ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№6.2020

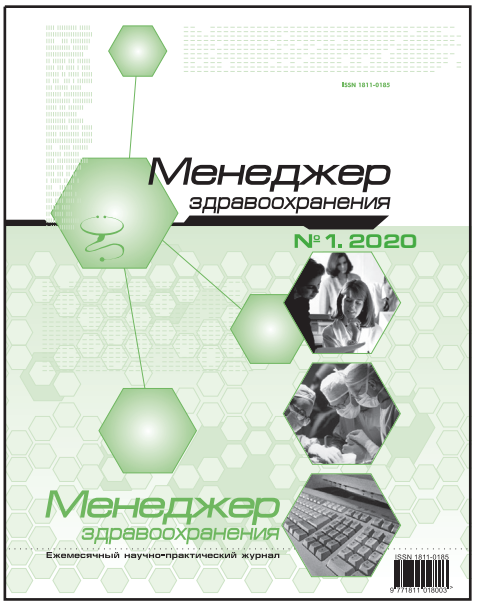
Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Продолжается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2 полугодие 2020 года



Периодичность – 10 выпусков в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

Подписной индекс: **82614**

Подписаться на журнал на второе полугодие 2020 г. можно только через агентства

Агентство «РОСПЕЧАТЬ»	http://press.rosp.ru/ Тел. +7 (495) 921-25-26 доб. 5-74136
Агентство «УРАЛ-ПРЕСС»	www.ural-press.ru/catalog/97305/?PAGEN_2=2 тел. +7 (499) 700-05-07
Агентство «ПРЕССИНФОРМ»	тел.. +7(812) 337-16-26 (доб. 209) e-mail: cikushina@crp.spb.ru

Уважаемые читатели!

Просим Вас сообщать в редакцию обо всех случаях задержки в получении журналов Издательского дома «Менеджер здравоохранения» при подписке через агентства альтернативной подписки по телефону (495) 6180792 (доб. 115), по электронной почте на адрес: ***idmz@mednet.ru*** *или через форму обратной связи на сайте издательства* ***http://www.idmz.ru/kontakti***

ВНИМАНИЕ!!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису.

Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы.

Вопросы принимаются по электронной почте: ***idmz@mednet.ru***

или через форму обратной связи на сайте издательства ***http://www.idmz.ru/kontakti***

Уважаемые подписчики!

С 2017 г. прекращается подписка на журналы «Менеджер здравоохранения» через редакцию. Для подписки на этот журнал просим обращаться в агентства по подписке.

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер здравоохранения

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий ВАК по специальности:

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение (медицинские науки).

Журнал индексируется в РИНЦ.

Журнал включен в репозиторий открытого доступа «КиберЛенинка».

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 6
2020

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, представитель России в Исполнительном Комитете ВОЗ

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., завотделением научно-технологического прогнозирования ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Редакционная коллегия:
КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, директор Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения РФ

В номере:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Какие проверки отменены, а какие сохранены для медицинских организаций страны в условиях ситуации с коронавирусной инфекцией
Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов 6-12

Применение метода анализа «ориентированных деревьев с оценками» для выявления региональных особенностей формирования патологии молочных зубов у детей
С.Б. Чолоян, О.Г. Павловская, А.К. Екимов, Н.Н. Трикоменас, М.В. Шеенкова, Е.Н. Байгазина 13-21

Бережливые технологии в оказании первичной медико-санитарной помощи в сельской врачебной амбулатории
Е.В. Пырьева, В.А. Носкова, Т.В. Поздеева 22-27

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Синдром профессионального эмоционального выгорания у врачей онкологической службы: распространенность и выраженность синдрома, факторы, влияющие на его развитие
Л.И. Москвичева 28-36

Субъективная оценка удовлетворенности матерей новорожденных отношением среднего медицинского персонала организаций родовспоможения
К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев 37-43

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

К вопросу о целесообразности информатизации деятельности по иммунопрофилактике в пенитенциарном секторе здравоохранения
Ю.В. Михайлова, С.Б. Пономарев, В.Е. Полищук, А.А. Бурт, Д.С. Пономарев 44-49

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения

ШЕЙМАН Игорь Михайлович,
профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы
по реформированию здравоохранения Центра стратегических разработок

ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой управления и экономики
здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования
Института развития дополнительного профессионального образования
Министерства образования Российской Федерации

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

Цифровой мониторинг отношения к донорству крови в период пандемии COVID-19
С.И. Кузнецов, Е.Г. Аверьянов, Е.А. Шестаков, Е.Б. Жибурт 50-55

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Международный опыт реализации программ обогащения витаминами и минералами рационов питания для различных социальных групп населения
Э.Н. Мингазова, Я.В. Власов, С.А. Гуреев 56-62

ПРАВО

Нормативно-правовые аспекты организации лекарственного обеспечения льготных категорий граждан
О.А. Нагибин, О.Н. Селявина, Л.Е. Караушева 63-70

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Оценка государственной политики в отношении отдельных вопросов функционирования здравоохранения в период распространения коронавируса Covid-19
В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, И.Н. Базарова, Ю.В. Ендовицкая 71-78

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Изменения в порядке осуществления стимулирующих выплат медицинским работникам за работу с коронавирусом
Ф.Н. Кадыров 79-80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Свидетельство о регистрации
№ 77-15481 от 20 мая 2003 года

Издается с 2004 года

Читатели могут принять участие в обсуждении статей, опубликованных в журнале «Менеджер здравоохранения», и направить актуальные вопросы на горячую линию редакции.

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.
Материалы рецензируются редакционной коллегией.
Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.
За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Учредитель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес издателя и редакции:
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92 (доб. 115)

Главный редактор:
академик РАН,
профессор В.И.Стародубов
idmz@mednet.ru
Зам. главного редактора:
д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@mednet.ru
Шеф-редактор:
д.б.н. Н.Г.Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:
к.б.н. Л.А.Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:
А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
ООО «Допечатные технологии»
Литературный редактор:
С.В.Борисенко

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

Отпечатано в ООО «Клуб печати».
127018, г. Москва, 3-ий проезд
Марьиной Рощи, д. 40, стр. 1
Тел. +7 (495) 669-5009

Дата выхода в свет 1 июля 2020 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

Все публикации журнала индексируются в информационно-аналитической системе Российского индекса научного цитирования

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№6
2020

Contents:

FOCUS PROBLEMS

What checks are cancelled and which are retained for medical organizations of the country in terms of the situation with coronavirus infection

D.V. Piven, I.S. Kitsul, I.V. Ivanov 6-12

Application of the method of analysis of "oriented trees with assessments" to identify regional features of forming the pathology of dairy teeth in children

S.B. Choloyan, O.G. Pavlovskaya, A.K. Ekimov, N.N. Tricomenas, M.V. Sheenkova, E.N. Baygazina 13-21

Pregnant technologies in primary health care in rural doctor's ambulatory

E.V. Pyreva, V.A. Noskova, T.V. Pozdeeva 22-27

SOCIOLOGICAL ASPECTS OF HEALTH CARE

The syndrome of professional emotional burnout in doctors of cancer institutions in Moscow: the prevalence and severity of the syndrome, the factors affecting its development

L.I. Moskvicheva 28-36

Subjective assessment of satisfaction of mothers of newborns with the attitude of paramedical personnel of obstetric care organizations

K.E. Moiseeva, V.K. Yuryev 37-43

INFORMATION MANAGEMENT

On the issue of the feasibility of the immunization informatization in penitentiary medicine

Yu.V. Mihailova, S.B. Ponomarev, V.E. Polishchuk, A.A. Burt, D.S. Ponomarev 44-49

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

Blood collection during the period of COVID-19 infection
S.I. Kuznetsov, E.G. Averyanov, E.A. Shestakov, E.B. Zhiburt 50-55

FOREIGN EXPERIENCE

International experience in implementing programs of enrichment of vitamins and minerals with diets for various social groups of the population
E.N. Mingazova, Y.V. Vlasov, S.A. Gureev 56-62

LAW

Regulatory aspects of the organisation of medicine provision for welfare beneficiaries
O.A. Nagibin, O.N. Selyavina, L.E. Karausheva 63-70

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Assessment of public policy in relation to certain issues of healthcare functioning during the spread of COVID-19 Coronavirus
V.I. Starodubov, F.N. Kadyrov, O.V. Obukhova, I.N. Bazarova, Yu.V. Endovitskaya 71-78

QUESTIONS AND ANSWERS

Changes in the procedure for implementing incentive payments to medical workers for working with coronavirus
F.N. Kadyrov 79-80

Д.В. Пивень,
д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения, г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: piven_dv@mail.ru
И.С. Кицул,
д.м.н., профессор, профессор РАН, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск, Россия, e-mail: zdravirk@mail.ru
И.В. Иванов,
к.м.н., генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный институт качества» Росздравнадзора, г. Москва, Россия, e-mail: expert@cmkee.ru

КАКИЕ ПРОВЕРКИ ОТМЕНЕНЫ, А КАКИЕ СОХРАНЕНЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СТРАНЫ В УСЛОВИЯХ СИТУАЦИИ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

УДК 614.2

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. ***Какие проверки отменены, а какие сохранены для медицинских организаций страны в условиях ситуации с коронавирусной инфекцией*** *(г. Санкт-Петербург, г. Иркутск, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Статья содержит подробный анализ нормативно-правовых актов, изданных в апреле 2020 г. в связи с коронавирусной инфекцией и регламентирующих вопросы государственного контроля (надзора) по отношению к медицинским организациям до конца 2020 г. В публикации авторами представлены основные контрольно-надзорные мероприятия, которые будут проводиться в медицинских организациях в течение 2020 г. Обозначен ряд вопросов, касающихся нормативно-правового регулирования проведения контрольно-надзорных мероприятий, которые требуют уточнения. В части качества и безопасности медицинской деятельности обращено внимание медицинских организаций на целесообразность обеспечения собственной максимальной готовности к разным сценариям проведения тех или иных контрольно-надзорных мероприятий, установленных до конца 2020 г.

Ключевые слова: *лицензионный контроль, плановые проверки, внеплановые проверки, выездные внеплановые проверки, качество и безопасность медицинской деятельности, дистанционные средства контроля, медицинские организации, коронавирусная инфекция.*

Один из важных вопросов, который сегодня, в условиях коронавирусной инфекции, волнует все медицинские организации страны, касается проведения контрольно-надзорных мероприятий в сфере здравоохранения: «Какие проверки медицинских организаций до конца 2020 года отменены, а какие проверки будут проводиться?». Действительно, это крайне важный и одновременно достаточно сложный вопрос. Тем более важным он становится по мере нормализации ситуации с коронавирусной инфекцией. Как известно, нормативное регулирование контрольно-надзорной деятельности в нашей сфере всегда было непростым, и мы в наших многочисленных публикациях по контролю качества и безопасности медицинской деятельности эти сложности неоднократно рассматривали [1–20]. Ну а сейчас в ситуации, связанной с коронавирусной инфекцией, когда за очень короткое время было принято большое количество документов, регулирующих в том числе проведение контрольно-надзорных мероприятий, разобраться в вопросе проведения проверок стало ещё сложней.

Тем не менее, вопрос о том, какие проверки в 2020 году отменены, а какие будут проводиться до конца 2020 г., является принципиально важным, и ответ на него должен быть максимально чётким и ясным. Для ответа

© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов, 2020 г.

обратимся к первоисточникам – документам, которые были приняты в Российской Федерации в апреле 2020 г. и которые прямо адресованы вопросам регулирования контрольно-надзорной деятельности. Это, прежде всего, три новых документа:

– Федеральный закон от 01.04.2020 № 98-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» (далее Федеральный закон № 98-ФЗ).

– Постановление Правительства РФ от 03.04.2020 № 438 «Об особенностях осуществления в 2020 году государственного контроля (надзора), муниципального контроля и о внесении изменения в пункт 7 Правил подготовки органами государственного контроля (надзора) и органами муниципального контроля ежегодных планов проведения плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей» (далее Постановление № 438).

– Постановление Правительства РФ от 03.04.2020 № 440 «О продлении действия разрешений и иных особенностях в отношении разрешительной деятельности в 2020 году» (далее Постановление № 440).

В этом кратком перечне Федеральный закон № 98-ФЗ, безусловно, является базовым документом. При этом главной статьёй данного закона, регламентирующей вопросы контрольно-надзорной деятельности, является статья 17. В соответствии с указанной статьей Правительство Российской Федерации в условиях предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций наделено полномочиями регулировать вопросы контрольно-надзорной деятельности.

Так, пунктом 1 статьи 17 Федерального закона № 98-ФЗ установлено, что «Правительство Российской Федерации в 2020 году вправе принимать решения, предусматривающие особенности организации и осуществления видов федерального государственного контроля (надзора), в отношении которых применяются положения Федерального закона от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», включая особенности осуществления видов государственного контроля (надзора), указанных в частях 3.1 и 4 статьи 1 указанного Федерального закона, в том числе в части, касающейся вида, предмета, оснований проведения проверок и иных мероприятий по контролю, сроков и периодичности их проведения, уведомлений о проведении внеплановых выездных проверок и согласования проведения проверок с органами прокуратуры, оснований завершения (отмены) проверок, приостановления проведения проверок, возможностей проведения мероприятий по контролю с использованием средств дистанционного взаимодействия, в том числе аудиосвязи или видеосвязи, проверок при осуществлении лицензионного контроля, предусмотренного Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Кроме того, пунктом 2 статьи 17 Федерального закона № 98-ФЗ установлено, что Правительство Российской Федерации в 2020 году вправе принимать решения, предусматривающие особенности лицензирования, включая предусмотренные Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе «определение случаев, когда в отношении лиц, имеющих лицензии или иные разрешения, носящие бессрочный характер, не применяются требования о прохождении ими периодических процедур оценки соответствия предъявляемым требованиям и установленные законом последствия непрохождения таких процедур либо изменение сроков (предоставление отсрочки) прохождения этих процедур, а также установление особенностей их проведения».

Таким образом, сам по себе Федеральный закон № 98-ФЗ ещё никак не отменил и не внёс каких-либо изменений в установленные требования к проведению контрольно-надзорных мероприятий, но вместе с тем предоставил Правительству РФ самые широкие полномочия в этой сфере, что и нашло отражение в двух последующих документах, принятых уже Правительством РФ, а именно в Постановлении № 438 и в Постановлении № 440. Оба эти Постановления абсолютно в равной степени принципиально важны для всех медицинских организаций Российской Федерации. Остановимся на них подробней.

Постановлением № 438 было предписано надзорным органам внести изменения в планы проверок на 2020 год с учётом того, что при осуществлении государственного контроля (надзора) в отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей проводятся только:

- внеплановые проверки;
- плановые проверки юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, деятельность и (или) используемые производственные объекты которых отнесены к категории чрезвычайно высокого или высокого риска.

Уточним, что к внеплановым проверкам, которые будут проводиться в течение 2020 г., Постановлением № 438 были отнесены:

а) внеплановые проверки, основаниями для проведения которых являются факты причинения вреда жизни, здоровью граждан или угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан, возникновение чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и проведение которых согласовано органами прокуратуры;

б) внеплановые проверки, назначенные в целях проверки исполнения ранее выданного предписания о принятии мер, направленных на устранение нарушений, влекущих непосредственную угрозу причинения вреда жизни и здоровью граждан, проведение которых согласовано органами прокуратуры;

в) внеплановые проверки, проводимые на основании поручения Президента Российской Федерации, поручения Правительства Российской Федерации с указанием конкретного юридического лица и (или) индивидуального предпринимателя, требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям;

г) внеплановые проверки, основания для проведения которых установлены пунктом 1.1 части 2 статьи 10 Федерального закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» и пунктом 4 части 10 статьи 19 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

д) внеплановые проверки, назначенные в целях проверки исполнения ранее выданного предписания, решение о признании которого исполненным влечет возобновление ранее приостановленного действия лицензии, аккредитации или иного документа, имеющего разрешительный характер.

Что же касается плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, деятельность которых отнесена к категории чрезвычайно высокого или высокого риска, то эти проверки до конца 2020 года остаются, по-прежнему, весьма актуальными для соответствующих медицинских учреждений, к таковым, как известно, относятся наиболее крупные федеральные и региональные медицинские учреждения страны, реализующие большое количество видов медицинской деятельности и насыщенные сложными медицинскими технологиями.

Не менее важные для медицинских организаций страны решения закреплены Правительством РФ и в Постановлении № 440. Здесь следует обратить внимание, что если Постановление № 338 посвящено вопросам осуществления государственного контроля (надзора), в том числе в части, касающейся вида, предмета, оснований проведения проверок, то в Постановлении № 440 речь идёт исключительно об особенностях регулирования разрешительной деятельности. И вот здесь важно отметить, что к такой деятельности, как известно, в том числе относится лицензирование – процедура, которая затрагивает абсолютно все медицинские организации не только на этапе получения лицензии, но и в дальнейшем при осуществлении медицинской деятельности на основании уже имеющейся лицензии. Напомним, что в соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» «лицензирование – деятельность лицензирующих органов по предоставлению, переоформлению лицензий, продлению срока действия лицензий в случае, если ограничение срока действия лицензий предусмотрено федеральными законами, **осуществлению лицензионного контроля** (выделено авторами), приостановлению, возобновлению, прекращению действия и аннулированию лицензий, формированию и ведению реестра лицензий, формированию государственного информационного ресурса, а также по предоставлению в установленном порядке информации по вопросам лицензирования». В представленном выше определении чётко указано, что понятие «лицензирование», в том числе включает в себя и лицензионный контроль. Не менее важно и то, что в соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензия – это не что иное, как «специальное разрешение на право осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем конкретного вида деятельности...». В этой связи ещё раз подчеркнём, что именно Постановление № 440 непосредственно посвящено регулированию вопросов разрешительной деятельности до конца 2020 г., включая лицензирование, одним из

компонентов которого является лицензионный контроль. На основании изложенного следует, прежде всего, обратить внимание на пункт 4 Постановления № 440, который гласит следующее:

«4. Выездные проверки соискателей лицензии, лицензиатов, проведение которых является обязательным в соответствии с Федеральным законом "О лицензировании отдельных видов деятельности", а также выездные проверочные мероприятия, необходимые для получения, переоформления, продления действия разрешений, проводятся посредством использования дистанционных средств контроля, средств фото-, аудио- и видеофиксации, видео-конференц-связи».

Таким образом, в Российской Федерации в условиях ситуации с коронавирусной инфекцией, формы и процедуры лицензирования, включая лицензионный контроль, не остановлены и не останавливались. В полной мере это касается и медицинских организаций как в части получения, переоформления лицензий, так и в части лицензионного контроля. Весьма важное изменение, которое произошло с выходом Постановления № 440 заключается в том, что выездные проверки соискателей лицензии, лицензиатов, проведение которых является обязательным в соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» теперь проводятся посредством использования дистанционных средств контроля, средств фото-, аудио- и видеофиксации, видео-конференц-связи. Здесь необходимо уточнить, что в соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» «лицензиат – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, имеющие лицензию». То есть все медицинские организации и индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии, являются лицензиатами. И именно о них, в том числе, идёт речь в пункте 4 Постановления № 440, когда говорится о том, что «выездные проверки соискателей лицензии, лицензиатов, проведение которых является обязательным в соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности», а также выездные проверочные мероприятия, необходимые для получения, переоформления, продления действия разрешений, проводятся посредством использования дистанционных средств контроля, средств фото-, аудио- и видеофиксации, видео-конференц-связи».

Между тем при детальном анализе рассматриваемых Постановлений № 438 и 440 обращает на себя внимание ряд позиций, которые не могут не вызывать вопросов и требуют к себе повышенного внимания.

Первое

Как уже было отмечено выше, в Постановлении № 438 указано, что до конца 2020 г., в том числе, будут проводиться «внеплановые проверки, основания для проведения которых установлены ... пунктом 4 части 10 статьи 19 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности». В указанном пункте данного закона сказано, что основанием для проведения внеплановой выездной проверки лицензиата является «наличие ходатайства лицензиата о проведении лицензирующим органом внеплановой выездной проверки в целях установления факта досрочного исполнения предписания лицензирующего органа». При этом, как мы уже не раз отмечали, в пункте 4 Постановления № 440 говорится о том, что «выездные проверки соискателей лицензии, лицензиатов, проведение которых является обязательным в соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» теперь проводятся посредством использования дистанционных средств контроля, средств фото-, аудио- и видеофиксации, видео-конференц-связи». То есть имеет место противоречие между подпунктом г пункта 1 Постановления 438 и пунктом 4 Постановления № 440. Подпункт г пункта 1 постановления 438 называет только одно возможное основание для лицензионного контроля в форме внеплановой проверки из Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», а именно пункт 4 части 10 статьи 19. В свою очередь, пункт 4 Постановления № 440 без каких-либо ограничений говорит о проведении выездных проверок лицензиатов, проведение которых является обязательным в соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности», указывая только на то, что проводиться они должны посредством использования дистанционных средств контроля, средств фото-, аудио- и видеофиксации, видео-конференц-связи. Напомним, что в соответствии со статьей частью 4 статьи 19 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензионный контроль в форме внеплановой выездной проверки лицензиата проводится по следующим основаниям:

«1) Истечение срока исполнения лицензиатом ранее выданного лицензирующим органом

предписания об устранении выявленного нарушения лицензионных требований.

2) Поступление в лицензирующий орган обращений, заявлений граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, юридических лиц, информации от органов государственной власти, органов местного самоуправления, средств массовой информации о фактах грубых нарушений лицензиатом лицензионных требований.

3) Истечение срока, на который было приостановлено действие лицензии в соответствии с частями 2 и 3 статьи 20 настоящего Федерального закона.

4) Наличие ходатайства лицензиата о проведении лицензирующим органом внеплановой выездной проверки в целях установления факта досрочного исполнения предписания лицензирующего органа.

5) Наличие приказа (распоряжения), изданного лицензирующим органом в соответствии с поручением Президента Российской Федерации или Правительства Российской Федерации».

