Manager", 2013. – 311 p.
2. Lyutsko V.V., Stepanyan A.Zh., Karimova D.Yu. Optimization of quality management of medical care in the context of healthcare reform // *Basic research*. 2013. No. 12 (part 2). P. 257 – 259.
3. Maynard A, Bloom K. Primary Care and health care reform: the need to reflect before reforming. *Health policy*, 1995, 31:171–181.
4. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*, 2003, 38(3):831–865.
5. Ettelt S., Nolte E., Mays N., Thomson S., McKee, International Healthcare Comparisons Network M.: Real time. 2009. – 96 p.
6. Kalininskaya A.A. Stukalov A.F., Alikova T.T. Hospital-replacing forms of medical care: organization and efficiency // *Health of the Russian Federation*. 2008. No. 6. P. 5–8.



ЗУБАРЕВА Н.Н.

Н.Н. ЗУБАРЕВА¹, к.пед.н., доцент,
заместитель губернатора Белгородской области,
nzubareva73@mail.ru

Проектный подход к совершенствованию первичной медико-санитарной помощи (региональная практика)

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-19-24>

¹ Правительство Белгородской области, г. Белгород, 308005, Россия, г. Белгород, Свято-Троицкий бульвар, д. 18.
Deputy Governor of Belgorod region The government of the Belgorod region .
The government of the Belgorod region, 18, Svyato-Troitskiy Boulevard, Belgorod, Russia, 308005.

Ключевые слова: проектное управление; первичная медико-санитарная помощь; врач общей практики; региональные проекты

Для цитирования: Зубарева Н.Н., Проектный подход к совершенствованию первичной медико-санитарной помощи (региональная практика). – Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 1. – С. 19–24.

For citation: Zubareva N.N. Project approach in the process of improving primary health care (regional practice). – Vestnik Roszdravnadzora. – 2020. – Vol. 1. – P. 19–24.

Zubareva N.N.

Project approach in the process of improving primary health care (regional practice)

The article describes the system improving practice of primary health care in the Belgorod region, which is based on the planning approach. The special attention is paid to implementational process of the regional project called «Health Management». The project stages are described chronologically, as their intermediate and main results of team project. The actions directed at improving primary health care and the ideology of the presented changes are aimed at achieving the strategic goal – guaranteeing population's life expectancy of the region by 2020 up to 74 years.

Keywords: project management; primary health care; general practitioner; regional projects

Введение

Проектное управление в социальной сфере на современном этапе все чаще используется как ключевой инструмент ее развития. Отдельным блоком при этом выступает здравоохранение: здесь проектирование обретает свои особенности, так как, с одной стороны, отрасль четко нормативно регламентирована внутренними законодательными актами, стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и иными нормами, с другой стороны, – очень субъективирована: большинство медицинских услуг построено по принципу «человек–человек» [1]. Особого внимания в процессе использования проектного подхода в социальной сфере заслуживает опыт Белгородской области [2]. Впервые в региональной практике так масштабно было применено проектное управление здоровьем населения в процессе совершенствования первичной медико-санитарной помощи: использован комплексный подход к созданию условий для ее оказания, совершенствованию содержания,

В статье описывается практика совершенствования системы оказания первичной медико-санитарной помощи в Белгородской области, основанная на проектном подходе. Особое внимание уделяется процессам реализации регионального проекта «Управление здоровьем». В хронологической последовательности охарактеризованы этапы проекта, его промежуточные результаты, показаны основные эффекты работы проектной команды. Мероприятия, направленные на совершенствование первичной медико-санитарной помощи, идеология представленных изменений ориентированы на достижение стратегической цели – обеспечение продолжительности жизни населения региона к 2020 г. до 74 лет.

к планированию и мониторингу достижения результатов [3].

Материалы и методы исследования

Выдвижение проектных идей в регионе происходит как на площадках профессионального сообщества, так и на независимых площадках. Одним из таких ресурсов является сайт «Народная экспертиза», где осуществляется сбор народных идей, их общественное обсуждение, голосование

и передача на рассмотрение в отраслевые органы власти. Высокую результативность имеет и уже ставшая традиционной групповая форма работы – стратегическая сессия. На сессионных площадках иницируют и «упаковывают» проектные предложения представители органов исполнительной власти, практической медицины, учреждений социальной защиты, общественных организаций, пациентского сообщества, территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС), федеральных надзорных органов, страховых компаний и СМИ. Далее иницированные проекты проходят стадию широкого обсуждения, включаются в отраслевой портфель проектов (их количество в 2018 г. составило 50). Две трети проектов – многоуровневые и межведомственные. Это позволяет более эффективно аккумулировать различные ресурсы для достижения общих целей [4].

Результаты и обсуждение

Примером продуктивного межведомственного взаимодействия является региональный проект «Управление здоровьем», направленный на совершенствование условий, содержания и результатов оказания первичной медико-санитарной помощи жителям региона. Руководит проектом губернатор Белгородской области Е.С. Савченко. Мероприятия проекта вошли во все без исключения подпрограммы региональной программы развития здравоохранения. Своевременность «Управления здоровьем» объективно подтверждена, с одной стороны, приоритетом развития здравоохранения в Российской Федерации (усилением профилактической работы в первичном звене), с другой стороны, – ограниченностью ресурсов (в первую очередь, материально-технических) для оказания первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельской местности.

Актуальна проблема обеспечения врачебными кадрами: в селах плотность детского населения значительно ниже плотности взрослого населения, при неуккомплектованности врачами-терапевтами участковыми особенно остро ощущается

проблема дефицита врачей-педиатров. Так, при условной норме 1 врач на 800 детей, в зону обслуживания педиатра попадает большое количество населенных пунктов с разной степенью удаленности друг от друга. Такие территориальные и организационные условия работы врача-педиатра не являются привлекательными для специалистов. Сложившаяся ситуация способствует прогрессированию дефицита кадров. Решение проблемы в рамках регионального проекта заключается в организации обслуживания населения всех возрастных групп в удаленных сельских территориях врачами общей практики в партнерстве с врачами-педиатрами. Врачи-педиатры (не менее 1 на 3000 детей) работают в центральных районных больницах без прикрепления детского населения, по мобильному принципу, в команде с прошедшими специальную подготовку врачами общей практики и средним медицинским персоналом. Они обеспечены транспортом, средствами мобильной связи, мобильным оборудованием. В городах и поселках сохраняются самостоятельные педиатрические службы [5].

Проблемы городской местности следующие:

- 1) отсутствие приоритетности семейного принципа обслуживания взрослого населения, что снижает возможность получения информации о состоянии здоровья, образе жизни конкретных пациентов не только от них лично, но и от членов их семей, не позволяет влиять на приверженность к лечению через семью;
- 2) отсутствие нормативно закреплённого алгоритма взаимодействия врачей-терапевтов и врачей-педиатров на уровне постоянного обмена информацией о состоянии здоровья, образе жизни пациентов-членов одной семьи, что усложняет обеспечение комплексного преемственного подхода в здоровьесбережении детей и взрослых. Одним из основных решений данных проблем в региональном проекте стало внедрение в первичное звено здравоохранения принципов общеврачебной медицинской практики [6].

Охарактеризуем основные хронологические этапы реализации проекта, его промежуточные эффекты и возможные перспективы.

Проект «Управление здоровьем» включает в себя три этапа.

На первом, подготовительном, этапе:

- создана рабочая группа проекта, куда вошли все члены правительства области – руководители отраслевых департаментов, главы муниципальных районов и городских округов, представители территориального фонда обязательного медицинского страхования, общественности;
- проанализирована ситуация по трем группам требований к предоставлению первичной медико-санитарной помощи: требования к условиям, содержанию и результатам ее оказания, т.е. была детально изучена инфраструктурная составляющая первичного звена;
- определен круг проблем;
- сформулирована генеральная цель проекта с учетом сильных и слабых сторон действующего федерального и регионального законодательства и иных норм, реально сложившейся ситуации в медицинских организациях региона;
- определены шаги проекта: 2017-й год – реализация мероприятий в сельской местности, 2018-й год – в городе;
- разработаны показатели и индикаторы достижения эффектов;
- составлен план конкретных мероприятий.

На втором, организационном, этапе:

- по принципу веерности в каждом из 22 муниципальных образований Белгородской области были инициированы муниципальные проекты, аналогичные региональному, руководителями которых стали главы муниципальных районов и городских округов;
- при формировании бюджета области были учтены расходы на переподготовку медицинских работников, приобретение компьютерной техники и медицинского оборудования;
- для строительства, ремонта и реконструкции зданий офисов общеврачебной практики и ФАПов, приобретения модульных конструкций, помимо бюджетных

средств, были привлечены внебюджетные источники;

- проведена защита планов мероприятий реализации проекта в каждом муниципальном образовании с выездом на места команды проекта. На рассмотрение была представлена полная концепция муниципалитета: от мер по ликвидации дефицита кадров, перечня работ на каждом строительном объекте до зонирования терапевтических участков (брендовое название участков – «медицинские округа», которые пронумерованы по всей области сквозным способом для удобства идентификации с целью принятия управленческих решений).

На третьем, внедренческом, этапе проводились непосредственно мероприятия проекта по условным блокам: «Идеология», «Кадры», «Бюджетирование», «Информатизация», «Материальная инфраструктура».

Блок «Идеология» включает в себя мероприятия по пропаганде проектной философии, которая на практике выражается в отказе от позиции медицинского патернализма и пациентской инфантильности в пользу партнерства врача общей практики, врача-педиатра и пациентов – членов одной семьи: превентивность медицинской помощи и пациентоориентированность становятся общими принципами взаимодействия. Для выполнения этих мероприятий был подготовлен и реализован комплексный медиаплан, задействованы СМИ, социальные сети (врачи общей практики и педиатры-участковые, главные врачи создали в социальных сетях, мобильных приложениях свои группы «врач + коллеги + медработники + пациенты»).

Блок внедренческих мероприятий «Кадры» включает в себя:

- переподготовку врачей-терапевтов и врачей-педиатров по специальности «Общая врачебная практика» и соответствующую переподготовку среднего и младшего медицинского персонала [6];
- трудоустройство врачей в рамках федеральной программы «Земский доктор» [7], осуществление муниципальными районами и городскими округами разовых выплат врачам при трудоустройстве

Таблица. Ключевые показатели эффективности работы врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики

№	Наименование показателей	Единицы измерения	Целевое значение	
			Базовый уровень	Повышенный уровень
1.	Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием по результатам анкетирования, IT-голосования	%	60–69	70 и более
		баллы	1	4
2.	Количество обоснованных жалоб на качество оказываемых медицинских услуг	ед.	1 и более	0
		баллы	0	4
3.	Выявление пациентов с подозрением на хроническое неинфекционное заболевание на ранних стадиях по результатам профилактических мероприятий	%	9	10 и более
		баллы	1	2
4.	Охват диспансерным наблюдением от подлежащего контингента прикрепленного населения в данном месяце	%	80–94	95 и более
		баллы	2	3
5.	Количество смертей лиц трудоспособного возраста на врачебном участке от предотвратимых причин, случаев	ед.	не более 2	не более 1
		баллы	2	3
6.	Число вызовов скорой медицинской помощи к обслуживаемому населению	ед.	30 и более	менее 30
		баллы	0	1
7.	Снижение показателя случаев заболевания с временной утратой трудоспособности, на 100 работающих (с нарастающим итогом)	ед.	15.5–14.0	13.9 и менее
			баллы	1
		ед.	28.0–25.3	25.2 и менее
			баллы	1
		ед.	39.5–35.6	35.5 и менее
			баллы	1
		ед.	51.1–45.9	45.8 и менее
			баллы	1
8.	Доля лиц, отказавшихся от курения от числа курящих, обученных в Школах здоровья	%	не менее 5	10 и более
		баллы	1	2
9.	Уменьшение массы тела у лиц с нарушением жирового обмена (в расчете на одного человека) от числа лиц, обученных в Школах здоровья	кг (%)	2–3 (5)	4 (10)
		баллы	1	2

и регулярных денежных выплат в период работы, предоставление служебного жилья медработникам в зоне обслуживания пациентов, выделение на льготных условиях земельных участков для индивидуального жилищного строительства;

- повышение уровня заработной платы специалистов первичного звена: разработаны и введены в действие в рамках эффективных контрактов врачей общей практики (семейных врачей) соответствующие КРГ¹, т.е. критерии эффективности их работы (табл.), что позволило на основе дифференциации и прозрачности каждому врачу управлять своим доходом, сопряженным с качеством работы² [8].
- формирование у лидерского состава медицинских организаций управленческих навыков, навыков бюджетирования в зоне своей ответственности, что является составляющими федерального профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»^{3,4}, принятого в 2017 г.

Это значит, что руководители, от заведующего отделением до главного врача, уже сегодня должны обладать компетенциями менеджеров высокого уровня, грамотно распоряжаться доходной и расходной частями бюджетов медицинских организаций и их структурных подразделений.

Закономерны вопросы: как на практике справиться с такой непростой задачей в отсутствие единого инструмента ее решения; где на регулярной основе и руководитель, и врач могут получать информацию о бюджете своего подразделения,

¹ Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

² Приказ Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области от 31.05.2018 № 713 «Об утверждении ключевых показателей эффективности работы врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и руководителей Территориальных центров семейной медицины».

³ Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия».

⁴ Приказ Минтруда России от 07.11.2017 № 768н. «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья».

чтобы в рамках своих полномочий влиять на его сбалансированность через принятие управленческих решений?

В рамках проекта данная проблема решалась в двух направлениях:

- повышение профессиональных компетенций работников медицинских организаций в области бюджетирования (были проведены зональные обучающие семинары представителями финансовой службы департамента здравоохранения и социальной защиты населения, департамента финансов и бюджетной политики региона, территориального отделения Фонда обязательного медицинского страхования);
- создание модуля «Бюджетирование» в медицинской информационной системе. Техническое задание для его разработки имело серьезное медико-экономическое обоснование. С одной стороны, оно базировалось на нормах оказания медицинской помощи, регламентированных стандартами и клиническими рекомендациями, на логистике маршрутизации пациентов, с другой стороны, определялось экономическими подходами, положенными в основу разработки Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Четвертый блок мероприятий проекта, реализованных на внедренческом этапе – «Материальная инфраструктура». Суть данных мероприятий не только в строительстве, ремонте и реконструкции медицинских объектов, но и в придании им некоего концептуально единого облика в каждой отдельно взятой территории. С этой целью было определено несколько проектных решений для вновь возводимых объектов: модульных конструкций и капитально строящихся зданий; были разработаны и размещены на сайте департамента строительства и транспорта региона несколько модельных проектов ландшафтного благоустройства территорий

офисов общей врачебной практики и ФАПов, которые по выбору медорганизаций реализовывались на практике. Места лучших инфраструктурных практик были определены региональными стажировочными площадками.

Проект «Управление здоровьем» гармонично согласуется с философией бережливого производства.

Проект «Управление здоровьем» гармонично согласуется с философией бережливого производства. Включившись в 2017 г. в реализацию федерального проекта «Бережливая поликлиника»⁵, Белгородская область получила синергетический эффект, объединив принципы пациентоориентированности и ликвидации всех видов потерь в процессе предоставления медицинских услуг. На практике это выражается в сокращении очередей к врачам, рациональном перераспределении материально-технических ресурсов, в росте удовлетворенности населения качеством услуг.

Заключение

Идеология и мероприятия регионального проекта «Управление здоровьем» направлены на достижение одной общей стратегической цели: обеспечение продолжительности жизни, в т.ч. здоровой, населения региона к 2020 г. до 74 лет⁶. Сложившаяся на Белгородчине практика коллективного (командного) решения глобальных задач позволяет делать уверенные шаги в данном направлении.

Выводы

Главным результатом деятельности сферы здравоохранения Белгородской области в 2018 г. стала положительная

⁵ Президиум Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, 2017. Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»: протокол от 26.07.2017 № 8.

⁶ Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.».

динамика показателей здоровья населения региона, и прежде всего – снижение общей смертности до 13,4 на 1000 человек. Этому способствовал проект «Управление здоровьем». При этом расширение института врачей общей практики в участковой службе первичного звена здравоохранения обеспечивает не только ощутимый социальный эффект, но и экономический результат. На создание материальных, информационных и финансовых (в основном – фонд оплаты труда) условий работы

врачей общей практики при их расширенном функционале требуются определенные средства, но при этом снижается потребность в более затратной специализированной помощи. Регламентированное взаимодействие врача общей практики и участкового педиатра посредством территориальной медицинской информационной системы позволяет обеспечить командный подход к оказанию первичной медико-санитарной помощи.

ИСТОЧНИКИ

1. Ананьин С.А. Перспективы национального проекта «Здравоохранение». – Актуальные проблемы управления здоровьем населения. – 2019. – С. 22-27.
2. Зубарева Н.Н., Говорун Н.И., Пономарева И.П. Проектное управление в системе развития паллиативной помощи населению Белгородской области. – Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – № 3. – С. 10–14.
3. Агарков Н.М., Гонтарев С.Н., Зубарева Н.Н. [и др.]. Общественное здоровье и здравоохранение. – Белгород: Эпиген, 2018. – 169 с.
4. Аничин В.Л., Середина О.А. Проектное управление в Белгородской области: теория и практика. – Вестник Курской государственной сельскохозяйственной академии. – 2012. – № 6. – С. 14–16.
5. Лаврищева Г.А., Черниенко Е.И. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в первичном звене здравоохранения. – Здравоохранение. – 2011. – № 3. – С. 163–172.
6. Иванов М.В. Научное обоснование совершенствования первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.02.03. – М., 2011. – 48 с.
7. В Белгородской области прошли выездные парламентские слушания на тему «Проектное управление как инструмент повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности». – Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2018. – № 1. – С. 16–17.
8. Зубарева Н.Н. Организация стратегического управления в медицинских организациях области. – Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. – 2018. – Т. 41, № 4. – С. 591–599.

REFERENCES

1. Ananyin, S.A. (2019). Perspektivy natsionalnogo proekta "Zdravookhraneniye" [Prospects of the "Healthcare" national project]. In: S.A. Ananyin. Aktualnye problemy upravleniya zdoroviyem naseleniya [Contemporary issues of population health management]. pp. 22–27.
2. Zubareva, N.N. (2018). Proektnoe upravlenie v sisteme razvitiya palliativnoy pomoshchi naseleniyu Belgorodskoy oblasti [Project management in the system of developing palliative care for the population of Belgorod region]. In: N.N. Zubareva, N.I. Govorun, I.P. Ponomareva. Palliativnaya medicina i reabilitatsiya [Palliative medicine and rehabilitation]. Vol.3. pp. 10–14.
3. Agarkov, N.M. (2018). Obshchestvennoe zdorovye i zdavookhraneniye [Public health and healthcare]. In: N.M. Agarkov, S.N. Gontarev, N.N. Zubareva [et al.]. Belgorod: Epicentr, 169 p.
4. Anichin, V.L. (2012). Proektnoe upravlenie v Belgorodskoy oblasti: teoriya i praktika [Project management in Belgorod region: theory and practice]. In: V.L. Anichin, O.A. Seredina. Vestnik Kurskoy gosudarstvennoy selskohozyajstvennoy akademii. [Kursk State Agricultural Academy Bulletin]. Vol. 6. pp. 14–16.
5. Lavrishcheva G.A. (2011). Realizatsiya prioritetnogo natsionalnogo proekta «Zdorovye» v pervichnom zvene zdavookhraneniya [The implementation of "Health" national priority project". In: G.A. Lavrishcheva, E.I. Chernienko. Zdravookhraneniye [Healthcare]. Vol. 3., pp. 163–172.
6. Ivanov, M.V. (2011). Nauchnoe obosnovaniye sovershenstvovaniya pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi na regionalnom urovne [Providing scientific grounds for improvement of primary medical and sanitary care on a regional level]: abstract of DM thesis: 14.02.03 / M.V. Ivanov. Moscow. 48p.
7. V Belgorodskoy oblasti proshli vyezdnye parlamentskie slushaniya na temu "Proektnoe upravlenie kak instrument povysheniya kachestva i dostupnosti pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi v selskoy mestnosti" [Field parliamentary hearing on "Project management as a tool of improving the standard and accessibility of primary medical and sanitary care in rural areas]. In: Obyazatelnoe meditsinskoe strakhovanie v Rossijskoy Federatsii [Compulsory medical insurance in the Russian Federation]. 2018. Vol.1. pp. 16–17.
8. Zubareva, N.N. (2018). Organizatsiya strategicheskogo upravleniya v meditsinskih organizatsiyah oblasti [Strategic management organization in the region's healthcare institutions]. In: Belgorod State University Scientific Bulletin. "Medicine. Pharmaceutics" series. Vol.41, iss.4. pp. 591–599.

В.А. БОЕВА¹, заместитель начальника Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Росздравнадзора, boevava@roszdravnadzor.ru

Н.А. САВРАНСКАЯ¹, к.м.н., начальник отдела лицензирования медицинской деятельности и контроля в сфере здравоохранения Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Росздравнадзора, SavranskayaNA@roszdravnadzor.ru



БОЕВА В.А.



САВРАНСКАЯ Н.А.

Некоторые вопросы лицензирования медицинской деятельности в период реформирования первичной медико-санитарной помощи

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-25-32>

¹ Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. 109074, Россия, г. Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1
Federal Service for Surveillance in Healthcare (Roszdravnadzor). 4, bld. 1, Slavyanskaya Square, Moscow, Russia, 109074.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, лицензирование медицинской деятельности, лицензия, лицензионные требования, территориальное планирование, модернизация первичного звена здравоохранения

Для цитирования: Боева В.А., Савранская Н.А. Некоторые вопросы лицензирования медицинской деятельности в период реформирования первичной медико-санитарной помощи. – Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 1. – С. 25–32.

For citation: Boeva V.A., Savranskaya N.A., Some issues of a licensing of medical activities during the reformation of the primary health care system. – Vestnik Roszdravnadzora. – 2020. – Vol. 1. – P. 25–32.

Boeva V.A., Savranskaya N.A.

Some issues of a licensing of medical activities during the reformation of the primary health care system

The issues of the primary health care system affect all medical organizations that have a license for providing medical care in pre-doctor care, primary and special medical care. The article reviews issues of a licensing of medical activities in primary health care in the current context, i.e. during modernization of the primary element of health care, which is fundamental for the health care system.

Keywords: primary health care, licensing of medical activities, license, licensing requirements, regional planning, modernization of the primary element of health care

Вступление

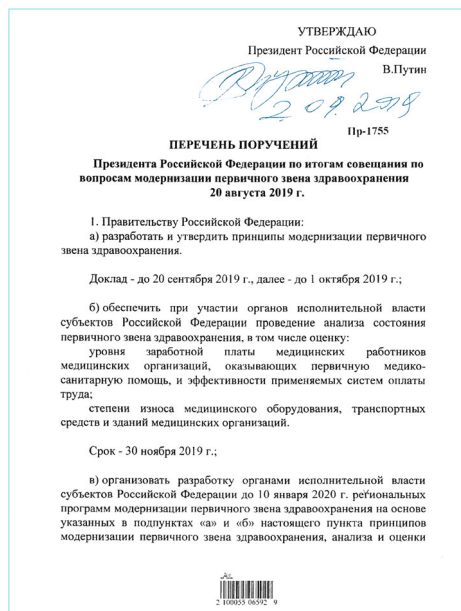
Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Вопросы организации и оказания первичной медико-санитарной помощи в последнее время приковывают к себе внимание не только медицинских работников и населения, но и рассматриваются на самом высоком государственном уровне. Так, по итогам совещания в Администрации Президента Российской Федерации по вопросам модернизации первичного звена

Вопросы первичной медико-санитарной помощи затрагивают все медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской помощи по доврачебной, первичной и специализированной медико-санитарной помощи. В статье рассмотрены вопросы лицензирования медицинской деятельности по первичной медико-санитарной помощи в современных условиях, т.е. в период модернизации первичного звена здравоохранения, которая является основой системы оказания медицинской помощи.

здравоохранения 20 августа 2019 г. Президентом России В.В. Путиным дано поручение Правительству Российской Федерации от 02.09.2019 № Пр-1755 по разработке и утверждению принципов модернизации первичного звена здравоохранения, проведению с участием органов исполнительной власти субъектов Российской

Рисунок 1. Поручение Президента Российской Федерации от 02.09.2019 № Пр-1755



пп. «ж» п. 1 Представить предложения по совершенствованию порядка лицензирования медицинской деятельности, в том числе внедрения процедуры предварительного согласования органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации решений о создании медицинской организации либо об изменении профиля её деятельности

Федерации анализа состояния первичного звена здравоохранения, разработке региональных программ модернизации первичного звена, а также совершенствованию порядка лицензирования медицинской деятельности, в т.ч. внедрения процедуры предварительного согласования органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации решений о создании медицинской организации либо об изменении профиля её деятельности (рис. 1).

Количество медицинских организаций и объектов осуществления медицинской деятельности в Российской Федерации, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, достаточно велико (рис. 2). Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения осуществляет лицензионный контроль в отношении лицензиатов (за исключением лицензиатов, представивших заявления о переоформлении лицензий), а также полномочия по приостановлению, возобновлению действия и аннулированию лицензий, проведению мониторинга эффективности лицензирования медицинской деятельности.

Как показали контрольно-надзорные мероприятия Росздравнадзора, а также анализ сведений о количестве выданных лицензий на осуществление медицинской

деятельности, в стране наблюдается рост численности медицинских организаций, преимущественно негосударственной формы собственности, оказывающих медицинскую помощь и являющихся малопрофильными, что не позволяет оказывать населению полноценную медицинскую помощь, нацеленную на конечный результат – выздоровление пациента. Действительно, не может быть оказана качественная медицинская помощь в медицинской организации, в которой отсутствует возможность полноценно обследовать пациента, установить окончательный диагноз и назначить адекватное лечение.

К примеру, Росздравнадзором установлены случаи проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием при отсутствии в медицинской организации лицензии по офтальмологии, что является нарушением приказа Минздрава России от 30.06.2016 № 441н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов». При получении информации о возможном нарушении

Рисунок 2. Количество медицинских организаций и объектов в Российской Федерации, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности (сведения из единого реестра лицензий Росздравнадзора по состоянию на 1 февраля 2020 г.)



лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности, в такие медицинские организации направляются предостережения о недопустимости нарушений обязательных требований.

Другими примерами нарушений обязательных лицензионных требований могут служить отсутствие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, внедрение которого обязательно для медицинских организаций всех форм собственности, или проведение профилактических осмотров населения без лицензии на осуществление медицинской деятельности по рентгенологии.

В целях выработки предложений по совершенствованию порядка лицензирования Росздравнадзором изучен международный опыт получения лицензий на осуществление медицинской деятельности в различных странах, подготовлены предложения по организации медицинской помощи на основе принципов территориального планирования, в т.ч. учитывая социальные, экономические и иные факторы. Для обеспечения развития социальной инфраструктуры, защиты интересов граждан

в сфере охраны здоровья предусмотрено наделение органов государственной власти субъектов Российской Федерации полномочиями по принятию решения об открытии медицинских организаций и начале медицинской деятельности.

Реализация предлагаемого решения позволит сбалансировать объем медицинской помощи с учетом возможности получения всего спектра социально востребованных медицинских услуг, оказываемых пациентам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи вне зависимости от места их проживания, плотности населения и иных условий, сохранить амбулаторно-поликлинический принцип и уровни системы организации медицинской помощи, а также обеспечит реализацию целей, установленных приказами Минздрава России от 27.02.2016 № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» и от 20.04.2018 № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов

и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения».

Правительством Российской Федерации принято постановление от 09.10.2019 № 1304¹, которое утвердило принципы модернизации первичного звена здравоохранения, правила проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена, а также осуществления мониторинга и контроля за их реализацией.

Модернизация первичного звена здравоохранения

Важной составляющей разработки региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения является принцип территориального планирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, создание схем размещения медицинских организаций с учетом профилей оказания медицинской помощи.

Задачи субъектов Российской Федерации по модернизации первичного звена здравоохранения рассмотрены на расширенном заседании президиума Государственного совета 31 октября 2019 г.

Минздравом России создана межведомственная рабочая группа по проведению экспертизы региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения². В работе группы, помимо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, принимают участие другие федеральные органы исполнительной власти, напрямую не связанные со здравоохранением, такие как Министерство экономического развития, Министерство промышленности и торговли, Министерство финансов, Министерство труда и социальной защиты, Министерство сельского хозяйства, Министерство строительства и жилищно-коммунального хозяйства,

Министерство транспорта, Министерство науки и высшего образования, Министерство просвещения Российской Федерации.

Такого масштабного проекта по модернизации первичного звена здравоохранения с непосредственным участием федеральных органов государственной власти и исполнительных органов субъектов Российской Федерации, непосредственно медицинских организаций в современной России еще не было.

Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 09.10.2019 № 1304, высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации должны провести анализ размещения объектов, на базе которых оказывается первичная медико-санитарная помощь населению, а также центральных районных и районных больниц в привязке к населенным пунктам, анализ численности проживающего в таких пунктах населения, развития транспортной инфраструктуры и коммуникаций с учетом требований к размещению медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения исходя из потребности населения, включая перспективы развития населенного пункта; анализ кадрового обеспечения медицинских организаций и их обособленных структурных подразделений, включая анализ обоснованности существующей штатной численности медицинских работников.

С учетом согласованных схем размещения и паспортов медицинских организаций, участвующих в региональных программах модернизации первичного звена здравоохранения, включая центральные районные и районные больницы, следует разработать и утвердить оптимальные схемы территориального планирования, включающие карты размещения объектов здравоохранения, обеспечивающие доступность медицинских организаций,

¹ Постановление Правительства РФ от 09.10.2019 № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения».

² Приказ Минздрава России от 31.10.2019 № 908 «О создании межведомственной рабочей группы по проведению экспертизы региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения».

а также маршрутизацию пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, и внести соответствующие данные в геоинформационную подсистему единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

В программу модернизации первичного звена здравоохранения включены также медицинские организации, подведомственные ФМБА России и оказывающие первичную медико-санитарную помощь жителям закрытых административно-территориальных образований.

Качественное оказание медицинской помощи требует соответствующей материально-технической базы. В рамках реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» Национального проекта «Здравоохранение» в 2019–2020 гг. запланировано создание и замена находящихся в аварийном состоянии, требующих сноса или реконструкции более 1550 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий. Кроме того, федеральным проектом предусмотрено софинансирование Минсельхозом России строительства или реконструкции более 40 фельдшерско-акушерских пунктов и (или) офисов врачебной практики в сельской местности.

Врачебные амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты являются структурными подразделениями районных больниц, центральных районных больниц. Приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – приказ № 543н) утверждены рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения врачебной амбулатории (фельдшерско-акушерского пункта),

фельдшерского здравпункта, центра (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины).

Лицензирование медицинской деятельности при оказании первичной медико-санитарной помощи

В целях лицензирования медицинской деятельности приказом Минздрава России от 11.03.2013 № 121н³ утверждены требования к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной медицинской помощи.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами). Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в т.ч. высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Основные правила организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям в Российской Федерации установлены Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н) и Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям (приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н⁴).

³ Приказ Минздрава России от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в т.ч. высокотехнологичной), скорой (в т.ч. скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях».

⁴ Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».

К лицензионным требованиям, предъявляемым к соискателю лицензии (лицензиату) на осуществление медицинской деятельности⁵, относятся требования по наличию зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии (лицензиату) на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 03.03.2018 № 369-р⁶ (далее – Распоряжение № 369-р) в целях расширения сети сельских медицинских организаций из резервного фонда Правительства Российской Федерации в 2018 г. выделены бюджетные ассигнования на приобретение модульных конструкций врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов для населенных пунктов с численностью населения от 101 до 2000 человек.

Эти конструкции представляют собой секционные сборные сооружения, которые состоят из нескольких блоков, называемых модулями. Каждый блок отдельно изготавливается в заводских условиях с учетом всех транспортных и эксплуатационных нагрузок. Поэтому многократная транспортировка, монтаж и демонтаж зданий из таких блоков абсолютно не влияют на их функционирование и эксплуатационные характеристики.