Следовательно, возникает вопрос: «При проведении внеплановых проверок при лицензионном контроле надо ориентироваться на Постановление № 438 или на Постановление № 440, которое значительно расширяет основания для проведения внеплановых выездных проверок?». Ведь только одни жалобы и заявления граждан уже создают широкую платформу для их проведения.

Второе

Возникают вопросы и о проведении плановых проверок при лицензионном контроле. С одной стороны, в пункте 5 Постановления № 438 чётко сказано, что запрет на проведение плановых проверок распространяется на виды государственного контроля (надзора), указанные в части 4 статьи 1 Федерального закона от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», где, в том числе, среди прочих видов государственного контроля (надзора) обозначен и лицензионный контроль. С другой стороны, в пункте 4 Постановления № 440 говорится о проведении **выездных проверок** лицензиатов в соответствии с требованиями Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности». Проблема заключается в том, что в статье 19 данного закона, которой установлены требования к порядку и осуществлению лицензионного контроля, не выделены **выездные проверки**. Так, в части 6 статьи 19 обозначено, что «в отношении лицензиата лицензирующим органом проводятся документарные проверки, плановые проверки и ... **внеплановые выездные проверки** (выделено авторами)». И везде по тексту статьи 19 слово **выездные** употребляется исключительно в словосочетании **внеплановые выездные проверки,** а не просто **выездные.** Конечно, в первую очередь напрашивается мысль о том, что **внеплановые выездные проверки** и **выездные проверки** это одно и то же. Но при таком допущениии получается, что это уже некое домысливание нормативно-правового акта, а именно Постановления № 440. Рискованный подход, так как следом возникает другой вопрос: «Если это действительно одно и то же, то почему в Постановлении № 440 так прямо и не написано – **внеплановые выездные проверки,** а написано только **выездные проверки?»**. Это очень важно, так как по факту плановые проверки лицензиата тоже являются выездными, а если они таковыми не являются, то они уже документарные. Кроме того, в этой связи возникает ещё один вопрос. Часть 1 рассматриваемой статьи 19 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» гласит, что «к отношениям, связанным с осуществлением лицензионного контроля, применяются положения Федерального закона от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» с учетом особенностей организации и проведения проверок, установленных частями 2–10 настоящей статьи, а также федеральными законами, регулирующими осуществление видов деятельности в соответствии с частью 4 статьи 1 настоящего Федерального закона». Дело в том, что в части 2 статьи 10 Федерального закона от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ, к которому отсылает статья 19 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», чётко обозначено, что **выездная проверка** может быть как **плановой**, так и **внеплановой**. Если исходить из этого тезиса, то получается, что **выездные проверки лицензиатов**, о которых идёт речь в пункте 4 Постановления № 440 могут быть как плановыми, так и внеплановыми. С этих позиций такая версия трактовки Постановления № 440 также представляется вполне вероятной.

Очевидно, что в рассмотренных вопросах окончательную точку может поставить только само

Правительство РФ, издав соответствующий нормативный акт.

Необходимо обратить внимание на то, что в Постановлениях № 438 и № 440 никак не затронута тема организации и проведения мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями. Но если она не затронута, то это никак не означает, что мероприятия по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями не проводятся. Основания для такого контроля подробно прописаны в ст. 8.3. Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». Ранее мы уже подробно разбирали и подчеркивали значимость этих мероприятий для медицинских организаций [13]. Например, все медицинские организации должны знать о том, что в соответствии с указанной выше статьёй 8.3. к мероприятиям по контролю, при проведении которых не требуется взаимодействие органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями относится, например, наблюдение за соблюдением обязательных требований при размещении информации в сети Интернет. В свою очередь установленных законодательством требований к размещению медицинским организациями информации в сети Интернет очень много. Формально сами по себе мероприятия по контролю, при проведении которых не требуется взаимодействие органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, проверками не являются. Но в результате их проведения при выявлении нарушений могут быть либо выданы предостережения об устранении данных нарушений, выполнение которых будет контролироваться, либо в определённых случаях могут быть проведены внеплановые проверки, в том числе по основаниям, установленным Постановлением № 438.

В заключении необходимо отметить следующее.

До конца 2020 г. основными контрольно-надзорными мероприятиями, проводимыми в медицинских организациях, в том числе остаются:

- мероприятия по контролю, при проведении которых не требуется взаимодействие органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями;
- внеплановые проверки по достаточно широкому спектру оснований, которые были подробно проанализированы выше;
- плановые проверки юридических лиц, деятельность и (или) используемые производственные объекты которых отнесены к категории чрезвычайно высокого или высокого риска;
- выездные проверки соискателей лицензий, лицензиатов, проведение которых является обязательным в соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности», проводимые посредством использования дистанционных средств контроля, средств фото-, аудио- и видеофиксации, видео-конференц-связи.

С учётом того, что по некоторым из указанных выше мероприятий возникают отдельные вопросы, которые были подробно обоснованы в данной публикации, медицинским организациям в части качества и безопасности медицинской деятельности целесообразно обеспечить собственную максимальную готовность к разным сценариям проведения тех или иных контрольно-надзорных мероприятий, установленных до конца 2020 г. Это тем более важно в условиях постепенной нормализации ситуации с коронавирусной инфекцией.

Литература

1. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* О контроле качества и безопасности медицинской деятельности в современных условиях // Заместитель главного врача. – 2013. – № 2. – С. 48–52.

2. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Структура и содержание положения о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности // Заместитель главного врача. – 2013. – № 12. – С. 50–56.

3. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Методические подходы к созданию системы оценки качества деятельности медицинских организаций, ее структурных подразделений и медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг // Заместитель главного врача. – 2014. – № 1. – С. 40–46.

4. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Экспертиза или контроль качества? // Заместитель главного врача. – 2014. – № 3. – С. 52–55.

5. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Работа врачебной комиссии и контроль качества и безопасности медицинской деятельности // Здравоохранение. – 2015. – № 7. – С. 74–79.
6. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Приказ Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»: анализ документа и практические аспекты использования // Заместитель главного врача. – 2015. – № 11. – С. 58–63.
7. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 2. – С. 16–26.
8. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Контроль качества и безопасности медицинской деятельности: монография. – М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2014. – 172 с.
9. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Содержание внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: каким оно должно быть и что этому мешает // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 11. – С. 6–10.
10. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* О формировании нового содержания работы руководителя медицинской организации по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 10. – С. 18–25.
11. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Нормативно-правовое регулирование внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 5. – С. 38–46.
12. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Новые задачи и направления работы врачебной комиссии в системе обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 2. – С. 6–13.
13. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Новый инструмент контроля в сфере здравоохранения: контроль без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 5. – С. 6–11.
14. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Стандарты медицинской помощи: обязательны ли они для соблюдения медицинскими организациями // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 8. – С. 6–12.
15. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Критерии оценки качества медицинской помощи: что надо учесть и как обеспечить их соблюдение в медицинской организации // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 10. – С. 7–12.
16. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* О требованиях приказа МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н к установлению и оформлению предварительного и клинического диагнозов: на что необходимо обратить внимание в медицинской организации // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 1. – С. 20–26.
17. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Проверочные листы Росздравнадзора по контролю качества и безопасности медицинской деятельности: новые задачи медицинских организаций // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 5. – С. 13–19.
18. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Контрольная закупка при предоставлении платных медицинских услуг: что необходимо знать медицинским организациям // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 6. – С. 6–10.
19. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Работа с обращениями граждан и удовлетворение отдельных требований потребителя: что необходимо учитывать медицинским организациям // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 9. – С. 77–81.
20. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Требования к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности по приказу Минздрава России от 07.06.2019 г. № 381н: как обеспечить координацию работы службы по внутреннему контролю и врачебной комиссии // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 10. – С. 7–11.

UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S., Ivanov I.V. ***What checks are cancelled and which are retained for medical organizations of the country in terms of the situation with coronavirus infection*** *(St. Petersburg, Irkutsk, Moscow, Russia)*

Abstract. The article contains a detailed analysis of the legal acts issued in April 2020 in connection with coronavirus infection and regulating the issues of state control (supervision) in relation to medical organizations until the end of 2020. In the publication, the authors present the main control and Supervisory measures that will be carried out in medical organizations during 2020. A number of issues related to the legal regulation of control and Supervisory activities that require clarification are identified. In terms of the quality and safety of medical activities, the attention of medical organizations is drawn to the expediency of ensuring their own maximum readiness for various scenarios of carrying out certain control and Supervisory measures established before the end of 2020.

Keywords: *license control, scheduled inspections, unscheduled inspections, on-site unscheduled inspections, quality and safety of medical activity, remote monitoring tools, medical organizations, coronavirus infection.*

С.Б. Чолоян,
д.м.н, профессор ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург, Россия, e-mail: sb433@mail.ru
О.Г. Павловская,
к.м.н., доцент ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург, Россия, e-mail: pavlovskaya-o@mail.ru
А.К. Екимов,
экономист ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», г. Оренбург, Россия, e-mail: ekimov_ak@mail.ru
Н.Н. Трикоменас,
к.м.н., главный врач ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», г. Оренбург, Россия, e-mail: natashatri@yandex.ru
М.В. Шеенкова,
к.м.н., ассистент ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург, Россия, e-mail: ms_1301@mail.ru
Е.Н. Байгазина,
программист отдела АСУ ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», г. Оренбург, Россия, e-mail: elena311075@mail.ru

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА АНАЛИЗА «ОРИЕНТИРОВАННЫХ ДЕРЕВЬЕВ С ОЦЕНКАМИ» ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

УДК 614.2;616.314.9 (470)

Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Трикоменас Н.Н., Шеенкова М.В., Байгазина Е.Н. ***Применение метода анализа «ориентированных деревьев с оценками» для выявления региональных особенностей формирования патологии молочных зубов у детей*** *(ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», г. Оренбург; ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург, Россия)*

Аннотация. С целью выявления региональных особенностей последовательности поражения молочных зубов у детей использованы данные медицинской информационной системы детской больницы с применением метода «ориентированных деревьев с оценками». Были проанализированы данные 3405 детей возраста до 6 лет, обратившихся к врачу-стоматологу по поводу заболеваний молочных зубов на протяжении 2015–2018 годов. Они имели 17462 обращения. Установлено, что у 516 детей первым заболевшим молочным зубом был 51, при среднем возрасте 2,72 года. Вторым либо – 61 (237 пациентов, со средним возрастом 2,91 года), либо 52 (224 пациента, со средним возрастом 2,58 года). У 113 пациентов наблюдалась последовательность впервые выявленных заболевших молочных зубов 51–52–61. 59,9% пациентов имели заболевание только одного зуба, 3,1% – двух и 27% – трех и более зубов. Рассчитано, что если первым заболевшим молочным зубом является премоляр, то с вероятностью 0,619 следующим будет также премоляр. Применение метода позволило установить региональные особенности последовательности поражения молочных зубов у детей и разработать подходы к индивидуальной профилактике.

Ключевые слова: *медицинская помощь детям, медицинская информационная система, метод «ориентированных деревьев с оценками», молочные зубы, региональные особенности.*

Развитие медицинских информационных технологий позволяет по-новому оценить традиционные задачи, решаемые в организации здравоохранения. Создание в медицинских организациях (МО) медицинских информационных систем (МИС) позволяет накапливать большие объемы логически взаимосвязанных клинических данных. Решение многих задач управления МО с помощью традиционного линейного статистического анализа позволяет получить лишь тривиальные выводы, использование которых в решении задач управления может дать незначительный эффект, а в ряде случаев, когда на

© С.Б. Чолоян, О.Г. Павловская, А.К. Екимов, Н.Н. Трикоменас, М.В. Шеенкова, Е.Н. Байгазина, 2020 г.

изучаемый процесс влияет много разнонаправленных факторов, использование выводов линейного статистического анализа для управления МО может привести к совершенно противоположному эффекту. Использование же математических методов, способных выявить в больших массивах данных определенные закономерности, позволяет установить региональные особенности появления заболеваний, характера их течения и иные особенности заболеваний и организовать более эффективную профилактическую работу с пациентами [5, 7, 8, 9, 10]. В последние десятилетия отмечается тенденция роста заболеваемости молочных зубов у детей в различных регионах Российской Федерации [1, 3, 4, 11].

Цель статьи – установить региональные особенности обращений к врачу-стоматологу пациентов с заболеваниями молочных зубов, оценить характеристики детей с данной патологией с целью выработки новых организационных схем профилактической работы с детьми.

Для анализа впервые выявленных заболеваний молочных зубов детей использовался математический метод ориентированных деревьев с оценками [2, 6]. При описании молочных зубов использовалась зубная формула, принятая ВОЗ (Афанасьев В.В. и др., 2006).

В ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ) с 2004 года функционирует МИС. В ней содержатся упорядоченные и формализованные данные о всех аспектах работы с прикрепленным населением и, в частности, о детях обратившихся по поводу заболеваний молочных зубов. В статье дается анализ обращений детей возраста не старше 5 лет, обратившихся к врачу-стоматологу по поводу заболеваний молочных зубов на протяжении 2015–2018 годов.

Предварительный анализ показал, что в основном начальный возраст обращения пациентов по поводу заболеваний молочных зубов составил 1,13 года. Следовательно, анализ детей с возрастом до 6 лет на промежутке 4 года (2015–2018 гг.) гарантирует, что первое зафиксированное обращение с заболеванием зуба является в то же время обращением с впервые выявленным заболеванием зуба. Имеющаяся в базах данных информация о детях, обратившихся к врачу-стоматологу, позволяет установить все необходимые для анализа характеристики ребенка с впервые выявленным заболеванием молочного зуба (код зуба, код заболевания по МКБ-10, пол ребенка, возраст первого выявления заболевания), а также установить влияние выявленного заболевания на иные клинико-экономические характеристики.

В статье в ряде случаев будут использоваться формулировки, которые могут быть правильно поняты лишь в контексте решаемых задач и примененных математических методов. Везде, вместо фразы «впервые выявленное заболевание первого правого молочного зуба в верхней челюсти ребенка» будем писать, как принято в стоматологии, заболевание зуба 51. Большая часть описываемых в статье результатов получено с помощью математического метода «ориентированные деревья с оценками», они позволяют группировать пациентов, имеющих одинаковые последовательности впервые выявленных больных молочных зубов. Итоговый результат группировки в методе «ориентированные деревья с оценками» выражается построением узла на дереве. Из отмеченного следует, что каждый узел на дереве характеризует группу пациентов, у которых последовательности впервые выявленных заболеваний молочных зубов были одинаковы. Последовательность на дереве характеризуется связями между родительским узлом и дочерними узлами. Например, на *рис. 1* показана последовательность впервые выявленных заболеваний молочных зубов 75→85→84. Из этого рисунка можно установить, что зуб 75 был первым молочным зубом, с заболеванием которого обратился к стоматологу 281 ребенок. Для краткости в статье будут применяться формулировки типа – «в узел 75 дерева попал 281 ребенок». Узел 75 является родительским узлом на дереве по отношению к дочерним узлам 75 и 84.

Были проанализированы данные обращений 3 405 детей возраста до 6 лет, из которых 1 592 (46,8%) ребенка были мужского пола и 1 813 (53,2%) женского. Половозрастной состав детей, имевших первично выявленные заболевания молочных зубов, дан в *таблице 1*.

Дети, отмеченные в *таблице 1*, имели 17 462 обращения с заболеваниями молочных зубов *(таблица 2)*.

Приведенные данные о детях, имевших заболевания молочных зубов и показатели обращений с заболеваниями молочных зубов, не раскрывают последовательность выявления первичных заболеваний молочных зубов. Указанную задачу можно решить с помощью «ориентированных деревьев с оценками», которые позволяют выявить последовательности впервые выявленных заболеваний молочных зубов и характеристики каждого ребенка, у которого было впервые выявлено заболевание молочного зуба (код зуба, код заболевания по МКБ-10, пол ребенка,

Таблица 1

Половозрастной состав детей, имевших впервые выявленные заболевания молочных зубов

Анализируемые пациенты по полу и возрасту (частоты)		
возраст (лет)	*Мальчики*	*Девочки*
1	3	23
2	121	110
3	292	338
4	525	632
5	651	710
Всего	1592	1813
Проценты	46,8%	53,2%

Анализируемые пациенты по полу и возрасту (проценты)		
возраст (лет)	*Доля мальчиков*	*Доля девочек*
1	0,2%	1,3%
2	7,6%	6,1%
3	18,3%	18,6%
4	33,0%	34,9%
5	40,9%	39,2%
Всего	100,0%	100,0%

Таблица 2

Гендерные различия в обращениях к врачу-стоматологу по поводу заболеваний молочных зубов

Код зуба	*Число обращений по полу пациента (абс.)*		*Доля обращений по полу (проценты)*	
	Мальчики	*Девочки*	*Мальчики*	*Девочки*
51	791	707	8,81%	8,33%
52	640	590	7,13%	6,95%
53	285	263	3,18%	3,10%
54	568	524	6,33%	6,17%
55	360	347	4,01%	4,09%
61	768	693	8,56%	8,17%
62	623	556	6,94%	6,55%
63	292	260	3,25%	3,06%
64	559	530	6,23%	6,24%
65	350	333	3,90%	3,92%
71	194	180	2,16%	2,12%
72	169	148	1,88%	1,74%
73	156	148	1,74%	1,74%
74	764	737	8,51%	8,68%
75	598	635	6,66%	7,48%
81	187	178	2,08%	2,10%
82	165	148	1,84%	1,74%
83	167	147	1,86%	1,73%
84	760	725	8,47%	8,54%
85	579	638	6,45%	7,52%
Всего	8975	8487	100,00%	100,00%

возраст ребенка при первом обращении по поводу заболевания молочного зуба).

Дерево – это связный ациклический граф, в котором одно множество (множество точек), называемых вершинами графа и изображаемых в виде кругов на плоскости с названием молочного зуба в вершине графа (круга), соединяются между собой элементами другого множества (множество ребер, которые выражаются линиями, соединяющими груши дерева) [2, 6]. Связанность графа означает, что из любой вершины графа можно перейти в любую другую вершину. Ацикличность графа означает, что при переходе из одной вершины в другую, ребра будут пройдены не более, чем 1 раз. Во многих задачах, решаемых с помощью деревьев, ребра дерева наделяются «весом ребра». Весом ребра называют значение, которое поставлено в соответствие данному ребру дерева. В случае задачи, описываемой в статье, каждое ребро может иметь несколько значений веса, поэтому термин «вес ребра» целесообразнее заменить термином «оценка ребра», понимая под «оценкой ребра» группу из нескольких количественных или качественных оценок (показателей), связанных с ребром, описывающим переход от заболевания одного молочного зуба к заболеванию другого молочного зуба ребенка. Выражая всевозможные последовательности впервые выявленных заболеваний первого, второго, третьего и т.д. молочных зубов получим дерево выражающее последовательность выявленных заболеваний всех молочных зубов в виде дерева с оценками. Далее для краткости ориентированное дерево с оценками будем называть «дерево». Профилактическая работа с молочными зубами детей будет более эффективной, если сотрудники МО, проводящие указанную работу, будут иметь знания о том, в каком возрасте ребенка и в какой последовательности происходят заболевания молочных зубов наиболее часто. В качестве примера на *рис. 1* изображен фрагмент дерева, изображающего последовательности впервые выявленных заболеваний молочных зубов у 3405 детей, прикрепленных к ДГКБ в виде четырех ветвей дерева (74→75→84; 74→75→85; 74→84→54; 74→84→85).

В ориентированном дереве всегда есть узел характеризующий начало дерева, называемый корнем дерева, и большее число концов дерева, называемых листьями. На *рис. 1* фрагмент дерева содержит 8 узлов, начиная с корневого узла, обозначенного как «начало дерева», которые расположены в четырех ветвях дерева. Поскольку узлы третьего уровня 84, 85, 54 и 85 не являются последними узлами дерева, они не могут считаться листьями дерева, а являются лишь промежуточными узлами. Восемь узлов соединены семью ребрами. Например, одно ребро соединяет соседние узлы, 74–84. Узлы дерева, изображены на рисунке в виде кругов, в которых дается номер молочного зуба, с которым впервые обратился пациент к врачу-стоматологу. Оценки каждого узла изображены прямоугольниками, расположенными перед кругами. Фрагмент дерева с оценками, изображенный на *рис. 1*, в качестве оценок ребра имеет две оценки, изображенные в прямоугольниках перед кругом. Первая оценка характеризует количество детей, у которых было впервые выявлено заболевание, указанное в круге. Вторая оценка характеризует средний возраст детей (в годах), который наблюдался у детей на момент первого обращения к стоматологу по поводу впервые выявленного заболевания молочного зуба, код которого указан в круге. Круги, расположенные на одной вертикали, называются «узлами одного уровня или узлами, расположенными на одной глубине (h) дерева». Узел «Начало дерева» имеет глубину дерева h=0. Узел 74 является узлом глубины h=1 (или узлом первого уровня дерева). Узлы 84, 85, 54 и 85 являются узлами третьего уровня или узлами глубины h=3. Таким образом, глубина дерева h характеризует число больных молочных зубов, которые имеют дети, зафиксированные в узлах дерева на глубине h. Анализ фрагмента дерева на *рис. 1* дает информацию о том, сколько детей и в каком возрасте (средний

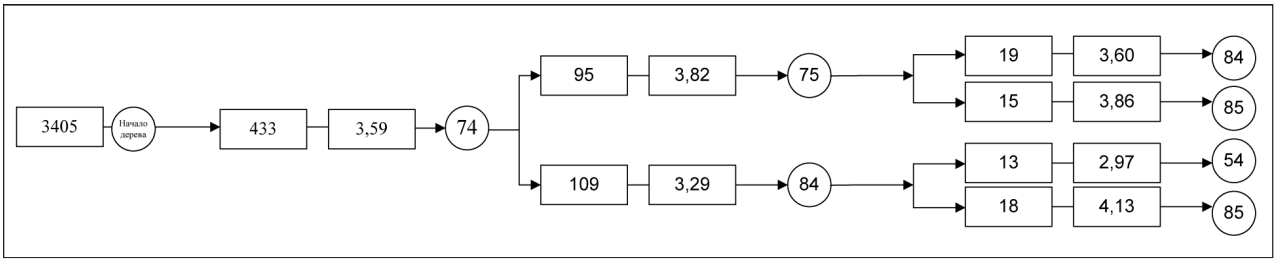


Рис. 1. **Фрагмент дерева, полученного при анализе последовательностей впервые выявленных заболеваний молочных зубов у детей**

возраст группы) имели определенное заболевание или определенную последовательность впервые выявленных заболеваний молочных зубов. Из рисунка можно установить, что в группе из 433 детей первым выявленным больным молочным зубом был молочный зуб 74. Средний возраст детей указанной группы составил 3,59 лет. Далее у 109 детей (из 433) вторым заболевшим зубом оказался зуб 84. Средний возраст детей, имевших последовательность впервые выявленных заболеваний молочных зубов 74→84, составил 3,29 лет. У 13 детей (из 84) был обнаружен третий больной зуб 54. У 18 детей (из 84) была обнаружена последовательность впервые выявленных заболевших молочных зубов 74→84→85. Аналогично проводится анализ остальных узлов. Из фрагмента дерева, изображенного на *рис. 1* можно установить, что например, из 433 пациентов лишь у 204 пациентов было заболевание второго молочного зуба и у 229 детей больным был только один зуб – нижний левый премоляр 74, после которого указанные дети не имели заболеваний молочных зубов. Сравнительный анализ пациентов, не имевших заболеваний молочных зубов (после первого обращения с заболеванием некоторого молочного зуба) и имевших другие заболевания молочных зубов, позволит уточнить некоторые региональные особенности возникновения заболеваний молочных зубов.