Модульные здания изготавливаются в различном исполнении для любых климатических условий, отвечают всем пожарным и санитарным требованиям, имеют систему отопления и вентиляции, сантехнику и электрооборудование [1].

Поручением заместителя Председателя Правительства Российской Федерации от 08.05.2019 № ТГ-П12-3739 Росздравнадзору поручено совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской

Федерации в сфере охраны здоровья обеспечить получение лицензий на осуществление медицинской деятельности фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами и врачебными амбулаториями, приобретенными в соответствии с Распоряжением № 369-р, а также мониторинг получения перечисленными структурными подразделениями лицензии на осуществление медицинской деятельности.

В соответствии со ст. 3 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», место осуществления отдельного вида деятельности, подлежащего лицензированию, объект (помещение, здание, сооружение, иной объект), который предназначен для осуществления лицензируемого вида деятельности, должен соответствовать лицензионным требованиям, принадлежать соискателю лицензии или лицензиату на праве собственности либо ином законном основании, иметь почтовый адрес или другие позволяющие идентифицировать объект данные. Лицензионные требования распространяются на все адреса мест осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности.

Согласно приказу № 543н в структуре медицинской организации (ее структурного подразделения) может создаваться мобильная медицинская бригада для оказания первичной медико-санитарной помощи, проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и оказания первичной медико-санитарной помощи населению, в т.ч. жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста, либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий.

В целях выполнения перечисленных функций мобильная медицинская бригада

⁵ Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».

⁶ Распоряжение Правительства РФ от 03.03.2018 № 369-р «Об утверждении распределения иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых в 2018 г. бюджетам субъектов Российской Федерации на приобретение модульных конструкций врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов для населенных пунктов с численностью населения от 101 до 2000 человек».

обеспечивается передвижными комплексами медицинского назначения (далее – ПКМН). За последние 4 года для обслуживания населения на территориях с низкой плотностью, где в населенных пунктах проживают менее 100 человек, на треть увеличилось число таких передвижных комплексов медицинского назначения и мобильных медицинских бригад, которых к настоящему времени насчитывается около 3800. До 2021 г. планируется приобретение еще более 1300 мобильных комплексов: по 500 комплексов в 2019 и 2020 гг. и 300 в 2021 г.

Приложение № 24 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом № 543н, включает стандарт оснащения ПКМН, а также требование по оснащению их средством радиосвязи и мобильным абонентским комплектом автоматизированной навигационно-диспетчерской системы управления с возможностью использования глобальной навигационной спутниковой системы ГЛОНАСС и GPS и возможностью подачи сигнала тревоги.

ПКМН размещаются на базе колесных транспортных средств (автомобили, прицепы и полуприцепы); транспортных средств повышенной проходимости (снегоболотоходы, транспортные средства на воздушной подушке, иные); водных, воздушных (самолеты, вертолеты), железнодорожных транспортных средств.

В соответствии с ч. 1 ст. 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ), ПКМН для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с численностью населения до 100 человек являются медицинскими изделиями и должны соответствовать требованиям пп. 4 «б» Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой

медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291⁷, предусматривающим наличие принадлежащих соискателю лицензии (лицензиату) на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке.

В лицензии на осуществлении медицинской деятельности в случае использования медицинской организации ПКМН не допускается указания в адресной части места осуществления деятельности (приложение к лицензии) наименования медицинского изделия, марки, номера государственной регистрации автомобиля, на базе которого размещен передвижные фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории.

В ПКМН, расположенном на шасси транспортного средства, медицинская помощь оказывается с применением различных медицинских изделий, зарегистрированных в установленном порядке, комплектация которыми зависит от его назначения. При этом ПКМН не только обеспечивает техническое оснащение для оказания медицинской помощи, но и формирует условия для ее оказания (системы кондиционирования, отопления, вентиляции, освещения, снабжения медицинскими газами, водоснабжения, радиационной защиты, электроснабжения, система крепления и (если требуется) амортизации медицинских изделий при эксплуатационном транспортировании, мебель медицинская, подъемники для пациентов, телемедицинские системы и т.д.).

Необходимо отметить, что организация оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной

⁷ Постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».

помощи, установление случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи работниками медицинских организаций вне таких медицинских организаций отнесены к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья (ст. 16 Федерального закона № 323-ФЗ).

Разработка субъектами Российской Федерации нормативных правовых актов по оказанию медицинской помощи вне медицинских организаций является неотъемлемой частью реализации стратегии повышения доступности оказания медицинской помощи населению, в первую очередь, в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Проведенный Росздравнадзором анализ наличия в субъектах Российской Федерации нормативных правовых актов, регламентирующих исполнение вышеуказанной нормы, показал отсутствие в отдельных регионах установленного порядка или установление порядка только для выезда бригады скорой медицинской помощи, вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения необходимого обследования и лечения (активное посещение) или при патронаже отдельных групп населения, к примеру, детей.

В целях совершенствования и оптимизации лицензионных требований к медицинским организациям Минздравом России создана межведомственная рабочая группа по разработке проекта постановления

Правительства РФ «О внесении изменений в Положение о лицензировании медицинской деятельности»⁸, в состав которой, кроме сотрудников Минздрава России и Росздравнадзора, вошли представители Минэкономразвития, ФАС, Роспотребнадзора, ФМБА, Минобрнауки, Минюста России, Национальной медицинской палаты. Ожидается, что работа межведомственной рабочей группы с учетом мнения медицинского профессионального сообщества позволит привести лицензионные требования к медицинской деятельности в соответствие с современными нормами по оказанию медицинской помощи.

Заключение

Таким образом, совершенствование, а главное, строгое соблюдение лицензионных требований к медицинской деятельности по первичной медико-санитарной помощи в современных условиях, т.е. в период модернизации первичного звена здравоохранения, обеспечение возможности получения гражданами всего спектра социально востребованных медицинских услуг, оказываемых в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи вне зависимости от места их проживания, плотности населения и иных условий, сохранение поликлинического принципа и уровня системы организации медицинской помощи, будут способствовать реализации целей, установленных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.».

ИСТОЧНИКИ

1. Жукова Л.Г. Модульные здания. – Инновационная наука. – 2017. – № 12 – С. 212–214.

REFERENCES

1. Zhukova L.G. Modular Buildings. – Innovation Science. – 2017. – Vol. 12 – P. 212–214.

⁸ Приказ Минздрава России от 28.10.2019 № 897 «О создании Межведомственной рабочей группы по разработке проекта постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».

А.В. САМОЙЛОВА¹, д.м.н., директор Департамента проектной деятельности,
SamoylovaAV@rosminzdrav.ru

С.И. ТАУБКИНА², начальник отдела анализа, мониторинга и отчетности Управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения Росздравнадзора,
TaubkinaSI@roszdravnadzor.ru

И.В. ПЕТРУНИНА², главный специалист-эксперт Управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения Росздравнадзора,
PetruninaIV@roszdravnadzor.ru

Е.А. КАРДОВСКАЯ³, руководитель, info@reg43.roszdravnadzor.ru

Первые итоги федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-33-36>

¹ Министерство здравоохранения Российской Федерации. 127051, Россия, г. Москва, ул. Рахмановский переулок, д. 3, корпус 1 Ministry of Health of the Russian Federation, 3, Rakhmanovsky Lane, Moscow, GSP-4, Russia, 127994.

² Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. 109074, Россия, г. Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1. Federal Service for Surveillance in Healthcare (Roszdravnadzor). 4, bld. 1, Slavyanskaya Square, Moscow, Russia, 109074.

³ Территориальный орган Росздравнадзора по Кировской области. 610004, Россия, г. Киров, ул. Пятницкая, д. 2. Regional office Roszdravnadzora po Kirovskoi oblasti, 2, Pyatnickaya St., Kirov, Russia, 610004.

Ключевые слова: Национальный проект, федеральный проект, первичная медико-санитарная помощь, фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, передвижной медицинский комплекс

Для цитирования: Самойлова А.В., Таубкина С.И., Петрунина И.В., Кардовская Е.А. Первые итоги федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». – Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 1. – С. 33–36.

For citation: Samoilova A.V., Taubkina S.I., Petrunina I.V., Kardovskaya E.A. First results of the federal project "Development of the system of primary health care". – Vestnik Roszdravnadzora. – 2020. – Vol. 1. – P. 33–36.

Samoilova A.V., Taubkina S.I., Petrunina I.V., Kardovskaya E.A.
First results of the federal project "Development of the system of primary health care"

The article presents the interim results of the federal project "Development of the system of primary health care" in the area of construction and putting into service of feldsher's and feldsher-midwife stations, outpatient clinics, and purchase of mobile health units. The main problems of the subjects of the Russian Federation in the realization of above mentioned federal project are described, also the positive example of achieving of the required results in the framework of federal project are given.

Keywords: National project, federal project, primary health care, feldsher's, feldsher-midwife stations, outpatient clinics, mobile health unit

Целью статьи является предоставление аналитической информации о промежуточных итогах реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (далее – Проект) в разрезе регионов страны.

Оказание первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, особенно в отдаленных районах, должно быть доступно, безопасно и иметь показатели высокой эффективности.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя

В статье представлены промежуточные итоги реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в части создания и введения в эксплуатацию фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий; приобретения передвижных медицинских комплексов. Конкретизированы основные проблемы субъектов Российской Федерации в реализации вышеуказанного проекта, приведен положительный пример достижения необходимых результатов в рамках регионального проекта.

мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому

просвещению населения¹. Таким образом, в основу устойчивого и стабильного фундамента качественного лечения ложится оказание медицинской помощи в первичном звене, которое должно осуществляться с высокой степенью результативности.

На сегодняшний день можно выделить ряд наиболее серьезных проблем при организации первичной медико-санитарной помощи, требующих принятия стратегических управленческих решений:

- недостаточное развитие инфраструктуры медицинских организаций первичного звена, особенно в сельских, труднодоступных и отдаленных местностях;
- устаревшая материально-техническая база медицинских организаций, в т.ч. в части оснащения санитарным транспортом и передвижными медицинскими комплексами;
- слабая роль подразделений медицинской профилактики;
- острый дефицит медицинских кадров.

При совершенствовании организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению необходимо предусмотреть мероприятия по:

- проведению необходимых ремонтных работ, строительства и реконструкции объектов первичного звена здравоохранения;
- созданию условий для обеспечения доступности медицинской помощи жителям, проживающим в сельской, отдаленной и труднодоступной местностях;
- обеспечению эффективной маршрутизации потоков пациентов;
- развитию выездных форм оказания медицинской помощи (для жителей труднодоступных районов);
- совершенствованию принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

Достижение результатов разработанного федерального проекта «Развитие оказания системы первичной медико-санитарной помощи» позволит устранить ряд имеющихся проблем в первичном звене здравоохранения и построить пациент-ориентированную схему оказания первичной медико-санитарной и экстренной помощи [1].

Росздравнадзор осуществляет мониторинг реализации мероприятий федерального проекта «Развитие оказания системы первичной медико-санитарной помощи» в соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации от 29.12.2018 № 1732² и № 1734³, а также взаимодействует с Центром организации первичной медико-санитарной помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России с целью контроля за достижением ежегодных показателей (контрольных точек), в соответствии с которыми будут реализовываться поставленные цели Проекта⁴ (таблица).

В итоге реализации мероприятий региональных проектов, входящих в состав федерального проекта «Развитие оказания системы первичной медико-санитарной помощи», достигнуты следующие результаты по таким основным направлениям, как создание и замена фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий (ФП, ФАП, ВА) и приобретение передвижных (мобильных) медицинских комплексов (ПМК).

По итогам 2019 г. введено в эксплуатацию 415 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий (96% от запланированного числа объектов с учетом экономии финансовых средств). Полностью не реализовано мероприятие в отношении 2-х объектов в 2-х субъектах Российской Федерации – Архангельской

¹ Ст. 33 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

² Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2018 № 1732 «Об утверждении Правил предоставления и распределения в 2019–2020 гг. иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях создания и замены фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий для населенных пунктов с численностью населения от 100 до 2000 человек».

³ Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2018 № 1734 «Об утверждении Правил предоставления и распределения в 2019–2021 гг. иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на оснащение медицинских организаций передвижными медицинскими комплексами для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с численностью населения до 100 человек».

⁴ Паспорт Национального проекта «Здравоохранение» (утвержден президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).

Таблица. Задачи и результаты федерального проекта «Развитие оказания системы первичной медико-санитарной помощи»

Наименование задачи результата	Планный показатель достижения результата	Результат по итогам 2019 г.	% выполнения результата
Созданы/заменены 1 550 ФАП, ФП, ВА	432 объекта (с учетом экономии средств), 393 объекта (план по паспорту проекта)	Введено в эксплуатацию 415 ФАП, ФП, ВА (на 31.12.2019)	96%
Введено в действие более 40 фельдшерско-акушерских пунктов и (или) офисов врачей общей практики в сельской местности (исполнитель – Минсельхоз России)	40 объектов	Введено в эксплуатацию 53 ФАП, ФП, ВА	100%
Приобретено 1300 передвижных медицинских комплексов (ПМК)	519 шт. (с учетом экономии средств), 500 шт. (план по паспорту проекта)	В медицинские организации поставлено 502 ПМК	97%
Выполнено 12500 вылетов санитарной авиации дополнительно к вылетам, осуществляемым за счет собственных средств бюджетов субъектов Российской Федерации	7500 ед.	8310	100%
В 85 субъектах РФ созданы региональные проектные офисы по созданию и внедрению новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь	85 ед.	85	100%
В создании и тиражировании новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, участвуют не менее 72,3% медицинских организаций, оказывающих данный вид помощи	9,2%	35%	100%

области и Ханты-Мансийском автономном округе. Частично не реализовано мероприятие по созданию ФАП, ФП, ВА в отношении 15 объектов в 6 субъектах Российской Федерации: Астраханской, Владимирской, Иркутской, Костромской, Мурманской, Новгородской областях.

На конец 2019 г. фактически поставлено в медицинские организации 502 передвижных медицинских комплексов (97% от запланированного числа объектов с учетом экономии финансовых средств). Не реализовано мероприятие (частично достигнут результат) в отношении 17 ПМК в 4 субъектах Российской Федерации: Красноярском и Пермском краях, Иркутской и Курганской областях.

В течение 2019 г. в случае выявления риска недостижения запланированного результата территориальные органы Росздравнадзора осуществляли внеплановые проверочные мероприятия. В ходе контрольных мероприятий Росздравнадзора выявлялись типичные нарушения:

- срыв сроков строительно-монтажных работ ФАП, ФП, ВА из-за невыполнения условий контракта со стороны поставщиков (Новгородская область, Ханты-Мансийский автономный округ);
- несвоевременное заключение контрактов на строительство/поставку ФАП, ФП, ВА (Архангельская и Владимирская области);
- несоответствие количества предполагаемых к строительству объектов ФАП, ФП,

ВА фактически указанному числу в соглашениях с Минздравом России (Владимирская область);

- позднее заключение контракта на поставку передвижных (мобильных) медицинских комплексов (Иркутская область, Пермский край);
- поздние поставки из-за невыполнения условий контракта со стороны поставщиков (Красноярский и Пермский края, Курганская область).

При проведении контрольных мероприятий выявлен факт закупки передвижных (мобильных) медицинских комплексов, незарегистрированных в установленном законодательством Российской Федерации порядке (Курская область).

К основным системным проблемам в реализации мероприятий регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в субъектах Российской Федерации можно отнести:

- несвоевременное внесение изменений в паспорт регионального проекта «Развитие первичной медико-санитарной помощи» с учетом доведенных Минздравом России значений результатов;
- несвоевременное определение потребности в строительстве новых ФАПов и врачебных амбулаторий;
- отсутствие четкого взаимодействия органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, органов

местного самоуправления и медицинских организаций;

- недостаточный контроль за реализацией мероприятий регионального проекта со стороны должностных лиц органов государственной власти в сфере здравоохранения, ответственных за достижение результата регионального проекта;
- отсутствие четкого планирования работы мобильных медицинских бригад и достаточного контроля со стороны руководителей медицинской организаций за деятельностью мобильных медицинских бригад.

В случае отсутствия в субъекте четкого плана реализации федерального проекта, а также нарушения сроков хотя бы одного из запланированных мероприятий, возникает риск недостижения запланированных контрольных точек и, как следствие, срыв реализации проекта в целом по итогам 2024 г. Если же все сроки реализации проекта выполняются, но в случае возникновения нарушений сроков поставки оборудования или заключения контрактов на выполнение работ принимаются экстренные меры, риск невыполнения итоговых показателей снижается.

Одним из примеров положительного опыта реализации рассматриваемого федерального проекта можно считать Кировскую область.

Кировской областью мероприятия и контрольные точки по их достижению, закрепленные в паспорте регионального проекта, выполнялись в течение года в установленные сроки.

Территориальным органом Росздравнадзора в адрес Министерства здравоохранения Кировской области направлялись письма об усилении контроля за своевременностью выполнения запланированных мероприятий, в т.ч. закупке оборудования и организации

своевременной претензионной работы. По результатам проведения проверок медицинских организаций, участвующих в реализации региональной программы по развитию первичной медико-санитарной помощи, информация регулярно направлялась в адрес Министерства здравоохранения Кировской области. Кроме того, ежемесячно результаты проверок в части государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности озвучивались на заседаниях координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

Таким образом, своевременное исполнение плана мероприятий, взаимодействие министерства здравоохранения субъекта с территориальным органом Росздравнадзора, территориальным фондом обязательного медицинского страхования способствует принятию своевременных управленческих решений в субъекте и достижению поставленных задач.

Оперативный мониторинг реализации мероприятий региональных проектов «Развитие системы оказания медико-санитарной помощи» в субъектах Российской Федерации и инициирование проверок в случае выявления рисков будут продолжены Росздравнадзором, в т.ч. в рамках исполнения протокола заседания межведомственной рабочей группы по мониторингу и контролю за эффективностью реализации национальных и федеральных проектов при президиуме Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 18.10.2019 № 4.

ИСТОЧНИК

1. Корочкин А.В., Ходырева И.Н., Таубкина С.И. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» как основной резерв для повышения доступности и улучшения качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации. – Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 13–20.

REFERENCES

1. Korochkin A.V., Khodyreva I.N., Taubkina S.I. The federal project "Development of the system of primary health care" as the main reserve for increase of accessibility and quality of health care for citizens of the Russian Federation. - Vestnik Roszdravnadzora. - 2020. - № 1. - P.13–20.

Д.Ф. ТАУТ¹, заместитель начальника отдела управления качеством и оценки медицинской деятельности,
tautdf@gmail.com

И.В. ИВАНОВ¹, генеральный директор,
ivi1976@bk.ru

С.А. МЕНДЕЛЬ², начальник Клинического госпиталя,
89160764641@mail.ru

Результаты оценки качества и безопасности медицинской деятельности поликлиник

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-37-41>

¹ ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора. 109074, Россия, г. Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1. Federal State Organization «National quality institute» Federal Service for Surveillance in Healthcare. 4, bld. 1, Slavyanskaya Square, Moscow, Russia, 109074.

² ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве». 127299, Россия, г. Москва, ул. Новая Ипатовка, д. 3 А. "Clinical hospital of Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation across Moscow". 3A, Novaya Ipatovka St., Moscow, Russia, 127299.

Ключевые слова: Практические рекомендации Росздравнадзора, внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности, оценка, поликлиника

Для цитирования: Таут Д.Ф., Иванов И.В., Мендель С.А. Результаты оценки качества и безопасности медицинской деятельности поликлиник. – Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 1. – С. 37–41.

For citation: Taut D.F., Ivanov I.V., Mendel S.A. The results of assessment of quality and safety of medical activity in outpatient hospitals. – Vestnik Roszdravnadzora. – 2020. – Vol. 1. – P. 37–41.

Taut D.F., Ivanov I.V., Mendel S.A.

The results of assessment of quality and safety of medical activity in outpatient hospitals

The article presents the results of an external assessment of the quality and safety of medical activities in outpatient hospitals based on Practical recommendations of Roszdravnadzor on the organization and conduction of an internal control of the quality and safety of medical activities in a medical organization. Experts of "National Quality Institute" of Roszdravnadzor carried out the external evaluation on 15 sections of Practical recommendations. It was noted that the main areas of internal control that require correction and improvement are: epidemiological safety, organization of medical care based on evidence-based medicine (compliance with procedures and clinical recommendations), organization of preventive work; dispensary monitoring of patients suffering from chronic diseases and inpatient replacement technologies.

Keywords: Practical recommendations of Roszdravnadzor, internal control of quality and safety of medical activity, assessment, outpatient hospital

В статье представлены результаты внешней оценки качества и безопасности медицинской деятельности в амбулаторных организациях на основе Практических рекомендаций Росздравнадзора по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. Внешняя оценка проводилась по 15 разделам Практических рекомендаций экспертами ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора. Было отмечено, что основными направлениями внутреннего контроля, требующими коррекции и совершенствования, являются: эпидемиологическая безопасность, организация медицинской помощи на основании данных доказательной медицины (соблюдение порядков и клинических рекомендаций), организация профилактической работы; диспансерное наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями и стационарзамещающие технологии.

Введение

Качество и безопасность медицинской деятельности – одно из стратегических направлений государственной политики в сфере охраны здоровья граждан. Одним из приоритетов государственной политики

стало активное проведение реформирования первичного звена здравоохранения – повышение роли первичной медико-санитарной помощи. В настоящее время недостаточно отрегулированы механизмы управления качеством при оказании

первичной медико-санитарной помощи, отсутствует понимание состояния качества и безопасности амбулаторного звена.

Принятие приказа Минздрава России №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» стало важным шагом формирования системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности. Методологической основой данного приказа стали Практические рекомендации Росздравнадзора для поликлиник [1], разработанные ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора в 2017 г. Одним из инструментов проведения внутреннего контроля с целью оценки качества и безопасности являются проверки (плановые и внеплановые), которые можно проводить, используя чек-листы, приведенные в Практических рекомендациях Росздравнадзора, по 15 направлениям, которые являются базовыми, основываются на международных подходах к управлению качеством и отражают специфические для амбулаторного звена России процессы [2]. В течение 2-х лет проводилась апробация Практических рекомендаций Росздравнадзора в 5 субъектах Российской Федерации. Использование изложенной в Практических рекомендациях методологии продемонстрировало возможность объективной оценки качества и безопасности медицинской деятельности, а также создания эффективной системы управления качеством и улучшения показателей деятельности медицинских организаций.

Цель настоящего исследования

Изучение качества и безопасности медицинской деятельности поликлиник. Для достижения обозначенной цели сформулированы следующие задачи:

- провести оценку качества и безопасности медицинской деятельности поликлиник, используя Практические рекомендации Росздравнадзора;
- проанализировать результаты оценки качества и безопасности медицинской деятельности поликлиник;

- сформулировать предложения по улучшению качества и безопасности деятельности поликлиник.

Для проведения оценки были привлечены эксперты ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора. Оценка проводилась по чек-листам Практических рекомендаций Росздравнадзора.

Структура оценочного чек-листа представляет набор групп показателей, разделенных на разделы. Для каждого показателя приведен порядок оценки. Для удобства практического использования применяется двоичная система оценки (соответствие – «да», несоответствие – «нет»). Несоответствие только по одному показателю приводит к несоответствию всей группы показателей. Если соответствие достигло 80% и выше – система эффективна и безопасна по конкретному направлению (разделу); 70-80% – соответствие является условным и требует улучшений; если менее 70% – система небезопасна.

Результаты исследования

В *таблице* приводятся результаты оценки качества и безопасности медицинской деятельности по 15 направлениям (разделам) 7 поликлиник.

Анализ результатов первичной внешней оценки показывает, что ни по одному разделу не достигнуто даже условное соответствие. Только раздел «контроль качества и безопасности медицинских изделий» приближен к уровню условного соответствия. В большей степени несоответствия касаются системы обучения персонала вопросам контроля качества и безопасности, отсутствует учет и регистрация нежелательных реакций при применении медицинских изделий. Наименьшее соответствие выявлено по разделам:

- организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения;
- эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- стационарзамещающие технологии (организация работы дневного стационара, «стационара на дому»);

- организация медицинской помощи на основании данных доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения);
- диспансерное наблюдение за хроническими больными.

Менее 60% соответствия набрали остальные разделы, такие как:

- система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции;
- организация экстренной и неотложной помощи;
- преимущество организации медицинской помощи. Передача ответственности за пациента;
- идентификация личности пациента.

Даже по разделам «Организация работы регистратуры», «Диспансеризация

прикрепленного населения», которым в настоящее время уделяется самое пристальное внимание, не достигли уровня соответствия (70%).

По разделу «Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» (раздел 10) уровень соответствия – наименьший среди других разделов и составляет всего 22%. Большое количество проблем связано с нерациональным использованием антибактериальных препаратов, проведением микробиологического мониторинга, обеспечением эпидемиологической безопасности в ходе эндоскопических процедур, гигиеной рук медицинскими работниками.

При оценке направления «Организация оказания медицинской помощи

Таблица. Результаты оценки качества и безопасности медицинской деятельности медицинских организаций (МО) по разделам Практических рекомендаций Росздравнадзора

№	Раздел	МО 1	МО 2	МО 3	МО 4	МО 5	МО 6	МО 7	Среднее значение по разделу
1	Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции	50	88	38	50	25	88	63	58
2	Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения	25	25	25	25	88	50	25	37
3	Организация работы регистратуры	78	72	45	65	67	34	89	64
4	Идентификация личности пациента	0	66	34	34	90	46	70	49
5	Организация экстренной и неотложной помощи	55	64	46	10	46	46	70	48
6	Диспансеризация прикрепленного населения	50	69	56	62	62	75	75	64
7	Диспансерное наблюдение за хроническими больными	67	10	10	34	42	68	75	44
8	Стационарзамещающие технологии (организация работы дневного стационара, «стационара на дому»)	20	50	50	42	15	67	75	46
9	Преимущество организации медицинской помощи. Передача ответственности за пациента	44	44	45	44	83	44	44	50
10	Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	0	23	8	8	50	50	77	22
11	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор	8	75	84	75	33	84	92	64
12	Контроль качества и безопасности медицинских изделий	75	63	63	75	33	88	88	69
13	Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений	44	66	78	48	66	77	66	64
15	Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения)	0	33	33	33	0	33	33	33

на основании данных доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения)» (раздел 15) выявлены проблемы с информированием и знанием персоналом клинических рекомендаций, основ доказательной медицины. Например, при решении постановочных клинических задач врачи использовали в качестве вспомогательного электронного источника непрофессиональные сайты и не пользовались клиническими рекомендациями при поиске информации. Во всех исследуемых медицинских организациях отсутствовал доступ на рабочем месте к клиническим рекомендациям для упрощения и ускорения принятия обоснованных решений в лечебно-диагностическом процессе.

При оценке раздела «Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения» (раздел 2), несмотря на понимание важности этого направления медицинскими специалистами, абсолютно все поликлиники показали низкий уровень проведения профилактической работы с населением. Уровень соответствия по этому разделу один из самых низких и составляет 37%. В большей степени несоответствия касаются отсутствия стандартизованных алгоритмов консультирования по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни. Знания сотрудников по профилактическому консультированию пациентов неглубокие и несистемные. Продемонстрированные во время оценки примеры информирования пациентов по профилактике неинфекционных заболеваний, здорового образа жизни не всегда убедительны, не полноценны по объему, не достоверны по качеству информации (не соответствуют современным рекомендациям, основанным на данных доказательной медицины, отличаются от специалиста к специалисту). Такая картина наблюдалась во всех исследуемых организациях.

По разделу 6 «Диспансеризация прикрепленного населения» средний показатель соответствия составил 64%. Усилия организации по диспансеризации направлены

на увеличение выявления числа заболевших и охвата населения, а не на дальнейшую профилактическую работу. Нормативные требования выполняются в полном объеме, однако контроль качества проводимой диспансеризации не проводится, анализ сводится к количественному учету пациентов, прошедших диспансеризацию. Не проводится профилактическая работа с пациентами высокого риска по результатам диспансеризации. Имеется тенденция к выявлению факторов риска, а не к проведению мероприятий по их коррекции. Анализ проводимой диспансеризации и внутренний контроль качества самого процесса диспансеризации, критерии качества и организации профилактической работы в поликлиниках отсутствуют.

По разделу 7 «Диспансерное наблюдение за хроническими больными» активное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями не проводится либо проводится формально. К примеру, чаще всего формируется пул документов (учетные карты формы 30/У) для проверок надзорных органов. В большинстве случаев не делается акцент на проведение диспансерного наблюдения в работе участковой службы, мониторинг данной деятельности практически отсутствует. Наблюдается недостаток знаний врачебным персоналом перечня заболеваний, с которыми должен наблюдаться пациент.

По разделу 8 «Стационарзамещающие технологии (организация работы дневного стационара, «стационара на дому)» уровень соответствия составляет 46%. Основными несоответствиями, связанными с организацией работы дневного стационара, является отсутствие стандартизации выписки пациентов, отсутствие единых в учреждении показаний и противопоказаний к госпитализации и связанные с этим случаи необоснованной госпитализации. В ходе оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара наблюдались комплексные проблемы, связанные с лекарственной безопасностью, идентификацией личности пациентов.

По разделу «Преимственность организации медицинской помощи. Передача

ответственности за пациента» уровень соответствия составляет 50%. Отмечаются проблемы преемственности медицинской помощи как между структурными подразделениями, так и между врачами в связи отсутствием четких алгоритмов взаимодействия. Яркий пример – проблема преемственности между школьным подразделением и участковой службой в детских поликлиниках, между службой на дому и участковой службой. Не проводится обучение навыкам эффективной коммуникации между врачом и пациентом, между медицинскими работниками, вследствие чего навыки эффективной коммуникации у медицинского персонала отсутствуют.

По разделу 3 «Организация работы регистратуры» уровень соответствия составляет 64%. Во многих регионах организован новый формат работы регистратуры, принимаются меры по улучшению ее работы. При этом существуют типичные проблемы, чаще всего связанные с управлением потоками, когда их регулирование происходит не системно. Не стандартизирован алгоритм отмены записи к врачу по инициативе медицинской организации. Несмотря на наличие скриптов, речевых модулей, разработанных для сотрудников регистратуры, навыки коммуникации остаются на низком уровне, поскольку отсутствует обучение персонала на рабочих местах.

Выводы

1. Результаты внешней оценки качества и безопасности медицинской деятельности на основе Практических

рекомендаций Росздравнадзора выявили значительные проблемы в системе управления качеством и безопасностью в поликлиниках.

2. Использование чек-листов Практических рекомендаций Росздравнадзора является эффективным инструментом оценки качества и безопасности медицинской деятельности.
3. Анализ, проведенный в данной статье, подчеркивает важность совершенствования таких направлений деятельности поликлиник, как:
 - организация профилактической работы;
 - организация медицинской помощи на основе данных доказательной медицины;
 - использование клинических рекомендаций;
 - обеспечение эпидемиологической безопасности;
 - стационарзамещающие технологии;
 - диспансерное наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями.
4. Причина низких результатов оценки – недостаточные знания у медицинских сотрудников современных подходов и инструментов обеспечения качества и безопасности.
5. Внедрение унифицированной методологии внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности позволит сформировать в медицинской организации механизмы непрерывного развития и улучшения деятельности. ■

ИСТОЧНИКИ

1. Иванов И.В., Шарикадзе Д.Т., Боброва С.В. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике. – Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 4. – С. 79–82.
2. Иванов И.В., Шарикадзе Д.Т., Швабский О.Р. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике: практические рекомендации. – Управление качеством в здравоохранении. – 2017. – № 1. – С. 10–22.