Построенное дерево содержит значительный объем информации о первичном заболевании молочных зубов детей региона. Практический интерес представляют последовательности впервые выявленных заболеваний молочных зубов (выраженных на дереве в виде последовательности кругов, соединенных линиями (ребрами), которые имели наибольшую частоту встречаемости).

Анализ оценок узлов дерева показывает, что заболевание первого молочного зуба 74 было при среднем возрасте детей 3,59 года, а средний возраст детей, имевших заболевание пары молочных зубов 74–84, которое произошло позже заболевания молочного зуба 74, составил 3,29 года. В полученных результатах нет противоречия. На *рис. 2* даны распределения значений возраста пациентов при первом обращении к врачу-стоматологу с больными зубами 74 и 84.

Сравнивая распределения возраста первого обращения пациентов с больным молочным зубом 74 в узле 74 и возраста первого обращения пациентов с больным молочным зубом 74 в узле 84, можно установить, что в узле 74 пациентов с возрастом менее трех лет было 16,4%, в то время как в узле 84 пациентов с возрастом менее трех лет было 32,1%. Пациентов возраста более четырех лет в узле 74 было 21,2% и в узле 84 – 16,5%. Из отмеченного можно сделать вывод, что в узле 84 находятся пациенты, которые имели более раннее обращение к врачу-стоматологу с заболеванием молочного зуба 74, чем пациенты, которые имели более раннее обращение к врачу-стоматологу с заболеванием молочного зуба 74 в узле 74. Можно сделать вывод, что узел 74 содержал пациентов, которые имели относительно лучшее состояние здоровья зубов,

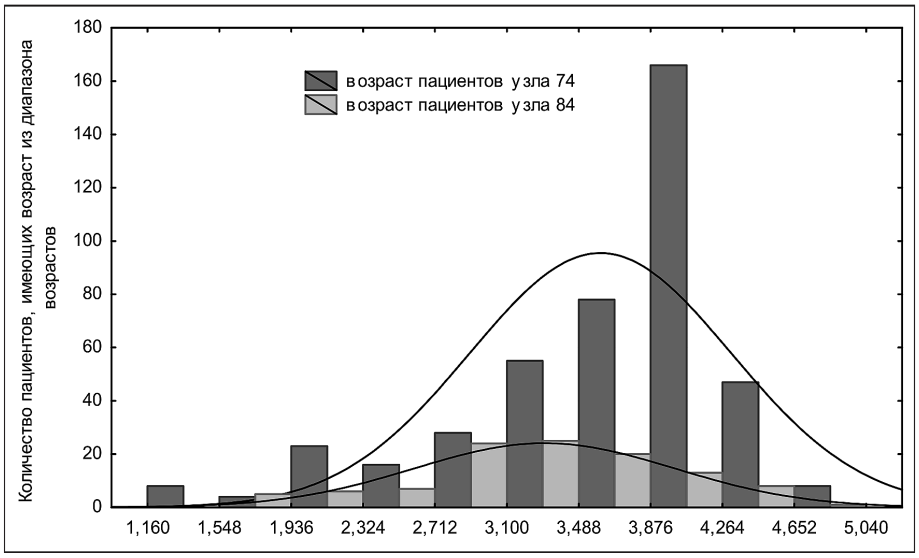


Рис. 2. **Распределение возрастов первого обращения ребенка с заболеванием зуба в узле 74 и первого обращения ребенка с заболеванием зуба 74 в узле 84**

чем пациенты узла 84. В частности, 229 детей после впервые выявленного больного зуба 74 более не имели заболеваний других зубов, в то время как оставшиеся 204 пациента после заболевания зуба 74 далее их имели. Можно сделать вывод о том, что если средний возраст пациентов дочернего узла меньше, чем средний возраст родительского узла, то это означает, что в дочерний узел попали пациенты, имеющие значительно худшее состояние молочных зубов, чем пациенты родительского узла дерева. Также можно сделать вывод, что чем больше молочных зубов больны у ребенка (характеризуются узлами большей глубины h дерева), тем, как правило, меньше возраст детей, объединенных в дочернем узле дерева.

Ввиду сложности ориентированного дерева, его следует рассматривать как определенную «карту изучаемого явления», анализируя которую выявляют места (фрагменты ориентированного дерева), которые далее изучаются обычными статистическими методами. На основе построенного дерева можно узнать многие особенности заболеваний молочных зубов. Построение деревьев сопряжено со значительными трудностями, связанными с визуализацией построенного дерева. Вместе с тем деревья с оценками обладают двумя свойствами, использование которых позволяет быстро строить различные деревья анализируемого процесса. Первое свойство имеет формулировку «структура дерева и оценки узлов некоторого уровня дерева не изменятся, если часть узлов указанного уровня объединить в один узел под названием «прочие узлы». Такие деревья называются «частично агрегированными деревьями». Формулировка второго свойства дерева: «частично агрегированное дерево обладает свойством аддитивности, состоящее в том, что из узлов «прочие узлы» можно выделить узлы одного уровня или узлы, являющиеся дочерними по отношению к некоторому родительскому узлу. При этом ранее анализируемая структура дерева и оценки узлов не изменятся». На указанных свойствах деревьев с оценками основано получение «частично агрегированных деревьев».

На *рис. 3* дано изображение частично агрегированного дерева, полученного при изучении впервые

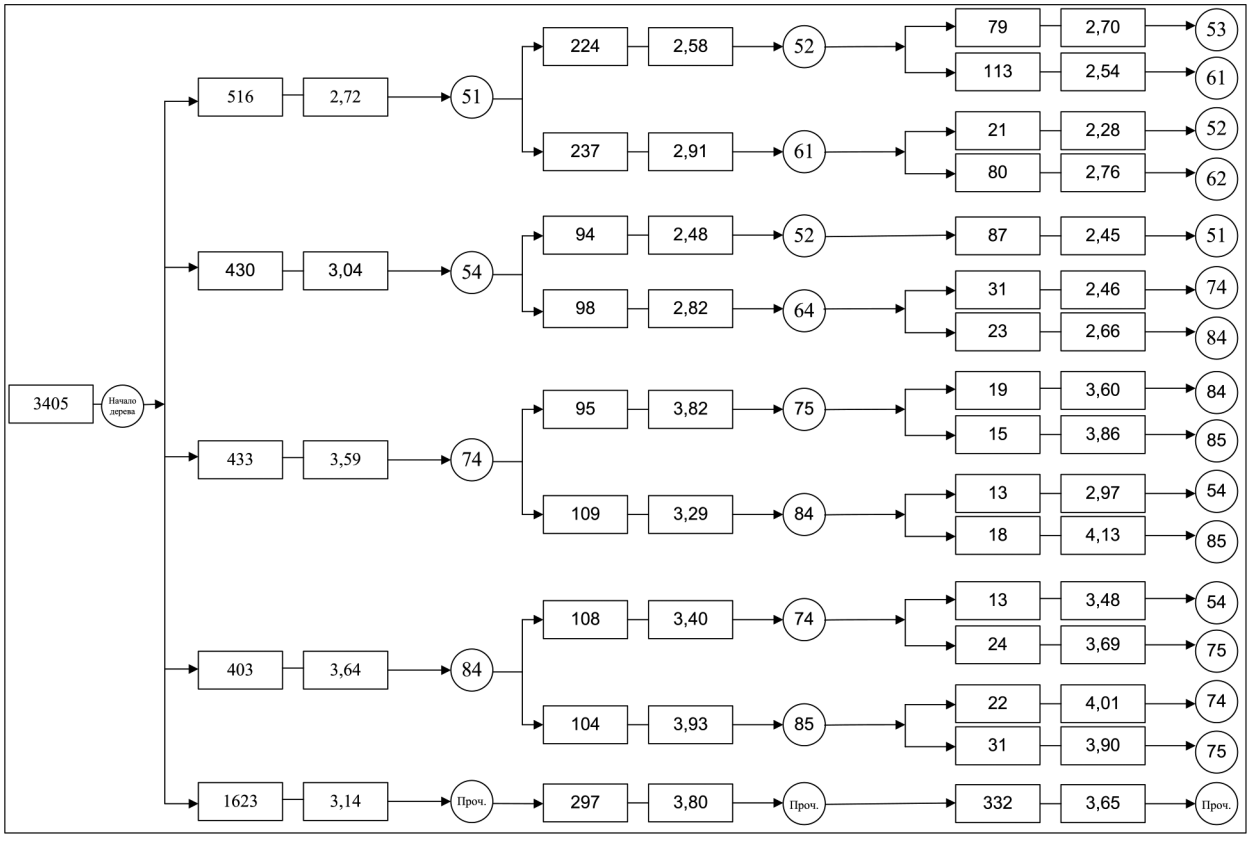


Рис. 3. **Частично агрегированное дерево с выделенными ветвями, которые содержат узлы с наибольшими частотами встречаемости**

выявленных молочных зубов у 3405 детей, прикрепленных к ДГКБ. В агрегированном дереве выделены узлы, имеющие наибольшую частоту встречаемости с указанием оценок узлов.

Из *рис. 3* можно установить, что дерево было построено на основе изучения данных о 3405 пролеченных пациентах. Указанную сумму можно получить путем сложения частот всех узлов уровня 1, включая и узел «прочие». Также можно установить, что из 3405 детей у 516 первым заболевшим молочным зубом был зуб 51. Средний возраст 516 детей составил 2,72 года. Если первым заболевшим молочным зубом был зуб 51, то вероятнее всего вторым заболевшим молочным зубом будет либо зуб 61 (237 пациентов, со средним возрастом 2,91 года), либо зуб 52 (224 пациента, со средним возрастом 2,58 года). У 113 пациентов наблюдалась последовательность впервые выявленных заболевших молочных зубов 51–52–61. Средний возраст детей при обращении к стоматологу с третьим больным молочным зубом 61 равен 2,54 года. Сумма частот в узлах уровня 2 равна 1366. Следовательно, у 1366 пациентов было впервые выявлено заболевание второго молочного зуба и других молочных зубов. Следовательно, у 2039 (3405–1366) пациентов наблюдалось заболевание только одного зуба (или 59,9% от всех анализируемых пациентов). Анализируя частоты встречаемости узлов третьего уровня дерева, можно установить, что впервые выявленное заболевание третьего (и других) молочных зубов наблюдалось у 921 пациента (или 27,0% от всех анализируемых пациентов). У 445 (1366–921) пациентов наблюдалось заболевание только двух зубов (или 13,1% от всех анализируемых пациентов).

Если не учитывать номер (код) впервые выявленного больного молочного зуба, а учитывать только тип (вид) молочного зуба, то можно построить дерево всех возможных последовательностей типов (видов) зубов, которые характеризовали впервые выявленные больные молочные зубы. Как известно, у детей наблюдаются три типа (вида) молочных зубов: резцы (Р), клыки (К) и премоляры (П), тогда последовательность впервые выявленных заболевших зубов 74–75–84 из *рис. 1* будет выражена через типы (виды) зубов фрагментом дерева П-П-П. На *рис. 4* приведено дерево впервые выявленных больных молочных зубов, выраженное через типы (виды) молочных зубов.

Из *рис. 4* можно установить, что в 66,9% случаев (2278/ 3405) первым впервые выявленным заболевшим молочным зубом является премоляр (П). В 29,4% (1000/3405) случаев первым заболевшим молочным зубом ребенка является резец (Р). Лишь в 3,7% случаев первым заболевшим зубом ребенка является клык (К). Анализируя дерево на *рис. 4*, можно установить, что среди последовательностей пяти заболевших молочных зубов наибольшую частоту встречаемости имела последовательность П-П-П-П-П, которая наблюдалась у 302 пациентов. Последовательность Р-Р-Р-Р-П наблюдалась у 104 пациентов. Значительно меньшую частоту встречаемости имели последовательности, в которых первым выявленным заболеванием молочного зуба ребенка было заболевание клыка (К). Анализ характеристик дерева *(рис. 4)* показывает, что если последовательность заболеваний молочных зубов начинались с заболевания клыка, то в основном возможны два продолжения: либо следующим заболевшим молочным зубом будет резец (с вероятностью 0,568 (71/127)), либо следующим заболевшим молочным зубом будет премоляр (с вероятностью 0,236 (30/127)). В случае, если первым заболевшим молочным зубом является премоляр, то в двух случаях из трех (вероятность 0,619) следующим

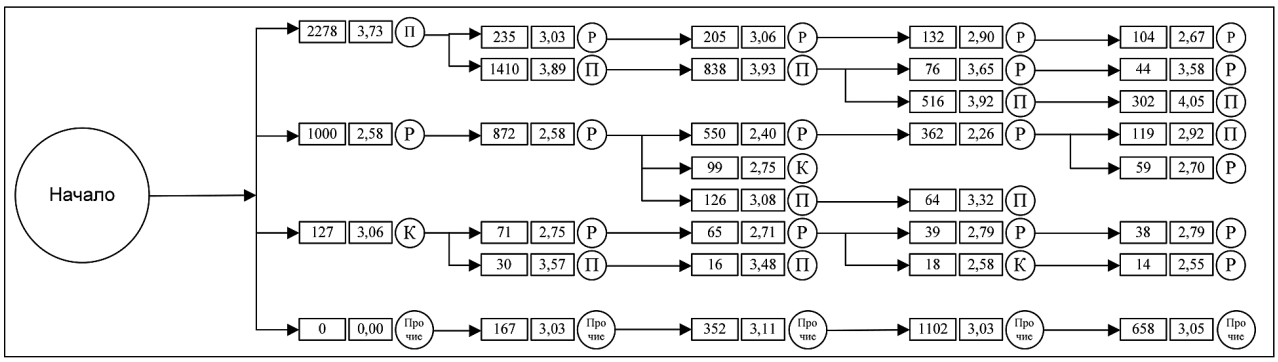


Рис. 4. **Дерево глубины 5, характеризующее последовательности типов (видов) зубов, впервые выявленных заболеваний молочных зубов**

заболевшим молочным зубом будет также преполяр. Знание вероятностных характеристик первого, второго, третьего и т.д. выявленного заболевания молочного зуба и типа (вида) молочного зуба дает основания для корректировки профилактической работы, уделяя большее внимание тем молочным зубам, вероятность заболевания которых выше, чем в других регионах.

Анализ впервые выявленных заболеваний молочных зубов не дает ответа на вопрос: «Какие болезни (по МКБ 10) зубов были диагностированы при обращении пациентов к врачу-стоматологу?». Из 20 нозологий, выставленных врачами-стоматологами при обращении пациентов с заболеваниями молочных зубов, доля четырех нозологий *(таблица 3)* составила 95,6% всех обращений пациентов к врачу-стоматологу по поводу заболеваниями молочных зубов.

Анализ впервые выставленных диагнозов у 3405 пациентов показал, что при заболевании молочных зубов пациенты имели не более пяти впервые выставленных диагнозов. Более детальную информацию о впервые выставленных диагнозах дает частично агрегированное дерево глубины 4, изображенное на *рис. 5.*

Таблица 3

Выделенные нозологии (МКБ 10) и доля выделенных нозологий от всех обращений пациентов к стоматологу по поводу заболеваний молочных зубов

Нозологии (МКБ – 10)	*Заболевание*	*Доля впервые выставленных диагнозов при заболевании молочного зуба (%)*
K02.0	Кариес эмали	52,8%
K04.0	Пульпит	28,2%
K02.1	Кариес дентина	8,9%
K03.9	Болезнь твердых тканей зубов неуточненная	5,8%
Прочие		4,4%
Всего		100,0%

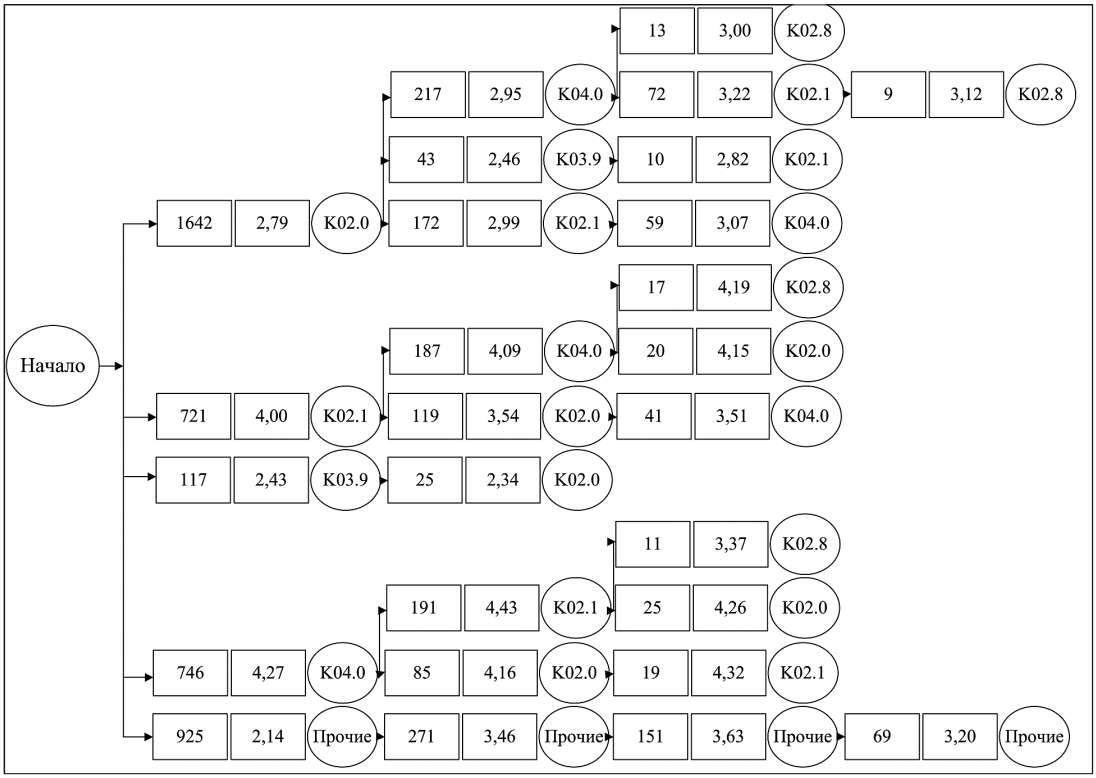


Рис. 5. **Дерево, характеризующее последовательности выставления диагнозов с глубиной дерева h=4**

Из дерева можно установить, что второй диагноз имели 1 225 пациентов, третий диагноз был выставлен 419 пациентам. Четыре впервые выставленных диагноза имели 78 пациентов.

Внимания заслуживают пациенты, у которых наблюдалась последовательность впервые выставленных диагнозов «Кариес эмали» (K02.0) и «Пульпит» (K04.0). Из 217 пациентов, которые имели указанную последовательность заболеваний, у 72 пациентов (33,2%) следующим заболеванием был «Кариес дентина» (K02.1). Если у пациента имелась последовательность заболеваний «Кариес дентина» (K02.1) и «Кариес эмали» (K02.0), то у 34,5% пациентов указанной группы через некоторое время был установлен «Пульпит» (K04.0).

Выводы

1. Метод деревьев с оценками является методом анализа, который позволяет выявить региональные особенности заболеваний молочных зубов.

2. Ежегодное использование деревьев для анализа впервые выявленных заболеваний молочных зубов детей позволяет установить изменения в состоянии здоровья молочных зубов детей региона.

3. Результаты анализа показывают, что ранние обращения пациентов с заболеваниями молочных зубов требуют организации более интенсивной ранней профилактики заболеваний молочных зубов.

4. Построение деревьев для разных групп детей позволяет установить особенности заболеваний молочных зубов в группах и скорректировать лечебную и профилактическую работу в группах.

Литература

1. *Гажва С.И., Надейкина О.С., Горячева Т.П.* Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детского населения города Пензы//Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 1120.

2. *Домнин Л.Н.* Элементы теории графов. Пенза: Изд-во Пенз. гос. ун-та, 2007. – 144 с.

3. *Косюга С.Ю., Аргутина А.С.* Медико-социальное исследование детей младшего школьного возраста как научное обоснование программы профилактики зубочелюстных аномалий, требующих ортодонтичнского лечения // Медицинский альманах. – 2017. – № 2 (47). – С. 158–161.

4. *Косюга С.Ю., Балабина Т.С., Синицына Т.П.* Стоматологический статус детского населения, проживающего в районе с повышенным содержанием фторидов в питьевой воде //Клиническая стоматология. – 2015. – № 4 (76). – С. 70–72.

5. Методы и средства комплексного интеллектуального анализа медицинских данных / А.А. Баранов [и др.] // Труды ИСА РАН. – 2015. – Т. 65. – № 2. – С. 81–93.

6. *Оре О.* Теория графов. – М.: Наука, 1980. – 336 с.

7. Современное управление медицинской организацией на основе процессного подхода в российских научных публикациях /С.Б. Чолоян [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 9. – С. 14–24.

8. Современные подходы к анализу формирования патологии у детей /С.Б. Чолоян [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 3. – С. 13–22.

9. Управление медицинской организации на основе цепей Маркова с оценками / С.Б. Чолоян [и др.] //Менеджер здравоохранения. –2019. – № 2. – С. 14–22.

10. Формирование новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. обращения пациентов в поликлинику: анализ и моделирование /С.Б. Чолоян [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 3. – С. 24–36.

11. *Черкасов С.М.* Анализ распространенности заболеваний зубочелюстной системы, формирующих спрос на стоматологические услуги// Фундаментальные исследования. – 2014. – № 2 – С. 186–189.

UDC 614.2; 616.314.9 (470)

Choloyan S.B., Pavlovskaya O.G., Ekimov A.K., Tricomenas N.N., Sheenkova M.V., Baygazina E.N.

Application of the method of analysis of "oriented trees with assessments" to identify regional features of forming the pathology of dairy teeth in children *(SAIH "Children's city clinical hospital" of Orenburg; FSBEI HE "Orenburg state medical University" of the Ministry of health of the Russian Federation, Orenburg, Russia)*

Abstract. In order to identify regional features of the sequence of lesions of primary teeth in children, the data of the medical information system of a children's hospital using the method of "oriented trees with estimates" were used. The data of 3,405 children under the age of 6 years who contacted a dentist about diseases of deciduous teeth during 2015–2018 were analyzed. They had 17,462 appeals. It was found that in 516 children the first diseased milk tooth was 51, with an average age of 2.72 years. The second is either 61 (237 patients, with an average age of 2.91 years), or 52 (224 patients, with an average age of 2.58 years). In 113 patients, a sequence of newly diagnosed affected primary teeth 51–52–61 was observed. Only one tooth was observed in 59.9% of patients, in 13.1% of two and in 27% of three or more teeth. It is calculated that if premolar is the first diseased milk tooth, then with a probability of 0.619 the next will be the same as the premolar. Application of the method made it possible to establish regional features of the sequence of lesions of primary teeth in children and to develop approaches to individual prevention.

Keywords: *medical care for children, medical information system, the method of "oriented trees with estimates", baby teeth, regional features.*

Е.В. Пырьева,
студентка факультета высшего сестринского образования (4 курс) ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия, e-mail: pyreva_ev@dcnn.ru
В.А. Носкова,
к.м.н., ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия, e-mail: jeslaver@mail.ru
Т.В. Поздеева,
д.м.н., доцент ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия, e-mail: pozdeevatv@inbox.ru

БЕРЕЖЛИВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ

УДК 614.258

Пырьева Е.В., Носкова В.А. Поздеева Т.В. ***Бережливые технологии в оказании первичной медико-санитарной помощи в сельской врачебной амбулатории*** *(ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия)*

Аннотация. Реализуемый в настоящее время приоритетный государственный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» особенно актуален для внедрения в труднодоступных районах, так как сельскому здравоохранению свойственны дефицит кадров, слабая лечебно-диагностическая база, низкая материально-техническая оснащенность, низкий уровень развития информационных технологий, большая территориальная протяженность. *Цель исследования:* оценить результативность внедрения технологий бережливого производства с участием специалистов сестринского дела в работу врачебной амбулатории. *Материалы и методы.* Для определения направлений внедрения методов бережливого производства проведено анкетирование пациентов (n = 232). Проведены картирование и визуализация, а также хронометраж протекания процессов до и после внедрения организационных мероприятий в двух направлениях работы врачебной амбулатории «Прием здоровых детей» и «Прием пациентов с острым заболеванием и при обострении хронического». *Результаты и обсуждения.* С целью устранения (минимизации) выявленных потерь проведена перепланировка помещений, перераспределены функции, и структурировано время работы медперсонала, разработаны шаблоны-бланки документации. *Заключение и выводы.* Внедрение организационных мероприятий позволило достоверно снизить время ожидания приема обратившихся по поводу заболевания и в день здорового ребенка без дополнительных финансовых затрат, а также повысить удовлетворенность пациентов.

Ключевые слова: *бережливые технологии, сестринский персонал, новая организационная модель, устранение потерь, первичная медико-санитарная помощь, врачебная амбулатория, врач общей практики, медицинская помощь в труднодоступных районах, результативность внедрения.*

Актуальность

Доступность медицинской помощи является важнейшей проблемой организации здравоохранения и повышения качества жизни населения.

Реализуемый в настоящее время приоритетный государственный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», направленный на эффективное использование имеющихся ресурсов, устранение всех видов потерь, особенно актуален для сельского здравоохранения [1, 2, 3, 4].

Сельскому здравоохранению России свойственны специфические характеристики: дефицит врачей и средних медицинских работников, слабая лечебно-диагностическая база, низкая материально-техническая оснащенность, невысокий уровень развития информационных технологий, большая территориальная протяженность и плохое дорожно-транспортное сообщение. Кроме того, доля лиц молодого возраста, общая и санитарная культура,

© Е.В. Пырьева, В.А. Носкова, Т.В. Поздеева, 2020 г.

уровень медицинской активности у сельских жителей значительно ниже, чем у городских [5, 6, 7, 8].

На сегодняшний день большое внимание, в том числе в рамках приоритетного проекта, уделяется равномерному, сбалансированному распределению функциональных обязанностей между врачами и средним медперсоналом. Сестринский персонал с высшим образованием становится полноправным членом команды организаторов при внедрении технологий бережливого производства в медицинские организации первичного звена в малонаселенных и труднодоступных районах, где наблюдается дефицит врачебных кадров [9, 10, 11].

В этой связи актуально оценить роль специалистов среднего звена в реализации приоритетного государственного проекта.

Цель исследования: повысить доступность и качество медицинской помощи для пациентов врачебной амбулатории путем разработки и внедрения технологий бережливого производства с участием специалистов сестринского дела, оценить ее результативность.

Материалы и методы

Исследование проведено в 2018–19 гг. на базе Комаровской врачебной амбулатории ГБУЗ НО «Богородская ЦРБ», которая оказывает первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) прикрепленному населению по участковому принципу. Численность прикрепленных жителей на двух участках составляет 3120 человек. Всего на территории обслуживания Комаровской врачебной амбулатории проживает около 6000 человек. Инициатором нововведений стал фельдшер врачебной амбулатории.

Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета программы Statistika 10.0. Статистические различия до и после проведенных мероприятий считали значимыми при $p < 0,05$.

Для определения направлений внедрения методов бережливого производства было проведено анкетирование пациентов по специально разработанной авторами анкете. Опрошено 109 пациентов, обратившихся за медицинской помощью по поводу заболевания, и 123 родителя детей, наблюдающихся в амбулатории. Проведены картирование и визуализация, а также хронометраж протекания процессов до и после внедрения организационных мероприятий в двух направлениях работы врачебной амбулатории, которыми были неудовлетворены более 90% респондентов: «Прием здоровых детей» – в течение месяца (n = 87), «Прием пациентов с острым заболеванием и при обострении хронического» – в течении 2 недель (n = 109).

Результаты и обсуждения

При изучении мнения пациентов о работе амбулатории выявлено, что некомфортные условия пребывания, а именно длительное ожидание и «скопление посетителей», отмечают 43,4 из 100 опрошенных родителей маленьких пациентов и в 27,3 случаях на 100 обратившихся по поводу заболевания. Около четверти всех исследуемых не устраивает организация работы и график приема врача в амбулатории. Недостаточное количество персонала отмечает каждый второй посетитель *(рис. 1)*.

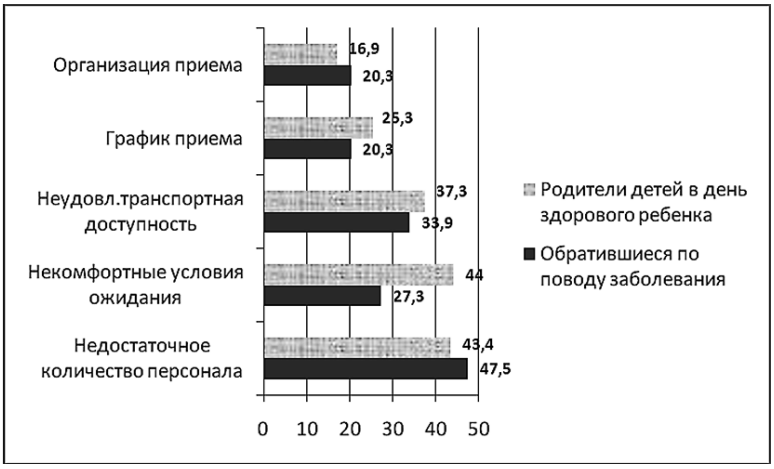


Рис. 1. **Причины неудовлетворенности населения работой врачебной амбулатории (на 100,0 опрошенных)**

В ходе изучения организации работы врачебной амбулатории установлено, что штат не доукомплектован одной должностью врача общей практики (ВОП) и медицинской сестрой ВОП. В связи с этим на фельдшера возложены отдельные функции врача общей практики в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.03.2012 г. № 252н.

Работа в учреждении здравоохранения организована по 6-дневной рабочей неделе. Время приема населения врачом и фельдшером с 8.00 до 12.00 часов, в это же время осуществляется обслуживание неотложных вызовов. С 12.00 до 14.30 – выезд на вызовы и патронажи. Днем приема здоровых детей является вторник.

При проведении визуализации и картирования протекания выбранных для изучения процессов, установлено смешение потоков больных и здоровых пациентов из-за нерациональной организации приема и планировки помещений, так как амбулатория расположена в приспособленном помещении – в здании бывшего детского сада *(схема 1)*.

Хронометрирование выбранных процессов показало, что время ожидания приема пациентом по поводу заболевания составило от 45 до 120 минут, а время ожидания осмотра и вакцинации детского населения от 30 до 120 минут.

При исследовании выявлены временные потери и установлены их причины *(таблица 1)*.

Схема 1

Картирование и визуализация изучаемых направлений работы врачебной амбулатории

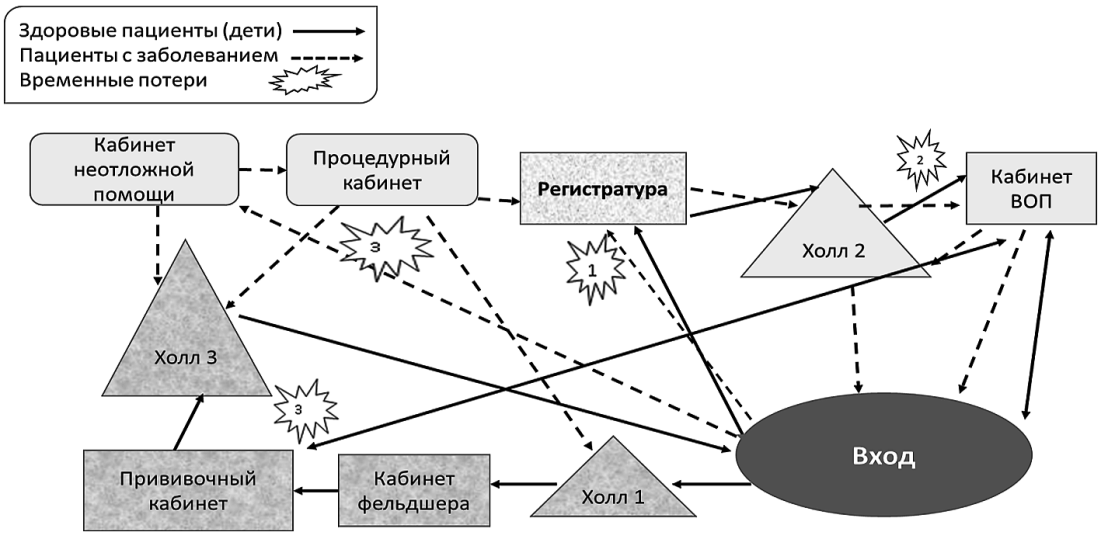


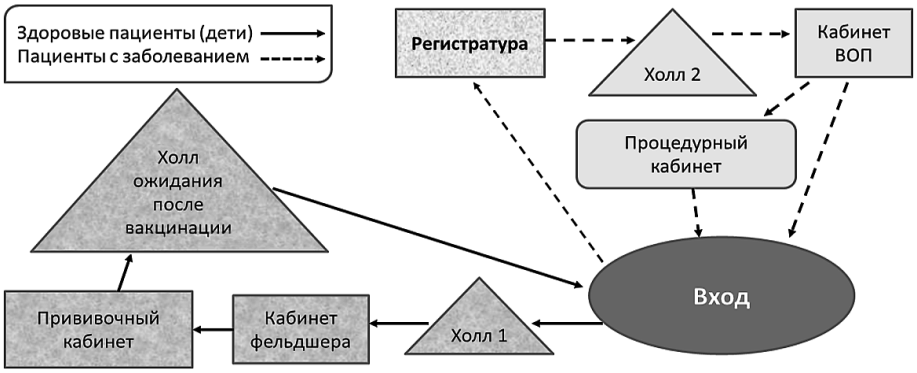
Таблица 1

Точки и причины временных потерь в выбранных направлениях

Точки временных потерь (очередь)	*Причины потерь*
1 Около регистратуры	• неравномерный поток пациентов • большой объем документации, заполняемый вручную • неэргономичное рабочее место регистратора
2 Перед кабинетом врача	• неравномерный поток пациентов • выезд на неотложные вызова • во время приема медсестра выполняет манипуляции в прививочном и процедурном кабинетах • на приеме фельдшер выполняет работу врача и медсестры • большой объем документации, заполняемый вручную
3 Перед процедурным кабинетом и кабинетом для вакцинации	• неравномерный поток пациентов • большой объем документации, заполняемый вручную • один кабинет для вакцинации/процедур на прием врача и фельдшера • перемещения медсестры и пациентов • фельдшер проводит вакцинацию/инъекции самостоятельно

Схема 2

Расположение кабинетов после перепланировки помещений



Анализ обнаруженных потерь показал, что длительное время ожидания приема и неудовлетворенность пациентов связаны с отсутствием информатизации, лишними передвижениями персонала и пациентов, нерациональным использованием рабочего времени, неравномерной нагрузкой на персонал.

С целью устранения (минимизации) выявленных потерь разработаны следующие организационные мероприятия:

1. Проведена перепланировка помещений. Прием здоровых детей организован в отдельном крыле, что позволило формально разделить потоки пациентов и обеспечить комфортные условия ожидания *(схема 2)*.

Таблица 2

Функции медперсонала амбулатории до и после внедрения организационных мероприятий

Направление «Прием пациентов с острым заболеванием и при обострении хронического»					
Врач	*Медсестра*	*Фельдшер*	*Врач*	*Медсестра*	*Фельдшер*
до			после		
– Осмотр. – Измерения (АД, пульс и т.д.). – Консультация. – Заполнение документации. – Оказание неотложной помощи на приеме. – Выдача листка нетрудоспособности, справок, направлений. – Патронажи и неотложные вызовы на дом.	– Заполнение документации. – Выполнение назначений врача, в том числе на дому. – Помощь при оказании неотложной помощи.	– Заказ ИЛП, расходных материалов. – Учет ЛС. – Контроль за работой среднего медперсонала.	– Осмотр. – Консультация. – Заполнение документации. – Оказание неотложной помощи на приеме. – Выдача листка нетрудоспособности, справок, направлений.	– Измерения (АД, пульс и т.д.). – Выдача справок, направлений (после пройденного обучения). – Выполнение назначений врача. – Заказ ИЛП, расходных материалов.	– Патронажи и неотложные вызовы на дом (осмотр, оказание помощи). – Выдача справок, направлений. – Открытие листка нетрудоспособности. – Учет ЛС. – Контроль за работой среднего медперсонала.
Направление «Прием здоровых детей»					
Врач	*Медсестра*	*Фельдшер*	*Врач*	*Медсестра*	*Фельдшер*
до			после		
– Осмотр. – Консультация. – Заполнение документации. – Назначение вакцинации.	– Измерение. – Взвешивание. – Вакцинация. – Заполнение документации.	– Осмотр. – Консультация. – Заполнение документации. – Назначение вакцинации. – Вакцинация.	– Консультации в сложных и конфликтных случаях.	– Вакцинация. – Заполнение документации по прививкам.	– Измерение. – Взвешивание. – Осмотр. – Консультация. – Заполнение документации. – Назначение вакцинации.

2. Перераспределены функции медперсонала амбулатории. На фельдшера возложено обслуживание вызовов на дому и прием здоровых детей. Врач общей практики ведет прием пациентов с острым заболеванием и при обострении хронического. После дополнительного обучения медсестре отдана часть работы с документацией, которая не требует врачебного участия *(таблица 2)*.

3. С целью рационального использования рабочего времени и равномерной нагрузки на персонал составлено расписание по видам деятельности *(таблица 3)*.

4. Разработаны шаблоны-бланки осмотра перед прививкой, при наиболее часто встречающихся нозологиях, патронажей и диспансерного осмотра детей разных возрастов. Это позволило сократить временные потери на оформление документации.

Заключение и выводы

Внедрение новых организационных мероприятий позволило достоверно снизить время ожидания приема обратившихся по поводу заболевания и в день здорового ребенка *(таблица 4)*.

Анкетирование пациентов после внедрения технологий бережливого производства показало, что четверть из них заметили изменения в организации работы амбулатории. «Время ожидания приема сократилось» – отмечали 43% респондентов, а на приеме увеличилось, по мнению 90% исследуемых, так как прием не прерывался на обслуживание вызовов. Около 60% опрошенных удовлетворены обслуживаем в амбулатории.

Около 80% обратившихся за медицинской помощью считают, что получают достаточную информацию о состоянии своего здоровья как на приеме врача, так и фельдшера, в амбулатории и на дому. В 75% случаев население устраивают сроки оформления и выдачи документов сотрудниками медучреждения.

Необходимо отметить, что на сегодняшний день существуют нерешенные проблемы, к которым относятся дефицит кадров, отсутствие информатизации и недостаточное оснащение рабочих мест.

Однако, результативность применения технологий бережливого производства при организации медицинской помощи сельскому населению с участием

Таблица 3

Расписание работы врача, фельдшера и медицинской сестры ВОП на «Приеме пациентов с острым заболеванием и при обострении хронического»

Время	*Врач*	*Медсестра*	*Фельдшер*
8.00–9.00	Прием первичных больных	Работа в процедурном кабинете	Производственный контроль, работа с документацией, учет и открытие л/н, формирование заявки
9.00–10.00		Работа в перевязочном кабинете	
10.00–12.00	Прием повторных больных	Самостоятельный прием	Обслуживание вызовов на дому
12.00–13.00	Работа с документацией	Работа с документацией	Патронажи на дому
13.00–14.30		Патронажи и выполнение назначений врача на дому	

Таблица 4

Структура групп респондентов по времени ожидания приема до и после проведенных мероприятий (%)

Прием здоровых детей (n = 87)			
Время ожидания приема	*До*	*После*	*p*
30–60 мин.	19,5%	90,8%	p<0,05
60–90 мин.	71,3%	9,2%	p<0,05
90–120 мин.	9,2%	0%	p<0,05
Прием пациентов с острым заболеванием и при обострении хронического (n = 109)			
45–70 мин.	13,8%	86,2%	p<0,05
70–95 мин.	62,4%	13,8%	p<0,05
95–120 мин.	23,8%	0%	p<0,05

специалистов среднего звена не вызывает сомнений. Так как внедрение элементов новой модели медицинской организации позволило без дополнительных финансовых затрат, с имеющимися ресурсами, в том числе трудовыми, разделить потоки пациентов, перераспределить нагрузку на персонал, сократить потери на работу с документацией и лишние передвижения.

Литература

1. *Городкова С.А., Таскина Е.Б.* Особенности управленческих решений в системе здравоохранения на основе принципов бережливого производства. // Вестник ЗабГУ. – 2019. – № 5. – С. 105–113.

2. *Григорович М.С., Стариков А.В., Войтко С.Н., Койкова Л.А., Некрасова Н.Ю.* Опыт оптимизации работы городской поликлиники, основанной на принципах бережливого производства и информатизации. // Российский семейный врач. – 2018. – № 4. – С. 19–24.

3. *Кондратьева И.Ю., Коптева Л.Н., Переслегина И.А., Боровкова Т.А.* Стратегия внедрения бережливого производства в детской поликлинике. // Медицинский альманах. – 2018. – № 3 (54). – С. 10–14.

4. *Протасова Л.М., Масунов В.Н., Бойков В.А., Деев И.А., Кобякова О.С., Суворова Т.А., Шибалков И.П., Шнайдер Г.В.* Опыт внедрения технологий бережливого производства в здравоохранении: обзор лучших практик. // Социальные аспекты здоровья населения. 2019. 65(4). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1084/30/lang, ru/ DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-4-1

5. *Гусева Н.К., Доютова М.В., Соколов В.А., Соколова И.А.* Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению. // Медицинский альманах, 2015. № 3 (38). С. 11–15.

6. *Еругина М.В., Кром И.Л., Ермолаева О.В., Ковалев Е.П., Бочкарева Г.Н.* Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению. // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 5. URL: http://science-education.ru/ru/article/view?id=25246

7. *Кожевников А.А.* Социологический анализ особенностей организации медицинской помощи в труднодоступных населенных пунктах России. // Вестник ИвГМА. – 2016. – № 2. – С. 5–9.

8. *Козырева П.М., Смирнов А.И.* Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности. // Гуманитарий Юга России. – 2018. – Т. 7. – № 4. – С. 33–49.