REFERENCES

1. Ivanov I.V., Sharikadze D.T., Bobrova S.V. Proposals (practical recommendations) on organizing internal control of medical practice quality and safety in outpatient departments. – Bulletin of Roszdravnadzor. – 2017. – № 4. – P.79 – 82.
2. Ivanov I.V., Sharikadze D.T., Shvabskii O.R. Internal control of quality and safety of medical activities in outpatient departments: practical recommendations. – Quality Management in Healthcare. – 2017. – № 1. – P.10–22.

Е.М. АСТАПЕНКО¹, к.т.н., начальник управления организации государственного контроля и регистрации медицинских изделий, astapenkoe@roszdravnadzor.ru

А.А. ВАЛЕЕВА¹, заместитель начальника управления организации государственного контроля и регистрации медицинских изделий, valeevaaa@roszdravnadzor.ru

Д.Т. ШАРИКАДЗЕ², генеральный директор, sharikadze@vniiimt.org

Д.М. ШАМАЕВ², к.т.н., руководитель Испытательного центра, dshamaev@vniiimt.org

А.А. РЫБАЛОВ², заместитель руководителя Испытательного центра, pkmn@vniiimt.org

К.М. ФРАНЦУЗОВА², заведующая лабораторией передвижных комплексов медицинского назначения, frantsuzova@vniiimt.org

Передвижные (подвижные) медицинские комплексы для обеспечения качества и доступности оказания первичной медико-санитарной помощи

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-42-51>

¹ Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, 109074, Россия, Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1. Federal Service for Surveillance in Healthcare (Roszdravnadzor), 4, bld. 1, Slavyanskaya Square, Moscow, Russia, 109074.

² ФГБУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора, 115478, Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 24, стр. 16. Federal State Budgetary Institution "Russian National Institute for Research, Development and Testing of medical equipment", Roszdravnadzor, 24, bld. 16, Kashirskoe Highway, Moscow, Russia, 115478.

Ключевые слова: Национальный проект «Здравоохранение», передвижные комплексы медицинского назначения, медицинские изделия

Для цитирования: Астапенко Е.М., Валева А.А., Шарикадзе Д.Т., Шамаев Д.М., Рыбалов А.А., Французова К.М. Передвижные (подвижные) медицинские комплексы для обеспечения качества и доступности оказания первичной медико-санитарной помощи. – Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 1. – С. 42–51.

For citation: Astapenko E.M., Valeeva A.A., Sharikadze D.T., Shamaev D.M., Rybalov A.A., Frantsuzova K.M. Mobile health clinics delivering high quality and accessible primary health care. – Vestnik Roszdravnadzora, 2020. – Vol. 1. – P. 42–51.

Astapenko E.M., Valeeva A.A., Sharikadze D.T., Shamaev D.M., Rybalov A.A., Frantsuzova K.M. Mobile complexes for medical purposes delivering high quality and accessible primary health care
The article reviews requirements for mobile complexes for medical purposes (MCMP) as separate medical devices including issues related to requirements for base vehicle, equipment and outfit of MCMP. The article presents the main aspects of quality control, efficiency and safety of MCMP.

Keywords: National project "Health care", mobile complexes for medical purposes, medical devices

В статье приведен обзор требований, предъявляемых к передвижным комплексам медицинского назначения (ПКМН) как к самостоятельным медицинским изделиям, включая вопросы, касающиеся требований к базовым транспортным средствам, комплектации, оборудованию, входящему в состав ПКМН. Приведены основные аспекты контроля качества, эффективности и безопасности ПКМН.

Введение

В Российской Федерации принят ряд национальных проектов, направленных

на улучшение социально-экономических условий граждан¹. Для реализации Национального проекта «Здравоохранение»

¹ Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.».

(далее – нацпроект) утвержден ряд федеральных проектов [1]. Один из них – проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», который должен обеспечить достижение таких целевых показателей, как:

- охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год;
- обеспечение оптимальной доступности для населения (в т.ч. для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Согласно ст. 41 Конституции Российской Федерации каждому гражданину Российской Федерации гарантируется право на охрану здоровья и медицинскую помощь, независимо от места его проживания. Однако территориальные особенности России таковы, что существуют территории с низкой плотностью населения, когда населенные пункты расположены на значительном расстоянии друг от друга и от крупных населенных пунктов, а также населенные пункты с малой численностью проживающих в них людей [2].

В сельских поселениях с численностью населения от 100 до 2 000 человек формируется сеть медицинских организаций первичного звена здравоохранения с использованием геоинформационной системы с учетом необходимости строительства фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий. Также существуют населенные пункты с численностью менее 100 человек, количество которых, по данным Федеральной службы государственной статистики², на период 2010 г. составляет 82 770 (табл. 1), в которых проживают 1 991 390 человек, что составляет примерно 1,4% от общей численности населения России.

В паспорте Национального проекта «Здравоохранение» указано, что обеспечить доступность медико-санитарной

Таблица 1. Количество сельских населенных пунктов с численностью жителей менее 100 человек

Число жителей в населенном пункте, чел.	Число сельских населенных пунктов, шт	Численность населения, чел.
менее 6	22 971	63 964
6 – 10	13 254	103 304
11 – 25	19 225	323 600
26 – 50	13 522	494 390
51 – 100	13 798	1 006 132

помощи жителям вышеуказанных населенных пунктов предполагается за счет внедрения в медицинских организациях передвижных комплексов медицинского назначения (далее – ПКМН) – медицинских изделий на базе транспортного средства, оснащенных различными самостоятельными медицинскими изделиями, зарегистрированными в установленном порядке, для оказания медицинской помощи в зависимости от их назначения.

В рамках реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» предусматривается закупка 1300 единиц передвижных комплексов медицинского назначения (табл. 2), которые к 2022 г. должны будут функционировать в 81 регионе Российской Федерации.

Помимо обеспечения доступной медико-санитарной помощью жителей населенных пунктов с численностью менее

Таблица 2. Количество закупаемых ПКМН и регионов, принимающих участие в проекте

Год	ПКМН, шт.	Количество регионов, единиц
2019	500	34
2020	500	23
2021	300	24
Итого	1300	81

² Социально-демографический портрет России. По итогам Всероссийской переписи населения 2010 г. – Федеральная служба государственной статистики. – М.: ИИЦ «Статистика России», 2012. – 183 с.

Таблица 3. Количество посещений при выездах мобильных медицинских бригад с использованиемкупаемых ПКМН в год, тыс. посещений

2019	2020	2021	2022	2023	2024
3 687,90	4 792,90	5 897,90	6 561,90	6 561,90	6 561,90

100 человек, за счет ПКМН планируется реализация другого целевого показателя национального проекта, направленного на развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи: обеспечение охвата граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год.

Также в соответствии с федеральным проектом «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» к 2022 г. планируется довести количество посещений граждан для получения услуг первичной медико-санитарной помощи при выездах мобильных медицинских бригад с использованием ПКМН до 6 561,90 тыс. в год (табл. 3).

Ежегодно для субъектов Российской Федерации, участвующих в нацпроекте, органы государственной власти в течение первого полугодия проводят следующие мероприятия:

- определяют перечень медицинских организаций, в которые планируется поставка передвижных медицинских комплексов для оказания доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи, проведения диспансеризации и профилактических осмотров;
- проводят конкурсные процедуры закупок;
- заключают договоры на поставку мобильных медицинских комплексов.

Приобретенные ПКМН до конца соответствующего года передаются в медицинские организации.

Передвижные комплексы медицинского назначения, согласно ч. 1 ст. 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», являются медицинскими изделиями и подлежат регистрации в установленном порядке.

Отнесение передвижных комплексов к медицинским изделиям происходит в рамках проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности изделия в подведомственных учреждениях Росздравнадзора по результатам проведенных необходимых испытаний и исследований в аккредитованных Росаккредитацией испытательных организациях. В ПКМН, расположенных на шасси транспортного средства, медицинская помощь оказывается с применением различных медицинских изделий, зарегистрированных в установленном порядке, комплектация которыми ПКМН зависит от его назначения. При этом в ПКМН не только имеется техническое оснащение для оказания медицинской помощи, но и созданы все условия для ее оказания: ПКМН оснащены системами кондиционирования, отопления, вентиляции, освещения, снабжения медицинскими газами, водоснабжения, электроснабжения, радиационной защиты, системой креплений и (если требуется) амортизации медицинских изделий при эксплуатационном транспортировании, медицинской мебелью, подъемниками для пациентов, телемедицинскими системами и т.д. Следует подчеркнуть, что шасси, на котором расположен ПКМН, медицинским изделием не является, но информация о нем в обязательном порядке содержится в регистрационном досье на ПКМН.

Требования к передвижным комплексам медицинского назначения как к медицинским изделиям

Обращение медицинского изделия возможно только в соответствии с регистрационным удостоверением и материалами регистрационного досье. Документом, подтверждающим факт государственной регистрации медицинского изделия, является регистрационное удостоверение на медицинское изделие. Информация о зарегистрированных медицинских изделиях размещена в Государственном реестре медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий,

опубликованном на официальном сайте Росздравнадзора www.roszdravnadzor.ru в разделе «Электронные сервисы».

ПКМН должно отвечать всем требованиям, предъявляемым к медицинским изделиям, с учетом воздействия внешних климатических и механических факторов, а также должны обеспечивать качество, эффективность и безопасность их применения при оказании медицинской помощи населению.

Требования, позволяющие объективно оценивать выпускаемые в обращение на территории Российской Федерации передвижные медицинские комплексы, изложены в национальном стандарте³ и приказе Минздрава России № 11н⁴.

Для ПКМН установлены:

- требования к конструкции изделия;
- требования к санитарно-эпидемиологическим нормам;
- требования к специальному оборудованию;
- требования к эргономике рабочего места врача;
- требования к функционированию медицинских изделий, входящих в состав ПКМН, с учетом возможности их работы в условиях малого объема пространства ПКМН и работы совместно друг с другом.

В части конструкции кузова-фургона вышеуказанный стандарт ГОСТ Р 56328-2014 регламентирует требования к поверхности пола, конструкции подножек, трапов, лестниц и т.п. Они не должны быть скользкими при любых погодных условиях, концы поручней и прочих выступающих изделий должны иметь травмобезопасное исполнение, поверхности узлов и деталей не должны иметь раковин, заусенцев, сколов, царапин острых кромок. В соответствии с Техническим регламентом о требованиях пожарной безопасности⁵, ПКМН должен быть оснащен средствами пожарной сигнализации

и пожаротушения для своевременного предупреждения о возможном возгорании помещения и своевременной ликвидации очага возгорания. Проходы и дверные проемы должны быть организованы так, чтобы в случае экстренной или аварийной ситуации обеспечивалась возможность выноса пострадавших на средствах размещения/перемещения через двери, люки, окна ПКМН, предусмотренные нормативной документацией производителя, в т.ч. в качестве аварийных выходов.

В части оборудования ПКМН, имеющих в своем составе рентгенодиагностическое оборудование, томографы и т.п., должны быть выполнены требования по обеспечению радиационной безопасности персонала и пациентов, предъявляемые к указанному оборудованию, в частности, требования СанПиН 2.6.1.2523-09 «Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)» и СанПиН 2.6.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований». Эти требования должны закладываться еще на этапе проектирования ПКМН и проходить согласование с Роспотребнадзором.

Стоит отметить, что работа в условиях ограниченных объемов помещений требует создания должной эргономики, которая должна обеспечивать не только комфортную, но и безопасную работу. К требованиям, обеспечивающим безопасность ПКМН, относятся: уровень внутреннего шума; содержание вредных веществ в воздушной среде помещений; температура доступных для прикосновения частей; вибрационная нагрузка на медицинский, служебный персонал и пациентов (при работе генераторной установки, стационарно расположенной в кузове-фургоне). Отдельно необходимо отметить, что узлы и детали ПКМН, имеющие контакт с человеком, должны быть выполнены

³ ГОСТ Р 56328-2014 «Изделия медицинские. Подвижные (передвижные) комплексы медицинского назначения. Общие технические требования и методы испытаний».

⁴ Приказ Минздрава России от 19.01.2017 № 11н «Об утверждении требований к содержанию технической и эксплуатационной документации производителя (изготовителя) медицинского изделия».

⁵ Федеральный закон от 22.07.2008 № 123-ФЗ «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности».

из материалов, не оказывающих раздражающего, аллергического и общетоксического действия, что должно быть подтверждено токсикологическими испытаниями.

Эргономика размещения изделий в помещениях медицинского комплекса должна быть согласована с медицинскими организациями, имеющими опыт в эксплуатации подобных изделий, еще на этапе проектирования ПКМН с учетом оказываемых в нем медицинских услуг.

В связи с ограничением свободного пространства для перемещения медицинского персонала и пациентов, необходимо уделить особое внимание штатным местам для всего имеющегося диагностического и специального оборудования. Оптимальный выбор размещения элементов крепления оборудования и розеток электропитания исключает возможность подключения медицинских и бытовых изделий через сетевые удлинители, не входящие в состав ПКМН, а также обеспечивают медицинскому персоналу свободный доступ ко всему необходимому оборудованию.

Государственная программа «Доступная среда» на 2011–2025 гг. предусматривает обеспечение доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения.

Есть еще один важный вопрос, которому в настоящее время уделяется пристальное внимание. Государственная программа «Доступная среда» на 2011–2025 гг. предусматривает обеспечение доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения. Поэтому производители передвижных медицинских

комплексов должны предусматривать в конструкции своих изделий элементы, обеспечивающие доступную среду. В частности, ПКМН должны оснащаться подъемниками, гарантирующими доступ инвалидам и другим маломобильным группам населения, в т.ч. передвигающимся в креслах-колясках. Подобные конструкции, предусмотренные в ПКМН, актуальны и для остальных групп граждан с точки зрения облегчения доступа и повышения мобильности в ограниченных условиях ПКМН.

В части функционирования медицинских изделий существует ряд требований по обеспечению электробезопасности и электромагнитной совместимости комплекса, которые представлены в соответствующих стандартах^{6,7}. Следует обратить особое внимание, что, согласно определению, приведенному в ГОСТ Р МЭК 60601-1-2010, передвижной медицинский комплекс, имеющий в своем составе электрические медицинские изделия (диагностическое оборудование, медицинские светильники, системы размещения пациентов с электроприводами, системы воздухоочистки и т.п.), является медицинской электрической системой («совокупность нескольких изделий, по крайней мере, одно из которых является медицинским электрическим изделием»).

Следует обратить особое внимание, что безопасное и эффективное применение ПКМН потребителем невозможно без полного и качественного комплекта эксплуатационной документации, в котором производитель должен представить информацию о назначении и составе комплекса, варианте исполнения, его технических характеристиках, комплекте поставки, возможных рисках и мерах по обеспечению безопасности. Эксплуатационная документация должна содержать подробное описание органов управления, процедур включения и выключения, приведения в рабочее

⁶ ГОСТ Р МЭК 60601-1-2010 «Изделия медицинские электрические. Часть 1. Общие требования безопасности с учетом основных функциональных характеристик».

⁷ ГОСТ Р МЭК 60601-1-2-2014 «Изделия медицинские электрические. Часть 1–2. Общие требования безопасности с учетом основных функциональных характеристик. Параллельный стандарт. Электромагнитная совместимость. Требования и испытания».

и транспортное положение оборудования комплекса.

Благодаря реализации всех рассмотренных требований, обеспечивается возможность безопасного и качественного применения ПКМН для оказания первичной медико-санитарной помощи в местах, где экономически нецелесообразно возведение стационарных врачебных амбулаторий, и создания максимально комфортных условий для медицинского персонала и пациента, в т.ч. с ограниченными возможностями.

Комплектация передвижных комплексов медицинского назначения для оказания первичной медико-санитарной помощи

Требования к базовым транспортным средствам

Для доставки медицинского персонала в отдаленные регионы Российской Федерации в состав мобильных комплексов входят базовые транспортные средства, имеющие одобрение типа транспортного средства, подтверждающее качество и безопасность конструкции транспорта.

Подавляющее число ПКМН изготавливается на базе колесных транспортных средств (рис. 1).

Тип базового транспортного средства (далее – ТС) должен быть подобран в соответствии с условиями эксплуатации комплекса для каждого конкретного региона. В местах, где отсутствует развитая сеть дорог либо возможность проезда к месту назначения зависит от сезона, необходимо приобретение ПКМН с базовыми ТС высокой проходимости для обеспечения их круглогодичного использования. В местах, где присутствует сеть дорог с усовершенствованным покрытием, нецелесообразно приобретение ПКМН на данных типах шасси ввиду их более высокой стоимости, повышенного расхода топлива, а также меньшего общего ресурса и межсервисных интервалов технического обслуживания.

Комплексы на базе высокопроходимых шасси, таких как снегоболотоходы или колесные шасси с шинами низкого давления (рис. 2), применяются в труднодоступной местности. Особо отметим последние, которые, наряду с высокой проходимостью, в отличие от гусеничных ТС,

Рисунок 1. ПКМН на различных типах автомобильных шасси:



на базе автобуса



на базе автомобиля с кузовом-фургоном



на базе полуприцепа с кузовом-фургоном



на базе автомобиля и прицепа с кузовами-фургонами

обеспечивают минимальное воздействие на почву.

По прибытию ПКМН на место назначения комплекс переводится из транспортного положения в рабочее: разворачивается внешнее оборудование комплекса (раскладываются лестницы/трапы, разворачиваются навесы и т.п.), подключается внешнее электроснабжение посредством силового питающего кабеля, входящего в комплект поставки.

В случае отсутствия возможности подключения к внешней сети для питания медицинских изделий и специального оборудования ПКМН, в комплекте поставки предусмотрен автономный источник питания (генератор).

Для безопасной и комфортной работы медицинского персонала и обеспечения условий для пациентов при работе на месте выезда, в помещениях передвижного медицинского комплекса должны быть созданы комфортные температура, влажность и кратность воздухообмена и т.д., которые обеспечиваются в аналогичных помещениях лечебно-профилактических учреждений.

Следует отметить, что для поддержания нормальных климатических условий, необходимых не только для комфортной работы медицинского персонала, но и для правильной эксплуатации медицинских изделий,

входящих в комплект поставки, производителям ПКМН необходимо предусмотреть размещение термогигрометра или любого другого оборудования, показывающего данные о температуре и влажности внутри помещений комплекса.

Требования к специальному оборудованию

Специальное оборудование, входящее в состав ПКМН, и создаваемые с его помощью системы (рис. 3), решают задачу по обеспечению необходимых условий для пациента и медицинского персонала при диагностических, лечебных и профилактических мероприятиях.

Существуют объективные факторы, налагающие свои ограничения и не позволяющие оценивать помещения ПКМН по санитарным правилам, предназначенным для капитальных строений. Например, внутренние размеры помещений ПКМН, которые зависят от максимальных габаритных размеров кузова-фургона базового ТС, вследствие чего ГОСТ Р 56328-2014 не может устанавливать требования к минимальным размерам медицинских помещений, а предъявляет требования только лишь в части обеспечения доступа к пациентам, медицинским изделиям, специальному и дополнительному оборудованию.

Рисунок 2. ПКМН на шасси высокой проходимости:



снегоболотоход



вездеход на шинах низкого давления

Рисунок 3. Системы, обеспечивающие безопасное и эффективное функционирование ПКМН



Требования к медицинским изделиям, входящим в комплект поставки ПКМН

Оказание первичной медико-санитарной помощи населению регламентируется приказами Минздрава России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и приказом Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению».

Оба нормативных документа предусматривают оказание первичной медико-санитарной помощи с использованием мобильных медицинских бригад, в т.ч. специализированной, взрослым и детям, проживающим в населенных пунктах, расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий, а также в случаях отсутствия в медицинской организации врачей-специалистов и (или) отдельного медицинского

оборудования. Мобильные медицинские бригады организуются в структуре медицинских организаций (или их структурных подразделениях), оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Мобильная бригада обеспечивается транспортными средствами, оснащается медицинским оборудованием, расходными материалами, лекарственными препаратами для медицинского применения, необходимыми для оказания медицинской помощи детям, учебно-методическими пособиями и санитарно-просветительной литературой.

Приказом Минздрава России⁸, введен «Стандарт оснащения мобильной медицинской бригады. Стандарт оснащения мобильной медицинской бригады для оказания первичной медико-санитарной помощи», определяющий комплект медицинских изделий, необходимый для качественной и эффективной работы выездной бригады. Кроме того, закреплено требование, аналогичное указанному в ГОСТ Р 56328-2014, о необходимости оснащения передвижных медицинских комплексов

⁸ Приказ Минздрава России от 27.03.2019 № 164н «О внесении изменений в Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

средствами радиосвязи и мобильными абонентскими комплектами автоматизированной навигационно-диспетчерской системы управления с возможностью использования глобальной навигационной спутниковой системы ГЛОНАСС и GPS, с возможностью подачи сигнала тревоги.

Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н не содержит отдельных требований по комплектации выездной бригады, однако при изготовлении и заказе ПКМН для оказания первичной медико-санитарной помощи детям в комплекте поставки необходимо учитывать требования данного приказа для обеспечения выполнения полного объема оказываемых медицинских услуг.

Стоит отметить, что медицинские изделия для оснащения ПКМН должны подтвердить устойчивость к механическим факторам в составе комплекса, в котором предполагается их применение, или должны быть специально разработаны для применения в передвижных медицинских комплексах и классифицироваться в соответствии с ГОСТ Р 50444-92 по одной из следующих групп:

- группа 4: перевозимые изделия, а также постоянно установленные на подвижных медицинских установках, не предназначенные для работы при перевозках или на ходу;
- группа 5: перевозимые изделия, а также постоянно установленные на подвижных медицинских установках, предназначенные для работы при перевозках или на ходу.

Контроль качества эффективности и безопасности ПКМН

При приемке ПКМН медицинским организациям рекомендуется обращать внимание на следующие основные моменты:

- ПКМН должен сопровождаться регистрационным удостоверением Росздравнадзора, действие которого можно проверить на официальном сайте;
- комплект медицинских изделий, входящий в состав ПКМН, должен соответствовать сопроводительной эксплуатационной документации и положениям об организации оказания

первичной медико-санитарной помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- комплект эксплуатационной документации должен содержать эксплуатационные документы на все медицинские и немедицинские изделия, входящие в состав ПКМН, на русском языке;
- ПКМН должен сопровождаться одобрением типа транспортного средства, распространяющимся на данный вариант исполнения с конкретным базовым транспортным средством;
- все органы управления, розетки, выключатели, элементы систем защиты в помещениях ПКМН должны иметь ясную четкую маркировку, описание которой должно быть приведено в эксплуатационной документации.

Качество, эффективность и безопасность передвижных медицинских комплексов поддерживается в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках:

- государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ст. 88);
- государственного контроля за обращением медицинских изделий (ст. 95);
- ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ст. 89);
- внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ст. 90 ФЗ).

Среди нарушений, выявленных в ходе контрольно-надзорных мероприятий в 2018–2019 гг. при проверке ПКМН, можно выделить следующие:

- 1) маркировка:
 - отсутствует маркировка ПКМН как медицинского изделия в соответствии с информацией, представленной в комплекте регистрационной документации (КРД);
 - имеющаяся маркировка ПКМН не позволяет однозначно идентифицировать его с регистрационным удостоверением (по варианту исполнения, базовому

транспортному средству, номеру технической документации и т.п.);

- 2) эксплуатационная документация (ЭД):
 - ПКМН не сопровождается ЭД;
 - отсутствует ЭД на русском языке на отдельные комплектующие;
 - представленная с ПКМН эксплуатационная документация не соответствует требованиям стандартов в части содержания (разделы по безопасности, информация о периодичности обслуживания, данные о дате выпуска, информация об уполномоченных представителях производителя);
- 3) характеристики изделия не соответствуют характеристикам, заявленным в КРД (размеры, количество, планировка помещений и т.п.);
- 4) состав медицинских изделий, поставленных с ПКМН, не соответствует комплекту регистрационных документов на данный ПКМН.

Заключение

На территории Российской Федерации разработаны, зарегистрированы и производятся передвижные комплексы медицинского назначения. Согласно Государственному реестру медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, их количество на момент публикации данной статьи составляет 60. Значительную часть из них представляют ПКМН, предназначенные для оказания первичной

медико-санитарной помощи. Применение современных материалов и технологий позволяет отечественным производителям выпускать передвижные медицинские комплексы, предназначенные для эксплуатации в труднодоступных и отдаленных районах субъектов РФ.

Назначение ПКМН не ограничивается только возможностью безопасно и качественно оказывать медицинскую помощь в местах, где отсутствуют стационарные врачебные амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, но и позволяет обеспечивать широкий спектр проводимых медицинских процедур на территории имеющих медицинских организаций посредством применения оборудования, которым оснащены комплексы, таким как рентгенодиагностическое оборудование, аппараты для ультразвуковой диагностики, электрокардиографы, оборудование для лабораторной диагностики, офтальмологическое и стоматологическое оборудование, возможность применения которых в условиях фельдшерско-акушерских пунктов ограничена.

Передвижные комплексы медицинского назначения, поставка которых осуществляется в рамках Национального проекта «Здравоохранение», позволят обеспечить охват всех граждан Российской Федерации профилактическими медицинскими осмотрами и обеспечить оптимальную доступность для населения первичной медико-санитарной помощи.

ИСТОЧНИКИ

1. Корочкин А.В., Ходырева И.Н., Таубкина С.И. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» как основной резерв для повышения доступности и улучшения качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации. – Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 13–19.
2. Калининская А.А., Баянова Н.А., Сулькина Ф.А. Передвижные медицинские комплексы в условиях села. – Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 1 – С. 144–154.

REFERENCES

1. Korochkin A.V., Khodyreva I.N., Taubkina S.I. The federal project "Development of the system of primary health care" as the main reserve for increase of accessibility and quality of health care for citizens of the Russian Federation. – Roszdravnadzor Bulletin. – 2019. – № 4. – p. 13–19. DOI: https://doi.org/10.35576/article_5d651dbc14afb7.49953614
2. Kalininskaya A.V., Bayanova N.A., Sulkina F.A. Mobile medical complexes in village conditions. – Current problems of health care and medica statistics. – 2019. – № 1 – p. 144–154.

Е.А. БЕРСЕНЕВА¹, д.м.н., руководитель Центра высшего и дополнительного профессионального образования, eaberseneva@gmail.com

С.А. МЕНДЕЛЬ², к.м.н., врач высшей квалификационной категории, начальник Клинического госпиталя, 89160764641@mail.ru

Е.А. САВОСТИНА³, д.м.н., доцент, eas-m@mail.ru

В.В. ШКАРИН⁴, к.м.н., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения факультета усовершенствования врачей, vlshkarin@mail.ru

Д.А. КУРАКОВ⁵, начальник отдела демографической политики, dkurakov@yandex.ru

Р.Т. ТАИРОВА⁶, к.м.н., старший научный сотрудник, tairova-r@mail.ru

Роль и классификация вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-52-56>

¹ ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», 105064, Россия, г. Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, стр.1. FSBSI "National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko", 12 b. 1, Vorontsovo Pole St., Moscow, Russia, 105064.

² Клинический госпиталь федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по г. Москве», 127299, Россия, г. Москва, ул. Новая Ипатьевка, д. 3А. F2 Clinical Hospital FPHI «Medical Unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in Moscow», 3 A, Novaya Ipatovka St., Moscow, Russia, 127299.

³ ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 123242, Россия, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1. Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education, 2/1, p. 1, Barrikadnaya St., Moscow, Russia, 123242.

⁴ ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 400131, Россия, Волгоградская область, г. Волгоград, площадь Павших борцов, д. 1. FSBEI HE "The Volgograd State Medical University" of Public Health Ministry of the Russian Federation, 1, Square of Fallen Fighters, Volgograd Region, Volgograd, Russia, 400131.

⁵ Комитет здравоохранения Волгоградской области, 400001, Россия, г. Волгоград, ул. Рабоче-крестьянская, д. 16. Health Committee of the Volgograd Region, 16, Workers and Peasants St., Volgograd, Russia, 400001.

⁶ ФГБУ «Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, Россия, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. FSBEI "Federal Center of Cerebrovascular pathology and stroke" of Public Health Ministry of the Russian Federation, 1, Ostrovityanova St., Moscow, Russia, 117997.

Ключевые слова: вспомогательный процесс, классификация, медицинская организация, риски

Для цитирования: Берсенева Е.А., Мендель С.А., Савостина Е.А., Шкарин В.В., Кураков Д.А., Таирова Р.Т. Роль и классификация вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации – Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 1. – С. 52–56.

For citation: Berseneva E.A., Mendel S.A., Savostina E.A., Shkarin V.V., Kurakov D.A., Tairova R.T. Medical organization auxiliary business processes role and classification – Vestnik Roszdravnadzora. – 2020. – Vol. 1. – P. 52–56.

Berseneva E.A., Mendel S.A., Savostina E.A., Shkarin V.V., Kurakov D.A., Tairova R.T.
Medical organization auxiliary business processes role and classification

Auxiliary processes are of a subsidiary nature. Their importance is determined by the fact that they ensure the activity of the medical organization and the possibility of implementing medical and diagnostic processes. In article methodical approaches to definition of the list of the specified processes are offered, their list by results of the carried-out research work and classification, including risk assessment for medical and diagnostic process in case of non-performance and untimely performance of this or that auxiliary process is created.

Keywords: auxiliary (supporting) processes, classification, medical organization, risks

Значимость вспомогательных бизнес-процессов определяется тем, что именно они обеспечивают деятельность медицинской организации и возможность реализации лечебно-диагностических процессов. В статье предложены методические подходы к определению перечня указанных процессов, сформированы их реестр по результатам проведенной научно-исследовательской работы и классификация, включая оценку риска для лечебно-диагностического процесса в случае невыполнения или несвоевременного выполнения того или иного вспомогательного процесса.

В качестве вспомогательных процессов медицинской организации мы рассматриваем все основные процессы медицинской организации за исключением лечебно-диагностических. Особенностью таких процессов является то, что они зачастую не имеют четких границ и охватывают как хозяйственные подразделения (т.е. предназначены для выполнения задач административно-хозяйственного отдела), так и подразделения, созданные с иными целями. Поэтому данные процессы рассматриваются нами в едином комплексе с учетом их тесного переплетения, реализации их одними и теми же сотрудниками (персоналом).

Цель исследования

Определить перечень вспомогательных процессов медицинской организации, осуществить их типизацию и оценить риск для каждого из выявленных процессов.

Задачи исследования:

1. Создать типовой перечень вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации.
2. Выделить типы и подтипы процессов.
3. Для всех выявленных процессов определить степень риска.
4. Провести типизацию каждого из включенных в перечень вспомогательных бизнес-процессов.

При формировании перечня внимание, по нашему мнению, должно быть акцентировано на процессах, «выстраивание» которых проводится локально в медицинской организации. Поэтому в перечень не целесообразно включать процессы, реализация которых требует специальной подготовки и квалификации, жестко регламентирована нормативными актами федерального уровня и мало зависит от процессов локального уровня (медицинской организации).

Таблица 1. Оценка степени риска вспомогательного процесса для производства (реализации) текущего лечебно-диагностического процесса

Тип процесса	Подтип процесса	Оценка риска
Вид обеспечения текущего лечебно-диагностического процесса	материальное обеспечение предоставления услуги	Средний
	подготовка к производству услуги	Высокий
	контроль предоставления услуги	Средний
	организационно-распорядительный	Средний
	выполнения работ (в рамках вспомогательных процессов)	Средний
	учета и контроль факта предоставления услуг	Низкий
Уровень обеспечения текущего лечебно-диагностического процесса	процесс первого уровня	Высокий
	процесс не первого уровня	Средний/Низкий (в зависимости от содержания процесса)
Характер обеспечения текущего лечебно-диагностического процесса	поддерживающий	Высокий
	процесс развития	Низкий

Таблица 2. Реестр и классификация вспомогательных бизнес-процессов

№ п/п	Процесс	Оценка риска
1.	Разработка стандартных операционных процедур – СОП	Процесс подготовки к производству услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс не первого уровня Процесс развития
2.	Обработка входящего документа	Процесс подготовки к производству услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
3.	Обработка исходящего документа	Процесс подготовки к производству услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
4.	Выполнение работ силами сторонних организаций (аутсорсинг)	Процесс материального обеспечения услуги Процесс подготовки к производству услуги. Процесс контроля предоставления услуги Процесс выполнения работ Процесс первого/не первого уровня Процесс поддерживающий/развития (в зависимости от конкретных выполняемых работ)

Таблица 2. Продолжение

№ п/п	Процесс	Оценка риска
5.	Выполнение работ по заявкам структурных подразделений	Процесс материального обеспечения услуги/ Процесс подготовки к производству услуги Процесс выполнения работ Процесс первого/не первого уровня Процесс поддерживающий/развития (в зависимости от конкретных выполняемых работ)
6.	Проведение плановой инвентаризации материальных ценностей	Процесс контроля предоставления услуги Процесс учета и контроля Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
7.	Метрологический контроль средств измерений	Процесс подготовки к производству услуги Процесс выполнения работ Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
8.	Разработка внутренних локальных нормативных правовых актов	Процесс материального обеспечения услуги/ Процесс подготовки к производству услуги/ Процесс контроля предоставления услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс первого/не первого уровня Процесс поддерживающий/развития (в зависимости от конкретных нормативно-правовых актов)
9.	Планирование	Процесс материального обеспечения услуги/ Процесс подготовки к производству услуги/ Процесс контроля предоставления услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс первого/не первого уровня Процесс развития (в зависимости от конкретных планируемых мероприятий)
10.	Обеспечение своевременного обучения персонала	Процесс подготовки к производству услуги Процесс обеспечения персоналом Процесс первого уровня Процесс развития
11.	Проведение служебной проверки	Процесс контроля предоставления услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
12.	Организация совещаний по вопросам работы подразделений	Процесс контроля предоставления услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс первого/не первого уровня (в зависимости от конкретных вопросов) Процесс развития
13.	Отбор кандидатов на вакантные должности	Процесс подготовки к производству услуги Процесс обеспечения персоналом Процесс первого уровня Процесс развития
14.	Учет товарно-материальных ценностей	Процесс контроля предоставления услуги Процесс учета и контроля Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
15.	Контроль хранения, использования, учета перевязочного материала и медикаментов	Процесс контроля предоставления услуги Процесс учета и контроля Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
16.	Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов	Процесс материального обеспечения услуги/ Процесс подготовки к производству услуги/ Процесс контроля предоставления услуги Процесс учета и контроля Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
17.	Проведение специальной оценки условий труда	Процесс подготовки к производству услуги Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий

Сложность вспомогательных бизнес-процессов определяется большим числом разноплановых объектов управления, разнонаправленными целевыми задачами. Административно-хозяйственная деятельность требует оперативности в решении различных вопросов, творческого, гибкого подхода к реализации многочисленных задач.

Реализация вспомогательных процессов обеспечивает комфортные условия пребывания пациентов и работы медицинского персонала, документационное, юридическое и кадровое сопровождение деятельности медицинской организации, взаимодействие подразделений, материально-техническое и транспортное обеспечение. В рамках этих же процессов обеспечивается организационное развитие и оптимизация организационной структуры и осуществляется деятельность руководства медицинской организации. Как правило, в рамках именно этих процессов происходит взаимодействие с надзорными и контролирующими структурами. Ряд авторов считает, что именно в рамках этих процессов в значительной мере формируется корпоративная культура организации [1].

Первым шагом к описанию вспомогательных бизнес-процессов в аспекте процессного подхода является определение их состава [2]. Наиболее общепринятым является подразделение процессов организации на основные и вспомогательные. Также авторы предлагают подразделять процессы на основные (непосредственно производство продукции или услуги), обеспечивающие (поддержка основных процессов), управленческие (установление целей и формированию условий для их достижения) [3]. Предлагается и другая классификация: управляющие, поддерживающие, операционные [4].

Нами предложена классификация вспомогательных процессов, включающая оценку риска для реализации лечебно-диагностических процессов в случае невыполнения или несвоевременного выполнения того или иного процесса.

Для проведения классификации вспомогательных процессов нами использована их

Таблица 2. Продолжение

№ п/п	Процесс	Оценка риска
18.	Планирование, организация и контроль соблюдения требований охраны труда	Процесс подготовки к производству услуги Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
19.	Проведение инструктажей по охране труда	Процесс подготовки к производству услуги Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
20.	Проведение предварительных медицинских осмотров	Процесс подготовки к производству услуги Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
21.	Проведение периодических медицинских осмотров	Процесс подготовки к производству услуги Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
22.	Расследование и учет несчастных случаев	Процесс контроля предоставления услуги Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
23.	Контроль технического состояния оборудования перед использованием	Процесс подготовки к производству услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
24.	Плановый контроль технического состояния оборудования	Процесс материального обеспечения услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
25.	Текущий контроль технического состояния оборудования	Процесс подготовки к производству услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
26.	Плановое техническое обслуживание оборудования	Процесс материального обеспечения услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
27.	Текущее техническое обслуживание	Процесс подготовки к производству услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
28.	Ремонт оборудования	Процесс материального обеспечения услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
29.	Использование автотранспорта	Процесс материального обеспечения услуги Процесс выполнения работ Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
30.	Списание основных средств	Процесс контроля предоставления услуги Процесс учета и контроля Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий

типология, предложенная Ивановым А.И. с соавт. [5]. На основе указанной научной работы нами разработана следующая типология вспомогательных процессов медицинской организации:

- уровень обеспечения текущего лечебно-диагностического (клинического) процесса:
 - а) процесс первого уровня – непосредственная поддержка;
 - б) процесс не первого уровня – опосредованная поддержка;
- характер обеспечения текущего лечебно-диагностического (клинического) процесса:
 - а) процессы поддерживающие (текущее состояние);
 - б) процессы развития.

Необходимо отметить, что в зависимости от конкретного содержания один и тот же процесс может быть отнесен к нескольким группам.

В аспекте оценки рисков для реализации текущего (происходящего в данный момент времени) лечебно-диагностического процесса каждый тип процесса может быть оценен по следующей шкале: высокий, средний, низкий (табл. 1).

Проведенное в соответствии с поставленными целями и задачами исследование позволило сформировать следующий реестр (состав, перечень) вспомогательных процессов медицинской организации и провести их классификацию (табл. 2). Перечень сформирован на базе Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по г. Москве».

Заключение

В результате проведенного исследования был сформирован перечень из типовых вспомогательных бизнес-процессов медицинских организацией, включающий в себя 30 позиций. Для каждого из этих процессов были разработаны как текстовые, так и графические модели. Кроме того, были выделены типы и подтипы вспомогательных процессов медицинских организацией и определена для них степень риска. В результате для каждого из созданных типовых вспомогательных бизнес-процессов была произведена классификация по типам и подтипам.

Созданные типовые модели вспомогательных бизнес-процессов могут быть использованы в качестве базовых медицинскими организациями при оптимизации своей деятельности на основе процессного подхода.

ИСТОЧНИКИ

1. Павлов А.Ю. Управление бизнес-процессами на разных этапах развития современного предприятия. [Электронный ресурс] / А. Ю. Павлов // Инженерный вестник Дона. – 2012. – № 4. – URL: <http://ivdon.ru/magazine/archive/n2y2012/777/>.
2. Шкарин В.В. и др. Административно-хозяйственные процессы крупного многопрофильного медицинского учреждения / В.В. Шкарин, Е.А. Берсенева, Д.А. Кураков, С.А. Мендель, Е.А. Савостина. – Вестник Волгоградского медицинского университета. – Вып. 1(65). – 2018. – С. 136–139. DOI 10.19163/1994-9480-2018-1(65)-136-139.
3. Береговая И.Б. Анализ подходов к классификации процессов предприятия. – Экономикс. – № 1. – 2014. – С. 34–39.
4. Казанцев Р.В. Основные операционные процессы предприятия. – Планово-экономический отдел. – 2017. – № 2. – С. 13–15.
5. Иванов А.И., Сударев И.В., Никифоров С.А., Гандель В.Г. Процессный подход при оказании медицинской помощи. – Ремедиум. – 2010. – № 10. – С. 51–54.

REFERENCES

1. Pavlov A.Yu. Upravlenie biznes-protsessami na raznykh etapakh razvitiya sovremennogo predpriyatiya. [Business process management at different stages of modern enterprise development.] [Elektronnyy resurs] / A. Yu. Pavlov // Inzhenernyy vestnik Dona – 2012. – № 4. – URL: <http://ivdon.ru/magazine/archive/n2y2012/777/>.
2. Shkarin V.V. i soavt. Administrativno-khozyaystvennyye protsessy krupnogo mnogoprofil'nogo meditsinskogo uchrezhdeniya. [Administrative and economic processes of a large multidisciplinary medical institution] / V.V. Shkarin, E.A. Berseneva, D.A. Kurakov, S.A. Mendel', E.A. Savostina // Vestnik Volgogradskogo meditsinskogo universiteta. – Вып. 1(65). – 2018. – С. 136-139. (In Russ.) DOI 10.19163/1994-9480-2018-1(65)-136-139.
3. Beregovaya I.B. Analiz podkhodov k klassifikatsii protsessov predpriyatiya. [Analysis of approaches to classification of enterprise processes] / I.B. Beregovaya // Ekonomiks. – 2014. – № 1. – С. 34 – 39 (In Russ.)
4. Kazantsev R.V. Osnovnyye operatsionnyye protsessy predpriyatiya. [Key enterprise operational processes] / R.V. Kazantsev // Planovo-ekonomicheskiy otdel. – №2. – 2017. – С. 13 – 15 (In Russ.)
5. Ivanov A.I., Sudarev I.V., Nikiforov S.A., Gandel' V.G. Protsessnyy podkhod pri okazanii meditsinskoy pomoshchi. [Process approach in medical care] – Remedium. – 2010. – №10. – С. 51-54. (In Russ.)

Внимание: КОНКУРС продолжается!

Уважаемые коллеги, конкурс на лучшую статью на тему обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, опубликованную в журнале «Вестник Росздравнадзора», продолжается! Напоминаем, что учредитель конкурса – ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора. Победители конкурса уже дважды были объявлены на ежегодной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и качество» – в 2018 и 2021 гг.

Считается, что публикация не имеет ценности, если ее никто не прочитал, не процитировал и не применил опубликованные результаты в своей практической деятельности. Поэтому в качестве основных критериев отбора статьи-победителя названы:

- оригинальность,
- практическая значимость,
- результативность,
- воспроизводимость.

Таким образом, победителем в данной номинации будет отмечен автор (коллектив авторов), отвечающий требованиям соблюдения оригинальности представленного в статье метода (подхода),

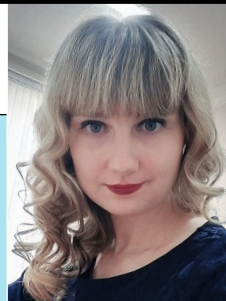
показавший его важное *практическое значение* и продемонстрировавший его высокую *результативность*, а также возможность применения (воспроизводимость) данного метода (подхода) в научно-практической деятельности других организаций.

На рассмотрение конкурсной комиссии будут представлены все статьи, посвященные вопросам обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, опубликованные в журнале «Вестник Росздравнадзора» в 2020 г.

**Редакция журнала
«Вестник Росздравнадзора»**

М.С. СОБОЛЕВА¹, к.б.н., доцент кафедры фармаци и фармакологии, martimser@mail.ru

И.В. АМЕЛИНА¹, к.фарм.н., доцент, заведующая кафедрой организации и экономики фармаци, amerina@bk.ru



СОБОЛЕВА М.С.



АМЕЛИНА И.В.

Проблема самолечения пациентов в регионах Дальневосточного федерального округа

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-57-65>

¹ ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России. 680000, Российская Федерация, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35. The Far-Eastern State Medical University. 35, Muravyev-Amursky St., Khabarovsk, Russia, 680000.

Ключевые слова: Дальневосточный федеральный округ, самолечение, приверженность, пациенты, лекарственные препараты

Для цитирования: Соболева М.С., Амелина И.В. Проблема самолечения пациентов в регионах Дальневосточного федерального округа. – Вестник Росздравнадзора, 2020. – № 1. – С. 57–65.

For citation: Soboleva M.S., Amelina I.V. Problem of self-medicating of patients in the regions of the Far Eastern Federal District. – Vestnik Roszdravnadzora, 2020. – Vol. 1. – P. 57–65.

Soboleva M.S., Amelina I.V.

Problem of self-medicating of patients in regions of Far Eastern Federal District

In article data of a sociological research on a problem of self-medicating of patients are provided in the Far Eastern Federal District. The main sources of information on the state of health and trust to them for respondents are analyzed. The leading reasons of self-medicating, ways and methods of therapy and the basis for their choice are established, the most acquired pharmacological groups of drugs are presented. Frequency and efficiency of self-medicating and also their own opinion about effect for health of patients are evaluated. The correlation of components of process of self-treatment with a sex and age of the patient is set.

Keywords: Far Eastern Federal District, self-medicating, compliance, patients, drugs.

Актуальность исследования.

Проблема последствий самолечения пациентов является актуальной для медицинской и фармацевтической отраслей во всем мире. Всемирная организация здравоохранения определила ответственное самолечение как «разумное применение самим пациентом лекарственных средств, находящихся в свободной продаже, с целью профилактики или лечения легких расстройств здоровья до оказания профессиональной врачебной помощи»¹ [1]. При этом в законодательстве Российской Федерации отсутствует четкое объяснение данного термина, а также его нормативно-правовое регулирование. С одной стороны, Конституцией РФ «поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека» (п. 2 ст. 41), Федеральный закон

В статье приводятся данные социологического исследования о проблеме самолечения пациентов в Дальневосточном федеральном округе. Проанализированы основные источники информации о состоянии здоровья и доверия респондентов к ним. Выявлены ведущие причины самостоятельного лечения, способы и методы терапии и основания для их выбора, представлены наиболее приобретаемые фармакологические группы лекарственных препаратов. Оценены частота и эффективность самолечения, а также субъективное мнение о последствиях для здоровья пациентов. Установлена корреляция составляющих процесса самолечения с характеристиками пола и возраста пациента.

от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязывает граждан заботиться о сохранении своего здоровья (п. 1 ст. 27), «Стратегия лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 г.»

¹ Всемирная организация здравоохранения. Рациональное использование лекарственных средств. URL: https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/ru/ (дата доступа 21.08.2019).

предусматривает «создание эффективной системы рационального использования и совершенствование порядка отпуска лекарственных препаратов (ЛП)»². С другой стороны, в случае судебного прецедента, самолечение может быть рассмотрено как грубая неосторожность и вина пациента из-за «несоблюдения режима стационарного лечения и приема лекарств, невыполнения предписаний врача, отказа от продолжения необходимого лечения при условии надлежащего оформления такого отказа»^{3,4}.

Одним из документов, регламентирующих процесс самолечения, являются Правила определения категорий ЛП, отпускаемых без рецепта и по рецепту. Согласно правилу 2, «ЛП подлежат отнесению к категории рецептурных, если они даже при правильном, но без медицинского наблюдения или неправильном применении, могут нанести прямой или косвенный вред здоровью и/или содержат вещества, действие которых может вызвать нежелательные реакции»⁵.

Факторами, способствующими распространению самолечения, являются проблемы организации системы здравоохранения, наличие предшествующего опыта обращения к специалистам, реклама и доступность специализированной информации [2, 3], несмотря на ограничения промоции данного вида товара в соответствии с ФЗ от 13.03.2006 № 38 «О рекламе» (ст. 5, 24)⁶.

Тем не менее, по данным Всероссийского центра изучения общественного мнения, самолечение предпочитает четверть россиян (25%) [2]. Наблюдаемая ситуация

может привести к серьезным медицинским последствиям, таким как увеличение количества запущенных/тяжелых случаев заболеваний, смертности. Так, например, во Владимирской области было возбуждено уголовное дело по статье 109 УК РФ по поводу смерти трехмесячной девочки, чья мать пыталась самостоятельно вылечить ребенка от пневмонии через «Видеопортал для думающих родителей» [4]. Европейский суд по правам человека рассматривал дело о лишении родительских прав россиян в связи с госпитализацией детей (состояние средней тяжести), в т.ч. в результате самолечения холодной водой⁷.

Тяжелым осложнением самолечения может стать развитие неблагоприятных побочных реакций. Так, например, Волгоградским региональным центром мониторинга безопасности лекарственных средств за 2010 г. было получено 16 карт-извещений о побочных реакциях в результате самостоятельного применения ЛП (в 69% случаев по поводу ангионевротического отека) [5]. Зачастую для пациента проблемой является сложность интерпретации собственного состояния, так как симптом может являться проявлением нескольких возможных нозологий. Результаты исследования Казанского ГМУ продемонстрировали, что, при диарейном синдроме, вместо наиболее рационального возмещения потери жидкости и электролитов, пациенты более ориентированы на использование лоперамида, что может осложнить течение инфекции и усугубить интоксикацию [6]. По данным исследования Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова, «антацидные

² Приказ Минздрава России от 13.02.2013 № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г. и плана ее реализации».

³ Ответственное самолечение в России: правовые коллизии. – Портал информационной поддержки специалистов ЛПУ. URL: <https://www.zdrav.ru/articles/101958-qqe-16-m01-otvetstvennoe-samolechenie-v-rossii-pravovye-kollizii> (дата доступа 21.08.2019).

⁴ Обзор практики рассмотрения судами Красноярского края споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг (извлечение). 6 декабря 2016 г. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/18553000/> (дата доступа 21.08.2019).

⁵ Решение Евразийской экономической комиссии от 29.12.2015 №178 «О Правилах определения категорий лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта и по рецепту».

⁶ Письмо Минздрава России от 25.03.2014 № 25-3/3011657-1339 «О безопасности применения рекламируемых лекарственных средств и медицинских изделий».

⁷ Постановление Европейского суда по правам человека от 18.04.2013 «Дело «Агеевы (Ageyevy)» против Российской Федерации» (жалоба № 7075/10).

препараты могут применяться пациентами самостоятельно для симптоматической терапии эпизодической постпрандиальной изжоги, при этом не способны влиять на течение гастро-эзофагального рефлюкса, который зачастую является причиной заболеваний желудочно-кишечного тракта» [7].

Другими условиями самостоятельного лечения является необходимость исключения противопоказаний, а также правильной оценки течения заболевания, длительности симптомов, возможных лекарственных взаимодействий. Так, в г. Братске самолечение пагубно сказалось на психическом и физическом развитии ребенка, что привело к возбуждению в отношении его матери уголовного дела по статье 156 УК РФ [4]. Результатом самолечения может стать как повышение расходов на дорогостоящее лечение, так и рост нагрузки на федеральные и региональные бюджеты [8]. Помимо обозначенных трудностей, глобальной проблемой остается рост антибиотикорезистентности. «По данным анкетирования (г. Тверь, n=300) установлено, что 54% респондентов начинают применение антибиотиков без консультации врача» [9].

Проблема распространенности самолечения населения может быть особенно актуальной для регионов с низкой плотностью населения, отдаленностью населенных пунктов от административных центров, что приводит к трудностям получения медицинской помощи, особенно от «узких» специалистов. К таким субъектам относятся регионы Дальневосточного федерального округа (ДФО). Географически ДФО занимает наибольшую территорию (40% РФ) и характеризуется наименьшим количеством (5,7%) и плотностью населения (менее 1,2 чел./км²)⁸. При этом розничная продажа медикаментов, химико-фармацевтической продукции (на душу населения) выше общероссийского

показателя на 14%⁹. Поэтому оценка оснований и структуры самостоятельного лечения в субъектах ДФО остается актуальной задачей системы здравоохранения регионов ДФО.

Цель исследования

Анализ проблемы самолечения пациентов в регионах Дальневосточного федерального округа.

Задачи исследования

1. Определить основные источники информации респондентов о наличии/отсутствии у них заболеваний и самолечении.
2. Проанализировать частоту самостоятельного лечения респондентами, его основные причины, предпочтения при выборе методов, а также субъективную самостоятельную оценку эффективности.
3. Выявить основные терапевтические группы лекарственных препаратов, используемые респондентами при самостоятельном лечении.
4. Оценить корреляцию ответов респондентов с характеристиками «возраст» и «пол» для персонификации фармацевтической помощи.

Методы и объекты исследования

Социологический опрос пациентов методом анкетирования в г. Хабаровске (ФГКУ «301 Военный клинический госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации; КГБУЗ «Краевая городская больница № 2 им. Д.Н. Матвеева»; НУЗ ДКБ на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД»; ООО «Аконит» (Аптека на Батуевской); г. Южно-Сахалинск (ГБУЗ Сахалинская областная клиническая больница); г. Магадан (ГБУЗ Магаданская областная больница). Выборка пациентов составила 500 человек. Пригодными для обработки были признаны 450 анкет (отклик составил 90%). Статистическая обработка проводилась с использованием кодирования ответов

⁸ Официальный сайт полномочного представителя Президента Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе. URL: <http://www.dfo.gov.ru/district/> (дата доступа 18 мая 2019).

⁹ Здравоохранение в России. Приложение к сборнику (информация в разрезе субъектов Российской Федерации), 2017. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734 (дата доступа 18 мая 2019).

респондентов. Данные анкетирования обрабатывались с использованием программ Microsoft Office Excel 2015 (описательная статистика), IBM SPSS 25. Распределение ответов респондентов проверялось на нормальность с помощью однофакторного критерия Колмогорова-Смирнова. Для оценки взаимосвязи ответов респондентов с характеристиками «пол», «возраст» использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Корреляция считалась достоверной при значимости 2-х сторонней $\leq 0,05$.

Результаты исследования

Типологический портрет респондента представлен в *таблице 1*.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что большинство

опрошенных пациентов – женщины, от 30 до 50 лет, со средним образованием, работающие, проживающие в городе, указавшие на наличие у них острых или хронических заболеваний.

Распределение ответов респондентов, уточняющих терапевтическую группу их заболеваний, представлено на *рисунке 1*.

Установлена статистически значимая корреляция с характеристикой «пол» и «возраст». Заболевания органов пищеварения чаще были в анамнезе у женщин ($p=0,005$), сердечно-сосудистой системы ($p=0,001$) и опорно-двигательного аппарата ($p=0,001$) – у пожилых пациентов, а отсутствие заболеваний отмечали молодые респонденты ($p=0,001$).

При этом только у 82% респондентов диагноз был выставлен медицинским специалистом: мужчины ($p=0,027$) и более старшие респонденты ($p=0,001$) чаще указывали врача/фельдшера. Поставили себе диагноз самостоятельно, исходя из собственного опыта, 5,8% опрошенных пациентов, 2,3% – на основе изученной литературы и средств массовой информации, 2% – с использованием интернет-ресурсов, 0,6% – основываясь на мнении родственников и знакомых, а 7,2% респондентов отметили «другие источники» сведений о состоянии собственного здоровья.

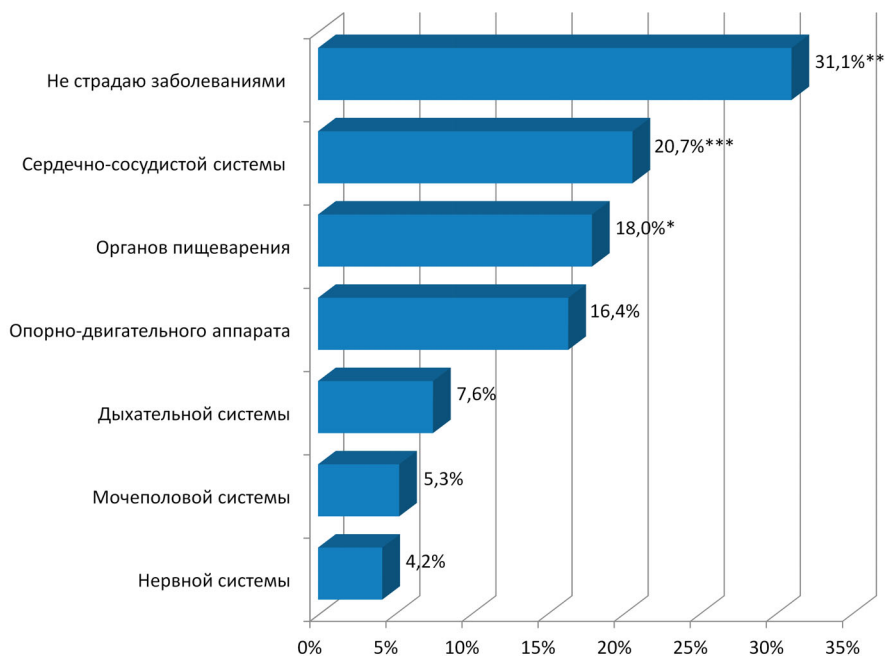
Ситуация осложняется тем, что только 68% респондентов доверяют выставленному диагнозу полностью, 17,5% выбрали вариант «частично», 12% затруднились ответить, а 2,5% – не доверяют. Наибольшая лояльность к диагнозу была при выставлении его врачом ($p=0,001$), а также на основе собственного опыта ($p=0,005$).

Следующий блок вопросов был посвящен частоте самостоятельного лечения пациентами и оценке его эффективности. Распределение ответов респондентов представлено на *рисунке 2*.

На основе полученных данных можно сделать вывод о том, что практически половина пациентов достаточно редко достигали успешного результата самолечения.

Так как 1/3 респондентов (27%) отмечают частое применение самолечения, поэтому далее проанализированы основные его

Параметр	Характеристика респондента	Доля респондентов, %
Пол	Мужской	37,11
	Женский	62,89
Возраст	До 30 лет	37,33
	От 30 до 50	44,89
	От 51 до 65	13,11
	Старше 65	4,67
Образование	Высшее	40,89
	Среднее профессиональное (колледж, техникум)	50,44
	Среднее полное/неполное (школа)	8,44
Вид деятельности	Работающий	74,22
	Учащийся	17,33
	Пенсионер	13,11
	Другое	0,89
Место проживания	Город	83,67
	Сельская местность	16,33
Наличие хронических или острых заболеваний	Да	49,55
	Нет	38,84
	Затрудняюсь ответить	11,61

Рисунок 1. Распределение ответов респондентов о наличии у них различных заболеваний

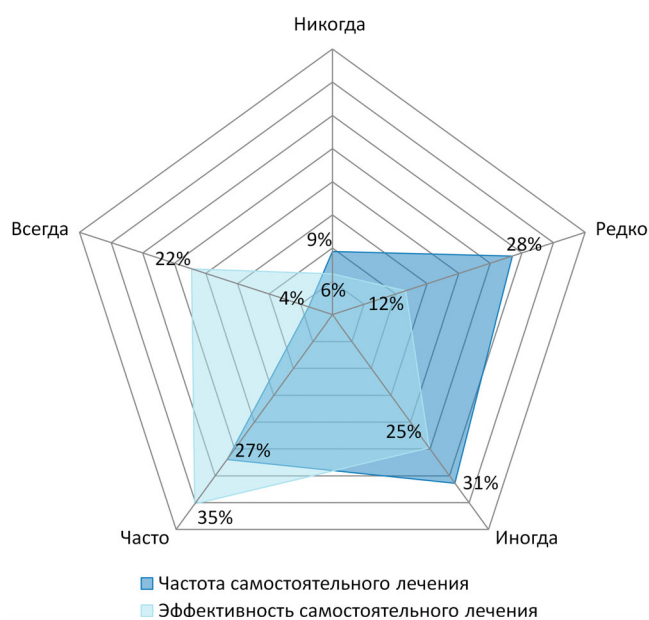
* – $p < 0,05$ – женщины; ** – $p < 0,05$ – молодые; *** – $p < 0,05$ – пожилые

причины. Распределение ответов респондентов представлено на *рисунке 3*.

Основные причины самостоятельного лечения пациентов коррелировали с характеристиками «пол» и «возраст»: нехватка времени ($p=0,003$ – молодые пациенты), трудности записи на прием к врачу ($p=0,018$ – женщины; $p=0,015$ – пожилые пациенты); отсутствие денежных средств для визита в платные медицинские организации ($p=0,001$ – пожилые пациенты). При этом 8% респондентов отметили недостаточное доверие к медицинскому специалисту.

При ответе на вопрос о методах самолечения 86% респондентов выбирали лекарственные препараты, 6,9% – физиотерапевтические процедуры ($p=0,012$ женщины). При этом 22% использовали средства «народной медицины» ($p=0,001$ – пожилые), а 12,9% – биологически активные добавки к пище, 1,8% – «нетрадиционные» средства (иглоукальвание, хиропластика, магнитотерапия и др.) и 1,6% – другие способы.

Почти 74% опрошенных пациентов отметили улучшение состояния здоровья

Рисунок 2. Распределение ответов респондентов о частоте и эффективности самолечения

($p=0,001$ – женщины), 22% не наблюдали изменений, у 2,5% респондентов развились побочные эффекты, ухудшение

Рисунок 3. Основные причины самостоятельного лечения пациентов



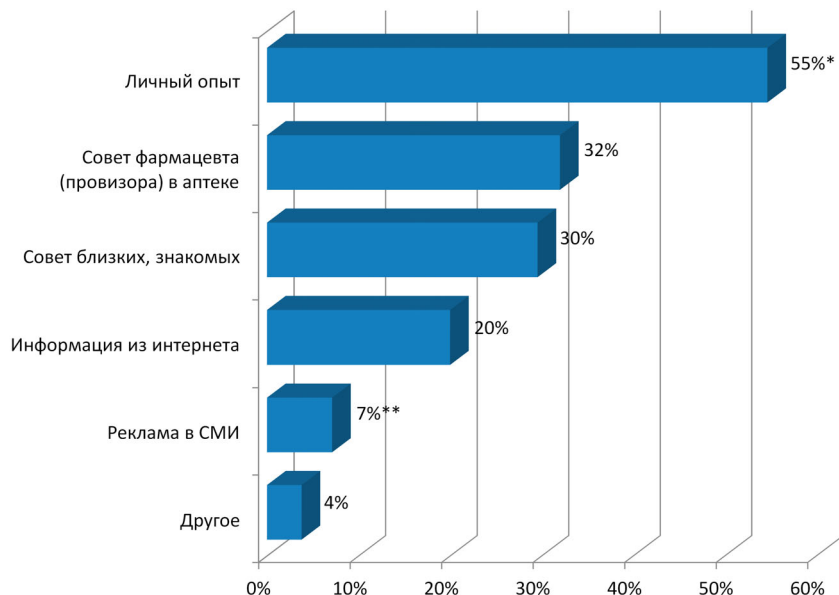
* – $p < 0,05$ – женщины; ** – $p < 0,05$ – молодые; *** – $p < 0,05$ – пожилые

состояния здоровья отметили 1,7% опрошенных ($p = 0,001$ – пожилые пациенты). По результатам самостоятельного лечения 35% пациентов обратились к медицинскому специалисту ($p = 0,018$ – пожилые). При этом полностью выполняют рекомендации лечащего врача только 67% респондентов, частично – 29%.

Следующий блок вопросов посвящен принципам выбора источника информации о средстве/методе самолечения. Распределение ответов респондентов представлено на рисунке 4.

Большинство опрошенных пациентов руководствуются личным опытом ($p = 0,001$ – женщины). Рекламе в средствах

Рисунок 4. Источник информации для выбора средства самолечения



* – $p < 0,05$ – женщины; ** – $p < 0,05$ – пожилые

Рисунок 5. Терапевтические группы препаратов, наиболее часто приобретаемые пациентами для самостоятельного лечения



* – $p < 0,05$ – женщины; ** – $p < 0,05$ – пожилые

массовой информации доверяют, в данном случае, только 7% респондентов ($p=0,008$ – пожилые пациенты).

Далее респонденты уточнили, какие терапевтические группы препаратов наиболее часто приобретаются ими для самостоятельного лечения. Распределение ответов представлено на *рисунке 5*.

Наиболее применяемыми группами являются нестероидные противовоспалительные и противовирусные препараты. Желудочно-кишечные препараты ($p=0,004$) и витамины ($p=0,001$) чаще приобретаются женщинами. Несмотря на то, что большая часть антибиотиков и сердечно-сосудистых препаратов должны отпускаться по рецепту врача, более 10% респондентов отметили их как выбранные для лечения самостоятельно.