9. *Лапик С.В.* Роль и место сестринского персонала в системе оказания медицинской помощи. // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – С. 107–109.

10. *Носкова В.А., Пырьева Е.В.* Участие специалиста сестринского дела в реализации проекта «Бережливая поликлиника». // Медсестра. – 2018. – № 12. – С. 10–12.

11. *Пчелина Н.В., Поздеева Т.В.* К вопросу о готовности медицинских сестер к инновационной деятельности в системе первичной медико-санитарной помощи по принципу бережливых технологий. Актуальные проблемы управления здоровьем населения. Тематический сборник научных трудов по результатам второй всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и право в современных условиях». Выпуск XII. Под общей редакцией И.А. Камаева. Н. Новгород. – 2019. – Том II. – С. 272–277.

UDC 614.258

Pyreva E.V., Noskova V.A., Pozdeeva T.V. ***Pregnant technologies in primary health care in rural doctor's ambulatory*** *(Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Privolzhsky Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, Russia)*

Abstract. The priority state project currently being implemented, "Creating a New Model of a Medical Organization Providing Primary Health Care," is especially relevant for implementation in hard-to-reach areas. Since rural health care is characterized by a shortage of personnel, a weak medical and diagnostic base, low material and technical equipment, a low level of development of information technologies, and a large territorial extent. Objective: to evaluate the effectiveness of the implementation of lean manufacturing technologies with the participation of nursing specialists in the work of a medical outpatient clinic. Materials and methods. To determine the directions for the implementation of lean manufacturing methods, a questionnaire was conducted among patients (n = 232). Mapping and visualization, as well as timing of the processes before and after the introduction of organizational measures in two areas of the medical ambulance clinic "Reception of healthy children" and "Reception of patients with acute disease and with exacerbation of chronic." Results and discussions. In order to eliminate (minimize) the revealed losses, re-planning of the premises was carried out, the functions were redistributed and the working hours of the medical staff were structured, templates-forms of documentation were developed. Conclusion and conclusions. The introduction of organizational measures allowed us to significantly reduce the waiting time for admission of a healthy child on the day of the disease without additional financial costs, as well as to increase patient satisfaction.

Keywords: *lean technologies, nursing staff, a new organizational model, elimination of losses, primary health care, a medical outpatient clinic, general practitioner, medical care in hard-to-reach areas, implementation effectiveness.*

Л.И. Москвичева,
врач-онколог кабинета ультразвуковой диагностики и терапии, Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: ludamed16@mail.ru

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЫРАЖЕННОСТЬ СИНДРОМА, ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЕГО РАЗВИТИЕ

УДК 331.108.26

Москвичева Л.И. ***Синдром профессионального эмоционального выгорания у врачей онкологической службы: распространенность и выраженность синдрома, факторы, влияющие на его развитие*** *(Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Система охраны здоровья играет важную роль в сохранении и развитии экономического потенциала страны. Особенностями медицинской деятельности являются высокая степень использования социальных контактов, ее значительная ответственность и стрессогенность. Высокие требования к врачам профессионального, организационного и психологического характера способствуют развитию постоянного рабочего стресса, на фоне которого происходит снижение психологической адаптированности специалистов, ведущее к развитию «синдрома профессионального эмоционального выгорания».
Целью настоящего исследования является оценка распространенности и выраженности СПЭВ у врачей, оказывающих специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь больным онкологического профиля, а также выявление факторов развития данного синдрома.
В настоящей статье представлены результаты анкетирования 58 врачей. Высокая и крайне высокая степени выраженности СПЭВ выявлены у 64% респондентов. Определены индивидуальные, организационные и социальные факторы, связанные с развитием данного состояния. В качестве основных методов предупреждения и контроля данного синдрома предложены предварительная и периодическая оценка уровня восприимчивости работников к организационному стрессу, степени их удовлетворенности организационными факторами труда, а также социальной средой.
Полученные результаты могут позволить оптимизировать процесс работы с персоналом в медицинских организациях, а также повысить продуктивность труда медицинских работников.

Ключевые слова: *синдром профессионального эмоционального выгорания, врачи, онкология, организационные факторы, качество оказания медицинской помощи, социальные последствия, система здравоохранения, система управления человеческими ресурсами.*

Введение

В настоящее время большинство руководителей понимают, что основой деятельности любой организации являются ее человеческие ресурсы. Важнейшими функциями службы управления персоналом являются формирование состава персонала, организация труда, а также мотивация и стимулирование сотрудников. Влияние профессионального стресса на работников изучается в течение нескольких десятилетий, однако, несмотря на пристальное внимание исследователей, представители профессий социальной сферы до сих пор в значительной степени подвержены развитию синдрома профессионального эмоционального выгорания (СПЭВ), возникающего в случае срыва адаптации организма к длительному стрессовому воздействию на рабочем месте или в организации в целом [1].

Данный синдром развивается с течением длительного периода времени и приводит к выраженному снижению продуктивности работников.

© Л.И. Москвичева, 2020 г.

К. Маслач и С. Джексон выделяют три фазы развития СПЭВ: эмоциональное истощение (обеднение эмоциональных реакций и моделей поведения), деперсонализация (негативно окрашенное отношение к себе и окружающим), редукция персональных достижений (отрицание собственных достижений и возможностей, значимости профессионального статуса) [2].

Основой развития данного состояния считаются три взаимодополняющих группы факторов: внутриличностные (индивидуальные), организационные и социальные [3, 4].

Распространенность СПЭВ среди врачей различных специальностей достигает 64–96% [5, 6]. Данный синдром способствует снижению как психического и соматического статуса работников, так и их продуктивности, и качества оказываемых ими услуг [4, 7, 8].

Целями настоящей работы является оценка распространенности и выраженности СПЭВ у врачей, оказывающих специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь больным онкологического профиля, а также выявление факторов, связанных с развитием данного состояния.

Эмпирической базой данного исследования являются данные анкетирования 58 врачей функциональных подразделений хирургического и терапевтического профилей**,** оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь онкологическим больным, полученные в 2019 году.

Методы

В настоящем исследовании приняли участие 58 врачей, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь онкологическим больным, среди которых было 22 (38%) мужчины и 36 (62%) женщин. В подразделениях хирургического профиля осуществляли профессиональную деятельность 36 (62%) человек, терапевтического – 22 (38%) сотрудника.

Возраст респондентов варьировал от 25 до 72 лет (средний – 39,5 лет). Треть (33%) врачей находились в возрастной группе до 30 лет включительно.

Стаж работы специалистов находился в диапазоне 1–46 лет (средний – 15,1 год), при этом стаж работы врачом менее 5 лет имели 32% врачей, 6–15 лет – 25%, 16–25 лет – 24%, более 25 лет – 19%.

Более половины респондентов (55%) на момент проведения анкетирования состояли в браке, 59% – имели детей различного возраста. Большинство респондентов (64%) занимали должность врача, младшего научного сотрудника или научного сотрудника, 36% – старшего, ведущего научного сотрудника, заведующего отделением либо руководителя отдела.

Для определения распространенности и степени выраженности СПЭВ была использована методика «Профессиональное выгорание» К. Маслач и С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой (опросник MBI – «Maslach Burnout Inventory») [9].

С целью выявления степени связи индивидуальных факторов личности с выраженностью СПЭВ и его отдельных фаз, была применена «Шкала организационного стресса» Мак-Лина в адаптации Н.Е. Водопьяновой (оценка у респондентов уровня толерантности к организационному стрессу). Для определения поведенческого типа личности респондентов использована модель DISC У.М. Марстона (выявление связи между психотипом личности и выраженностью развития синдрома) [10, 11].

Для выявления влияния социальных факторов на изучаемый синдром и степень развития его отдельных фаз использовалась медико-социологическая шкала «Уровень социальной фрустрированности». При этом был проанализирован общий уровень социальной фрустрированности респондентов, а также его показатели по отдельным направлениям жизни: удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими, ближайшим социальным окружением, собственным социальным статусом, социально-экономическим положением, физическим здоровьем и работоспособностью [12].

В качестве способа оценки организационных факторов развития СПЭВ и выявления корреляционной связи с выраженностью СПЭВ был использован опросник «Оценка удовлетворенности работой» В.А. Розановой, в рамках которого было оценено влияние общего уровня удовлетворенности работой на степень выраженности СПЭВ, а также проанализирована связь данного синдрома с отдельными элементами опросника: уровнем удовлетворенности предприятием, физическими условиями труда, уровнем заработной платы в сравнении с размером оплаты труда за аналогичную работу в других организациях, справедливостью заработной платы, возможностями карьерного роста, стилем руководства начальника [13].

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием стандартных продуктов пакета R, в качестве оценки наличия и тесноты связи использовались коэффициент ранговой корреляции Спирмена, а также модель парной и множественной регрессии. При проведении регрессионного

анализа использовался метод generalized linear model (общая линейная модель). Сила корреляционной связи интерпретировалась согласно шкале Чеддока.

Результаты

Оценка распространенности и степени выраженности синдрома профессионального эмоционального выгорания у врачей

При анализе результатов опроса, высокая и крайне высокая степени выраженности СПЭВ выявлены у 37 (64%) респондентов. При этом наибольшая доля данных степеней определена по субшкале «Деперсонализация (цинизм)» – 39 (67%) опрошенных. «Эмоциональное истощение» высокой и крайне высокой степени выраженности выявлены у 26 (45%), «Редукция профессиональных достижений» – у 12 (21%) врачей *(рис. 1)*.

Среди большинства респондентов женского пола (70%) отмечены высокая и крайне высокая степени развития данного синдрома, причем данные степени определены у 53% опрошенных по субшкале «Эмоциональное истощение», у 67% – «Деперсонализация (цинизм)», у 22% – «Редукция профессиональных достижений».

У представителей мужского пола высоко выраженный СПЭВ выявлен у 55% человек. Высокая и крайне высокая степени развития синдрома преобладали в субшкале «Деперсонализация (цинизм)» (68% респондентов). Для фазы «Эмоциональное истощение» данные степени наблюдались у 32% опрошенных, «Редукция профессиональных достижений» – у 18% врачей.

При оценке выраженности СПЭВ среди респондентов различных возрастных групп, высокая и крайне высокая степень развития синдрома преобладала у врачей до 30 лет включительно (26% респондентов) *(рис. 2)*.

Аналогичные результаты были получены при оценке степени развития СПЭВ в зависимости от величины стажа работы врачом. Высокая и крайне высокая степени развития данного синдрома обнаружены у 28% врачей со стажем работы до 10 лет. При стаже работы 11–20 лет данные степени выявлены у 16% респондентов, 21–30 лет – у 12% опрошенных.

Оценка влияния индивидуальных факторов на степень развития СПЭВ

При статистическом анализе результатов выявлена очень слабая корреляционная связь между показателями пола, возраста и стажа работы врача

Рис. 1. **Распределение респондентов по степеням развития СПЭВ и его отдельных фаз**

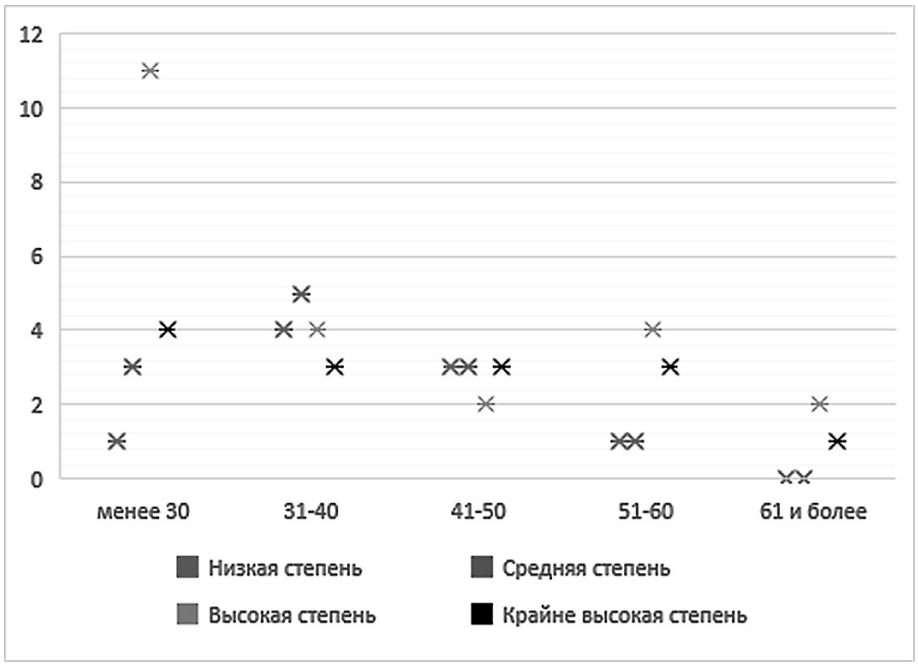


Рис. 2. **Распределение респондентов по степени развития СПЭВ в зависимости от возраста**

и степенью выраженности СПЭВ и его отдельных фаз (corr = 0,05–0,11, p = 0,35–0,56).

При оценке восприимчивости респондентов к организационному стрессу высокий уровень данного показателя был выявлен у 41 (71%) респондентов, средний – у 15 (26%), низкий – у 2 (3%) специалистов *(рис. 3)*.

При этом высокий уровень восприимчивости к организационному стрессу в 66% случаев встречался среди респондентов женского пола, в 59% – среди представителей хирургического профиля, в 32% – среди врачей в возрасте 30 лет и моложе.

При проведении статистической обработки данных выявлена средняя сила положительной

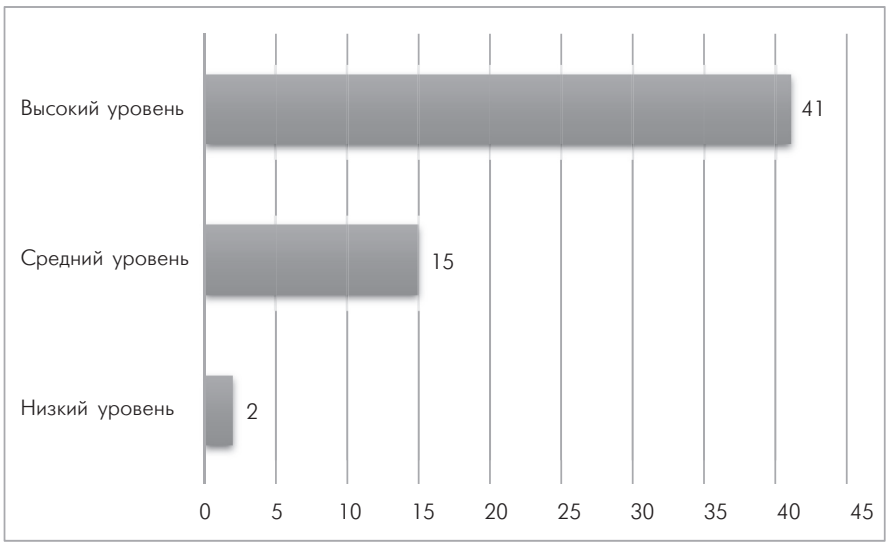


Рис. 3. **Распределение респондентов в зависимости от уровня восприимчивости к организационному стрессу**

корреляционной связи уровня восприимчивости респондентов к организационному стрессу с общим уровнем СПЭВ (corr = 0,63) и всеми его фазами: эмоционального истощения (corr = 0,65), деперсонализации (corr = 0,57), редукции профессиональных достижений (corr = 0,48).

При определении поведенческого типа личности врачей в рабочих условиях с использованием модели DISC У.М. Марстона, 55% респондентов были отнесены к классу «аналитики», для которого характерны способность концентрироваться на работе, придерживаться формальных процедур, критичность к себе и окружающим. 19% врачей были определены как «командные игроки», способные продуктивно работать в команде, обладающие низкой степенью дисциплинированности, зависимостью от чужого мнения, осторожностью, умеющие слушать и вести переговоры; 9% – «лидеры»; 3% – «коммуникаторы»; 14% респондентов продемонстрировали свойства комбинированных типов *(рис. 4)*.

Однако между поведенческим типом личности и выраженностью СПЭВ и его отдельных компонентов выявлена очень слабая корреляционная связь (corr = −0,19 – −0,08, p = 0,56–0,94).

Оценка влияния социальных факторов на уровень развития СПЭВ

Семейное положение врачей и наличие детей также очень слабо влияют на уровень развития СПЭВ (corr = −0,05 – −0,13, p = 0,31–0,75).

Оценка роли социальных факторов в развитии СПЭВ у врачей была проведена с использованием медико-социологической шкалы «Уровень социальной фрустрированности». Для упрощения интерпретации результатов сходные уровни фрустрированности были объединены между собой: очень низкий и пониженный – в «низкий», неопределенный и умеренный – в «средний», повышенный и высокий – в «высокий».

Среди опрошенных врачей более, чем у половины (54%) отмечен средний уровень социальной фрустрированности, у 40% – низкий, у 7% – высокий. Последний чаще встречался среди представителей хирургического профиля по сравнению с «терапевтами» (8% против 5% соответственно).

При оценке отдельных сфер микро- и макросоциальных отношений респондентов, наибольшая частота встречаемости высокого уровня фрустрированности выявлена в блоках «физическое здоровье

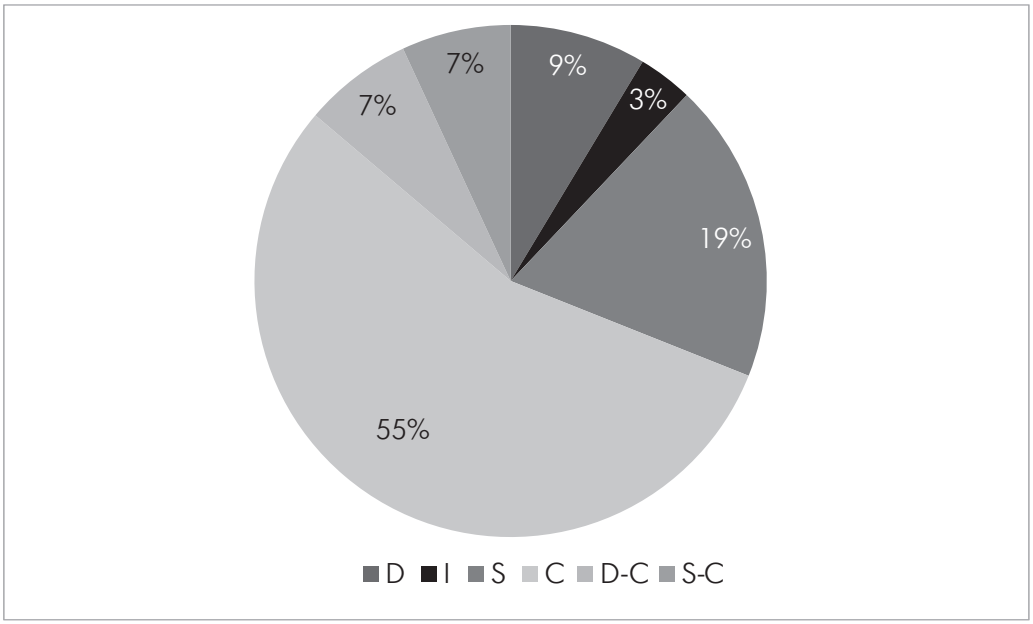


Рис. 4. **Распределение респондентов в зависимости от поведенческого типа личности согласно модели DISC У.М. Марстона**

Примечание: C – «аналитики», S – «командные игроки», D – «лидеры», I – «коммуникаторы», D-S, S-C – комбинированные типы.

и работоспособность» (33%) и «социально-экономическое положение» (24%) *(рис. 5)*.

Обнаружено, что общий уровень социальной фрустрированности значимо влияет на степень развития СПЭВ и его отдельных фаз ($p < 0,001$). Наиболее статистически значимыми блоками данной методики являются «физическое здоровье и работоспособность» ($p < 0,001$), «ближайшее социальное окружение» ($p = 0,01$). На развитие фазы «эмоциональное истощение» значимо влияют показатели блоков «физическое здоровье и работоспособность» ($p = 0,02$) и «социально-экономическое положение» ($p = 0,02$), а на фазу «редукция профессиональных достижений» – «ближайшее социальное окружение» ($p = 0,002$).

Между общим уровнем социальной фрустрированности и общим уровнем СПЭВ выявлена средняя сила корреляционной связи (corr = 0,67), для фазы «эмоциональное выгорание» данная связь является высокой (corr = 0,71), для фаз «деперсонализация» и «редукция профессиональных достижений» – также средней (corr = 0,46 и corr = 0,41 соответственно).

Средняя сила корреляционной связи также была выявлена между:

1. выраженностью СПЭВ и уровнем фрустрированности в блоках «ближайшее социальное окружение» (corr = 0,59), «физическое здоровье и работоспособность» (corr = 0,66);
2. степенью выраженности фазы «эмоциональное истощение» и уровнем фрустрированности в блоках «взаимоотношения с родными и близкими» (corr = 0,51), «ближайшее социальное окружение» (corr = 0,54), «социально-экономическое положение» (corr = 0,55), «физическое здоровье и работоспособность» (corr = 0,61);
3. степенью выраженности фазы «редукция профессиональных достижений» и уровнем фрустрированности в блоке «ближайшее социальное окружение» (corr = 0,56).

Слабая сила корреляции отмечена в парах:

1. СПЭВ – «взаимоотношения с родными и близкими» (corr = 0,41) / «собственный социальный статус» (corr = 0,39) / «социально-экономическое положение» (corr = 0,45);
2. «эмоциональное истощение» – «собственный социальный статус» (corr = 0,37);
3. «деперсонализация» – «ближайшее социальное окружение» (corr = 0,41) / «физическое здоровье и работоспособность» (corr = 0,36);
4. «редукция профессиональных достижений» – «собственный социальный статус» (corr = 0,31) / «физическое здоровье и работоспособность» (corr = 0,44).