Обсуждение результатов исследования

Наблюдаемое распределение ответов о заболеваемости респондентов является закономерным в связи с частой коморбидностью в старшей возрастной группе (сердечно-сосудистые заболевания, заболевания

опорно-двигательного аппарата). Серьезной проблемой является то, что 18% опрошенных респондентов диагноз был поставлен не медицинским специалистом. Наблюдаемая ситуация может негативно сказаться на достоверности оценки состояния здоровья, а также являться причиной необоснованного/неверного выбора метода самолечения или лекарственного препарата. При этом недоверие или частичное доверие к диагнозу у практически 1/3 пациентов может отрицательно повлиять на приверженность к терапии. Позитивной тенденцией является то, что 28% опрошенных отметили редкое использование самолечения, а 35% часто считали его успешным.

Основными причинами самолечения остаются: недостаточная, по мнению респондентов, доступность медицинской помощи (отсутствие времени на визит для молодых пациентов, высокая стоимость и трудности записи – для пожилых больных); наличие собственного положительного опыта терапии (чаще женщины); высокая доступность

медицинской информации. Решение ряда организационных проблем (режим работы государственных медицинских организаций, укомплектованность штатов, наличие «профильных специалистов» и мощных диагностических центров) требует серьезных финансовых затрат. Важной составляющей является совершенствование законодательства в отношении ограничения промоции не только рецептурных, но и безрецептурных лекарственных препаратов, медицинских изделий и медицинских услуг, а также биологически активных добавок к пище, методов «нетрадиционной» и «народной» медицины. Прежде всего, необходимо совершенствование технологии контроля в средствах массовой информации (СМИ) и интернете на фоне усиления пропаганды обязательного обращения к медицинским и фармацевтическим специалистам, целесообразности самоконтроля течения заболевания между плановыми визитами к врачу. Актуальность указанных мероприятий подтверждается тем, что 37% респондентов отметили различные методы терапии (помимо «лекарственный препарат» и «физиотерапевтические процедуры»), а также наличием достоверной корреляции между пожилым возрастом и ориентацией пациентов на рекламу.

Негативный результат самолечения подтверждается тем, что более 1/3 респондентов впоследствии обратились к врачу. При этом выполняют назначения специалиста полностью только 30%, что демонстрирует необходимость объяснения больному возможных осложнений, а также его самостоятельной ответственности за состояние своего здоровья в случае нарушения рекомендаций/режима и схемы терапии.

Распределение ответов респондентов о терапевтических группах лекарственных препаратов, применяемых для самолечения, закономерно в связи с распространенностью острых респираторных вирусных заболеваний и бактериальных инфекций среди всего населения, а также кардиологических и гастроэнтерологических нозологий у пациентов старшего возраста,

что приводит к высокой частоте приобретения данных препаратов.

Несмотря на то, что фармацевтический работник является достоверным и доступным источником информации (в т.ч. для повышения приверженности к назначенной терапии), его консультацией руководствуется только 32% опрошенных. Полученные данные подтверждают недостаточную осведомленность пациентов о возможностях и объемах фармацевтического консультирования в аптечных организациях и необходимость совершенствования подготовки/повышения квалификации провизоров и фармацевтов для полноценного выполнения данной трудовой функции.

Выводы

1. Наиболее распространенными источниками информации для пациентов ДФО о наличии заболевания является врач, а побуждают опрошенных к самолечению наличие собственного предшествующего опыта (чаще для женщин) и доступность рекламной информации (особенно для пожилых пациентов).
2. 27% опрошенных респондентов ДФО часто прибегают к самолечению, при этом 42% оценили частоту его эффективности как редкую. Основными причинами самолечения являются: трудности получения медицинской помощи, при этом свыше 1/3 пациентов не доверяют выставленному в отношении них диагнозу и не выполняют назначения врача. Основным методом самолечения респонденты назвали лекарственную терапию (86%).
3. Наиболее распространенными терапевтическими группами препаратов, приобретаемыми пациентами самостоятельно, являются нестероидные противовоспалительные и противовирусные препараты, а среди отпускаемых по рецепту – антибиотики и сердечно-сосудистые средства (для пожилых пациентов).
4. Возраст и пол больных оказывают значительное влияние на причины и структуру самолечения. Молодые пациенты

чаще объясняют самолечение отсутствием времени для визита к врачу. Женщины предпочитают лечиться на основе предшествующего опыта терапии. Для пожилых респондентов более характерно выставление диагноза специалистом, наличие нескольких нозологий в анамнезе, но при этом анкетированные отмечали трудности записи к доктору и отсутствие денежных средств для визитов в частные медицинские организации, а также ориентацию на рекламу в средствах массовой информации. Сложившаяся ситуация может затруднить оценку эффективности терапии, привести к дальнейшему распространению самолечения среди больных пожилого возраста, что подтверждает необходимость совершенствования методов контроля над распространением информации о товарах и услугах, применяемых

для коррекции и поддержания состояния здоровья.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость работы заключается в обосновании актуальности проблемы распространенности самолечения пациентов в субъектах ДФО, определении ее причин, субъективных последствий для здоровья, корреляции составляющих процесса с возрастом и полом респондента. Полученные данные могут быть использованы для практикоориентированного обучения медицинских и фармацевтических работников. Практическая значимость работы заключается в возможности использования полученных данных для повышения адресности лекарственной помощи и приверженности к терапии.

ИСТОЧНИКИ

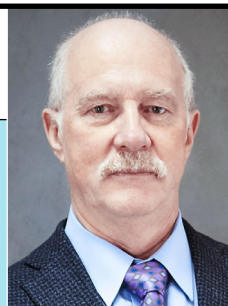
1. Сулейманов С.Ш., Шамина Я.А. Правовые аспекты ответственного самолечения в России: законы новые, проблемы старые. – Новая аптека. Эффективное управление. – 2014. – № 2. – С. 18–21.
2. Ветлугин И. Самолечению пора положить конец. Если держать ориентир на здоровье наших сограждан. – Медицинская газета. – 2016. – № 6 (29 января).
3. Ягудина Р.И., Логвинюк П.А. Ответственное самолечение – осознанный подход к своему здоровью. – Ремедиум. – 2018. – № 4. – С. 8–11. DOI: 10.21518/1561-5936-2018-4-8-11
4. Голышева Е.А. Суррогатная медицина в сети «интернет»: уголовно-правовые аспекты. – Вестник Нижегородской академии МВД России. – 2011. – № 3 (16). – С. 263–266.
5. Смусева О.Н., Соловкина Ю.В. Побочные лекарственные реакции при самолечении. – Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8. – № 1. – С. 35–37.
6. Минапов Л.Н., Ахметова Т.А., Егорова С.Н. Самолечение и интернет: можно ли обойтись без фармацевта (на примере симптома «диарея»). – Вопросы обеспечения качества лекарственных средств. – 2014. – № 4. – С. 17–20.
7. Симаненков В.И., Тихонов С.В. Ответственное самолечение пациентов с изжогой. – Фарматека. – 2014. – № 10 (283). – С. 35–41.
8. Дьюкс М.Н.Г., Хаайер-Рускамл Ф.М., де Йонхере К.П., Ритвельд Э.Х. Лекарственные средства и деньги. Цены, доступность и сдерживание затрат. Пер. с англ. – М.: Изд-во «Весь Мир». – 2006. – 216 с.
9. Власов П.А., Марасанов С.Б., Лукомник Т.А. Социальный аспект антибиотикорезистентности: самолечение и безрецептурный отпуск антибактериальных препаратов в аптечных пунктах. – Тверской медицинский журнал. – 2017. – № 6. – С. 180–183.

REFERENCES

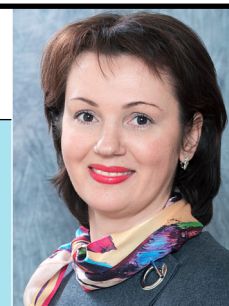
1. Suleymanov S.S., Shamina Y.A. Legal aspects of responsible self-treatment in Russia: laws new, problems old. – New pharmacy. Effective management. – 2014. – Vol. 2. – P. 18–21.
2. Vetlugin I. It is time to put an end to the self-treatment. If you keep a reference point on the health of our fellow citizens. – Medical newspaper. – 2016. – Vol. 6 (January 29).
3. Yagudina R.I., Logvinyuk P.A. The only man in “The white gown” on the way of responsible self-treatment. – Remedium. – 2018. – Vol. 4. – P. 8–11. DOI: 10.21518/1561-5936-2018-4-8-11.
4. Golisheva E.A. Surrogate medicine on the Internet: criminal law aspects. – Journal of the Nizhny Novgorod Academy of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation. – 2011. – Vol. 3 (16). – P. 263–266.
5. Smuseva O. N., Solovkina Yu. V. Adverse drug reactions in self-medication. – Saratov Journal of Medical Scientific Research. – 2012. – Vol. 8(1). – P. 35–37.
6. Minapov L.N., Akhmetova T.A., Egorova S.N. Self-medication and the internet: is it possible to do without pharmacist (on the example of symptom “diarrhea”). – Journal of pharmaceuticals quality assurance issue. – 2014. – Vol. 4. – P. 17–20.
7. Simanenkova V.I., Tihonov S.V. Responsible self-treatment of patients with heartburn. – Farmateca. – 2014. – Vol. 10 (283). – P. 35–41.
8. Dukes M.N.G., Haaijer-Ruskamp F.M., de Joncheere C.P., Rietveld A.H. Drugs and Money. Prices, affordability and cost containment. Lane from english. – Moscow: «Vesmirbooks». – 2006. – 216 p.
9. Vlasov P.A., Marasanov S.B., Lukomnik T.A. Social aspect of antibiotic resistance: self-treatment and non-prescription realization of antibacterial drugs in pharmacy organization. – Tverskoy Medical Journal. – 2017. – Vol. 6. – P. 180–183.

С.С. БУДАРИН¹, к.э.н., заведующий отделом,
BudarinSS@zdrav.mos.ru

Ю.В. ЭЛЬБЕК¹, научный сотрудник,
ElbekYV1@zdrav.mos.ru



БУДАРИН С.С.



ЭЛЬБЕК Ю.В.

Анализ результатов диспансеризации определенных групп взрослого населения на основе форм отраслевой статистической отчетности

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-66-74>

¹ ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы». 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 9.
Research Institute of health organization and medical management of the Moscow city health Department (NIIOZMM).
9, Sharikopodshipnikovskaya St., Moskva, Russia, 115088.

Ключевые слова: диспансеризация; статистическая отчетность; медицинские организации; состояние здоровья граждан

Для цитирования: Бударин С.С., Эльбек Ю.В. Анализ результатов диспансеризации определенных групп взрослого населения на основе форм отраслевой статистической отчетности. – Вестник Росздравнадзора. – № 1. – С. 66–74.

For citation: Budarin S.S., Elbek Yu.V. Improvement of forms of collection and processing of statistical data on medical examination of certain groups of the adult population. – Vestnik Roszdravnadzora. – Vol. 1. – P. 66–74.

Budarin S.S., Elbek Yu.V.

Improvement of forms of collection and processing of statistical data on medical examination of certain groups of the adult population

The article presents the results of analysis of data on the passage of medical examination of certain groups of the adult population in medical organizations of the state health system of Moscow for 2013–2018. Properties of indicators of forms of branch statistical reporting and their sufficiency for an assessment of quality and efficiency of carrying out medical examination are studied. The results of the study showed that at present, data from industry statistical reports do not allow us to fully assess the real changes in the state of health of the population and predict the expected results due to the lack of dynamic indicators. The study of the possibility of improving the forms of collection and processing of statistical data on medical examination in order to obtain complete and objective information about the results of medical examination in order to make adequate management decisions is an urgent scientific and practical problem.

Keywords: medical examination; statistical reporting; medical organizations; the state of health of citizens.

В статье представлены результаты анализа данных о прохождении диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы за 2013–2018 гг. Изучены свойства показателей форм отраслевой статистической отчетности и их достаточность для оценки качества и эффективности проведения диспансеризации. Результаты проведенного исследования показали, что в настоящее время данные отраслевой статистической отчетности не позволяют в полной мере оценивать реальные изменения в состоянии здоровья населения и прогнозировать ожидаемые результаты ввиду отсутствия динамических показателей. Изучение вопроса о возможности совершенствования форм сбора и обработки статистических данных о прохождении диспансеризации для получения полной и объективной информации о результатах диспансеризации в целях принятия адекватных управленческих решений является актуальной научной и практической проблемой.

Введение

В рамках реализации национальных целей и стратегических задач развития Российской Федерации в сфере здравоохранения, достижение цели по обеспечению

охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год является одной из приоритетных¹. Диспансеризация населения играет ключевую роль в этом направлении.

¹ Указ Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.».

По оценкам экспертов, вклад профилактических мер в снижение смертности от неинфекционных заболеваний составляет около 60%, а лечебно-диагностических – лишь 35% [1].

Минздравом России в марте 2019 г.² утвержден новый порядок прохождения диспансеризации, объединивший в себе требования двух ранее действовавших порядков проведения профилактических осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения.

В связи с корректировкой порядка проведения диспансеризации для объективной оценки качества и эффективности ее проведения целесообразно внести соответствующие изменения в процесс сбора, обработки и анализа статистической информации, которые позволят обеспечить ее полноту и достоверность. Как показывает практика, только квалифицированный анализ статистических данных, основанный на достоверных показателях, позволяет принять правильное управленческое решение и избежать возможных рисков недостижения заявленных целей.

Широкое внедрение и применение информационных систем в сфере здравоохранения пока в недостаточной степени используется при сборе и обработке данных для статистической отчетности. Информация о проведении диспансеризации по-прежнему обрабатывается медицинскими статистиками с помощью трудоемких ручных операций, что ограничивает возможности ее использования для оценки ожидаемых результатов лечебно-профилактической работы медицинских организаций.

О роли диспансеризации в управлении здоровьем населения, организации проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения и важности организации учета и отчетности упоминается в работах Бойцова С.А., Котелевца С.М., Тепляковой Е.Д. и др. [2–6]. Тем не менее, следует отметить, что процесс учета и отчетности о результатах проведения

диспансеризации и оценки ее эффективности не находит достаточного освещения в научных публикациях.

Цель исследования

Целью исследования является изучение результатов диспансеризации определенных групп взрослого населения на основе данных статистической отчетности и оценки достаточности показателей, характеризующих информацию о состоянии здоровья населения.

Материал и методы исследования

Объектом исследования явились медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы (городские поликлиники для взрослых).

Материалом исследования послужили данные форм отраслевой статистической отчетности № 131 и федерального статистического наблюдения (ФСН) № 12, а также статистические материалы Мосгорстата.

Основными методами исследования явились количественный, структурный и сравнительный анализы, математико-статистические методы анализа данных. Обработка данных осуществлялась в программе «Microsoft Excel 2010» с использованием категорий математического, статистического и логического анализа.

Были также использованы теоретические научные методы: анализ, обобщение, аналогия, системный и функциональный подходы.

Результаты

В период с 2012 по 2018 гг. Минздравом России издано 3 приказа³, касающихся порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше).

С учетом нормативных правовых актов и научно-практических изысканий можно предложить определение процесса диспансеризации как «комплекса мероприятий,

² Приказ Минздрава России от 13.03.2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

³ Приказы Минздрава России от 03.12.2012 г. № 1006н, от 03.02.2015 г. № 36н и от 26.10.2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Таблица 1. Данные Мосгорстата о численности населения в возрасте 20 лет и старше, тыс. человек

Возраст	2013	2014	2015	2016	2017	2018
20–39 лет	3 966	3 941	3 881	3 827	3 737	3 684
40–59 лет	3 545	3 582	3 601	3 633	3 644	3 666
60 лет и старше	2 483	2 551	2 627	2 646	2 787	2 875
Всего:	9 994	10 074	10 109	10 106	10 168	10 225

Таблица 2. Данные медицинских организаций о плановой и фактической численности населения, прошедшего диспансеризацию в г. Москве

Период	ЧН, включенная в план, тыс. чел.*	ДГ, включенных в план, %**	ДГ, прошедших I этап, %***	ДГ, прошедших II этап, %****
2013	1 935	58,5	103,5	65,7
2014	2 383	88,0	96,5	39,7
2015	2 298	87,1	94,1	24,1
2016	1 465	58,8	104,9	27,0
2017	1 802	68,5	98,7	32,8
2018	1 816	63,0	99,5	33,1

* Численность населения, включенная медицинской организацией в план диспансеризации, тыс. человек

** Доля граждан, включенных в план диспансеризации в общей численности населения соответствующей возрастной группы

*** Доля граждан, прошедших I этап диспансеризации в плане диспансеризации, %

**** Доля граждан, прошедших II этап диспансеризации в численности граждан, прошедших I этап, %

направленных на наблюдение в динамике за состоянием здоровья человека, в который входит выявление заболеваний (диагностика) и проведение лечебно-профилактических мер»⁴.

Одной из целей диспансеризации является «определение группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными

заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан»⁵.

В период 2013–2018 гг. каждый гражданин имел право на прохождение диспансеризации один раз в три года в возрастные периоды, предусмотренные приложением к соответствующему приказу Минздрава России, за исключением отдельных категорий граждан, диспансеризация которых проводилась ежегодно или раз в два года вне зависимости от возраста [7].

В ходе исследования проведен анализ информации, содержащейся в формах отраслевой статистической отчетности № 131⁶ (форма № 131) за 2013–2018 гг. В качестве основных параметров изучения выбраны данные о численности населения, подлежащего диспансеризации по плану/прошедшего диспансеризацию (I и II этап), а также о распределении граждан по группам состояния здоровья. С учетом того, что основной массе населения было предоставлено право прохождения диспансеризации раз в три года, то особое внимание в исследовании обращено на сопоставление данных за 2013/2016 гг., 2014/2017 гг. и 2015/2018 гг., так как в эти годы диспансеризации подлежали одни и те же группы граждан.

Согласно данным Мосгорстата⁷, численность населения в городе Москве в возрасте от 20 лет и старше в период с 2013 по 2018 гг. составляла более 10 млн человек (табл. 1).

С учетом требований нормативных правовых актов медицинские организации на основе данных о численности прикрепленного населения соответствующей возрастной группы ежегодно формировали план проведения диспансеризации на текущий календарный год, что отражалось в форме № 131 (таблица 1000).

В период с 2013 по 2018 гг. применялись различные критерии оценки эффективности диспансеризации, но неизменным

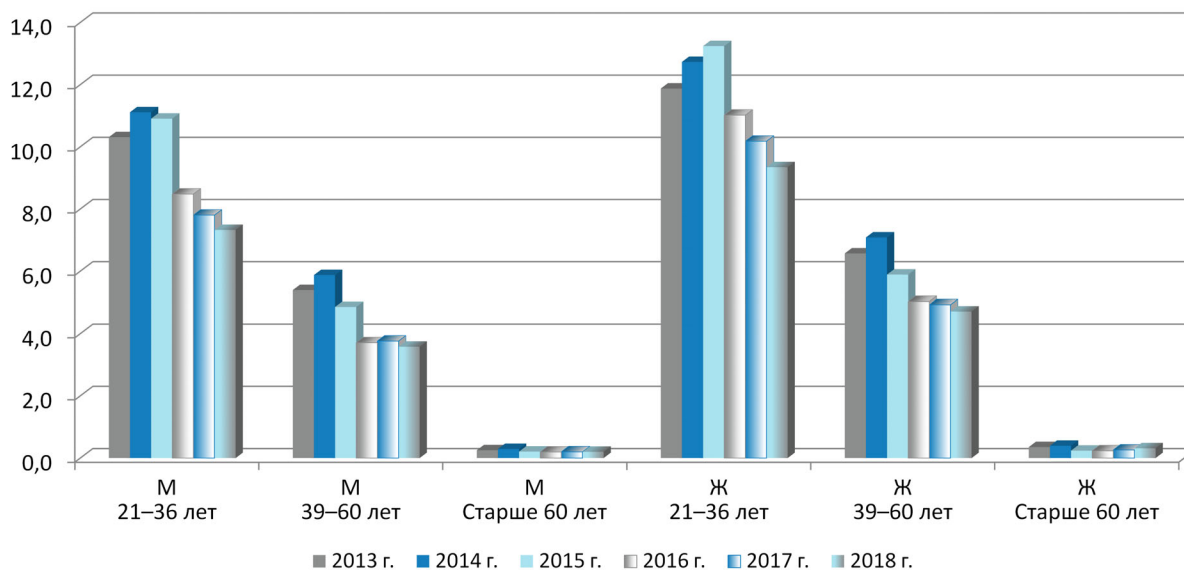
⁴ https://studopedia.su/11_94777_dispanserizatsiya.html (обращение 21.01.2020 г.)

⁵ Приказ Минздрава России от 26.10.2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

⁶ Приказ Минздрава России от 06.03.2015 г. № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению», за 2013–2014 гг. – форма № 131.

⁷ http://moscow.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/moscow/ru/statistics/population/ (обращение 22.07.2019 г.).

Рисунок 1. Распределение доли граждан, имеющих I группу состояния здоровья в зависимости от пола и возраста в период 2013–2018 гг. в общей численности граждан, прошедших диспансеризацию, %.



оставался один показатель – охват диспансеризацией населения, прикрепленного к медицинской организации.

Представленные в *таблице 2* данные свидетельствуют о том, что доля граждан, включенных в план диспансеризации, в общей численности населения соответствующей возрастной группы составляет от 58,5% до 88,0%. В 2016–2018 гг. неохваченным оставалось свыше 30% населения соответствующей возрастной группы.

Сравнение данных из *таблицы 2* показывает, что в 2016 г. количество граждан, прошедших диспансеризацию, было на 25% меньше, чем в 2013 г., несмотря на схожие значения по охвату населения (58,8% и 58,5%). В 2017–2018 гг. охват населения диспансеризацией уменьшился. Одновременно снизилась и численность населения, прошедшего диспансеризацию: в 2017 г. – на 25% меньше по сравнению с 2014 г., в 2018 г. – на 21% меньше, чем в 2015 г.

Данные формы № 131 не позволяют определить, какая часть граждан, проходивших диспансеризацию в 2013 г., вновь проходила диспансеризацию в 2016 г. и с каким результатом? Аналогичные вопросы возникают и по гражданам, чей срок прохождения диспансеризации приходился на 2014 и 2017 гг., на 2015 и 2018 гг. Таким образом, можно говорить о том, что статистические

данные о прохождении гражданами диспансеризации и ее результатах фиксируют лишь данные за отдельно взятый период времени отдельных групп населения и являются так называемой «фото-картинкой» [8].

Анализ результатов диспансеризации за 2013–2018 гг. показывает, что в период 2016–2018 гг. снизилось по сравнению с периодом 2013–2015 гг. как количество, так и доля граждан в возрастных группах 21–36 лет и 39–60 лет как мужчин, так и женщин, имеющих I группу состояния здоровья, в общей численности населения, прошедшего диспансеризацию (*рис. 1*).

Анализ половозрастной структуры II группы состояния здоровья граждан показывает, что доля граждан, отнесенных ко II группе состояния здоровья, в рассматриваемом периоде существенно не меняется. При этом, с учетом реализации рекомендаций Минздрава России⁸, в 2017–2018 гг. по сравнению с 2016 г. выросла численность граждан, отнесенных ко II группе состояния здоровья, но все равно она осталась ниже, чем в 2013–2015 гг. по всем половозрастным группам.

В III группе состояния здоровья граждан можно отметить иную тенденцию. Доля граждан, имеющих III группу состояния здоровья, в период с 2013 г. по 2018 гг. незначительно, но постоянно росла. Изменения

⁸ Министерство здравоохранения Российской Федерации, письмо от 13.11.2015 № 17-9/10/2-6876.

по количеству граждан зависят от половозрастной группы населения. Самая высокая доля граждан, имеющих III группу состояния здоровья, отмечена в половозрастной группе «женщины старше 60 лет» – 16,5%.

На рисунках 2–4 представлены данные об изменениях численности граждан, отнесенных к разным группам состояния здоровья. Для сравнения были выбраны те же самые группы населения, которым было предоставлено право прохождения диспансеризации в 2014 и 2017 гг.

Представленная на рисунках 2 и 3 информация может свидетельствовать о том, что часть граждан, отнесенных в 2014 г. к I или II группе состояния здоровья, либо не проходила диспансеризацию в 2017 г., либо данные медицинских организаций об охвате населения диспансеризацией в 2014 г. некорректны в отношении граждан, отнесенных к I или II группе состояния здоровья.

Именно достоверность данных об охвате населения диспансеризацией послужила

Рисунок 2. Распределение количества граждан, имеющих I группу состояния здоровья, в зависимости от пола и возраста за 2014 и 2017 гг., тыс. чел.

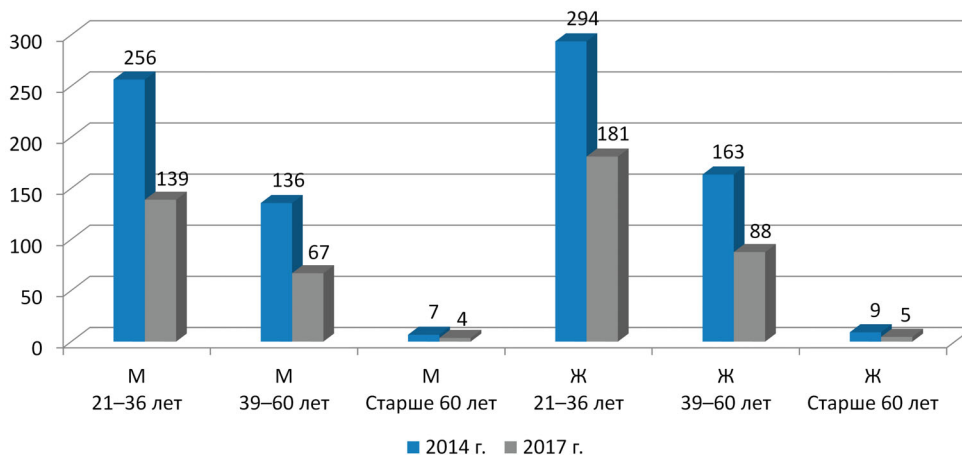


Рисунок 3. Распределение количества граждан, имеющих II группу состояния здоровья, в зависимости от пола и возраста за 2014 и 2017 гг., тыс. чел.

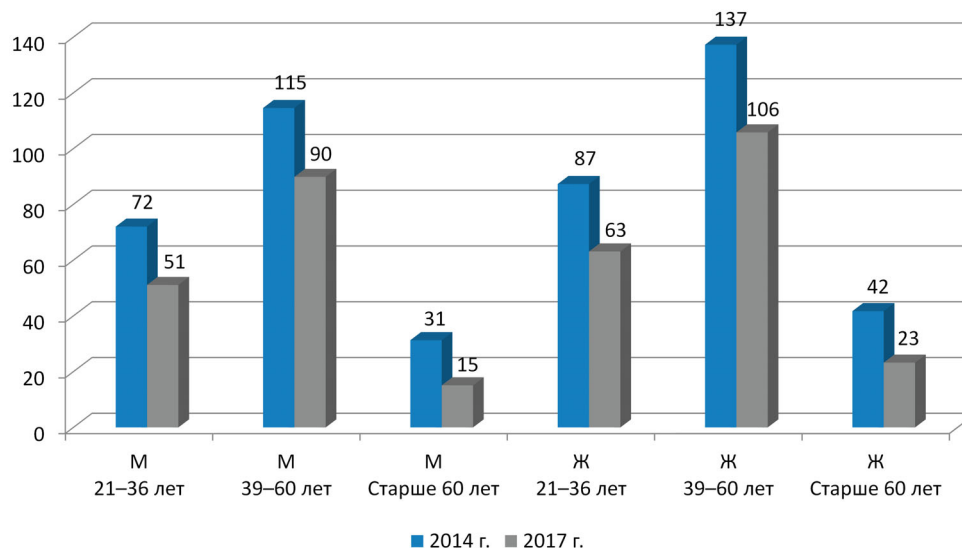
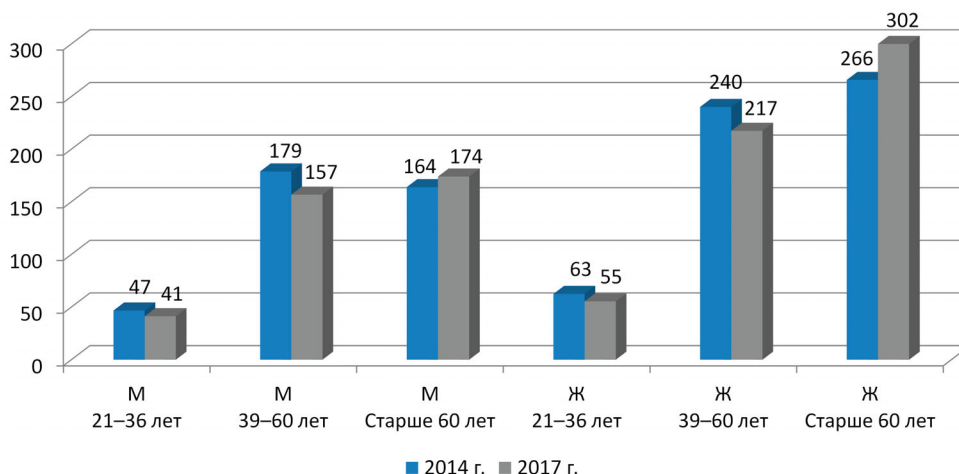


Рисунок 4. Распределение количества граждан, имеющих III группу состояния здоровья, в зависимости от пола и возраста за 2014 и 2017 гг.



в 2015 г. основной дискуссии об отмене плана по диспансеризации для медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы.⁹

Согласно представленным на рисунке 4 данным, можно предполагать, что за три года состояние здоровья населения в возрастной группе старше 60 лет ухудшилось (в более молодых возрастных группах – улучшилось), либо в 2017 г. диспансеризацию проходили другие «более больные» граждане, которые в 2014 г. не обследовались, либо повысилась выявляемость заболеваний у граждан старше 60 лет. Аналогичный результат получен и при сравнении данных за 2015 и 2018 гг.

Граждане, отнесенные к III группе состояния здоровья, имеют заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи.

Согласно данным формы федерального статистического наблюдения (ФСН) № 12 по состоянию на конец 2018 г. под диспансерным наблюдением состояло около 2,4 млн граждан. Это меньше, чем количество граждан, отнесенных к III группе состояния здоровья за 2016–2018 гг.

(2,8 млн чел.), но за этот же период времени часть граждан по разным причинам, согласно данным формы ФСН № 12, была снята с диспансерного наблюдения.

С 2015 г. группа III разделена на две части: IIIа (граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания) и IIIб (граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний).

Анализ данных об изменениях количества граждан, отнесенных к группам IIIа и IIIб разных половозрастных групп населения в период 2015–2018 гг., показывает, что в группе IIIа сохраняется стабильное количество граждан всех половозрастных групп, а в группе IIIб после снижения в 2016 г. наблюдается ежегодный рост, особенно в возрастной группе 39–60 лет у мужчин и женщин. Часть этих граждан в ближайшие годы потенциально может увеличить группу состояния здоровья IIIа.

Стоимость медицинского обслуживания граждан с хроническими неинфекционными заболеваниями значительно превышает подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой гражданам, поэтому для своевременного и достаточного обеспечения медицинской организации финансовыми

⁹ <https://www.miloserdie.ru/news/iz-za-pripisok-v-moskve-otmenili-plany-dispanserizatsii-i-privivok/>
<https://www.mk.ru/moscow/2015/12/10/moskovskie-vlasti-otmenili-plan-po-dispanserizacii.html> (обращение 23.07.2019 г.)

ресурсами важную роль играет прогнозирование состояния здоровья граждан, в т.ч. на основе данных форм статистической отчетности.