Рис. 5. **Распределение респондентов в зависимости от уровня социальной фрустрированности в отдельных блоках**

Оценка влияния организационных факторов на уровень развития СПЭВ

При анализе влияния организационных факторов на уровень развития СПЭВ выявлено, что профиль работы и занимаемая должность практически не влияют на выраженность СПЭВ и его отдельных фаз (corr = −0,02–0,12, p = 0,25–0,52).

При оценке уровня удовлетворенности работой в качестве одного из организационных факторов развития СПЭВ, 62% респондентов оказались удовлетворены рабочим процессом.

При этом имеется статистически значимая средняя сила корреляционной связи между степенью общей неудовлетворенности работой и выраженностью СПЭВ (corr = 0,61, p < 0,001) и его фазы «эмоциональное истощение» (corr = 0,54, p < 0,001). Корреляционная связь между данным фактором и уровнем развития фаз «деперсонализации» и «редукции профессиональных достижений» слаба (corr = 0,33, p = 0,01 для обоих).

При анализе степени удовлетворенности респондентов различными компонентами рабочего процесса, не вполне удовлетворенными, неудовлетворенными и крайне неудовлетворенными организацией, в которой сейчас работают врачи, оказались 26% респондентов; условиями труда – 28%; размером заработной платы в сравнении с оплатой труда за аналогичную работу в других организациях – 55%; справедливостью получаемого вознаграждения за труд (соответствие уровня заработной платы трудозатратам) – 62%; возможностями карьерного роста – 35%; стилем руководства начальника – 35% врачей *(таблица 1)*.

При этом в большей степени отрицательную оценку удовлетворенности справедливостью получаемого вознаграждения за труд и размером заработной платы в сравнении с оплатой труда за аналогичную работу в других организациях дали представители хирургического профиля по сравнению с респондентами терапевтических специальностей (69% против 50% и 61% против 46% соответственно); а стилем руководства начальника и условиями труда преимущественно не довольны представители терапевтического профиля деятельности (41% против 31% и 36% против 22%).

Слабая сила корреляционной связи выявлена между выраженностью синдрома выгорания и степенью неудовлетворенности предприятием, на котором специалисты работают (corr = 0,48), условиями труда (corr = 0,47), размером заработной платы в сравнении с оплатой труда за аналогичную работу в других организациях (corr = 0,35), справедливостью получаемого вознаграждения за труд (corr = 0,37); средняя – между выраженностью СПЭВ и возможностями карьерного роста (corr = 0,51).

Для фазы «эмоционального истощения» также характерна слабая корреляционная связь со степенью неудовлетворенности предприятием (corr = 0,37), условиями труда (corr = 0,36), размером заработной платы в сравнении с оплатой труда за аналогичную работу в других организациях (corr = 0,44), справедливостью получаемого вознаграждения за труд (corr = 0,38), возможностями карьерного роста (corr = 0,45).

Степень выраженности фазы «деперсонализация» слабо коррелирует лишь со степенью неудовлетворенности предприятием (corr = 0,30), а «редукции

Таблица 1

Степень удовлетворенности респондентов различными компонентами рабочего процесса, где 1 – вполне удовлетворен; 2 – удовлетворен; 3 – не вполне удовлетворен; 4 – не удовлетворен; 5 – крайне не удовлетворен

Степень удовлетворенности	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*Всего, абс*
- предприятием	22	21	11	3	1	58
- условиями труда	23	19	10	3	3	58
- размером заработной платой в сравнении с тем, сколько за такую же работу платят на других предприятиях	8	18	21	5	6	58
- справедливостью получаемого вознаграждения за труд	7	15	23	8	5	58
- возможностями карьерного роста	13	25	13	4	3	58
- стилем руководства начальника	19	19	16	2	2	58

персональных достижений» – с уровнем справедливости получаемого вознаграждения за труд (corr = 0,32).

Статистически значимым являются лишь влияние уровня неудовлетворенности возможностями карьерного роста на степень развития СПЭВ (p = 0,037), а также уровня неудовлетворенности справедливостью оплаты труда на фазу «редукция профессиональных достижений» (p = 0,025).

Рекомендации по сглаживанию негативных эффектов синдрома профессионального эмоционального выгорания у врачей

На основании полученных в результате проведения настоящего исследования данных, в качестве механизмов, повышающих эффективность осуществления функций службы управления человеческими ресурсами и менеджеров различного уровня (как на уровне всей организации, так и ее отдельных подразделений), рекомендуется использовать:

1. оценку уровня восприимчивости работников к организационному стрессу путем определения и ранжирования частоты развития конфликтов с участием врачей, уровня интереса специалистов к профессии, показателей продуктивности сотрудников, а также качества отдыха работников в свободное от работы время);

2. определение степени удовлетворенности сотрудников состоянием собственного физического здоровья, уровнем работоспособности, социальными контактами, материальным положением, условиями и образом жизни;

3. оценку степени удовлетворенности сотрудников возможностями карьерного роста, справедливостью вознаграждения за труд, условиями труда на рабочем месте и в организации в целом, а также конкурентоспособностью заработной платы на настоящем месте работы;

4. создание и реализацию программы психологической поддержки сотрудников с признаками СПЭВ, а также представителей группы высокого риска по развитию данного синдрома.

Заключение:

В ходе настоящего исследования была проведена оценка распространенности и выраженности СПЭВ и его стадий среди врачей, оказывающих специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь онкологическим больным, по результатам которой высокая и крайне высокая степени выраженности данного синдрома выявлены у 64% респондентов. При этом наиболее значимый вклад в его развитие вносят фазы «деперсонализация (цинизм)» и «эмоциональное истощение».

Определены факторы, связанные с развитием СПЭВ у врачей. Среди индивидуальных таковым является уровень восприимчивости респондентов к организационному стрессу; среди социальных факторов – общий уровень социальной фрустрированности и его отдельные компоненты (физическое здоровье и работоспособность, ближайшее социальное окружение, взаимоотношения с родными и близкими, социально-экономическое положение); наиболее значимыми организационными факторами, прямо коррелирующими с выраженностью СПЭВ и его фаз, являются степень неудовлетворенности возможностями карьерного роста, справедливостью оплаты труда, предприятием в целом, физическими условиями труда и уровнем заработной платы в сравнении с размером оплаты аналогичной работы в других организациях.

В качестве основных методов предупреждения и контроля данного синдрома предложены предварительная и периодическая оценка уровня восприимчивости работников к организационному стрессу, степени их удовлетворенности организационными факторами труда, а также социальной средой, создание и реализация программы психологической поддержки сотрудников с признаками СПЭВ, а также представителей группы высокого риска по развитию данного синдрома.

Полученные результаты могут позволить оптимизировать процесс работы с персоналом в медицинских организациях, а также повысить продуктивность труда медицинских работников.

Литература

1. *Боева А.В., Руженков В.А., Москвитина У.С.* Синдром эмоционального выгорания у врачей-психиатров. // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2013; 11(154). Выпуск 22: 6–12.

2. *Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P.* Job burnout. Annu. Rev. Psychol. 2001; 52: 397–422. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199211913.003.0005

3. *Болучевская В.В., Будников М.Ю.* Эмоциональное выгорание врачей как актуальная психологическая и медицинская проблема. // Вестник ВолгГМУ. 2012; 2(42): 6–9.

4. *West C.P., Dyrbye L.N., Shanafelt T.D.* Physician burnout: contributors, consequences and solutions. Journal of Internal Medicine. 2018; 283(6): 516–529. https://doi.org/10.1111/joim.12752
5. *Shanafelt T.D., Hasan O., Dyrbye L.N., Sinsky C., Satele D., Sloan J., West C.P.* Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general us working population between 2011 and 2014. Mayo Clin. Proc. 2015; 90:1600–1613. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023
6. *Сидоров П.И., Красильников А.В., Новикова И.А., Кузнецова А.А.* Деструктивный профессиогенез. // Экология человека; 2009; 5: 16–24.
7. *Dewa C.S., Jacobs P., Thanh N.X., Loong D.* An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. BMC Health Serv Res. 2014;14:254. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-254.
8. *Kushnir T., Greenberg D., Madjar N., Hadari I., Yermiahu Y., Bachner Y.G.* Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? Fam Pract. 2014; 31: 44–50. https://doi.org/10.1093/fampra/cmt060
9. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
10. *Куприянов Р.В., Кузьмина Ю.М.* Психодиагностика стресса: практикум. Министерство образования и науки РФ, Казанский государственный технологический университет. Казань: КНИТУ, 2012. 212 с.
11. *Козлов Д.А.* Как оказывать влияние на людей в жизни и бизнесе. Литагент «Эксмо»: 334eb225-f845–102a-9d2a-1f07c3bd69d8. Интернет-источник: https://www.libfox.ru/360452-dmitriy-kozlov-kak-okazyvat-vliyanie-na-lyudey-v-zhizni-i-biznese.html (Доступен от 03.06.2019 г.)
12. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Беребин М.А.* Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности её практическое применение. Методические рекомендации. Санкт-Петербург: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Лаборатория клинической психологии, 2004. – 28 с.
13. *Сунцова Я.С., Кожевникова О.В.* Диагностика профессионального становления личности: учебно-методическое пособие. Часть 3. Ижевск: Издательство «Удмуртский университет», 2012. – 144 с.

UDC 331.108.26

Moskvicheva L.I. ***The syndrome of professional emotional burnout in doctors of cancer institutions in Moscow: the prevalence and severity of the syndrome, the factors affecting its development*** *(P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute – branch of the National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation)*

Abstract. The health protection system plays an important role in preserving and developing the country's economic potential. Features of medical activity are a high degree of use of social contacts, its significant responsibility and stress. High requirements for doctors of professional, organizational and psychological nature contribute to the development of constant work stress, against which there is a decrease in the psychological adaptability of specialists, leading to the development of «professional burnout syndrome».
The purpose of this study is to assess the prevalence and severity of the syndrome in doctors who provide specialized high-tech medical care to patients with cancer, as well as to identify factors for the development of this syndrome.
This article presents the results of a survey of 58 doctors. High and extremely high levels of the syndrome were detected in 64% of respondents. Individual, organizational and social factors associated with the development of this condition are identified. As the main methods of prevention and control of this syndrome, preliminary and periodic assessment of the level of employee's susceptibility to organizational stress, the degree of their satisfaction with organizational factors of work, as well as the social environment is proposed.
The results obtained can help to optimize the process of working with personnel in medical organizations, as well as increase the productivity of medical workers.

Keywords: *syndrome of professional emotional burnout, doctors, oncology, organizational factors, quality of medical care, social consequences, health care system, human resource management system.*

К.Е. Моисеева,
к.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: karina-moiseeva@yandex.ru, ORCID: http://orcid.org/0000-0002-3476-5971
В.К. Юрьев,
д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: yuryev@inbox.ru, ORCID: http://orcid.org/0000-0001-6832-2426

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОШЕНИЕМ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОРГАНИЗАЦИЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

УДК 614.2

Моисеева К.Е., Юрьев В.К. ***Субъективная оценка удовлетворенности матерей новорожденных отношением среднего медицинского персонала организаций родовспоможения*** *(ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия)*

Аннотация. *Цель исследования.* Оценить удовлетворенность матерей новорожденных отношением среднего медицинского персонала в организациях родовспоможения мегаполиса.
Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 2949 матерей новорожденных в 4 организациях родовспоможения г. Санкт-Петербурга. Для оценки удовлетворенности матерей использованы методики, рекомендуемые ФФОМС. Математическая обработка данных проведена с использованием электронных таблиц «MS Office Excel 2010» и пакета статистических программ PASW STATISTICS.
Результаты исследования. Организации родовспоможения Санкт-Петербурга имеют «высокий уровень» интегрального показателя удовлетворённости отношением среднего медицинского персонала при оказании медицинской помощи новорожденным (77,4%), который в родильных домах выше, чем в перинатальных центрах (интегральный показатель (78,5% и 75,1% соответственно). Вне зависимости от уровня организации родовспоможения матери в большей степени были удовлетворены человеческими качествами среднего медицинского персонала, работающего с новорожденными («высокий уровень» по шкале ФФОМС). В меньшей степени матерей удовлетворило количество времени и внимания, которое медицинские сестры уделяли детям («средний уровень» по шкале ФФОМС). В отличие от родильных домов, при оценке деятельности медицинских сестер перинатальных центров на частую спешку и недостаточность уделяемого времени указали на 16,7% больше матерей, а на безразличное отношение больше на 32,3%. В целом 72,4% матерей оценили работу среднего медицинского персонала учреждений родовспоможения с новорождёнными на «отлично» и «хорошо» (в среднем на 4,03±0,07 балла), но в родильных домах респондентки чаще ставили оценку «хорошо» и реже ««удовлетворительно».
Выводы: Проведенное исследование показало высокую удовлетворенность матерей отношением среднего медицинского персонала к новорожденным в организациях родовспоможения мегаполиса вне зависимости от уровня оказания им медицинской помощи. Отношение медицинских сестер в родильных домах получило более высокую оценку, чем в перинатальных центрах.
Область применения результатов: разработка мероприятий организационного характера, направленных на повышение качества оказания медицинских услуг в организациях родовспоможения.

Ключевые слова: *организации родовспоможения, удовлетворенность матерей, новорожденные, средний медицинский персонал, уровень удовлетворенности.*

Введение

Возможность выбора медицинской организации для оказания медицинских услуг, которая появилась с приходом страховой медицины, дала существенный толчок к внедрению в их работу пациентоориентированной модели здравоохранения. Пациентоориентированность – это основной принцип организации процесса оказания медицинской помощи, при которых пациенты и медицинские работники несут равную ответственность за процесс и результаты оказания медицинской помощи [1–3]. Медицинская организация должна способствовать созданию благоприятных

© К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев, 2020 г.

условий для формирования этой модели, исходя из основных принципов управления качеством [4–5]. Индикатором пациентоориентированности, как корпоративной компетенции, является отношение персонала.

Развитие здравоохранения в Российской Федерации в значительной степени зависит от оптимальной численности, структуры и уровня профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических кадров [6, С. 53]. Степень удовлетворенности медицинской помощью напрямую зависит от уровня ожиданий пациентов и складывается из множества факторов, большинство из которых носит субъективный характер. Не вызывает сомнения, что именно работа медицинского персонала оказывает значительное влияние на восприятие пациентами функционирования всей системы здравоохранения. Вне зависимости от уровня медицинского учреждения, отношение медицинских работников является одним из ключевых аспектов в высокой оценке деятельности любой медицинской организации со стороны пациентов [7–8]. В процессе оказания медицинской помощи ведущая роль безусловно принадлежит врачам, однако без грамотной и слаженной работы среднего медицинского персонала оказание эффективной и качественной медицинской помощи невозможно. При оказании медицинской услуги внимание медсестры, в первую очередь, направлено на потребности пациента. Пациентоориентированность подразумевает субъект-субъектные отношения между медсестрой и пациентом [9–10].

В целях совершенствования государственной политики в сфере защиты детства Указом Президента РФ 2018–2027 годы в Российской Федерации объявлены «Десятилетием детства», в рамках которого разработан план основных мероприятий, включающий раздел «Здоровый ребёнок». Основными ожидаемыми результатами данного проекта являются повышение качества и доступности медицинской помощи детям. Однако, оценка качества оказания медицинской помощи новорожденным в большинстве случаев затруднена, так как она основана только на мнении родителей [11]. Таким образом, учитывая несомненный вклад организаций родовспоможения в будущее здоровье нации, изучение мнения матерей новорожденных может служить ориентиром для совершенствования организации медицинской помощи данной категории детей в условиях отработки пациенториентированной модели системы здравоохранения.

Материалы и методы

Настоящее исследование проводилось в городе федерального значения Санкт-Петербурге, который представляет собой отдельный Субъект Российской Федерации. Отличительная черта системы организации акушерской и перинатальной помощи Санкт-Петербурга – это отсутствие учреждений родовспоможения 1 уровня и наличие двух федеральных перинатальных центров 3Б уровня. По специально разработанным формам «Анкета матери новорожденного» методом случайной выборки было проведено анонимное анкетирование 2949 матерей новорожденных, получавших медицинскую помощь в организациях родовспоможения Санкт-Петербурга. Базами настоящего исследования послужили СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9», СПб ГБУЗ «Родильный дом № 16», перинатальный центр ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, перинатальный центр ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. В перинатальных центрах в анкетировании участвовало 1327 матерей (средний возраст 31,21±0,12 лет) в родильных домах – 1622 матери (средний возраст 29,94±0,11 лет). Матери самостоятельно заполняли анкету перед выпиской из медицинских организаций. Согласием участия в исследовании служило заполнение анкеты.

В настоящем исследовании было выполнено требование к достоверности исследований, предъявляемое ФФОМС к проведению социологических опросов (анкетированию) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования». Исходя из того, что ФФОМС в качестве базы проведения социологических опросов рекомендует выбирать по 2–4 медицинские организации каждого вида с учетом количества пролеченных больных и для получения наиболее полной (достоверной) информации опрашивать в них не менее 1200 статистических единиц наблюдения, то в данном исследовании это условие соблюдено [12–13].

В качестве генеральной совокупности было взято число родов в данных организациях родовспоможения в 2019 году. Объем выборки соответствовал исследованиям средней точности с доверительным коэффициентом 2 и вероятностью 0,954. Репрезентативность выборок была проверена по методике профессора А.М. Меркова, и ошибка в исследовании не превышает 2,3% в перинатальных центрах и 3,4% в родильных домах, что вполне допустимо. Матери самостоятельно заполняли анкету перед выпиской из медицинских организаций. Согласием участия в исследовании служило заполнение анкеты.

Для оценки удовлетворенности матерей новорожденных отношением среднего медицинского персонала в организациях родовспоможения в анкетирование были включены отдельные вопросы из рекомендованного ФФОМС статистического инструментария (анкеты) для проведения опроса (анкетирования) в стационарах. В ходе исследования было изучено отношение среднего медицинского персонала, которое включало три компонента. Первый – это оценка человеческих качеств медицинских сестер по отношению к новорожденным. Вторым компонентом была оценка матерями достаточности количества времени и внимания, которое средние медицинские работники уделяли их детям. Третьим компонентом являлась оценка матерями в целом работы среднего медицинского персонала с новорожденными в организациях родовспоможения в баллах.

Уровень удовлетворенности, согласно методическим рекомендациям ФФОМС, измерялся с помощью эмпирических индикаторов. Удельный вес суммы всех оценок «с вниманием и участием» и «не очень внимательно», а также «всегда уделяет ребенку достаточно времени и внимания» и «иногда уделяет недостаточно времени и внимания» находится в диапазоне: 0–25% – «низкий уровень»; 25–50% – «удовлетворительный уровень»; 50–75% – «средний уровень»; 75–100% – «высокий уровень». Интегральный показатель уровня удовлетворенности матерей отношением среднего медицинского персонала в организациях родовспоможения рассчитывался как полусумма уровней удовлетворенности человеческими качествами и достаточности времени и внимания, уделяемого медицинскими сестрами новорожденным.

Рассчитывались относительные величины частоты и распределения качественных показателей, средние арифметические значения количественных показателей и их стандартные ошибки. Различия между количественными показателями в группах оценивались посредством расчета t-критерия Стьюдента для независимых выборок. Математическая обработка данных проведена с использованием электронных таблиц «MS Office Excel 2010» и пакета статистических программ PASW STATISTICS.

Результаты

Первый критерий, который оценивали матери, были человеческие качества среднего медицинского персонала организаций родовспоможения. Оценка матерями человеческих качеств медицинских сестер организаций родовспоможения показала, что 54,2±0,75 из 100 матерей полагали, что медицинские сестры всегда были внимательны и участливы *(таблица 1)*. При этом 29,3±0,84 из 100 женщин считали, что они были не очень внимательны, а 10,9±0,57 из 100 респонденток полагали, что медсестры относились к пациентам с безразличием. На раздражительное и грубое отношение указали 2,9±0,31 матерей. Сравнительная оценка человеческих качеств среднего медицинского персонала организаций родовспоможения выявила, что в перинатальных центрах большее число матерей указывало на безразличное отношение медицинских сестер, чем в родильных домах (12,7±0,94 на 100 матерей против 8,6±0,70; t>2).

Доля матерей, указавших, что средний медицинский персонал относился к пациентам «с вниманием и участием» и «не очень внимательно» в целом в организациях родовспоможения составила 83,5%, в перинатальных центрах – 82,1%, в родильных домах – 85,6%, что по шкале оценки удовлетворенности ФФОМС соответствует «высокому уровню».

Вторым критерием оценки отношения сестринского персонала было количество времени и внимания, уделяемого новорожденным в организациях родовспоможения. Проведенное анкетирование показало,

Таблица 1

Оценка матерями человеческих качеств среднего медицинского персонала организаций родовспоможения

Характеристика	Перинатальные центры		Родильные дома		t	В целом	
	Абс.	P±m (на 100)	Абс.	P±m (на 100)		Абс.	P±m (на 100)
С вниманием и участием	701	53,9±1,37	899	55,4±1,23	<2	1600	54,2±0,75
Не очень внимательно	373	28,3±1,23	490	30,2±1,14	<2	863	29,3±0,84
С безразличием	182	12,7±0,94	139	8,6±0,70	>2	321	10,9±0,57
С раздражением и грубостью	37	2,6±0,45	49	3,0±0,42	<2	86	2,9±0,31
Затруднились ответить	34	2,5±0,44	45	2,8±0,41	<2	79	2,7±0,30

что 49,6±0,93 из 100 респонденток считали, что средний медицинский персонал всегда уделял пациентам достаточно времени и внимания *(таблица 2)*. Выявлено, что 19,7±0,72 из 100 матерей указали на частую спешку и недостаточность уделяемого времени и внимания со стороны медицинских сестер, а 6,9±0,47 из 100, что они совсем не уделяли новорожденным внимания. Сравнительная оценка количества времени и внимания, уделяемого средним медицинским персоналом детям, в зависимости от уровня организации родовспоможения, позволила установить, что в перинатальных центрах больший удельный вес матерей, чем в родильных домах считали, что медицинские сестры иногда уделяли недостаточно времени и внимания (19,5±1,08 против 23,4±1,05; t > 2). Однако, в родильных домах был больший, чем в перинатальных центрах, удельный вес матерей, которые считали, что медицинские сестры часто спешили, уделяли недостаточно времени и внимания (22,9±1,15 против 17,1±0,94; t > 2).