Обсуждение

Анализ результатов диспансеризации определенных групп взрослого населения города Москвы на основе данных форм № 131 за период 2013–2018 гг. выявил тенденцию снижения доли граждан, отнесенных к I группе состояния здоровья во всех половозрастных группах. При этом среднее количество граждан, отнесенных к I группе здоровья, в период 2013–2015 гг. составило 750 тыс. человек, а в 2016–2018 гг. – 460 тыс. человек. Основной причиной снижения доли граждан, отнесенных к I группе здоровья, является снижение общей численности граждан, проходивших диспансеризацию в период 2016–2018 гг. (всего 5,1 млн человек) по сравнению с периодом 2013–2015 гг. (всего – 6,6 млн человек).

Во II группе состояния здоровья изменения по годам зависят от половозрастной принадлежности граждан. В период 2013–2015 гг. количество граждан, отнесенных ко II группе здоровья, снижалось во всех половозрастных группах. В период 2016–2018 гг. у мужчин во всех возрастных группах и у женщин старше 60 лет численность стабилизировалась на уровне 2017 г., а у женщин в возрасте 21–36 лет и 39–60 лет численность ежегодно росла.

Анализ структуры III группы показал, что в половозрастных группах 39–60 лет и 60 лет и старше наблюдается ежегодный рост (12–18% в период 2013–2015 гг. и 1–3% в период 2016–2018 гг.) доли граждан, отнесенных к III группе состояния здоровья в общем количестве обследованных граждан. Анализ изменений количества граждан этих возрастных групп, отнесенных к III группе состояния здоровья, позволяет выделить два периода роста: 2013–2015 гг. в среднем на 29–44% и 2016–2018 гг. в среднем на 10–22%.

При этом в 2016 г. по сравнению с 2015 г. произошло снижение на 6–18% количества граждан, отнесенных к III группе здоровья во всех половозрастных

группах, но в 2017 г. оно вновь выросло и превысило значения 2015 г.

Аналогичные результаты наблюдались в этот период времени и в других субъектах Российской Федерации [9, 10].

Учитывая тот факт, что охват населения диспансеризацией в период 2016–2018 гг. не превышал 70%, можно полагать, что оставшиеся 30% населения в основном могут относиться к I или II группам состояния здоровья, так как они не обращались в медицинские организации за медицинской помощью.

Это предположение может быть подтверждено в случае проведения мониторинга результатов диспансеризации на основе сбора и обработки данных персонализированного учета оказания гражданам медицинской помощи.

Данные формы № 131 в настоящее время представлены в виде так называемой «фото-картинки», т.е. отражают информацию о состоянии здоровья граждан за отчетный период (год), но не позволяют определить реальные изменения в состоянии здоровья граждан по сравнению с предшествовавшим периодом. Для объективной оценки состояния здоровья населения по результатам диспансеризации и подготовке прогноза по его изменению необходим анализ статистических данных с учетом динамического наблюдения. То есть, наряду с «фото-картинкой» необходимо отражение и «видео-картинки».

Одним из способов получения «видео-картинки» является внесение изменений в учетную форму № 131/у путем дополнения ее информацией о сроках и результатах прохождения гражданами диспансеризации в предыдущем периоде. Отраженная в отчетной форме № 131 информация о количестве граждан, прошедших диспансеризацию в предыдущий период с указанием определенной для них группы состояния здоровья, даст реальную картину изменения состояния здоровья граждан. Одновременно с этим появится дополнительная возможность прогнозировать потребность населения в объемах и видах медицинской помощи, финансовых и материально-технических ресурсах, необходимых для ее оказания, оценивать

эффективность организации и оказания медицинской помощи.

Выводы

1. Показатель охвата населения города Москвы диспансеризацией в период 2016–2018 гг. остается стабильным и составляет свыше 60%. Численность граждан, отнесенных к I и II группам здоровья, в этот период практически не изменилась во всех половозрастных группах населения. Наблюдается рост количества граждан, отнесенных к III группе состояния здоровья в половозрастных группах 39–60 лет и 60 лет и старше.
2. Форма отраслевой статистической отчетности № 131 фиксирует состояние здоровья определенных групп взрослого населения за выбранный период, однако не представляет информацию об изменениях состояния здоровья граждан на протяжении определенного периода времени по каждой половозрастной группе населения.

3. Дополнение формы № 131/у «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)» информацией о сроках и результатах прохождения гражданином диспансеризации в предстоящий период позволит отразить соответствующие данные в форме отраслевой статистической отчетности № 131 и улучшить тем самым прогнозирование состояния здоровья населения и вероятную потребность граждан в объемах и видах медицинской помощи.
4. Организация мониторинга результатов диспансеризации определенных групп взрослого населения, основанная на данных персонифицированного учета оказания гражданам медицинской помощи, может стать дополнительным источником оценки эффективности диспансеризации, что позволит повысить качество управления ресурсами медицинских организаций.

ИСТОЧНИКИ

1. Сковрцова В.И. О Национальном проекте «Здравоохранение»: «Изменения почувствует каждый» / В.И. Сковрцова. – Текст: электронный // Кто есть кто в медицине. – 2018. – № 3. – С. 92–93. – URL: <http://ktovmedicine.ru/2018/3/v-i-skovrцова-nationalnom-proekte-zdravoohranenie-izmeneniya-pochuvstvuet-kazhdyu.html> (дата обращения 24.07.2019).
2. Яковлева Т.В., Вылегжанин С.В., Бойцов С.А., Калинина А.М., Ипатов П.В. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, перспективы / Текст: электронный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 4 (38). – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21999693> (дата обращения 24.07.2019).
3. Котелевец С.М. Современные аспекты диспансеризации определенных групп взрослого населения / Текст: электронный // Дневник казанской медицины. – 2013. №3 (3). – С. 31–34. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20917985> (дата обращения 25.07.2019).
4. Теплякова Е.Д., Щербаков С.М. Профосмотры и диспансеризация: автоматизация учета и отчетности / Текст: электронный. – Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1. – С. 192 – URL: <https://doi.org/10.12737/7354> (дата обращения 24.07.2019).
5. Голикова Д.В. Роль диспансеризации в укреплении здоровья населения / Текст: электронный. – Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – 2014. – № 2. – С.33–35. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21946550> (дата обращения 23.07.2019).
6. Теплякова Е.Д., Щербаков С.М. Моделирование процессов профосмотров и диспансеризации в медицинской организации / Текст: электронный. – Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – С. 101 – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23703529> (дата обращения 24.07.2019).
7. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации // Текст: электронный. – URL: <http://mpmo.ru/content/2018/01/Metodicheskie-rekomendatsii-Organizatsiya-provedeniya-dispanserizatsii-opredelennyh-grupp-vzroslogo-naseleniya-4-izdanie.pdf> (дата обращения 22.07.2019).
8. Голкова Р.Д., Голков С.В. Информационные технологии при диспансеризации населения / Текст: электронный. – Проблемы современной науки и образования. – 2017. – №4 (86). – С. 103–105. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=28159039> (дата обращения 25.07.2019).
9. Сененко А.Ш. и др. Результаты диспансеризации 2013–2017 гг.: распределение обследованного населения по группам здоровья / А.Ш. Сененко, Е.Д. Савченко, И.М. Сон, О.О. Захарченко, Д.С. Терентьева, Н.А. Дзюба // Текст: электронный. – Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 1. – С. 67–90. URL: <https://doi.org/10.24411/2312-2935-2019-10005> (дата обращения 25.07.2019).
10. Бойцов С.А. О ходе диспансеризации в 2018 г. // Текст: электронный – URL: http://www.yamalcmp.ru/informaciya_dlya_specialistov/dokumenty_sovewanij_i_konferencij_programmy_doklady_rezolyucii/materialy_sovewaniya_profil_noj_komissii_po_profilakticheskoy_medicine_ministerstva_zdravoohraneniya_rossijskoj_federacii_ot_06_bojcov_s_a_o_hode_dispanserizacii_v_2018_godu/ (дата обращения 25.07.2019).

REFERENCES

1. *Skvortzova V.I.* About The national project "health care": "everyone will feel the Changes" / V. I. Skvortzova. – Text: electronic // Kto est` kto v medicine. – 2018. – № 3(92-93). – URL: <http://ktovmedicine.ru/2018/3/v-i-skvortzova-nationalnom-proekte-zdravooxranenie-izmeneniya-pochuvstvueta-kazhdyy.html> (accessed 24.07.2019) (in Russian).
2. *Yakovleva T.V.* medical Examination of the adult population of the Russian Federation: the first year of implementation, experience, prospects / T.V. Yakovleva, S.V. Vy`legzhanin, S.A. Bojczov, A.M. Kalinina, P.V. Ipatov – Text: electronic // Social`ny`e aspekty` zdorov`ya naseleniya. – 2014. – № 4(38). – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21999693> (accessed 24.07.2019) (in Russian).
3. *Kotelevetz S.M.* Modern aspects of medical examination of certain groups of the adult population / S.M. Kotelevetz -Text: electronic // Dnevnik kazanskoj mediciny`. – 2013. № 3(3). – Pp. 31–34. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20917985> (accessed 25.07.2019) (in Russian).
4. *Tepliyakova E.D.* professional Examinations and medical examination: automation of accounting and reporting / E.D. Tepliyakova, S.M. Shherbakov. – Text: electronic // Vestnik novy`x medicinskix texnologij. – 2014. – № 1. – P.192. – URL: <https://doi.org/10.12737/7354> (accessed 24.07.2019) (in Russian).
5. *Golikova D.V.* the Role of medical examination in strengthening public health / D.V. Golikova. – Text: electronic // Byulleten` nacional`nogo nauchnogo-issledovatel`skogo instituta obshhestvennogo zdorov`ya imeni N.A.Semashko. – 2014. – № 2. – Pp. 33–35. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21946550> (accessed 23.07.2019) (in Russian).
6. *Tepliyakova E.D.* Modeling of professional examinations and medical examination in a medical organization / E.D. Tepliyakova, S.M. hherbakov. –Text: electronic// Sovremenny`e problemy` nauki i obrazovaniya. – 2015. – № 3. – P. 101. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23703529> (accessed 24.07.2019) (in Russian).
7. Organization of medical examination of certain groups of the adult population. Methodical recommendation. – Text: electronic. – URL: <http://mpmo.ru/content/2018/01/Metodicheskie-rekomendatsii-Organizaciya-provedeniya-dispanserizatsii-opredelennyh-grupp-vzroslogo-naseleniya-4-izdanie.pdf> (accessed 22.07.2019) (in Russian).
8. *Golkova R.D.* Information technologies for medical examination of the population / R.D. Golkova, S.V. Golkov. – Text: electronic // Problemy` sovremennoj nauki i obrazovaniya. – 2017. – №4 (86). – Pp. 103–105. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=28159039> (accessed 25.07.2019) (in Russian).
9. *Senenko A.Sh.* Results of medical examination 2013–2017: distribution of the surveyed population by health groups / A.Sh. Senenko, E.D. Savchenko, I.M. Son, O.O. Zaxarchenko, D.S. Terent`eva, N.A. Dzyuba. – Text: electronic // Sovremenny`e problemy` zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki. – 2019. – № 1. – Pp. 67-90. – URL: <https://doi.org/10.24411/2312-2935-2019-10005> (accessed 25.07.2019) (in Russian).
10. *Bojczov S.A.* On the course of medical examination in 2018 / S.A. Bojczov. – Text: electronic. – URL: http://www.yamalcmp.ru/informaciya_dlya_specialistov/dokumenty_sovewanij_i_konferencij_programmy_doklady_rezolyucii/materialy_sovewaniya_profil_noj_komissii_po_profilakticheskoy_medicine_ministerstva_zdravooxraneniya_rossijskoj_federacii_ot_06_/bojcov_s_a_o_hode_dispanserizacii_v_2018_godu/ (accessed 25.07.2019) (in Russian).

НОВОСТИ

Страховщики получили законное право направлять акты экспертизы качества медицинской помощи родственникам умерших пациентов

Конституционный суд РФ обязал медицинские организации предоставлять родным и близким умершего пациента доступ к его медицинским документам. В том числе это касается и передачи родственникам результатов экспертиз качества медицинской помощи, которые страховые медицинские организации в обязательном порядке проводят во всех случаях летальных исходов застрахованных в системе ОМС пациентов.

Ранее медицинские организации отказывали родным умершего в предоставлении такой информации, ссылаясь на врачебную тайну. Вместе с тем результаты экспертизы могут выявить взаимосвязь между назначенным лечением и летальным исходом.

Эксперты полагают, что данное решение Конституционного суда РФ сократит количество уголовных дел против самих медицинских работников: нередко родственники умершего пациента стремятся возбудить уголовное дело против врачей только потому, что у них не было доступа к медицинской документации. Это создавало ненужное напряжение между больницей и родственниками умершего. В подобных случаях и диагноз, и ход лечения не должны быть тайной для его родственников. Принятое решение Конституционного суда защищает интересы как пациентов, так и врачебного сообщества: обе стороны получают право на справедливость.

<http://www.ins-union.ru/>



ПОЛИС ОМС

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О ЕГО ПОЛУЧЕНИИ ИЛИ ЗАМЕНЕ

Полис ОМС (обязательного медицинского страхования) – документ, подтверждающий право застрахованного лица на получение медицинской помощи по ОМС.

ПОЛИС ОМС ОФОРМЛЯЕТСЯ:

на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации с приложением следующих документов¹:



1 гражданский паспорт или иной документ, удостоверяющий личность



2
СНИЛС
(при наличии)

СРОКИ ДЕЙСТВИЯ



Полисы ОМС, выданные лицам, застрахованным по ОМС до 1 января 2011 г., **являются действующими** до замены их на полисы ОМС единого образца



Полис ОМС единого образца выдается гражданам Российской Федерации без ограничения срока действия

Для получения или обмена полиса ОМС вам необходимо лично или через своего представителя (по доверенности) обратиться в страховую медицинскую организацию.
ОГРАНИЧЕНИЙ ПО ДАТЕ ПРИЕМА ЗАЯВЛЕНИЙ НЕ СУЩЕСТВУЕТ!

Переоформление полиса ОМС осуществляется в случаях:

- ✓ изменения фамилии, имени, отчества, места жительства;
- ✓ изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица;
- ✓ установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

Переоформление полиса ОМС осуществляется по заявлению и при предъявлении документов, подтверждающих изменения.

Выдача дубликата полиса ОМС осуществляется в случаях:

- ✓ ветхости и непригодности полиса для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста, механическое повреждение пластиковой карты с электронным носителем и другие);
- ✓ утери полиса ОМС (выдача дубликата полиса ОМС осуществляется по заявлению гражданина или его законного представителя).

1 раз в год, если вы не удовлетворены качеством работы своей страховой медицинской организации, вы имеете право на ее замену².

Исключения составляют следующие случаи:

- ✓ смена места проживания;
- ✓ изменения персональных данных: место рождения, ФИО;
- ✓ порча страхового полиса;
- ✓ обнаружение ошибок и ложной информации в страховом документе;
- ✓ прекращение действия договора по причине ликвидации страховой медицинской организации.

¹ Для получения полиса ОМС на ребенка до 14 лет необходимо свидетельство о рождении ребенка, паспорт одного из родителей или иного законного представителя и СНИЛС ребенка (при наличии).

² Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании».

А.Е. МАКАРОВА^{1,2}, старший преподаватель кафедры патологической анатомии, врач-патологоанатом,
boss.patologiya@mail.ru

А.Н. КАЛЯГИН¹, д.м.н., профессор, проректор по лечебной работе и последипломному образованию,
akalagin@yandex.ru

С.В. МАКАРОВ¹, к.м.н., доцент, кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
orgnursing@gmail.com

В.В. СВИСТУНОВ^{1,2}, к.м.н., зав. кафедрой патологической анатомии, зав. патологоанатомическим отделением

Социологический анализ проблемы распределения нагрузки врачей-патологоанатомов как барьера на пути повышения качества их работы

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-76-82>

¹ ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. 664003, Россия, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1. Irkutsk State Medical University. 1, Krasnogo Vosstaniya St., Irkutsk, Russia, 664003

² ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница №1». 664003, Россия, г. Иркутск, ул. Байкальская, 118. Irkutsk Municipal Clinical Hospital No.1. 118, Baykal'skaya St., Irkutsk, Russia, 664003

Ключевые слова: социологический опрос; нагрузка; врач-патологоанатом; качество работы

Для цитирования: Макарова А.Е., Калягин А.Н., Макаров С.В., Свистунов В.В. Социологический анализ проблемы распределения нагрузки врачей-патологоанатомов, как барьера на пути повышения качества их работы. – Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 1. – С. 76–82.

For citation: Makarova A.E., Kalyagin A.N., Makarov S.V., Svistunov V.V. The sociological analysis of a problem of pathologists workload distribution as a barrier to improving the quality of their work. – Vestnik Roszdravnadzora. – 2020. – Vol. 1. – P. 76–82.

Makarova A.E., Kalyagin A.N., Makarov S.V., Svistunov V.V.

The sociological analysis of a problem of pathologists workload distribution as a barrier to improving the quality of their work

The article presents the results of a sociological study of pathologists workload distribution. Representatives of this specialty are currently characterized by a high dual post coefficient, which can lead to a decrease in the quality of the results of professional activity in the event of an ineffective solution to the above problem. The analysis made it possible to study the professional characteristics of the interviewed pathologists, to analyze the approaches currently used to distribute the workload between doctors, and to receive suggestions for their improvement. The role of assessing the quality of the results of the work of pathological service doctors in this process is studied. Based on the results obtained, conclusions and proposals are formulated for standardization and personified accounting of the results of the work of the doctors of the pathological anatomical service, its orientation towards the final result.

Keywords: sociological survey; workload; doctor pathologist; quality of work

В статье представлены результаты социологического исследования проблемы распределения нагрузки врачей-патологоанатомов. Для представителей данной специальности в настоящее время характерен высокий коэффициент совместительства, что способно привести к снижению качества результатов профессиональной деятельности в случае неэффективного решения вышеуказанной проблемы. Проведенный анализ позволил изучить профессиональные характеристики опрошенных патологоанатомов, проанализировать применяемые в настоящее время подходы к распределению нагрузки между врачами, получить предложения по их совершенствованию. Изучена роль оценки качества результатов работы врачей патологоанатомической службы в данном процессе. На основе полученных результатов сформулированы выводы и предложения по стандартизации и персонифицированному учету результатов работы врачей патологоанатомической службы, ее ориентации на конечный результат.

Последние годы ознаменовались активно происходящими процессами реформирования патологоанатомической службы. Актуальность происходящих преобразований продиктована наличием ряда серьезных проблем, решение которых необходимо для обеспечения развития службы и выполнения ею важнейшей координирующей роли в обеспечении качества медицинской помощи всеми клиническими подразделениями системы здравоохранения [1]. К числу актуальных проблем относится, в частности, низкий уровень материально-технической базы. Однако наиболее серьезной проблемой службы в настоящее время является выраженный недостаток врачебных кадров [2]. По данным отраслевых аналитических докладов Министерства здравоохранения РФ, только за истекший год штатная обеспеченность патологоанатомических бюро и отделений (ПАБ/ПАО) снизилась с 55,7% в 2017 г. до 52,0% в 2018 г. В целом по стране нехватка врачей-патологоанатомов в настоящее время составляет около 2900 специалистов, при этом коэффициент совместительства достигает 2,5 [3].

Сложившаяся ситуация бросает вызов обеспечению качества работы врачей патологоанатомической службы. При этом вопросы оценки качества работы врачей-патологоанатомов, в отличие от врачей-клиницистов, изучены в гораздо меньшей степени. В настоящее время из-за отсутствия соответствующего нормативного обеспечения, а также эффективных механизмов контроля качества работы врачей-патологоанатомов фактически не осуществляется [4].

Между тем потребность в решении данной проблемы делает актуальным поиск факторов, в наибольшей степени влияющих на уровень качества профессиональной деятельности врачей патологоанатомической службы. Слабая укомплектованность службы специалистами и обусловленная ею повышенная нагрузка врачей делает определение ведущих факторов очевидным. Качество результатов профессиональной деятельности врача любой специальности во многом зависит от его

нагрузки [5]. Невозможность в скором времени решить проблему укомплектованности службы специалистами выводит на первый план потребность обеспечить максимально эффективное распределение нагрузки между врачами на уровне отдельного взятого ПАО/ПАБ [6].

В свою очередь, важным этапом на пути решения проблемы распределения нагрузки внутри коллектива отдельного подразделения патологоанатомической службы является анализ мнения ее представителей, реализованный с использованием социологического метода исследования [7].

Нами было проведено социологическое исследование проблемы распределения нагрузки между врачами на уровне ПАО/ПАБ, в процессе которого было проведено анкетирование патологоанатомов Иркутской области с использованием специально разработанных для этого анкет. Статистическая обработка полученных результатов включала в себя оценку доверительных границ по общепринятой методике при $p < 0,05$ [7].

В анкетировании принял участие 51 врач патологоанатомической службы Иркутской области, что составило 89,5% от их общего количества в данном субъекте РФ на момент проведения исследования.

В анкетировании принял участие 51 врач патологоанатомической службы Иркутской области, что составило 89,5% от их общего количества в данном субъекте РФ на момент проведения исследования.

Среди опрошенных $37,3 \pm 13,5\%$ составили мужчины и $62,7 \pm 13,5\%$ женщины. Возрастная структура опрошенных выглядела следующим образом: наиболее многочисленной возрастной группой были врачи-патологоанатомы в возрасте 50-59 лет, составившие $23,5 \pm 11,9\%$; второе место поделили специалисты двух возрастных групп – 40-49 лет и 60 лет

и старше, на каждую из которых приходилось по $21,6 \pm 11,5\%$. Третье место принадлежало врачам в возрасте 30–39 лет, которых оказалось $19,6 \pm 11,1\%$. На последнем месте оказались молодые специалисты в возрасте до 30 лет, составившие $13,7 \pm 9,6\%$.

Структура респондентов в зависимости от длительности работы в медицинских организациях продемонстрировала преобладание специалистов со стажем 30 и более лет ($29,4 \pm 12,8\%$). Далее в порядке уменьшения удельного веса следовали врачи со стажем 20–29 лет ($27,5 \pm 12,5\%$), 10–19 лет ($23,5 \pm 11,9\%$) и, наконец, молодые специалисты, чья длительность профессиональной деятельности не превышала десяти лет, доля которых составила $19,6 \pm 11,1\%$.

Из опрошенных врачей $23,5 \pm 11,9\%$ респондентов в разное время являлись сотрудниками кафедры патологической анатомии ИГМУ, что свидетельствует о высоком уровне их квалификации. При этом анализ структуры квалификационных характеристик опрошенных продемонстрировал равный и достаточно высокий удельный вес специалистов с высшей квалификационной категорией и врачей без категории, при этом на каждую из соответствующих групп пришлось по $43,1 \pm 13,9\%$. В то же время патологоанатомы с первой квалификационной категорией составили $9,8 \pm 8,3\%$, со второй – $3,9 \pm 2,6\%$, демонстрируя дисгармоничную структуру.

Наибольшее число проанкетированных врачей-патологоанатомов ($64,7 \pm 13,4\%$) оказалось сосредоточено в областном центре (г. Иркутск), $13,7 \pm 9,6\%$ работало

в городах или поселках городского типа, еще $21,6 \pm 11,5\%$ респондентов – в сельских населенных пунктах Иркутской области.

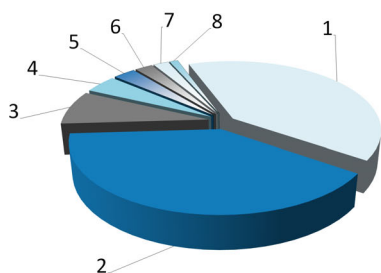
У $17,6 \pm 10,7\%$ опрошенных дополнительно имелась другая врачебная специальность, в подавляющем большинстве случаев – «судебно-медицинская экспертиза», в то же время работу по ней в настоящее время совмещает только $13,7 \pm 9,6\%$ врачей, при этом средний объем нагрузки по специальности «патологическая анатомия» оказался значительным – $2,6 \pm 0,7$ занятых должностей. Отвечая на вопрос о причинах совместительства, $80,4 \pm 11,1\%$ респондентов указали производственную необходимость. Лишь $19,6 \pm 11,1\%$ опрошенных видели в совмещении должностей дополнительный источник дохода.

Респондентам был задан вопрос, какой примерно удельный вес в структуре их рабочего времени приходится на различные виды профессиональной деятельности, после чего был определен его средний уровень, приведенный к 100%. Полученные результаты представлены на рисунке 1.

Из полученной информации следует, что основное время врачи патологоанатомической службы затрачивают на микроскопические исследования операционного и биопсийного материалов. На оформление документации по результатам данного вида профессиональной деятельности также затрачивается значительное количество времени, при этом на все прочие виды деятельности приходится лишь порядка 20% рабочего времени.

Далее в анкете врачам-патологоанатомам был задан вопрос о том, какие

Рисунок 1. Средний удельный вес рабочего времени, затрачиваемого врачами-патологоанатомами на различные виды профессиональной деятельности (в %)



1. Микроскопические исследования – $40,1 \pm 13,7\%$
2. Оформление документации по микроскопическим исследованиям – $39,5 \pm 13,7\%$
3. Самостоятельное повышение квалификации – $7,9 \pm 5,1\%$
4. Организационные мероприятия – $4,2 \pm 2,7\%$
5. Повышение квалификации на базах – $2,9 \pm 1,8\%$
6. Оформление документации по вскрытиям – $2,3 \pm 1,5\%$
7. Выполнение вскрытий – $2,0 \pm 1,2\%$
8. Прочее – $1,1 \pm 0,7\%$

критерии в настоящее время преимущественно учитываются при распределении нагрузки между врачами на базе их ПАО/ПАБ. В результате была получена следующая структура ответов (рис. 2). Почти в половине ответов респондентами указывалось на распределение вскрытий и исследований операционного и биопсийного материалов между врачами в порядке простой очереди, без учета их сложности. Лишь в каждом четвертом ответе фигурировало количество вскрытий или исследований. Примерно каждый десятый опрошенный указал на квалификацию врача и почти столько же опрошенных – на сложность выполняемых видов нагрузки (вскрытий или патологоанатомических исследований). Чуть менее 4% в структуре ответов респондентов содержало информацию о том, что при распределении нагрузки учитываются затраты времени. Наконец, оценке качества работы врачей принадлежало последнее место. Полученные ответы наглядно демонстрируют, что на практике фактически не применяются эффективные способы распределения нагрузки между врачами-патологоанатомами, более того, в значительном числе случаев данному вопросу вообще не уделяется внимания.

На вопрос, известна ли врачам-патологоанатомам норма их нагрузки, лишь 25,5±12,2% опрошенных ответили, что знают ее точно, в то время как 64,7±13,4% указали в своих ответах, что знают норму лишь приблизительно. Примерно каждый десятый опрошенный врач (9,8±6,5%) вообще указал, что данная норма ему не известна.

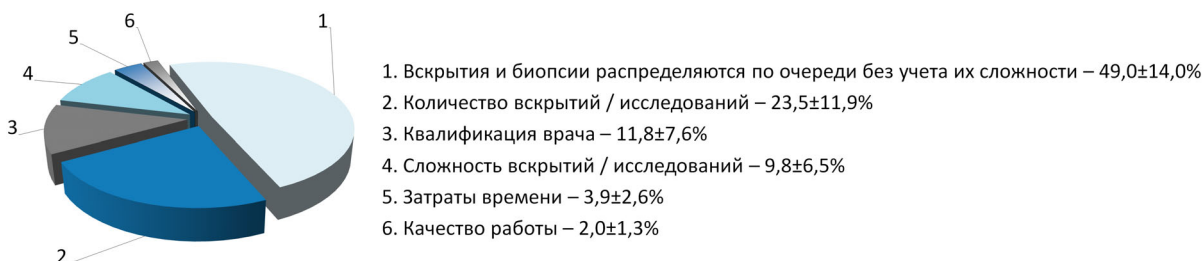
Будучи прерогативой внутриучрежденческого уровня нормативного регулирования, нормы нагрузки (при их наличии) должны быть отражены в трудовом договоре каждого сотрудника. Заданный об этом респондентам вопрос получил утвердительный ответ лишь в 33,3±13,2% случаев, в то время как подавляющее большинство врачей (54,9±13,9%) ответили на него отрицательно. Примерно каждый десятый опрошенный (11,8±7,8%) вообще затруднился с ответом на данный вопрос.

При ответе на вопрос о том, соответствует ли норма нагрузки опрошенных патологоанатомов нормативам, утвержденным приказами Минздрава РФ, положительный ответ дали 25,5±12,2% врачей, отрицательный – 13,7±9,1%, в то время как самое большое число респондентов (60,8±13,7%) ответили, что не владеют данной информацией.

Следующим вопросом анкет, адресованным врачам-патологоанатомам, был вопрос о том, позволяет ли им их нагрузка качественно выполнять свои функциональные обязанности. Полученные на него ответы демонстрируют, что наиболее частым вариантом, выбранным в 54,9±13,9% случаев, стал «почти всегда». Вариант «да, полностью» указали в своих анкетах 21,6±11,5% опрошенных. Еще 23,5±11,9% респондентов ответили «скорее, нет».

На вопрос о том, является ли структура нагрузки у каждого из респондентов гармоничной (соотношение вскрытий и исследований операционно-биопсийного материала), 37,3±13,5% из них ответили положительно, выбрав вариант «скорее,

Рисунок 2. Структура ответов врачей-патологоанатомов на вопрос о том, что преимущественно учитывается при распределении нагрузки между ними (в %)



да», $9,8 \pm 6,5\%$ выбрали отрицательный ответ, однако более половины опрошенных в своих анкетах указали вариант, согласно которому в их работе представлен только один из видов нагрузки, у $21,6 \pm 11,5\%$ – только вскрытия, у $31,4 \pm 13,0\%$ – только исследования операционно-биопсийного материала.

Вопрос «Имеете ли вы возможность самостоятельно определять объем вашей нагрузки?» получил всего $13,7 \pm 9,6\%$ положительных и $86,3 \pm 9,6\%$ отрицательных ответов. В то же время на похожий вопрос «Имеете ли вы возможность выбирать вид вашей нагрузки (вскрытия или исследования операционно-биопсийного материала)?», предполагавший три варианта ответа, респонденты ответили положительно почти в трети случаев. Так, вариант «да, всегда» был выбран ими в $5,9 \pm 3,9\%$ случаев, вариант «да, в части случаев» – еще в $23,5 \pm 11,9\%$, однако преобладал, как и в предыдущем случае, отрицательный ответ, данный опрошенными в $70,6 \pm 12,8\%$ случаев.

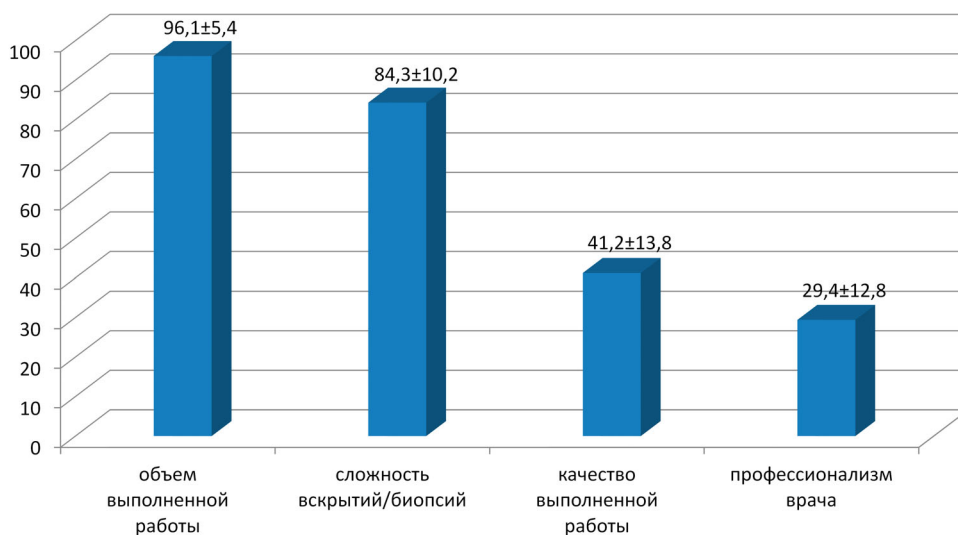
Когда опрошенных спросили о том, в каком направлении они хотят скорректировать свою нагрузку (и, соответственно, оплату труда), больше половины из них ($56,9 \pm 13,9\%$) ответили, что в сторону увеличения. Примерно четверо из десяти

опрошенных ($39,2 \pm 13,7\%$) согласны с ее текущим объемом, и лишь $3,9 \pm 2,6\%$ хотят ее сократить.

Лишь $5,9 \pm 3,9\%$ респондентов утвердительно ответили на вопрос о том, используется ли в их структурном подразделении специализированное программное обеспечение для распределения нагрузки между врачами, однако при этом $86,3 \pm 9,6\%$ опрошенных указали на целесообразность его разработки и внедрения.

Респондентов также спросили в анкетах о том, зависит ли оплата их труда от объема выполненной работы. Хотя двое из трех опрошенных ($64,7 \pm 13,4\%$) выбрали ответ «да», в среднем один из трех ($35,3 \pm 13,4\%$) так не считает. Структура ответов на вопрос «Понятен ли вам принцип, в соответствии с которым осуществляется оплата вашего труда с учетом выполненной работы?» оказалась схожей: $62,7 \pm 13,5\%$ респондентов ответили утвердительно и $37,3 \pm 13,5\%$ – отрицательно. Однако согласие с данным принципом полностью устраивает только $7,8 \pm 5,2\%$ врачей, в то время как более половины опрошенных ($54,9 \pm 13,9\%$) его не одобряют. Значительная доля опрошенных врачей-патологоанатомов ($37,3 \pm 13,5\%$) призналась в том, что данный принцип им не знаком вообще.

Рисунок 3. Частота ответов врачей-патологоанатомов на вопрос о том, что должно учитываться при распределении нагрузки (на 100 опрошенных)



Следующим вопросом анкет стал вопрос о том, что, по мнению врачей-патологоанатомов, должно учитываться при распределении нагрузки между членами коллектива (рис. 3).

Учитывая, что данный вопрос предполагал возможность выбора одновременно нескольких вариантов ответов, при их анализе рассчитывалась не доля, а частота ответов (на 100 опрошенных). Наибольшую частоту имело предложение учитывать в процессе распределения нагрузки объем выполненной врачами работы, на что указали в анкетах $96,1 \pm 5,4$ на 100 респондентов. Далее, в порядке уменьшения частоты, следовала сложность выполненной работы (категория вскрытия/биопсии), ее отметили $84,3 \pm 10,2$ опрошенных из 100. Четверо из десяти опрошенных врачей ($41,2 \pm 13,8$ на 100) выбрали вариант, предполагающий учет качества выполненной работы. Наконец, учитывать профессионализм врача было предложено респондентами в $29,4 \pm 12,8$ случаев из 100.

Респондентам был также задан вопрос о том, кто, согласно их мнению, должен выступать в роли субъектов его контроля. Ответ на данный вопрос дали лишь те респонденты, которые указали на целесообразность оценки качества выполняемой работы при распределении нагрузки между членами коллектива. Как и предыдущий, данный вопрос допускал несколько вариантов ответов. Показательно, что наибольшее число респондентов ($35,3 \pm 13,4$ на 100 опрошенных) предлагают, чтобы в роли субъектов контроля качества работы врачей-патологоанатомов выступали врачи-клиницисты, использующие в работе патологоанатомические заключения. Второе место по частоте встречаемости было у предложения использовать в качестве субъектов контроля качества внешних экспертов по специальности «патологическая анатомия» ($29,4 \pm 12,8$ на 100). Еще меньшее число опрошенных ($17,6 \pm 10,7$ на 100) предложили для оценки качества работы врачей конкретного ПАО или ПАБ опираться на мнение его руководителя.

Наконец, меньше всего опрошенных ($9,8 \pm 6,5$ из 100) хотят, чтобы качество их работы оценивали коллеги по структурному подразделению.

Таким образом, основываясь на результатах социологического анализа проблемы распределения нагрузки врачей-патологоанатомов, можно сделать следующие выводы. Прежде всего, анализ информации о респондентах, фактически представляющих собой врачебное сообщество патологоанатомической службы Иркутской области, позволил изучить их профессиональные характеристики, выявив ряд проблем, к которым относятся возрастные и гендерные диспропорции, дисгармоничная структура квалификационных характеристик, высокий уровень совместительства. Установлено, что в настоящее время эффективные способы распределения нагрузки между врачами-патологоанатомами применяются достаточно редко, в значительной части случаев распределение вскрытий и исследований операционного и биопсийного материалов осуществляется без учета их сложности, трудозатрат и качества работы.

Решение проблемы эффективного распределения нагрузки врачей-патологоанатомов достижимо путем внедрения персонализированного учета трудового вклада каждого врача.

Обращает на себя внимание, что респонденты слабо ориентируются в вопросах формирования и распределения их нагрузки, затрудняются правильно указать ее принципы и нормативное обеспечение. Между тем, осуществляя выбор критериев, которые, по мнению опрошенных врачей, должны учитываться при распределении нагрузки между членами коллектива, в порядке уменьшения их роли респонденты указывают на объем выполненной работы, ее сложность, качество и, наконец, профессионализм врача. При этом в роли

субъектов контроля качества работы значительная часть опрошенных рекомендует использовать мнение врачей-клиницистов. Врачи клинического профиля в ходе реализации лечебно-диагностического процесса во многих случаях имеют возможность удостовериться в правильности и полноте патологоанатомического заключения, выданного по результатам прижизненных исследований операционного и биопсийного материалов. В связи с этим их привлечение для решения данной задачи является вполне логичным и обоснованным.

Решение проблемы эффективного распределения нагрузки врачей-патологоанатомов достижимо путем внедрения персонифицированного учета трудового вклада каждого врача, реализация которого потребует отражения в трудовых контрактах количественно измеримых критериев достигнутых результатов (key

performance indicators, KPI). В соответствии с итогами данного исследования, не последнее место должно принадлежать критериям качества результатов профессиональной деятельности врачей данной специальности. Реализация данных подходов, обеспечение ориентации профессиональной деятельности патологоанатомов на результат способно обеспечить повышение эффективности не только их труда, но и труда врачей клинического профиля, которыми наиболее востребованы результаты работы врачей патологоанатомической службы. Следовательно, использование результатов социологического опроса врачей-патологоанатомов в качестве источника информации является важным слагаемым не только в достижении вышеуказанных задач, но и в процессе управления качеством медицинской помощи.

ИСТОЧНИКИ

1. Пальцев М.А., Коваленко В.Л., Подобед О.В., Москвичева М.Г. Формирование индикаторов качества медицинской помощи на основе клинико-патологоанатомического анализа и технология их применения. – Уральский медицинский журнал. – 2016. – № 3 (136). – С. 5–10.
2. Кит О.И., Максимов А.Ю., Новикова И.А., Фоменко Ю.А., Тимошкина Н.Н., Карнауков Н.С., Тимошенко Е.Д. Централизация патологоанатомической службы в целях стандартизации проведения прижизненных патологоанатомических исследований в онкологии. – Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 38–42. DOI: https://doi.org/10.35576/article_5d651dbc3f0693.62377637
3. Состояние и основные задачи развития патологоанатомической службы Российской Федерации: Отраслевое статистическое исследование за 2018 г. / Под ред. Франка Г.А. – Минздрав России – М., 2019. – 92 с.
4. Коваленко В.Л., Кокшаров В.Н., Кактурский Л.В., Мишнев О.Д., Терехов В.З. Материалы к разработке целевых индикаторов качества патологоанатомических исследований. – Архив патологии. – 2012. – Т. 74. – № 1. – С. 56–58.
5. Мурашко М.А., Шарикадзе Д.Т., Кондратьев Ю.А. Современные подходы к качеству медицинской помощи. – Оргздрав: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 2 (4). – С. 37–42.
6. Макарова А.Е., Свистунов В.В., Макаров С.В. Персонифицированный учет и внутрибригадное распределение нагрузки врачей-патологоанатомов на основе использования методики нормирования их труда. – Архив патологии. – 2019. – № 81 (2). – С. 47–50. DOI: <https://doi.org/10.17116/patol20198102147>
7. Татарников М.А. Зачем нужна стандартизованная методика социологического опроса в здравоохранении? – Социология медицины. – 2013. – № 2 (23). – С. 11–22.

REFERENCES

1. Paltsev M.A., Kovalenko V.L., Podobed O.V., Moskvicheva M.G. Formation of indicators of the quality of medical care based on clinical and pathological analysis and technology of their application. Ural'skij medicinskij zhurnal. 2016. 3(136): 5–10.
2. Kit O.I., Maksimov A.Yu., Novikova I.A., Fomenko Yu.A., Timoshkina N.N., Karnaukhov N.S., Timoshenkov E.D. Centralization of the pathoanatomical service in order to standardize the conduct of intravital pathoanatomical research in oncology. Vestnik Roszdravnadzora. 2019. 4: 38–42.
3. The state and main tasks of the development of the pathoanatomical service of the Russian Federation: Sectoral statistical study for 2018. Ed. by Frank G.A. Ministry of Health of Russia. 2019: 92.
4. Kovalenko V.L., Koksharov V.N., Kaktursky L.V., Mishnev O.D., Terekhov V.Z. Materials for the development of target indicators of the quality of pathological and anatomical studies. Arhiv patologii. 2012. 1(74): 56–58.
5. Murashko M.A., Sharikadze D.T., Kondratiev Yu.A. Modern approaches to the quality of medical care. Orgzdrav: novosti, mneniya, obuchenie. 2016. 2(4): 37–42.
6. Makarova A.E., Svistunov V.V., Makarov S.V. The personified accounting and intra-team distribution of the workload of pathologists, by using a procedure for their work quota setting. Arhiv patologii. 2019. 81(2): 47–50.
7. Tatarnikov M.A. Why do we need a standardized methodology of sociological survey in healthcare? Sociologiya mediciny. 2013. 2(23): 11–22.

К.А. КОВАЛЕВА¹, ассистент кафедры управления и экономики фармации,
xenia.zagvozdina@pharminnotech.com

О.Д. НЕМЯТЫХ¹, д. фарм. н., доцент, профессор кафедры управления
и экономики фармации, oksana.nemyatyh@pharminnotech.com

И.А. НАРКЕВИЧ¹, д. фарм. н., профессор, ректор, заведующий
кафедрой управления и экономики фармации,
igor.narkevich@pharminnotech.com

Л.Г. РАТОВА², к.м.н., старший научный сотрудник, Lratova@mail.ru

Е.Н. ПАРИЖСКАЯ², старший научный сотрудник,
parizhskaya_en@almazovcentre.ru

А.О. КОНРАДИ^{2,3}, д.м.н., профессор, член-корр. РАН; заместитель генерального
директора по научной работе; руководитель НИО артериальной гипертензии
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ. Директор Института
трансляционной медицины, университет ИТМО,
konradi_ao@almazovcentre.ru

И.И. БАСАКИНА¹, к. фарм. н., доцент кафедры управления и экономики фармации,
irina.basakina@pharminnotech.com

Анализ государственных закупок в сегменте льготного лекарственного обеспечения пациентов со стабильной стенокардией (на примере Санкт-Петербурга)

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-83-88>

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет» Минздрава России. 197376, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 14, лит. А. Saint-Petersburg State Chemical and Pharmaceutical University (SPCPU). 14, Prof. Popov St., St. Petersburg, Russia, 197376.

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России. 197341, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Акkuratова, д. 2. Federal State Budgetary Institution "V.A. Almazov National Medical Research Center" of the Ministry of Health of the Russian Federation (V.A. Almazov NMRC). 2, Akkuratova St., St. Petersburg, Russia, 197341

³ ФГАУ ВО «Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики». 197101, Россия, г. Санкт-Петербург, Кронверкский пр., 49. ИТМО University (ITMO) 49, Kronverkskij Ave., St. Petersburg, Russia, 197101

Ключевые слова: льготное лекарственное обеспечение; стабильная ишемическая болезнь сердца

Для цитирования: Ковалева К.А., Немятых О.Д., Наркевич И.А., Ратова Л.Г., Парижская Е.Н., Конради А.О., Басакина И.И. Анализ государственных закупок в сегменте льготного лекарственного обеспечения пациентов со стабильной стенокардией (на примере Санкт-Петербурга). – Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 1. – С. 83–88.

For citation: Kovaleva K.A., Nemyatyh O.D., Narkevich I.A., Ratova L.G., Parizhskaya E.N., Konradi A.O., Basakina I.I. Analysis of state purchases in the area of preferential provision of medicines for the patients with stable angina (evidence from Saint Petersburg). – Vestnik Roszdravnadzora. – 2020. – Vol. 1. – P. 83–88.

Kovaleva K.A., Nemyatyh O.D., Narkevich I.A., Ratova L.G., Parizhskaya E.N., Konradi A.O., Basakina I.I. Analysis of state purchases in the area of preferential provision of medicines for the patients with stable angina (evidence from Saint Petersburg)

Effective provision of medicines system for patients is a key element in achieving national goals of the Russian Federation for 2024–2030 yrs., aimed on development in quality and expectancy of life of the population in the context of a rational consumption of the budgetary funds.

Analysis of state purchases in the area of preferential provision of medicines for the patients with stable angina through the example of Saint Petersburg demonstrate that the vast majority (72%) of medicines are represented by Russian manufacturers.

The largest proportion in the consumption pattern holds by amlodipine (36,59%), bisoprolol (17,96%) and nifedipine (18,11%). Furthermore, the greatest cost contribution is brought by medicines with INN – metoprolol (29,87%), nifedipine (20,64%). The increase of consumption of various medicines alongside insignificant fluctuations of 1DDD cost are noted during the researched period.

Keywords: preferential provision of medicines, stable coronary artery disease

Эффективная система лекарственного обеспечения больных является ключевым звеном в достижении национальных целей развития Российской Федерации до 2024–2030 гг., направленных на улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения в условиях рационального потребления бюджетных средств. Анализ государственных закупок в сегменте льготного лекарственного обеспечения пациентов со стабильной стенокардией на примере Санкт-Петербурга демонстрирует, что абсолютное большинство (72%) препаратов репрезентовано российскими предприятиями-производителями. Установлено, что наибольший удельный вес в структуре потребления занимают амлодипин (36,59%), бисопролол (17,96%) и нифедипин (18,11%). При этом максимальный стоимостной вклад вносят препараты с МНН – метопролол (29,87%), нифедипин (20,64%). В течение исследуемого периода отмечается повышение уровня потребления по ряду препаратов на фоне незначительных колебаний стоимости 1DDD.

Сердечно-сосудистые заболевания на сегодняшний день занимают лидирующее место в структуре летальности населения как в мировой (30%), так и в российской (40%) клинической практике. Стратегические показатели развития здравоохранения в Российской Федерации предполагают снижение к 2024 г. смертности от патологий системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения^{1,2} [1, 2].

Эффективная система лекарственного обеспечения больных на сегодняшний день является ключевым звеном в достижении национальных целей развития Российской Федерации до 2024–2030 гг., ориентированных на улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения в условиях рационального потребления бюджетных средств.

Цель работы

Проведение анализа государственных закупок в сегменте льготного лекарственного обеспечения пациентов со стабильной стенокардией на примере Санкт-Петербурга.

Материалы и методы

Исследование выполнено при участии гранта Российского научного фонда (проект № 17-15-01177). Для проектирования максимально корректного дизайна исследования с использованием АТХ-классификации сформирован ассортиментный перечень лекарственных средств для фармакологической коррекции стабильной ишемической болезни сердца (СИБС), базирующийся на данных клинических рекомендаций и Государственного реестра лекарственных средств (ГРЛС)^{3,4}. Анализ закупок лекарственных препаратов (ЛП) для обеспечения льготных категорий граждан Санкт-Петербурга проводился с использованием единой информационной системы в сфере закупок (ЕИСЗ) Российской Федерации за период 2016–2018 гг. на основании выставленных электронных заявок на проведение аукциона и заключенных контрактов⁵. Для оценки ассортимента использовался коэффициент широты, определяемый как отношение числа представленных в анализируемой группе МНН к величине аналогичного показателя в рамках российского фармацевтического рынка.

Оценка потребления лекарственных препаратов осуществлялась на основе АТС/DDD-методологии⁶.

Результаты и обсуждение

Установлено, что в 2018 г. показатель общего объема заявочных цен контрактов

¹ Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

² Приказ Минздрава России от 13.02.2013 № 66 «Об утверждении стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г. и плана ее реализации».

³ Клинические рекомендации. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2016. URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#/recomend/133>. (дата обращения 01.04.2019).

⁴ Государственный реестр лекарственных средств. URL: <https://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx>. (дата обращения 06.04.2019).

⁵ Единая информационная система в сфере закупок. URL: <http://zakupki.gov.ru/epz/main/public/home.html> (дата обращения 10.04.2019)

⁶ АТС/DDD Index 2019. World Health Organization. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/ (дата обращения 27.04.2019).

в рамках анализируемого субъекта составил 7 200 млн руб. При этом в 2018 г. зафиксировано некоторое (на 2,27%) снижение выделения бюджетных средств по сравнению с 2017 г., что вполне может быть обосновано организацией закупок на длительный период (рис. 1). Примечательно, что в 2017 г. общий стоимостной объем электронных заявок Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга превысил аналогичный показатель 2016 г. на 9,51%⁵.

Выявлено, что лидерами в стоимостном выражении выступают препараты группы L «Противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы» (30%), группы А «Препараты, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ» (20%) и группы N «Препараты для лечения заболеваний нервной системы» (13%).

Проведенный анализ ассортимента позволил установить, что группа С «Препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы» в стоимостном выражении составляет лишь 8,41%, 8,04%, 2,28% интегрального показателя затрат в 2016, 2017, 2018 гг. соответственно⁵.

Исследование распределения ассортимента лекарственных средств, применяемых для лечения стабильной стенокардии, по особенностям химического строения и биологической активности позволило выявить группы ЛП с наибольшим удельным весом в общей структуре закупок, а именно:

Рисунок 1. Динамика общего объема заявочных цен контрактов

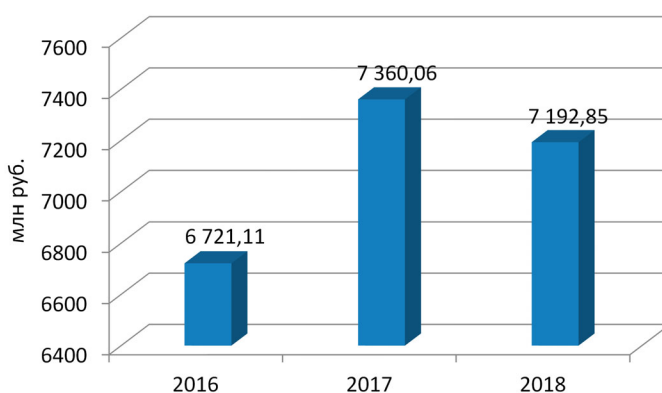
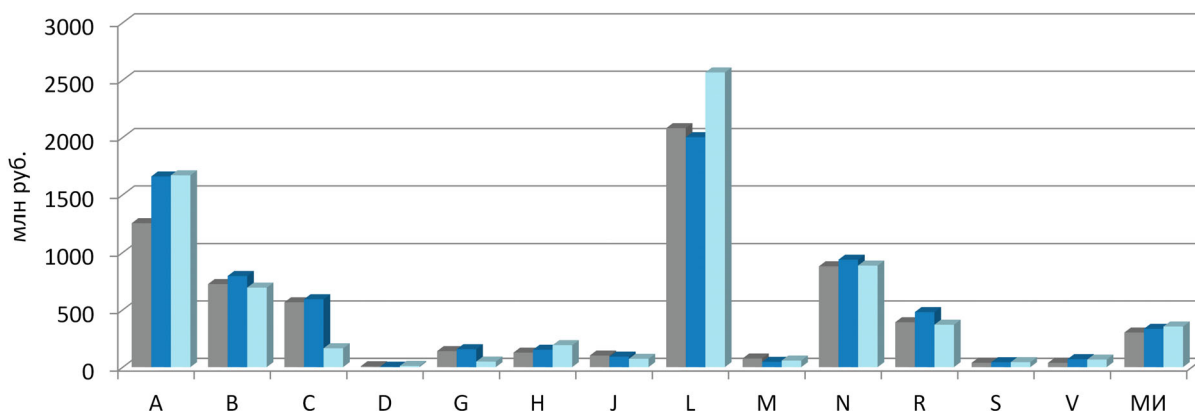


Таблица 1. Анализ ассортимента ЛП для лечения СИБС в рамках льготного лекарственного обеспечения

Группа ЛП / МНН согласно клиническим рекомендациям	МНН, представленное в ЕИСЗ	Коэффициент широты ассортимента*
С07 «Бета-адреноблокаторы»	Бисопролол Метопролол Карведилол Соталол	0,2
С08 «Блокаторы кальциевых каналов»	Амлодипин Нифедипин Верапамил	0,1
С01DA «Органические нитраты»	Нитроглицерин Изосорбида мононитрат Изосорбида динитрат	0,6
Ивабрадин	Ивабрадин	1
Ранолазин	-	-
Никорандил	-	-
Триметазидин	-	-
Молсидомин	-	-

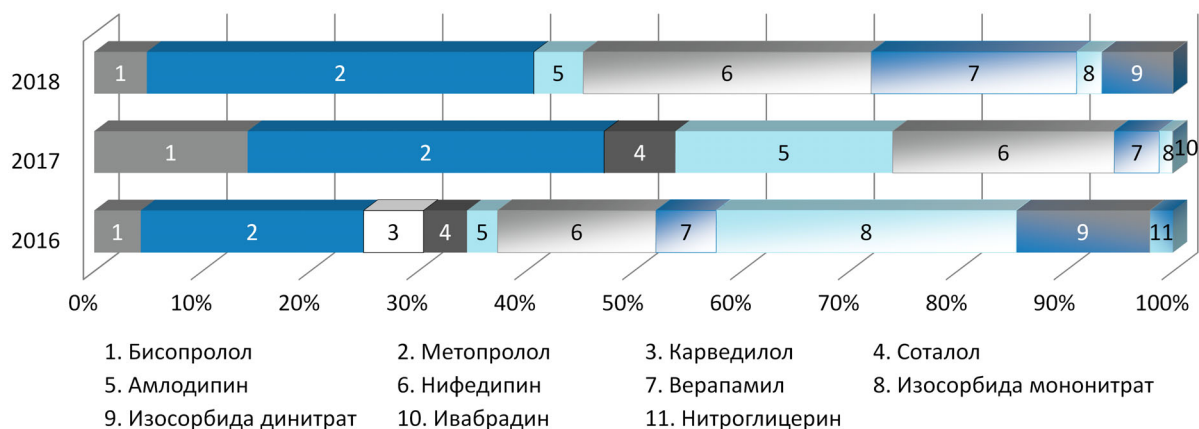
Примечание: * – в сравнении с препаратами, зарегистрированными на территории Российской Федерации

Рисунок 2. Динамика стоимостного объема государственных закупок



Примечание: МИ – медицинские изделия

Рисунок 3. Структуризация затрат в рамках ассортимента ЛП для лечения СИБС в рамках льготного лекарственного обеспечения



бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, органические нитраты (табл. 1).

Рассчитанные величины коэффициента широты ассортимента позволяют заключить, что вариабельность терапии пациентов с исследуемой патологией в достаточной степени лимитирована. Так, из 33 ЛП категории С08 «Блокаторы кальциевых каналов» в сегменте государственных закупок представлено лишь 3. В рамках группы С07 «Бета-адреноблокаторы» данное соотношение составляет 20/4, С01DA «Органические нитраты» – 5/3^{4,5}. При этом препараты карведилола, ивабрадина, изосорбида динитрата в виде спрея и нитроглицерина закупались однократно⁵.

Анализ спектра стран-производителей ЛП, закупаемых для отдельных категорий

граждан, в рамках обозначенных задач исследования позволяет выделить 4 государства-производителя, а именно: Российскую Федерацию, Индию, Словению, Германию. По данным ЕИСЗ, в 2016 г. доля российских препаратов составила 55,38%, в 2017 г. – 91,45%, в 2018 г. – 70,59%. При этом лидируют такие компании как ООО «Озон», ЗАО «Канонфарма Продакшн», АО «Акрихин»⁵.

Важно подчеркнуть, что наибольшая доля затрат приходится на препараты с МНН метопролол (29,87%) и нифедипин (20,64%). Минимальный уровень затрат относится к закупке препаратов с МНН ивабрадин (менее 1%) (рис. 3)⁵.

Установлено, что максимальным потреблением характеризуются препараты амлодипина, у которых величины DDD

Рисунок 4. Динамика потребления препаратов в рамках ассортимента ЛП для лечения СИБС в рамках льготного лекарственного обеспечения, количество DDD

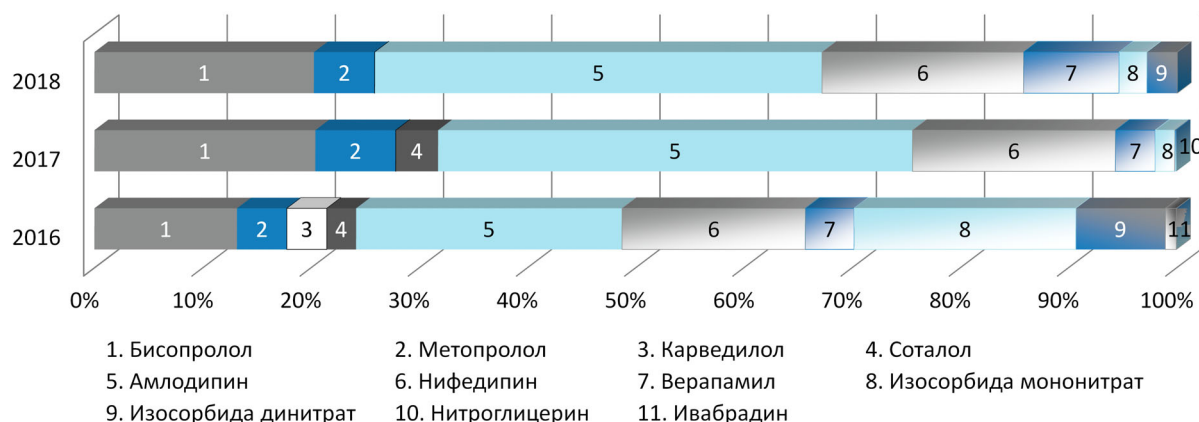


Таблица 2. Сравнительная оценка затрат и потребления препаратов для лечения СИБС в рамках льготного лекарственного обеспечения

МНН	Расходы, тыс. руб.			Количество DDD		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Бисопролол	1 855,34	4 127,83	1 235,09	1 326 720	1 425 000	1 971 000
Метопролол	8 883,15	9 598,00	9 089,26	464 100	518 730	546 000
Карведилол	2 387,10	-	-	372 000	0	0
Соталол	1 732,43	1 915,30	-	273 000	273 000	0
Амлодипин	1 221,01	5 851,78	1 162,28	2 475 000	3 060 000	4 016 400
Нифедипин	6 305,55	5 965,13	6 759,17	1 705 100	1 308 780	1 810 400
Верапамил	2 406,42	1 209,18	4 828,06	452 600	256 500	855 566,7
Изосорбида мононитрат	11 956,15	351,09	584,25	2 063 000	125 000	250 000
Изосорбида динитрат	5 315,73	-	1 676,00	833 125	0	266 666,7
Нитроглицерин	924,16	-	-	349 440	0	0
Ивабрадин	-	1,80	-	0	11 466	0
ИТОГО	37 671,31	29 020,11	25 334,11	10 314 085,00	6 978 476,00	9 716 033,40

находятся на уровне 24,58%, 43,85%, 41,34% от интегрального показателя в 2016 г., 2017 г. и 2018 г. соответственно. Обращает на себя внимание положительная динамика по наименованию *бисопролол* (увеличение уровня потребления в 1,5 раза по сравнению с 2016 г.) на фоне значительного снижения потребления препаратов *метопролола* (снижение уровня потребления в 2,8 раза), *амлодипина* (снижение уровня потребления в 2 раза), *изосорбида мононитрат* (снижение уровня потребления в 27,4 раза) (рис. 4, табл. 2) и др.^{5,6}

Сравнительная оценка финансовых затрат и уровня потребления ЛП за 2016-2018 гг. демонстрирует, что стоимость 1 DDD ЛП для ряда препаратов снижается с 2016 по 2018 гг. на фоне увеличения расходов на закупку ЛП, что, вероятно, обусловлено импортозамещением (табл. 2, 3)^{5,6}. Кроме того, резкие колебания потребления могут быть связаны с закупкой препаратов на продолжительные периоды.

Таким образом, полученные на примере Санкт-Петербурга результаты дают основание полагать, что государственные закупки в части льготного лекарственного обеспечения пациентов со стабильной стенокардией в настоящее время реализуются за счет приобретения препаратов

Таблица 3. Динамика стоимости 1 DDD ЛП для лечения СИБС

МНН	Стоимость 1 DDD, руб.		
	2016	2017	2018
Бисопролол	1,40	2,90	0,63
Метопролол	19,14	18,50	16,65
Карведилол	6,42	-	-
Соталол	6,35	7,02	-
Амлодипин	0,49	1,91	0,29
Нифедипин	3,70	4,56	3,73
Верапамил	5,32	4,71	5,64
Изосорбида мононитрат	5,80	2,81	2,34
Изосорбида динитрат	18,26	-	6,29
Нитроглицерин	2,64	-	-
Ивабрадин	-	0,16	-

преимущественно российских производителей. При этом репрезентированный перечень лекарственных препаратов характеризуется сравнительно низкими величинами коэффициента широты, что, в свою очередь, демонстрирует возможность расширения ассортиментного портфеля в рамках терапии пациентов с обозначенной патологией на уровне анализируемого субъекта Российской Федерации. Выявленная

стойкая тенденция к увеличению потребления лекарственных препаратов на фоне снижения стоимости 1DDD определяет актуальность дальнейших исследований

в области оптимизации лекарственного обеспечения больных со стабильной стенокардией.

ИСТОЧНИКИ

1. Ковалева К.А. Российский фармацевтический рынок: лекарственное обеспечение лиц, имеющих право на льготы / К.А. Ковалева, А.О. Парфентьева, О.Д. Немятых. – Сборник VIII Всероссийской научной конференции студентов и аспирантов с международным участием «Молодая фармация – потенциал будущего»: Санкт-Петербург, 23–24 апреля 2018 г. – С. 741–746.
2. Ковалева К.А. Анализ федеральных программ льготного лекарственного обеспечения населения / К.А. Ковалева, И.А. Наркевич, О.Д. Немятых, Ю.А. Васягина. – Ремедиум. – 2019. – № 3. – С. 54–58.

REFERENCES

1. Kovaleva K.A. Russian pharmaceutical market: a conceptual model of medicinal provision of persons who have the right to benefits/ K.A. Kovaleva, A.O. Parfenteva, O.D. Nemyatykh// Sbornik materialov VIII Vserossijskoj nauchnoj konferencii studentov i aspirantov s mezhdunarodnym uchastiem «Molodaja farmacija – potencial budushhego», Saint-Petersburg, 23-24 April 2018: 741–746. (In Russ.)
2. Kovaleva K.A. Review of Federal Medicine Assistance Schemes/ K.A. Kovaleva, I.A. Narkevich, O.D. Nemyatykh, Yu.A. Vasyagina// Remedium. Journal about the Russian market of medicines and medical equipment. 2019;(3):54–58. (In Russ.) DOI:10.21518/1561-5936-2019-3-54-58

НОВОСТИ

Росздравнадзор-2019: работа в интересах пациентов

По поручению Правительства Российской Федерации и Минздрава России Росздравнадзором в 2019 г. были проведены системные мероприятия по контролю деятельности всех медорганизаций, оказывающих услуги по пластической хирургии. В 820 организациях (68,1% от проверенных) были выявлены грубые нарушения законодательства.