Доля матерей, полагавших, что медицинские сестры «всегда уделяли ребенку достаточно времени и внимания» и «иногда уделяли недостаточно времени и внимания» в целом в организациях родовспоможения составила 71,3%, в перинатальных центрах – 68,1%, в родильных домах – 73,8%, что соответствует «среднему уровню» (диапазон 50–75%).

Интегральный показатель уровня удовлетворенности матерей отношением среднего медицинского персонала в организациях родовспоможения показал, что в целом в данных учреждениях он был равен 77,4%, в перинатальных центрах – 75,1%, в родильных домах – 78,5%. То есть уровень удовлетворенности по оценочной шкале ФФОМС соответствует «высокому» во всех организациях родовспоможения вне зависимости от уровня оказания медицинской помощи новорожденному.

В ходе исследования матерям было предложено оценить в целом работу среднего медицинского персонала с новорожденными в баллах. Как видно из *таблицы 3*, большинство матерей оценили деятельность среднего медицинского персонала на «хорошо» (39,1±0,90 из 100 респонденток) и на «отлично» (33,3±0,87 из 100 респонденток). Однако, 25,0±0,81 из 100 опрошенных матерей поставили работе медицинских сестер организаций родовспоможения оценку «удовлетворительно», а 2,6±0,29 из 100 – «неудовлетворительно». Сравнительная оценка работы среднего медицинского персонала в баллах показала, что в родильных домах большая доля матерей, чем в перинатальных центрах поставили оценку «хорошо» (41,5±1,22 против 36,2±1,32; t > 2).

Статистически достоверная разница между средними оценками, поставленными матерями при оценке работы медицинских сестер с новорожденными в перинатальных центрах и родильных домах отсутствует (4,02±0,12 и 4,03±0,10 соответственно; t < 2).

Обсуждение

Взаимоотношение медицинского персонала с пациентами – это особая сфера, имеющая большое значение для здоровья пациентов. Сложность в деятельности всех медицинских работников состоит в том, что они общаются не с цифрами или предметами, а с живыми людьми. Именно поэтому от медсестры зависит очень многое [6, С. 54]. На протяжении дня она постоянно взаимодействует с пациентами. Это способствует формированию

Таблица 2

Оценка матерями количества времени и внимания, уделяемого средним медицинским персоналом новорожденным

Характеристика	*Перинатальные центры*		*Родильные дома*		*t*	*В целом*	
	Абс.	*P±m (на 100)*	*Абс.*	*P±m (на 100)*		*Абс.*	*P±m (на 100)*
Всегда уделяет ребенку достаточно времени и внимания	645	48,6±1,37	818	50,4±1,24	<2	1463	49,6±0,93
Иногда уделяет недостаточно времени и внимания, хотелось бы больше	259	19,5±1,08	380	23,4±1,05	>2	639	21,7±0,75
Часто спешит, уделяет недостаточно времени и внимания	304	22,9±1,15	277	17,1±0,94	>2	581	19,7±0,72
Совсем не уделяет внимания	94	7,1±0,73	110	6,8±0,63	<2	204	6,9±0,47
Затруднились ответить	25	1,9±0,45	37	2,3±0,39	<2	62	2,1±0,27

Таблица 3

Оценка матерями работы среднего медицинского персонала с новорожденными в целом в организациях родовспоможения по пятибалльной системе

Характеристика	*Перинатальные центры*		*Родильные дома*		*t*	*В целом*	
	Абс.	*P±m (на 100)*	*Абс.*	*P±m (на 100)*		*Абс.*	*P±m (на 100)*
Отлично	459	34,6±1,31	522	32,2±1,16	<2	981	33,3±0,87
Хорошо	481	36,2±1,32	673	41,5±1,22	>2	1154	39,1±0,90
Удовлетворительно	354	26,7±1,21	383	23,6±1,05	<2	737	25,0±0,81
Неудовлетворительно	33	2,5±0,43	44	2,7±0,40	<2	77	2,6±0,29
Средний балл	-	4,02±0,12	-	4,03±0,10	<2	-	4,03±0,07

особых отношений. При слишком лояльном отношении к пациентам (в плане выполнения рекомендаций и правил пребывания в стационаре), когда они не осознают всей важности советов и запретов, возможны случаи нарушения режима пребывания в стационаре. Поэтому нужно стремиться найти золотую середину между доброжелательностью и строгостью. Отличительной чертой деятельности среднего медицинского персонала в организациях системы охраны материнства и детства является поиск контакта как с детьми, так и с родителями [14–15], а в учреждениях родовспоможения, в первую очередь, с матерями новорожденных. В целом, более половины матерей (54,2±0,75 из 100) полагали, что медицинские сестры организаций родовспоможения относятся к детям с вниманием и участием, только 2,9±0,31 из 100 женщин указали на грубое и раздражительное поведение со стороны среднего медицинского персонала. Проведенная сравнительная оценка выявила, что матери оценили человеческие качества медицинских сестер в родильных домах несколько выше, чем в перинатальных центрах. Доля матерей, считавших, что средний медицинский персонал относился с вниманием и участием в родильных домах была выше, чем в перинатальных центрах на 2,7%, а полагавших, что они относились не очень внимательно – на 6,3%. На безразличное отношение указали на 32,3% меньше матерей, а на раздражительное и грубое поведение – на 13,3%.

Вторым компонентом была оценка матерями достаточности количества времени и внимания, которое медицинские работники уделяли их детям. Работа средних медицинских работников в организациях родовспоможения безусловно связана с высокой интенсивностью труда, особенно в условиях кадрового дефицита средних медицинских работников в организациях здравоохранения [16, С. 879]. Обращает на себя внимание тот факт, что человеческие качества средних медицинских работников были оценены выше, чем количество времени и внимания, которое они уделяли детям. На достаточное количество уделяемого времени и внимания новорожденным медицинскими сестрами указали 49,6±0,93 из 100 респонденток, а на то, что медицинские сестры совсем не уделяли новорожденным внимания – 6,9±0,47 из 100. По сравнению с перинатальными центрами в родильных домах было на 3,6% больше матерей, которые указали, что сестры всегда уделяли достаточно времени и внимания и на 16,7% больше респонденток, которые считали, что они только иногда уделяли недостаточно времени и внимания. В перинатальных центрах на 25,3% больше матерей полагали, что медицинские сестры часто спешили, уделяли недостаточно времени и внимания, и на 4,2%, что совсем не уделяли внимания.

Признание и успех медицинского работника зависят не только от профессионального, но и культурного уровня, знания вопросов медицинской этики, таких как взаимоотношения среднего медицинского работника с пациентом, его родственниками, врачебным персоналом, сохранением медицинской тайны и др. [6, 9, 17]. Все это в совокупности составляет основные аспекты деятельности медицинского персонала. Проведенная балльная оценка работы среднего медицинского персонала в организациях родовспоможения в целом показала, что две трети матерей оценили ее на «отлично» и «хорошо», а средний балл составил 4,03±0,07 балла. Однако 25,0±0,81 из 100 респонденток оценили ее на «удовлетворительно» и 2,6±0,29 из 100 – на «неудовлетворительно». Несмотря на то, что средняя оценка, как в перинатальных центрах, так и в родильных домах практически одинаковая, в перинатальных центрах матери на 6,6% чаще ставили оценку «отлично» и на 3,8% реже – «неудовлетворительно». Однако, в родильных домах респондентки на 12,8%

чаще ставили оценку «хорошо» и на 11,6% реже «удовлетворительно».

Оценка удовлетворенности отношением медицинского персонала в соответствии с рекомендациями ФФОМС показала, что показатель удовлетворенности человеческими качествами медицинских сестёр соответствует «среднему уровню», а показатель удовлетворенности матерей количеством времени и внимания, уделяемым средним медицинским персоналом новорожденным, – «высокому уровню». Тем не менее, интегральный показатель уровня удовлетворенности матерей отношением среднего медицинского персонала в организациях родовспоможения по шкале ФФОМС можно оценить, как высокий. При этом он как по первому, так и по второму компоненту, был выше в родильных домах, чем в перинатальных центрах на 4,1% и 4,4% соответственно, а интегральный показатель – на 4,3%.

Исходя из результатов исследования, следует, что в целом при довольно высокой оценке отношения среднего медицинского персонала в организациях родовспоможения мегаполиса работу медицинских сестер с новорожденными матери наиболее высоко оценили в родильных домах. Однако, исходя из своих функций, перинатальные центры оказывают консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь беременным, женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным и детям первых месяцев жизни с врожденной и перинатальной патологией, требующим оказания медицинской помощи в стационарных условиях, что оказывает значительное влияние на интенсивность работы медицинского персонала [16, 18]. Кроме того, оба изучаемых перинатальных центра являются образовательной базой для обучения студентов медицинских ВУЗов, которые работают в них по совместительству, что и могло негативно сказаться на оценке.

Выводы:

1. Организации родовспоможения Санкт-Петербурга имеют «высокий уровень» интегрального показателя удовлетворённости отношением среднего медицинского персонала при оказании медицинской помощи новорожденным (77,4%).

2. Удовлетворенность отношением медицинских сестер в родильных домах (интегральный показатель 78,5%) выше, чем в перинатальных центрах (интегральный показатель 75,1%).

3. Как в перинатальных центрах, так и в родильных домах, матери в большей степени были удовлетворены человеческими качествами среднего медицинского персонала («высокий уровень» по шкале ФФОМС), работающих с новорожденными, в меньшей степени – количеством времени и внимания, которое медицинские сестры уделяли детям («средний уровень» по шкале ФФОМС).

4. В отличие от родильных домов, при оценке деятельности медицинских сестер перинатальных центров, на частую спешку и недостаточность уделяемого времени указали на 16,7% больше матерей, а на безразличное отношение больше на 32,3%.

5. В целом, 72,4% матерей оценили работу среднего медицинского персонала учреждений родовспоможения с новорождёнными на «отлично» и «хорошо» (в среднем на 4,03±0,07 балла), но в родильных домах респондентки чаще ставили оценку «хорошо» и реже ««удовлетворительно».

Таким образом, несмотря на то, что проведенная оценка позволила установить высокую удовлетворенность отношением среднего медицинского персонала к новорожденным в организациях родовспоможения мегаполиса вне зависимости от уровня оказания им медицинской помощи, отношение медицинских сестер в родильных домах получило более высокую оценку, чем в перинатальных центрах.

Литература

1. *Калашников К.Н., Калачикова О.Н.* Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – № 2. – С. 130–142.

2. *Алексеева А.В.* Некоторые аспекты доступности медицинской помощи детскому населению // Детская медицина Северо-Запада. – 2018. – Т. 7. – № 1. – С. 18–19.

3. *Харбедия Ш.Д.* Стандартизация и статистический учёт в здравоохранении: Учебное пособие. – СПб.: СотисМед, 2018. – 228 с.

4. *Бразовская Н.Г., Деев И.А., Кобякова О.С., Богайчук П.М., Яровой Н.Д., Шнайдер Г.В., Бойков В.А., Барановская С.В.* Пациентоориентированный подход: анализ взаимосвязи оценки пациентами результативности медицинской помощи и условий её оказания [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения 2019; 65(5):1. Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1097/30/lang,ru/

5. *Мурашко М.А.* Инновационные подходы к обеспечению качества в здравоохранении // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 6. – С. 5–9.
6. *Малеева Н.П., Павленко Т.Н., Дмитриева М.К., Заришняк Н.В., Кацова Г.Б.* Формирование синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер различного профиля // Здоровье и образование в XXI веке. – 2019. – № 5. – С 53–56.
7. *Артемьева М.А.* Удовлетворенность пациентов медицинской помощью в различных условиях ее предоставления // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2017. – № 3. – С. 389–399.
8. *Садовой М.А., Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Табакаев Н.А., Тюфилин Д.С. и др.* Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – Т. 16. – № 1. – С. 152–161.
9. *Бернатович О.А.* Как разработать и внедрить СОПы для сестренской службы: комплект документов // Главная медицинская сестра. – 2018. – № 8. – С. 14–23.
10. *Гарина И.Б., Плутницкий А.Н., Гуров А.Н.* Основные направления анализа причин неудовлетворенности населения медицинской помощью на основе обращений граждан и независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 10. – С. 13–23.
11. Указ Президента Российской Федерации от 29.05.2017 г. № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства». Режим доступа: http://www.kremlin.ru/acts/bank/41954.
12. Приказ ФФОМС от 29 мая 2009 года № 118 «Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования» (с изменениями на 26.04.2012). Режим доступа: https://base.garant.ru/4188975/.
13. Приказ ФФОМС от 11 июня 2015 года № 103 «Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования». Режим доступа: http://docs.cntd.ru/document/420293573.
14. *Рыбкина Н.Л.* Методологические проблемы качества оказания медицинской помощи новорожденным // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № S. – С. 502–503.
15. *Moiseeva K.E., Ivanov D.O., Yurev V.K., Alekseeva A.V., Glushchenko V.A., Kharbediya Sh.D.* Some assessment results of the medical care for newborns. Archivos Venezolanos de Farmacologiay Terapeutica. – 2019. – Vol. 38. – № 3. – P. 192–195.
16. *Иванов Д.О.* Руководство по перинатологии. – СПб.: Информнавигатор, 2019. – 1519 с.
17. *Стародубов В.И., Ступак В.С., Филькина О.М., Сенькевич О.А., Воробьева Е.А.* Социологические исследования как индикатор качества медицинской помощи в системе непрерывной профилактики перинатальной патологии [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения 2012; 4 (26). Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/414/30/lang,ru/.
18. *Калашников К.Н., Калачикова О.Н.* Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – № 2. – С. 130–142.

UDC 614.2

Moiseeva K.E., Yuryev V.K. ***Subjective assessment of satisfaction of mothers of newborns with the attitude of paramedical personnel of obstetric care organizations*** *(St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia)*

Abstract. *Purpose.* To assess the satisfaction of mothers of newborns with the attitude of paramedical personnel in obstetric care organizations of the metropolis.
Methods. An anonymous survey of 2949 mothers of newborns was conducted in 4 obstetric care organizations in St. Petersburg. To assess the satisfaction of mothers, the methods recommended by FFOMS were used. Mathematical data processing was carried out using spreadsheets "MS Office Excel 2010" and the statistical software package PASW STATISTICS.
Results. The obstetric care organizations of St. Petersburg have a "high level" of an integral indicator of satisfaction with the attitude of paramedical personnel in providing medical care to newborns (77.4%), which is higher in maternity hospitals than in perinatal centers (integral indicator (78.5% and 75.1%, respectively.) Regardless of the level of organization of obstetric care, mothers were more satisfied with the human qualities of the paramedical staff working with newborns ("high level" on the FFOMS scale). Motors were less satisfied with the amount of time and attention that nurses paid to children ("average level" according to the FFOMS scale). In contrast to maternity hospitals, when assessing the activities of nurses of perinatal centers, 16.7% more mothers were indicated in the rush and insufficient time, and 32 more were indifferent, 3%. Overall, 72.4% of mothers rated the work of secondary medicine the maternity staff of obstetric institutions with newborns was "excellent" and "good" (on average 4.03 ± 0.07 points), but in maternity hospitals the respondents more often rated "good" and less often "satisfactory".
Conclusions. The study showed a high satisfaction of mothers with the attitude of paramedical personnel to newborns in obstetric organizations of a megalopolis, regardless of the level of medical care provided to them. The attitude of nurses in maternity hospitals was rated higher than in perinatal centers.
Scope of the results. Development of organizational measures aimed at improving the quality of medical services in obstetric care organizations.

Keywords: *organization of obstetric care, maternal satisfaction, newborns, nursing staff, level of satisfaction.*

Ю.В. Михайлова,
д.м.н., профессор, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: mikhaylova@mednet.ru
С.Б. Пономарев,
д.м.н., профессор, Научно-исследовательский институт ФСИН России, г. Москва, Россия, e-mail: docmedsb@mail.ru
В.Е. Полищук,
Научно-исследовательский институт ФСИН России, г. Москва, Россия, e-mail: vera26@rambler.ru
А.А. Бурт,
к.м.н., Научно-исследовательский институт ФСИН России, г. Москва, Россия, e-mail: albinaburt@mail.ru
Д.С. Пономарев,
Научно-исследовательский институт ФСИН России, г. Москва, Россия, e-mail: ponomarev.dmitry1990@mail.ru

К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ В ПЕНИТЕНЦИАРНОМ СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2: 654.01

Михайлова Ю.В., Пономарев С.Б., Полищук В.Е., Бурт А.А., Пономарев Д.С. ***К вопросу о целесообразности информатизации деятельности по иммунопрофилактике в пенитенциарном секторе здравоохранения*** *(Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России; Научно-исследовательский институт ФСИН России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. В статье раскрыта одна из важных проблем пенитенциарного и гражданского секторов здравоохранения – применение информационных систем в деятельности по иммунопрофилактике. В обзоре проведен анализ программных комплексов, которые осуществляют автоматизированное управление иммунизацией в настоящее время, и установлено, что внедрение таких программных продуктов в практику работы пенитенциарного здравоохранения должно проводиться с учетом специфики организации медицинской деятельности уголовно-исполнительной системы.

Ключевые слова: *информатизация, пенитенциарная медицина, медицинская информационная система, иммунизация, пациент.*

Предупреждение заболеваний посредством иммунопрофилактики является одной из важнейших сфер деятельности здравоохранения, в том числе и пенитенциарного [1–3]. Существенными проблемами предметной области иммунопрофилактики в пенитенциарном секторе здравоохранения являются количественный анализ состояния коллективного иммунитета осужденных, сотрудников и иных категорий граждан, ответственность за своевременную и адекватную вакцинацию которых возложена на медико-санитарные части ФСИН, а также осуществление планирования прививок и контроль за выполнением плана.

Автоматизация деятельности по иммунопрофилактике в пенитенциарном секторе здравоохранения – задача, которая сложна, прежде всего, с организационной точки зрения [2, 4]. Среди остроактуальных проблем в этой сфере следует выделить, как наиболее значимые, проблему недостаточного охвата профилактическими прививками, а также проблему так называемой «гипериммунизации». Обе проблемы проистекают из

© Ю.В. Михайлова, С.Б. Пономарев, В.Е. Полищук, А.А. Бурт, Д.С. Пономарев, 2020 г.

недостатка объективной информации – ее неполноты либо некачественности. Информатизация иммунизации позволяет эффективно управлять информационными потоками и обеспечивает медицинских работников всей полной информацией об индивидуальном плане прививок по каждому пациенту.

Следует особо отметить, что информатизация деятельности по иммунопрофилактике в пенитенциарном секторе здравоохранения должна строго базироваться на действующих нормативно-правовых актах (НПА), которыми являются:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

3. Приказ Минюста России от 28.12.2017 № 285 «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы».

4. Приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

5. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 04.06.2008 № 34 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2367–08» (вместе с «СП 3.3.2367–08. Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней. Санитарно-эпидемиологические правила»).

6. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.02.2016 № 19 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2.3332-16 «Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов».

Требования, установленные перечисленными выше нормативно-правовыми актами, составляют основу технического задания, которое в обязательном порядке разрабатывается для закупки любого программного комплекса, обеспечивающего информатизацию деятельности по иммунизации.

Пункт 15 Приложения 2 к «Комплексной программе по совершенствованию ведомственного контроля за обеспечением инфекционной безопасности, профилактикой внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции и профессионального заражения ВИЧ-инфекцией в учреждениях уголовно-исполнительной системы», утвержденной распоряжением ФСИН России от 09.10.2017 № 256-р, предусматривает обеспечение учета и планирования прививок путем внедрения автоматизированной системы управления иммунизацией. В настоящее время практически в каждой региональной медицинской информационной системе встроены подобные подсистемы управления иммунизацией, которые соответствуют действующему законодательству в сфере иммунопрофилактики в полном объеме [5, 6, 7]. При этом внедрение одного из таких ПК в практику работы медико-санитарных частей ФСИН России должно проводиться с учетом следующих институциональных особенностей пенитенциарного здравоохранения:

1. Подсистемы управления иммунизацией разработаны для внедрения в региональных медицинских информационных системах, формирование которых происходит в рамках национального проекта «Здравоохранение», паспорт которого был утвержден по итогам заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24.12.2018, где предусмотрена реализация федерального проекта «Создание единого цифрового контура здравоохранения на основе ЕГИСЗ». Следует подчеркнуть, что информатизация пенитенциарного сектора здравоохранения и само создание информационной системы медицинской деятельности уголовно-исполнительной системы (МИС УИС) находится лишь на стадии разработки концепции [3, 8, 9]. Соответственно, объективно невозможно обеспечить совместимость существующих программных комплексов управления иммунизацией и еще не сформированной МИС УИС. При этом в разрабатываемой концепции МИС УИС предусмотрено создание и функционирование Подсистемы санитарно-эпидемиологического мониторинга, включая иммунизацию и вакцинопрофилактику. Логично предположить, что в случае если автоматизированная система управления иммунизацией будет закуплена и внедрена в деятельность медико-санитарных частей ФСИН России до разработки МИС УИС, то программный комплекс управления иммунизацией и подсистема санитарно-эпидемиологического мониторинга МИС УИС неизбежно будут дублировать друг друга, что приведет к дополнительным и неэффективным затратам как бюджетных средств на внедрение и обслуживание программного обеспечения, так и трудовых ресурсов.