По результатам проверок выдано 820 предписаний об устранении выявленных нарушений, составлено 1350 протоколов об административных правонарушениях на общую сумму 21,16 млн руб. Материалы по 162 проверкам направлены в правоохранительные органы, по 438 проверкам – в органы государственной власти субъекта Российской Федерации.

В судебном порядке приостановлена деятельность 7 медицинских организаций. При этом 252 медицинские организации самостоятельно досрочно прекратили деятельность по пластической хирургии.

По поручению Правительства Российской Федерации и Минздрава России в 2019 г. Росздравнадзором проведены проверки всех психоневрологических интернатов, в т.ч. детских.

По результатам проверок в 550 интернатах (87,4% от числа проверенных), из них в 455 взрослых (88,0%

от числа проверенных) и 95 детских (84,8% от числа проверенных), выявлено 1829 нарушений.

Росздравнадзором выдано 550 предписаний об устранении выявленных нарушений. Составлено 887 протоколов об административном правонарушении.

Информация о результатах проведенных проверок, а также предложения по улучшению деятельности интернатов, переданы в Правительство Российской Федерации, в Минтруд России и Роструд.

17 сентября 2019 г. впервые в Российской Федерации под эгидой Министерства здравоохранения Российской Федерации и Росздравнадзора был проведен «Всемирный день безопасности пациента».

В реализации мероприятий приняли участие центральный аппарат и все 78 территориальных органов Росздравнадзора, а также 3783 юридических лица, из них 3316 медицинских организаций; 62 высших учебных заведения; 97 средних специальных учебных заведений; 308 иных организаций, в числе которых пациентские объединения и региональные отделения общественных организаций по защите прав пациентов.

<https://roszdravnadzor.ru/news/20490>

И.Н. ПАСЕЧНИК¹, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, pasigor@yandex.ru

В.Ю. РЫБИНЦЕВ¹, к. м. н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии, xxxvld66@mail.ru

П.А. ТАЛЫЗИН, ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии¹, заведующий отделением нейрореанимации², talyzinpavel@yandex.ru

Безопасность фармакотерапии: возможности эластомерных помп

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-89-95>

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, 121359, Россия, г. Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, с. 1А. Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, 19, bld. 1A, Marshala Timoshenko St., Moscow, Russia, 121359

² ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М. Е. Жадкевича» ДЗМ г. Москвы, 121374, Россия, г. Москва, Можайское ш., д. 14. State Budgetary Healthcare Institution "M. E. Zhadkevich City Clinical Hospital" of Moscow Department of Health, 14, Mozhayskoe Highway, Moscow, Russia, 121374.

Ключевые слова: амбулаторная парентеральная антибактериальная терапия (АПАТ), эластомерные помпы

Для цитирования: Пасечник И.Н., Рыбинцев В.Ю., Талызин П.А. Безопасность фармакотерапии: возможности эластомерных помп. – Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 1. – С. 89–95.

For citation: Pasechnik I.N., Rybincev V.Yu., Talyzin P.A. Safety of pharmacotherapy: capabilities of elastomeric pumps. – Vestnik Roszdravnadzora. – 2020. – Vol. 1. – P. 89–95.

Pasechnik I.N., Rybincev V.Yu., Talyzin P.A.

Safety of pharmacotherapy: capabilities of elastomeric pumps

The article discusses issues of safety if pharmacotherapy. The focus is on the means of delivery of medicines to patients. Capabilities of utilizing the elastomeric pumps for the patients of surgical and therapeutic profiles are described in details. Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy (OPAT) with the use of elastomeric pumps is an advanced method of antimicrobial therapy. The authors describe in details capabilities and possibilities of OPAT, as well as major nosologies and antimicrobial drugs, which are applied in this kind of pharmacotherapy.

Keywords: Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy (OPAT), elastomeric pumps

Фармакотерапия и безопасность пациента

Оказание медицинской помощи населению осуществляется в соответствии со стандартами, утвержденными для каждой специальности, протокол которых регулярно пересматривается при появлении новых отечественных и зарубежных рекомендаций, разработанных профильными сообществами. Эффективность лечения во многом зависит от неукоснительного соблюдения рекомендаций медицинским персоналом лечебных учреждений. Для больных отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) значительная часть клинических рекомендаций отводится фармакотерапии. Количество лекарственных средств (ЛС), назначаемых специалистами, исчисляется десятками. У больных ОРИТ используются

В статье обсуждаются вопросы безопасности фармакотерапии. Акцент делается на способы доставки лекарственных средств в организм пациентов. Подробно описываются возможности использования эластомерных помп у больных хирургического и терапевтического профилей. Перспективным методом антимикробной терапии является амбулаторная парентеральная антибактериальная терапия (АПАТ) с использованием эластомерных помп. Авторы подробно разбирают возможности и перспективы АПАТ, описывают основные нозологии и антибактериальные препараты, применяемые при этом способе фармакотерапии.

различные способы введения ЛС, в т.ч. внутривенный, внутриартериальный, эпидуральный и т.д. Клиницистам приходится сталкиваться со множеством препаратов, как оригинальных, так и дженериков. Кроме того, важно учитывать оптимальные

способы введения для конкретной патологии, скорость назначения и количество ЛС. Несоблюдение дозировок ЛС чревато серьезными осложнениями, представляющими угрозу для жизни больных.

В США достаточно давно ведется статистика ошибочного применения ЛС, которые стали причиной болезни или смерти пациента. Так, в публикации Nanji K.C и соавт., проводится анализ 3671 случая использования ЛС у хирургических больных в периоперационном периоде. Ошибки в назначении ЛС и их побочные действия были выявлены в 193 случаях (5,3%; 95% CI, 4,5-6,0). Причем в 3 случаях (2%) осложнения носили жизнеугрожающий характер и требовали оказания ургентной помощи [1]. В России, к сожалению, централизованного учета таких инцидентов нет. Низкая популярность специализированных программных решений для медицинской статистики, нехватка квалифицированного персонала, характерная для нашей страны, и боязнь ответственности затрудняют проведение учета ошибочного применения ЛС в лечебных учреждениях.

Особую проблему фармакотерапии представляет соблюдение скорости доставки ЛС, что связано как с человеческим фактором, так и с техническими средствами реализации. Стандартное введение ЛС с помощью шприца или системы для внутривенных инфузий («капельницы») не позволяет точно соблюсти скорость доставки. Вместе с тем несоблюдение скорости введения ЛС может сопровождаться как развитием мгновенно регистрируемых эффектов (гипотония при введении местного анестетика в эпидуральное пространство), так и отсроченным действием (уменьшение эффективности антибактериальной терапии).

В настоящее время введение ЛС внутривенно может осуществляться с помощью систем, когда назначаемое вещество поступает в организм больного под действием силы тяжести. Однако при этом добиться нужной скорости доставки активной субстанции проблематично. Кроме того, чередование болюсного и постоянного режимов введения можно достичь только

при непосредственном участии персонала. Вот почему в ОРИТ повсеместно используют специальные инфузионные насосы и эластомерные помпы (ЭП). Простейшие модели таких ЭП также нашли применение в обычных отделениях хирургического и терапевтического профилей.

Для обозначения инфузионных насосов, работающих от электричества, используют термин SMART-насос – «интеллектуальные» устройства для инфузии. SMART-насос подразумевает наличие компьютерной программы для снижения числа ошибок введения лекарственных средств и библиотеки лекарств [2, 3]. Однако применение SMART-насосов при их очевидных преимуществах имеет и ряд существенных ограничений, связанных с потребностями в электричестве, громоздкости и тяжести устройств, а также снижением мобильности пациента. Последний факт налагает определенные ограничения их использования в Fast Track хирургии (Программа ускоренного выздоровления пациентов (ПУВ)), являющейся стандартом лечения при плановых оперативных вмешательствах [4].

Эластомерные помпы и фармакотерапия

В последнее время наиболее востребованными системами для назначения ЛС внутривенно в хирургических и терапевтических клиниках являются ЭП. Однако при их несомненной надежности и простоте использования их широкое внедрение в практику во многих учреждениях ограничено. В немалой степени это связано с консервативностью медицинского персонала, боязнью и нежеланием осваивать новые методики.

Наиболее распространенными в мире являются одноразовые микроинфузионные ЭП, с помощью которых осуществляется введение растворов в заданном режиме. При этом наличие дополнительного регулятора позволяет изменять скорость введения ЛС. Опционально осуществимо и болюсное введение препарата.

Внешне ЭП выглядит как контейнер из поливинилхлорида. Однако это всего лишь защитная оболочка. Под ней

находится силиконовая эластомерная мембрана, заполняемая необходимым ЛС. Давление, создаваемое растянутой мембраной, выталкивает раствор в специальную магистраль, которую присоединяют к катетеру пациента. Объем ЛС, вводимого шприцем, определяется калибром помпы. Скорость и длительность введения ЛС зависят от заранее определенных характеристик эластомерной мембраны, объема резервуара, ограничителей потока жидкости. ЭП предназначены для введения «чистых растворов». Жидкости с большой вязкостью не предназначены для введения с помощью ЭП, кроме того, наличие твердых частиц приводит к закупориванию встроенного фильтра.

В настоящее время ЭП в РФ предлагают несколько производителей (Южная Корея, Германия). ЭП востребованы и широко используются для послеоперационной эпидуральной анальгезии, проведения фармакотерапии в ОРИТ, химиотерапии, антибиотикотерапии. Возможно их применение во время оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

К несомненным преимуществам ЭП, прежде всего, необходимо отнести:

- 1) возможность микроинфузии ЛС с постоянной заданной скоростью, которая обеспечивается сбалансированным сокращением эластомерной мембраны;
- 2) микроинфузионная помпа не нуждается во внешних источниках энергии, что делает ее безопасной и позволяет использовать практически в любых условиях (по сравнению со SAMRT-насосами);
- 3) больной не «привязан» к инфузому, что существенно повышает мобильность пациента;
- 4) элементы микроинфузионной помпы не содержат латекс и фталаты (пластификатор DEHP), что исключает аллергические и токсические реакции на эти компоненты;
- 5) наличие бактериального фильтра с размером ячеек 1,2 микрона обеспечивает надежную очистку вводимого раствора;
- 6) регулятор скорости базальной микроинфузии позволяет подобрать

Рисунок. Эластомерные помпы:

- а) Помпа микроинфузионная 1;**
- б) Помпа микроинфузионная с болюсом;**
- в) Помпа микроинфузионная фильтр;**
- г) Помпа микроинфузионная 2**



- необходимую скорость введения ЛС пациенту, учитывая его индивидуальные особенности;
- 7) возможность болюсного введения позволяет пациенту самостоятельно проводить дополнительную инъекцию и регулировать интенсивность анальгезии (patient control analgesia – PSA-болюс);
 - 8) возможность выполнения инфузии независимо от положения тела пациента (горизонтальное, вертикальное);
 - 9) отсутствие необходимости постоянного контроля за инфузией, т.к. заданные параметры сохраняются на все время процедуры;
 - 10) нет необходимости программировать ЭП, что упрощает ее использование;
 - 11) подключается к Luer, Luer-Lock-соединению периферического, центрального внутривенного катетеров, а также эпидурального катетера;
 - 12) удобство для персонала: легко заполняется обычным шприцем, есть цветовая кодировка для обозначения времени инфузии и скорости потока, инфузионная линия защищена от перегибов;
 - 13) комфортность для пациента, возможность носить ЭП в специальной сумочке;
 - 14) высокая «приверженность» со стороны пациентов к такому виду введения ЛС.

Наибольший опыт использования ЭП накоплен в ОРИТ у онкохирургических больных.

Наибольший опыт использования ЭП накоплен в ОРИТ у онкохирургических больных. Это, прежде всего, связано с высокой травматичностью операций при злокачественных опухолях и потребностью в обезболивании после хирургического вмешательства. В статье Горобец Е.С. с соавт. был обобщен пятилетний опыт применения ЭП для послеоперационной эпидуральной анальгезии [5]. Авторы подчеркивают, что из 2000 эпидуральных анестезий, выполняемых в Российском онкологическом научном центре

им. Н.Н. Блохина ежегодно, не менее 1500 больных получают обезбоживание с использованием ЭП. Применение многокомпонентной эпидуральной анальгезии позволило достигать адекватного уровня послеоперационного обезбоживания, оцененного по цифровой рейтинговой шкале у больных, оперированных по поводу опухолей поджелудочной железы, печени и кишечника. Возможность изменения скорости введения ЛС с помощью регуляторов ЭП минимизирует количество осложнений и побочных эффектов (артериальная гипотензия, депрессия дыхания, седация, тошнота и др.). Эффективность анальгезии зависела в немалой степени от использования ЭП, которые обеспечивали стабильную подачу обезболивающей смеси в эпидуральное пространство при минимальном участии медицинского персонала. В результате удалось достичь беспрецедентных условий для быстрой активизации пациентов после высокотравматичных операций и их раннего перевода в профильные отделения.

Действительно, ранняя активизация пациентов является одним из «столпов» ПУВ (Enhanced Recovery After Surgery – ERAS – в англоязычной литературе). Применение ЭП делает пациента мобильным и непривязанным к системам инфузии. При этом реабилитационные мероприятия, включая вертикализацию и передвижение по палате, могут быть начаты с первых часов пребывания в ОРИТ [6]. Подобный подход позволяет не только оптимизировать лечение хирургических пациентов, но и добиться экономического эффекта.

Подтверждение позитивного влияния ЭП на течение послеоперационного периода содержится в работе Kriel Н.Н. и Yngve D [7]. Авторы анализируют взаимосвязь послеоперационного обезбоживания у больных, оперированных по поводу сколиоза, и длительность госпитализации. Делают выводы, что мультимодальное обезбоживание с использованием ЭП в послеоперационном периоде ассоциировано со снижением времени нахождения больных в стационаре.

Также заслуживает внимание работа, посвященная использованию ЭП для послеоперационного обезболивания в амбулаторной хирургии (грыжесечение, геморроидэктомия, артроскопия коленного сустава, операции на стопе). Авторы применили ЭП для внутривенного введения анальгетиков у больных, оперированных в поликлинике и отпущенных домой в первые часы после операции [8]. Для профилактики болевого синдрома использовали кеторолак и трамадол. Сообщается об адекватном купировании болевого синдрома и отсутствии случаев реадмиссии.

Другим направлением медикаментозного лечения, где востребованность ЭП не вызывает сомнений, является химиотерапия [9]. При химиотерапии ЭП используются для дозированного и точного внутривенного введения химиопрепарата с малой скоростью. У ЭП есть ряд значительных преимуществ, которые помогут пациенту легче переносить лечение и быстрее справиться с болезнью. Прежде всего, используя ЭП, пациенту не нужно тратить время на посещения медицинских учреждений, достаточно однократной встречи с медицинским работником на дому. С помощью ЭП достигается заданная концентрация химиопрепарата и снижаются риски его передозировки. Соблюдение протокола лечения позволяет уменьшить выраженность побочных реакций.

Амбулаторная парентеральная антибактериальная терапия

В странах Западной Европы и США ЭП широко используются для проведения амбулаторной парентеральной антибактериальной терапии (АПАТ), для обозначения которой даже предложено устоявшееся название и его аббревиатура – outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT). Причины, которые привели к широкому распространению за рубежом АПАТ несколько, они носят медицинский, экономический и личностный характер [10–12].

В реальной практике клиницистам не всегда удается убедить пациента при наличии инфекционного заболевания

в необходимости госпитализации, а когда возможны варианты с учетом среднетяжелого течения заболевания, то пациенты нередко отказываются от стационарного лечения. В этих случаях требуется оптимальная терапия в амбулаторных условиях. Также рассматривается возможность более ранней выписки пациентов с последующим проведением АПАТ в привычных домашних условиях или даже в рабочей обстановке. Использование АПАТ позволяет в полной мере реализовать концепцию «стационар на дому» [10, 13].

Кроме того, госпитализация чревата присоединением нозокомиальной инфекции, что утяжеляет состояние пациента. С экономической точки зрения также не всегда выгодно проводить стационарное лечение пациента. Не стоит забывать и о дефиците коечного фонда. Широкому внедрению АПАТ в клиническую практику предшествовали многочисленные исследования, которые показали преимущества такого подхода [14–16].

При решении о начале АПАТ необходимо ориентироваться на несколько обстоятельств. Это, прежде всего, вид инфекции и ее чувствительность к антибактериальным препаратам (АБП). При высокой биодоступности АБП этот тип ЛС, как правило, не вводится парентерально, т.к. и при пероральном приеме ЛС удастся достичь терапевтической концентрации в крови.

Использование АПАТ целесообразно при назначении, так называемых, «время-зависимых» АБП (цефалоспорины, карбапенемы). Повышение эффективности фармакотерапии при назначении таких препаратов зависит от времени превышения минимальной ингибирующей концентрации антибиотика для конкретного возбудителя инфекции. В настоящий момент такой подход используется для преодоления антибиотикорезистентности проблемных микроорганизмов.

Принимая решение о проведении АПАТ, лечащий врач должен ориентироваться на целый ряд обстоятельств: ментальные и когнитивные особенности пациента и родственников, наличие определенных бытовых условий (горячая вода,

холодильник и т.д.), умение обращаться со шприцем и внутривенным катетером пациента. Одним из противопоказаний к АПАТ является опиоидная зависимость в прошлом. Это связано с возможностью рецидива наркомании при наличии венозного доступа [10].

Проведение АПАТ подразумевает обеспечение венозного доступа посредством периферического катетера или катетеризацию центральной вены через периферическую (в РФ используется не часто). Требования, предъявляемые к АБП, касаются стабильности препарата в растворе, тоничности раствора, вводимого в вену. Часть препаратов возможно вводить только в катетер, оканчивающийся в центральной вене.

Спектр нозологий, при котором применяется АПАТ, проводимая с помощью ЭП, довольно широк и включает в себя остеомиелит, инфекции кожи и мягких тканей, эндокардит, боррелиоз, септический артрит, синусит, пиелонефрит, хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) и др. Наиболее часто используемые препараты для АПАТ – цефалоспорины, карбапенемы, ванкомицин, защищенные пенициллины. Безопасность и эффективность АПАТ с использованием ЭП подтверждена в многочисленных исследованиях [14–17].

Недавно были опубликованы результаты обсервационного наблюдения проведения АПАТ с помощью ЭП [18]. В исследование включили 150 пациентов: 70 больных получали флуклоксациллин, 63 – цефепим, 32 – ванкомицин и 12 – пиперациллин/тазобактам. Клиническую эффективность оценивали через 3 месяца после окончания

лечения. Выздоровели 143 пациента (95%), 4 больным потребовалась госпитализация и у 3 пациентов наступил рецидив заболевания. У 16 пациентов зарегистрировали побочные эффекты, выраженность которых была минимальной. Концентрация АБП в плазме соответствовала установленным требованиям у большинства пациентов. Авторы делают вывод о высокой эффективности и безопасности АПАТ с использованием ЭП.

Gonzalez M.A.P и соавт. изучили эффективность и безопасность АПАТ с помощью ЭП у больных с ХОБЛ [19]. В исследование включили 371 пациента с обострением ХОБЛ, которым требовалось внутривенное введение АБП. При микробиологическом исследовании чаще всего выделяли *Pseudomonas aeruginosa* (38%), а для лечения чаще назначали пиперацилина/тазобактам (20%). Эффективность АПАТ составила 93,4%. У 89,3% не выявили каких-либо побочных эффектов от проводимой терапии и осложнений. Авторы делают вывод, что у больных с обострением ХОБЛ проведение АПАТ позволяет избежать госпитализации.

Таким образом, фармакотерапия с помощью ЭП – надежный и безопасный метод доставки ЛС больному. Амбулаторное внутривенное введение АБП с помощью ЭП – новое для РФ направление в лечении пациентов. Такой вид терапии можно рассматривать как один из самых перспективных методов стационарзамещающих технологий. Его внедрение, безусловно, будет сопровождаться как оптимизацией результатов лечения пациентов, так сокращением стоимости медицинской помощи. ■

ИСТОЧНИКИ

1. Nanji K.C., Patel A., Shaikh S. et al. Evaluation of Perioperative Medication Errors and Adverse Drug Events. // *Anesthesiology*. – 2016. – Vol. 124. – P. 25–34.
2. Пасечник И.Н., Скобелев Е.И., Мещеряков А.А., Тихко Н.И. SMART-технологии в анестезиологии и интенсивной терапии. – Доктор.Ру. – 2017. – № 6(135). – С. 31–35.
3. Snodgrass R.D. Smart pump technology. // *Biomed Instrum. Technol.* – 2005. – Vol. 39(6). – P. 444–446.
4. Пасечник И.Н., Назаренко А.Г., Губайдуллин Р.Р., Скобелев Е.И., Борисов А.Ю. Современные подходы к ускоренному восстановлению после хирургических вмешательств. – Доктор.ру. *Анестезиология и реаниматология. Медицинская реабилитация*. – 2015. – № 15 (116), № 16 (117). – С. 10–17.
5. Горобец Е.С., Гаряев Р.В., Шин А.Р. Одноразовые инфузионные помпы сделали реальным широкое применение послеоперационной эпидуральной анальгезии (пятiletний опыт). – *Регионарная анестезия и лечение острой боли*. – 2011. – Том.V, № 3. – С. 14–20.

6. Гусакова Е.В., Пасечник И.Н. Междисциплинарный подход к лечению хирургического больного: роль врача-реабилитолога. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* – 2019; 1: 99–104. Doi 10.26269/qk3v-8n89.
7. Kriel H H, Yngve D. Elastomeric Pain Pumps for Scoliosis Surgery. *Cureus.* 2019, 11(2): e4042. doi:10.7759/cureus.4042.
8. Boada S., Recasens J., Papaceit J. Use of elastomeric pumps for continuous intravenous analgesia administration in ambulatory surgery pain management. *Ambulatory Surgery* 2002, 10(1):3–7.
9. Cabrera Figueroa J, Arias Hernández M. Continuous ambulatory chemotherapy with elastomer pump. *Rev Enferm.* 2001, 24(9):76–8.
10. DeMario J. Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy. *Infect Med.* 2004; 21 (10).
11. Al Ansari A., Al Alawi S., Al Qahtani M., Darwish A. Outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) in the kingdom Bahrain: efficacy, patient satisfaction and cost effectiveness. *Open Infectious Dis. J.* 2013, 7, 90–95.
12. Saillen L., Arensdorff L., Moulin E. et al Patient satisfaction in outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) unit practicing predominantly self-administration of antibiotics with elastomeric pumps. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infec. Dis.* 2017, 36(8): 1387–1392.
13. Romallo V.J.G., Rubio M.M., Cuxart O.S., Leoni M.E.G. Usefulness of Hospital at Home in nosocomial infections: advantages and limitations. *Rev Esp Quimioter* 2017;30 (Suppl. 1): 61–65.
14. Candel FJ, Julián-Jiménez A, González-Del Castillo J. Current status in outpatient parenteral antimicrobial therapy: a practical view. *Rev Esp Quimioter.* 2016;29(2):55–68.
15. Durojaiye O.C., Bell H., Anderews D. Ntziora F., Cartwright K. Clinical efficacy, cost analysis and patient acceptability of outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT): decade of Sheffield (UK) OPAT service. *Int. J. Antimicrob. Agents.* 2018, 51(1):26–32. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2017.03.016.
16. Norris A.H., Shrestha N.K., Allison G.M. et al. 2018 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Management of Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy. *Clin Infect Dis.* 2019; 68(1):e1-e35. doi: 10.1093/cid/ciy745.
17. Oliver G. Optimising patient safety when using elastomeric pumps to administer outpatient parenteral antibiotic therapy. *Br J Nurs.* 2016, 25(19): S22–S27.
18. Voumard R., Gardiol C., André P., Arensdorff L., Cochet C., Boillat-Blanco N. et al. Efficacy and safety of continuous infusions with elastomeric pumps for outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT): an observational study. *J. Antimicrobial Chemotherapy,* 2018, 73 (9): 2540–2545.
19. Ponce González M.A., Mirón Rubio M., Mujal Martínez A. et al. Effectiveness and safety of outpatient parenteral antimicrobial therapy in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Clin Pract.* 2017; 71(12). doi: 10.1111/ijcp.13022.

REFERENCES

1. Nanji K.C., Patel A., Shaikh S. et al. Evaluation of Perioperative Medication Errors and Adverse Drug Events. // *Anesthesiology.* – 2016. – Vol. 124. – P. 25–34.
2. Pasechnik I.N., Skobelev E.I., Meshcheryakov A.A., Tikko N.I. Smart Technologies in Anesthesiology and Intensive Care Medicine. – *Doctor.Ru.* – 2017. – Vol. 6(135). – P. 31–35.
3. Snodgrass R.D. Smart pump technology. // *Biomed Instrum. Technol.* – 2005. – Vol. 39(6). – P. 444–446.
4. Pasechnik I.N., Nazarenko A.G., Gubaidullin R.R., Skobelev E.I., Borisov A. Yu. Modern Approaches to Enhanced Recovery After Surgery – *Doctor.Ru.* Anesthesiology and Critical Care Medicine. *Medical Rehabilitation.* – 2015. – Vol. 15 (116), Vol. 16 (117). – P. 10–17.
5. Gorobets E.S., Garjaev R.V., Sheen A.R. Disposable infusion pumps make wide application of postpartum epidural analgesia (5 year experience). – *Regional anesthesia and treatment of acute pain.* – 2011. – Vol.V. – № 3. – P. 14–20.
6. Gusakova E.V.1, Pasechnik I.N. *Lecture.* A multidisciplinary approach to the treatment of the surgical patient: the role of the physician rehabilitation. – *Kremlin medicine journal.* – 2019. – Vol. 1. – P. 99–104. Doi 10.26269/qk3v-8n89.
7. Kriel H H, Yngve D. Elastomeric Pain Pumps for Scoliosis Surgery. *Cureus.* 2019, 11(2): e4042. doi:10.7759/cureus.4042.
8. Boada S., Recasens J., Papaceit J. Use of elastomeric pumps for continuous intravenous analgesia administration in ambulatory surgery pain management. *Ambulatory Surgery* 2002, 10(1):3–7.
9. Cabrera Figueroa J, Arias Hernández M. Continuous ambulatory chemotherapy with elastomer pump. *Rev Enferm.* 2001, 24(9):76–8.
10. DeMario J. Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy. *Infect Med.* 2004; 21 (10).
11. Al Ansari A., Al Alawi S., Al Qahtani M., Darwish A. Outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) in the kingdom Bahrain: efficacy, patient satisfaction and cost effectiveness. *Open Infectious Dis. J.* 2013, 7, 90–95.
12. Saillen L., Arensdorff L., Moulin E. et al Patient satisfaction in outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) unit practicing predominantly self-administration of antibiotics with elastomeric pumps. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infec. Dis.* 2017, 36(8): 1387–1392.
13. Romallo V.J.G., Rubio M.M., Cuxart O.S., Leoni M.E.G. Usefulness of Hospital at Home in nosocomial infections: advantages and limitations. *Rev Esp Quimioter* 2017;30 (Suppl. 1): 61–65.
14. Candel FJ, Julián-Jiménez A, González-Del Castillo J. Current status in outpatient parenteral antimicrobial therapy: a practical view. *Rev Esp Quimioter.* 2016;29(2):55–68.
15. Durojaiye O.C., Bell H., Anderews D. Ntziora F., Cartwright K. Clinical efficacy, cost analysis and patient acceptability of outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT): decade of Sheffield (UK) OPAT service. *Int. J. Antimicrob. Agents.* 2018, 51(1):26–32. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2017.03.016.
16. Norris A.H., Shrestha N.K., Allison G.M. et al. 2018 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Management of Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy. *Clin Infect Dis.* 2019; 68(1):e1-e35. doi: 10.1093/cid/ciy745.
17. Oliver G. Optimising patient safety when using elastomeric pumps to administer outpatient parenteral antibiotic therapy. *Br J Nurs.* 2016, 25(19): S22–S27.
18. Voumard R., Gardiol C., André P., Arensdorff L., Cochet C., Boillat-Blanco N. et al. Efficacy and safety of continuous infusions with elastomeric pumps for outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT): an observational study. *J. Antimicrobial Chemotherapy,* 2018, 73 (9): 2540–2545.
19. Ponce González M.A., Mirón Rubio M., Mujal Martínez A. et al. Effectiveness and safety of outpatient parenteral antimicrobial therapy in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Clin Pract.* 2017; 71(12). doi: 10.1111/ijcp.13022.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ «ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА»

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.

Диссертационные статьи должны сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, при необходимости – экспертным заключением, иметь визу руководителя или заместителя руководителя учреждения по науке и быть заверены печатью. В редакцию журнала также направляется скан первой страницы статьи в формате Adobe Acrobat (*.pdf) с подписями всех авторов.

Все материалы, поступающие в редакцию, проходят проверку в системе «Антиплагиат», рецензируются, редактируются и, при необходимости, сокращаются.

С каждым из авторов в обязательном порядке заключается договор (простая неисключительная лицензия) на право использования произведения.

Статьи представляются в редакцию журнала в электронном виде в формате MS Word. Размер оригинальных статей, включая таблицы, рисунки, список литературы и резюме, не должен превышать 10–12 страниц, обзорных – 12–14 страниц. Текст статьи должен быть напечатан шрифтом Times New Roman, размер – 14, интервал 1,5.

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.

В начале статьи пишутся инициалы и фамилия каждого автора, его ученая степень и звание, место работы и должность, электронный почтовый адрес для опубликования. Ниже указывается название статьи, наименование учреждения, из которого она вышла, его адрес. К статье необходимо приложить краткое резюме на русском и желательно на английском языках объемом не более 1500 знаков с пробелами, в начале которого полностью повторить фамилии авторов и заглавие статьи. В конце резюме следует дать ключевые слова к статье (от 5 до 10 слов) в порядке их значимости.

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. Рисунки в виде графиков и диаграмм необходимо дополнить цифровыми данными в форме таблицы в программе 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.

Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены; в сноске необходимо указать источник, его название, год, выпуск, страницы.

Все сокращения 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.

Список источников в конце статьи должен содержать не более 15 наименований. Ссылки на литературу приводятся по мере цитирования в статье. При использовании интернет-сайта указывается его адрес и дата обращения. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции. Если в литературной ссылке допущены явные неточности или она не упоминается в тексте статьи, редакция оставляет за собой право исключить ее из списка. Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках в соответствии с номерами в пристатейном списке источников.

В конце статьи обязательно следует указать фамилию, имя и отчество контактного лица, его электронный адрес и телефон для мобильной связи.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, могут быть отклонены без рассмотрения.

Редакция журнала подтверждает прием статьи в работу только после ознакомления с материалом.

Рукописи должны быть тщательно выверены и отредактированы. Авторы несут полную ответственность за безупречное языковое оформление текста, особенно за правильную научную терминологию.

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 2 суток. При отсутствии реакции со стороны автора верстка статьи считается утвержденной.

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Статьи следует присылать в редакцию по электронной почте по адресу: o.f.fedotova@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 по телефону 8 (499) 578-02-15 или 8 (962) 950-20-49.



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА

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

ПОДПИСКА НА 2020 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 2020 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



Деметра – древнегреческая богиня земледелия и плодородия, одна из самых почитаемых олимпийских богинь. В римском пантеоне ей соответствует Церера, в славянском – Мать Земля. По верованиям древних, от этой богини люди получили хлебные зерна, она научила их пахать и засеивать поля, а значит – буквально дала жизнь человечеству, стояла у его начала. С ее помощью люди обретали новые умения, в том числе учились оказывать первую помощь при болезнях и увечьях, – ту самую, которую мы сегодня называем первичной медико-санитарной помощью, лежащей в основе всей современной системы здравоохранения, подобно тому, как основу самой Жизни составляет Мать Земля...

*Деметра (Церера). Августин Паджу, XVIII в.
Статуя выполнена из терракоты.
Музей искусств Метрополитен, Нью-Йорк, США*



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