2. По данным на 1 августа 2019 года, средняя стоимость ПК управления иммунизацией составляет 55 000,00 рублей за одно рабочее место. Необходимо отметить, что структура медицинской службы

в рамках уголовно-исполнительной системы подразумевает наличие в каждом территориальном органе Российской Федерации медико-санитарной части, являющейся учреждением здравоохранения Федеральной службы исполнения наказаний России. При этом ряд медико-санитарных частей обслуживают несколько территориальных органов ФСИН России в связи с немногочисленным количеством исправительных учреждений контингента. Сама структура одной медико-санитарной части представлена филиалами, разбросанными территориально по всему обслуживаемому региону, располагаясь на территориях следственных изоляторов, исправительных учреждений, поэтому в каждый филиал необходима установка отдельного программного комплекса. Предполагается, что программное обеспечение по управлению иммунизацией будет внедрено в 638 филиалах медико-санитарных частей ФСИН России и 74 центрах гигиены и санитарно-эпидемиологического надзора при медико-санитарных частях ФСИН России. Таким образом, начальная максимальная цена контракта составит более 38 миллионов рублей. Следует также учитывать, что указанные затраты не предусматривают закупку необходимого дополнительного коммутирующего оборудования, серверов, АРМ, затрат на обучение медицинского персонала, а также увеличения пропускной способности существующих каналов связи либо организацию новых каналов [2, 3, 10]. Кроме того, практика эксплуатации аналогичных информационных систем показывает, что расходы на обслуживание уже готовой информационной системы обычно сопоставимы с расходами на ее создание. Соответственно, возникает необходимость оценить экономическую целесообразность внедрения автоматизации иммунопрофилактики в уголовно-исполнительной системе. Следует отметить, что любой программный комплекс управления иммунизацией разрабатывался для эффективной организации работы по иммунопрофилактике, прежде всего, в поликлиническом звене гражданского сектора здравоохранения. При этом, согласно приказу Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, рекомендуемая численность прикрепленного населения только на одном терапевтическом участке составляет 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше, а средняя численность обслуживаемого населения в городской поликлинике по данным статистики – 12000–25000 человек. Таким образом, в относительных цифрах подушевое финансирование на внедрение программного комплекса управления иммунизацией в поликлиническом звене составляет около 3 рублей на человека. Беря во внимание, что средняя численность осужденных в исправительном учреждении зачастую не может быть сопоставлена даже с численностью прикрепленного населения на одном терапевтическом участке, подушевое финансирование на внедрение аналогичных программных комплексов в филиалах медико-санитарных частей ФСИН России составит около 50 рублей на человека, что в 16 раз превышает затраты гражданского сектора и не может быть признано эффективным расходованием бюджетных средств. Что касается детского населения, то приказом Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2012 № 366н для них рекомендованы штатные нормативы в размере 800 детей на одном педиатрическом участке, а фактическая численность детского населения нередко достигает 1200 человек на одном участке и примерно 12000–25000 детей в объеме одной детской поликлиники. Численность детей в домах ребенка ФСИН России на данный момент не превышает 600 человек в масштабах всей страны, а общая численность подростков в воспитательных колониях – 1400 человек. Данное количество детей располагается в 13 домах ребенка и 21 воспитательной колонии соответственно. В каждом из этих учреждений необходим отдельный программный комплекс, то есть 34 комплекса. Таким образом, финансирование на внедрение автоматизированных программ на одного ребенка 0–4 лет составит 1100 рублей, а на подростка 14–18 лет – около 800 рублей. Фактически осуществление автоматизации деятельности по иммунопрофилактике по аналогии с гражданским здравоохранением приведет к нарушению требований статьи 34 Бюджетного кодекса Российской Федерации от 31.07.1998 № 145-ФЗ о необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств.

3. Большинство подсистем управления иммунизацией содержат избыточные функции и модули. Так, среди подсистем ПК «Управление Иммунизацией» 7.0 разработчик указывает модуль «Склад медицинских иммунобиологических препаратов». Данный модуль предназначен для ведения учёта медицинских иммунобиологических препаратов как на уровне медицинского учреждения, так и для вышестоящих инстанций. Данный модуль разрабатывался с учётом требований к «холодовой цепи» согласно СП 3.3.2.1248-03. Аналогичные модули есть и в других программных комплексах, представленных на рынке. При этом уже в настоящее время в каждой медико-санитарной части ФСИН России введена система

персонифицированного учета лекарственных средств (в основном на базе 1С: Медицина. Больничная аптека). В рамках персонифицированного учета информация о медицинских иммунобиологических препаратах (как и других препаратах из списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов), предусмотренная действующим законодательством, вносится в используемую медико-санитарными частями ФСИН России программу. Соответственно, модуль склада медицинских иммунобиологических препаратов является дублирующим по отношению к уже используемому программному обеспечению. Рассматривая же данный модуль с точки зрения требований к «холодовой цепи» согласно СП 3.3.2.1248–03, нельзя не признать формальный характер собираемой таким образом информации в связи с тем, что температурный режим заносится не с датчиков, а оператором вручную.

4. Также следует учитывать, что любое программное обеспечение по управлению иммунизацией предполагает, что деятельность по вакцинопрофилактике осуществляется в условиях преемственности информации между медицинскими учреждениями [11, 12, 13, 14]. Специфика работы медико-санитарных частей ФСИН России обусловлена тем, что большая часть осуждённых (в том числе и воспитанников воспитательных колоний) относится к социально неблагополучным слоям населения [15, 16], в связи с чем работа по иммунизации организуется в условиях неполной информации об индивидуальных мероприятиях по иммунопрофилактике, а зачастую в ее отсутствии, что не позволит в полном объеме использовать возможности программного обеспечения по управлению иммунизацией. В качестве исключения могут быть указаны дома ребенка ФСИН России, где работа по вакцинопрофилактике может проводиться в условиях полной и объективной информации по каждому пациенту. Соответственно, именно в этих учреждениях информатизация управления иммунизацией может быть рекомендована к внедрению [17, 18].

Вакцинация в условиях уголовно-исполнительной системы зачастую производится с учетом особых случаев, применимых для подведомственного ФСИН России контингента: подозреваемые, обвиняемые и осужденные, в том числе ВИЧ-инфицированные; воспитанники воспитательных колоний; дети, содержащиеся с матерями в домах ребенка при женских исправительных колониях, в том числе рожденные от ВИЧ-инфицированных женщин; сотрудники уголовно-исполнительной системы.

При проведении иммунизации в условиях уголовно-исполнительной системы необходимо подразумевать обязательное обследование контингента на наличие ВИЧ-инфекции. Кроме того, иммунизация детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей требует особого подхода: с одной стороны, вакцинация им проводится в рамках Национального календаря, однако необходимо учитывать, что прививать вакциной БЦЖ детей инфицированных ВИЧ матерей до выяснения их ВИЧ-статуса вообще не рекомендуется, а вакцинация живыми вакцинами проводится только детям с ВИЧ-инфекцией с 1-й и 2-й иммунными категориями (отсутствие иммунодефицита или умеренный иммунодефицит). В остальном вакцинация детей, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией и получивших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, практически не имеет отличий, и иммунизация для профилактики туберкулеза проводится вакцинами для щадящей первичной вакцинации – БЦЖ-м.

Следующий момент, который необходимо учитывать при вакцинации подведомственного ФСИН России контингента – это то, что как воспитательные колонии, так и дома ребенка ФСИН России являются закрытыми учреждениями пребывания детей. Поэтому вакцинация им проводится с учетом высокой контагиозности, скученности контингента. Именно эта категория детей обозначается как группа риска как в связи со своим социальным статусом, так и с возможным латентным иммунологическим статусом и высоким проэпидемичиванием. Так, к примеру, вакцинация от полиомиелита должна проводиться им только полным курсом инактивированной полиомиелитной вакцины. Это объясняется возможным ослабленным иммунным статусом пребывающих в одном помещении детей и потенциальной возможностью развития у них вакциноассоциированного полиомиелита. В отношение других иммунизаций необходимо отметить целесообразность проведения третьей вакцинации от гепатита В по календарю профилактических прививок этим детям и подросткам как детям группы риска. Согласно рекомендациям ВОЗ детям закрытых коллективов также желательно получать вакцинацию против менингококковой инфекции. В обязательном порядке им должна проводиться вакцинация от гепатита А по эпимиологическим показаниям. Кроме того, важно, чтобы дети домов ребенка ФСИН России получили полноценную вакцинацию от гемофильной инфекции, желательно в составе многокомпонентных вакцин, которые являются сравнительно дорогостоящими и не всегда закупаются для вакцинации

групп риска в муниципальных и государственных медицинских организациях. Нередко врачу-педиатру приходится решать вопросы, связанные с наличием сопутствующей патологии. Здесь необходимо опираться на современные рекомендации, при которых вакцинация лиц особых групп достигается лечением патологических состояний, выводом больного в ремиссию, поддерживающей терапией, когда будет возможно провести вакцинацию [19]. При хронических заболеваниях, которым несвойственны обострения (анемия, гипотрофия, рахит, гипоксические и ишемические поражения центральной нервной системы и тд.) следует привить ребенка, а затем назначить или продолжить лечение. То же самое в случае необоснованных медицинских отводов от вакцинации. Когда имеются временные противопоказания к иммунизации, необходимо указывать реальный срок и избегать неопределенных сроков для регистрации в программном комплексе.

Осужденным, производящим сельскохозяйственные, строительные, заготовительные работы, а также работы по перемещению и выемке грунта, по лесозаготовке и другие, осуществляющим их на эндемичных по клещевому энцефалиту территориях, необходима вакцинация против клещевого энцефалита. Аналогичное показание относится и к сотрудникам уголовно-исполнительной системы.

Таким образом, на практике врачи уголовно-исполнительной системы сталкиваются с целым рядом особенностей иммунизации подведомственного ФСИН России контингента, что требует отражения в программных комплексах управления вакцинопрофилактикой. Перечисленные выше особенности информатизации управления иммунизацией в условиях пенитенциарного здравоохранения не позволяют сделать однозначный вывод о необходимости внедрения существующих в настоящее время программных комплексов по управлению иммунизацией во всех медицинских учреждениях уголовно-исполнительной системы. При этом не подвергается сомнению сама необходимость внедрения программных комплексов автоматизации иммунизации особенно в домах ребенка ФСИН России. Обязательным условием соблюдения требований и действующего законодательства в сфере иммунопрофилактики, и законодательства о закупках, и Бюджетного кодекса РФ будет разработка и внедрение программного продукта, учитывающего в полном объеме специфику деятельности по иммунопрофилактике в уголовно-исполнительной системе и встроенного в качестве подсистемы в МИС УИС.

Литература

1. *Михайлова Ю.В., Лебедев Г.С.* Проблемы информатизации здравоохранения и их решения на современном этапе // Развитие информационных технологий и проблемы управления здоровьем и здравоохранением. – 2006. – С. 12–19.

2. *Пономарев С.Б., Приклонский А.П.* Некоторые аспекты информатизации управления в медицинских учреждениях уголовно-исполнительной системы // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2016. – № 10 (173). – С. 26–28.

3. *Горохов М.М., Пономарёв С.Б.* теоретическое обоснование и перспективы информатизации управления медицинской службой ФСИН России // В сборнике: Актуальные вопросы информатизации Федеральной службы исполнения наказаний на современном этапе развития уголовно-исполнительной системы сборник материалов круглого стола. ФКУ «Научно-исследовательский институт информационных технологий ФСИН». – 2018. – С. 61–65.

4. *Михайлова Ю.В., Пономарев С.Б., Полищук В.Е.* К вопросу о разработке концепции информатизации медицинской службы уголовно-исполнительной системы Российской Федерации // Врач и информационные технологии. – 2019. – № 2. – С. 74–79.

5. *Гусев А.В.* Проблемы обучения пользователей медицинской информационной системы // Врач и информационные технологии. – 2007. – № 4. – С. 124–131.

6. *Ежова Т.В.* Информационные технологии на службе здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 3. – С. 30–34.

7. *Ковалев В.П.* Использование информационных технологий в совершенствовании медицинского обслуживания населения // Автореф. дисс к.м.н., 2012. – 16 с.

8. *Черноусов А.Е., Белякова Е.А., Пономарев С.Б.* Применение облачных технологий как способ совершенствования информатизации управления медицинскими учреждениями уголовно-исполнительной системы России // Вестник ИжГТУ им. М.Т. Калашникова. – 2016. – Т. 19. – № 3. – С. 58–61.

9. Разработка автоматизированной системы мониторинга медико-санитарного обеспечения Федеральной службы исполнения наказаний Половникова А.А., Туленков А.М., Пономарев С.Б., Тененев В.А., Тоцкий С.И. // В сборнике: Место и роль уголовно-исполнительной системы в механизме российского государства: материалы

межвузовской научно-практической конференции, 10 марта 2011 г. – Федеральная служба исполнения наказаний, Самарский юридический институт; [под общ. ред. Р.А. Ромашова]. Самара. – 2011. – С. 176–179.
10. *Тененев В.А., Сергиенко А.С., Тоцкий С.И.* Исследование критерия эффективности медицинского обслуживания для оптимизации сети медицинских частей учреждений территориального органа ФСИН России // Интеллектуальные системы в производстве. – 2007. – № 1(9). – С. 85–99.
11. *Аверьянова Е.Л., Горохов М.М., Пономарев С.Б., Пономарева А.С.* Проблемы информационного мониторинга социально значимых заболеваний (на примере ВИЧ-инфекции в уголовно-исполнительной системе) // Печатный двор «Стерх», 2016. – 115 с.
12. *Романов К.А., Сполохова М.А., Пономарев С.Б.* Современные информационные технологии в уголовно-исполнительной системе России // Вестник ИжГТУ им. М.Т. Калашникова. – 2013. – № 2. – С. 134–136.
13. *Романов К.А., Переведенцев Д.А., Благодатский Г.А., Горохов М.М., Пономарев С.Б.* Оптимизация информатизации управления в системе здравоохранения // Вестник ИжГТУ им. М.Т. Калашникова. – 2014. – № 2. – С. 140–143.
14. *Иванов Е.В., Половникова А.А., Пономарев С.Б., Горохов М.М., Александров А.Б.* Разработка медицинской информационной системы мониторинга здоровья людей в молодом и юношеском возрасте // В сборнике Современный мир, природа и человек: Межвузовский сборник научных работ с материалами трудов участников V международной телеконференции «Фнудаментальные науки и практика». Под ред. профессора Н.Н. Ильинских. – 2011. – С. 107.
15. *Бурт А.А., Давыдова Н.В.* Проблемные вопросы оказания медицинской помощи несовершеннолетним осужденным // Вестник Пермского института ФСИН России. – 2015. – № 3 (18). – С. 4–11.
16. *Половникова А.А., Давыдова Н.В.* Оценка состояния здоровья осужденных в воспитательных колониях, участвующих в эксперименте по апробации модели воспитательного центра // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2013. – № 4 (131). – С. 28–33.
17. *Бурт А.А., Давыдова Н.В.* Оценка эффективности содержания матери и ребенка в домах ребенка, организованных при исправительных учрждениях ФСИН России // В сборнике: Проблемы исполнения наказаний и ресоциализация женщин, осужденных к лишению свободы: сборник межрегиональной научно-практической конференции. – 2016. – С. 8–12.
18. Анализ состояния здоровья детей в домах ребенка, организованных при исправительных учреждениях ФСИН России Половникова А.А., Ларионова И.И., Давыдова Н.В., Пономарев С.Б. Москва, 2013. – 102 с.
19. *Таточенко В.К., Озерецковский Н.А.* Иммунопрофилактика-2018: справочник, 13-е издание, расширенное. Москва: Боргес, 2018. – 266 с.

UDC 614.2: 654.01

Mihailova Yu.V., Ponomarev S.B., Polishchuk V.E., Burt A.A., Ponomarev D.S. ***On the issue of the feasibility of the immunization informatization in penitentiary medicine*** *(Central Research Institute for Organization and Informatization of Health, Federal State Institution Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, Moscow, Russia)*

Abstract. The article highlights the use of information systems in immunization as one of the important problems of the penitentiary and civil healthcare sectors. It analyzes the existed software systems for automated immunization management and helpes to make conclusion that the implementation of such software products into the practice of penitentiary health care should be carried out taking into account all the specifics of the organization of medical activity in the penitentiary system.

Keywords: *informatization, penitentiary medicine, medical information system, immunization, patient.*

С.И. Кузнецов,
к.м.н., Самарская областная клиническая станция переливания крови, г. Самара, Россия,
e-mail: camospk@mail.ru, ORCID: http://orcid.org/0000-0003-4302-8946
Е.Г. Аверьянов,
Саратовская областная клиническая станция переливания крови, г. Саратов, Россия,
e-mail: donor64@bk.ru, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0027-3976
Е.А. Шестаков,
д.м.н., доцент, Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия,
e-mail: shestakovea@pirogov-center.ru, ORCID: http://orcid.org/0000-0003-1214-4493
Е.Б. Жибурт,
д.м.н., профессор, Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия,
e-mail: ezhiburt@yandex.ru, ORCID: http://orcid.org/0000-0002-7943-6266

ЦИФРОВОЙ МОНИТОРИНГ ОТНОШЕНИЯ К ДОНОРСТВУ КРОВИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

УДК 616.411

Кузнецов С.И., Аверьянов Е.Г., Шестаков Е.А., Жибурт Е.Б. ***Цифровой мониторинг отношения к донорству крови в период пандемии COVID-19*** *(Самарская областная клиническая станция переливания крови, г. Самара; Саратовская областная клиническая станция переливания крови, г. Саратов; Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Провели поиск в Google Trends, используя термины на русском и английском языках: «коронавирус», «переливание крови», «переливание плазмы», «сдать кровь». Объект исследования – запросы, поданные с 15 февраля по 25 мая 2020 года в мире, России и США. Выявили соответствующие ажиотажному спросу на плазму доноров – реконвалесцентов COVID-19 аномальные увеличения запросов в США: а) по «переливание плазмы» – 30 марта – 2 мая, б) по «сдать кровь» 17 марта – 7 апреля. Исследованные российские показатели Google Trends соответствуют уверенной работы службы крови, в период пандемии решившей основную задачу – обеспечение лечебных организаций эффективными и безопасными компонентами донорской крови. Эти данные служат дополнительным доказательством различий научной обоснованности работы службы крови развитых стран и показывают, что Google Trends может служить инструментом для отслеживания тенденций в донорстве крови.

Ключевые слова: *кровь, переливание крови, безопасность, пандемия, COVID-19, заготовка крови, служба крови, Google Trends.*

Введение

Цифровые технологии помогают повысить качество решений в здравоохранении [Карпов О.Э., 2017; Бродский А.В., 2018], в том числе в управлении организацией донорства, получения и применения компонентов крови. В период пандемии нового коронавируса 2019 года SARS-CoV-2 (инфекции COVID-19) служба крови столкнулась с сокращением традиционных потоков доноров, изменением потребности лечебных организаций в крови [Кузнецов С.И., 2020].

В развитии концепции «электронного здоровья» (e-health) с целью описания новой технологии мониторинга веб-данных и добычи (майнинга) данных используют термины «инфодемиология» и «инфонадзор» [Mavragani A., 2020].

Электронный инструмент Google Trends (https://trends.google.com/), отображающий относительный интерес к поиску терминов в течение определенного периода, недавно стал инструментом для изучения временных тенденций в трансфузиологии [Vasovic L.V., DeSimone R.A., 2019; Hartmann J., 2020]. Действующий статистический инструментарий, несмотря на совершенствование

© С.И. Кузнецов, Е.Г. Аверьянов, Е.А. Шестаков, Е.Б. Жибурт, 2020 г.

[Жибурт Е.Б., 2014], позволяет провести анализ работы службы крови России лишь по итогам года [Султанбаев У.С., 2015], а в США значительно позднее – анализ годовой работы выходит не ранее, чем спустя 2 года [Жибурт Е.Б., 2017].

Цель работы: оценить возможность использования Google Trends для оперативного анализа тенденций развития донорства в период пандемии инфекции COVID-19.

Методы

Провели поиск в Google Trends, используя термины на русском и английском языках: «коронавирус», «переливание крови», «переливание плазмы», «сдать кровь». Объект исследования – запросы, поданные с 15 февраля по 25 мая 2020 года в мире, России и США.

Результаты анализировали с использованием описательной статистики (t-критерий Стьюдента) при уровне значимости 0,05.

Результаты

В отсутствие специфической терапии высказали гипотезу об эффективности пассивной иммунотерапии – переливания плазмы выздоровевших от новой коронавирусной инфекции, в расчете на то, что содержащиеся в плазме донора антитела нейтрализуют вирус в организме реципиента. Переливание плазмы ведёт к известным побочным эффектам [Жибурт Е.Б., 2019], соответственно обсуждаемый способ ее применения возможен лишь в рамках исследовательских клинических апробаций.

Национальный проект расширенного доступа к плазме реконвалесцентов в США начал заготовку и переливание плазмы 3 апреля, к 22 мая в него включено 19956 пациентов, 14791 из которых получили плазмотрансфузию.

2 апреля в Google Trends наблюдали максимальное количество запросов по «переливанию плазмы», которое приняли за 100 баллов *(рис. 1)*. Достаточно устойчиво с 30 марта до 2 мая количество запросов по переливанию плазмы превышало 60 баллов. В этот период количество запросов (средняя ± стандартное отклонение) 73,0±12,0 значимо превышало аналогичный показатель в:

- предыдущий период, 38,1±9,1 (t=14,6, p<0,01);
- последующий период, 44,5±8,5 (t=9,3, p<0,01).

При этом запросы на «переливание крови» находились в стабильном диапазоне от 20 до 60 баллов *(рис. 1)*.

Спад количества запросов на переливание плазмы можно связать с созданием существенных запасов, удовлетворением потребности клиник и переходом на плановую заготовку плазмы реконвалесцентов в качестве сырья для производства специфического иммуноглобулина *(рис. 2)*.

Динамика активности запросов «коронавирус» в обеих странах носила характер резкого пика с плавным спадом *(рис. 3)*. Максимальная активность запросов также аналогично развивалась накануне подъема заболеваемости.

Различной тактике рекрутирования доноров в России и США соответствует динамика запросов «сдать кровь» *(рис. 4)*, в которой можно выделить 3 периода *(таблица 1)*.

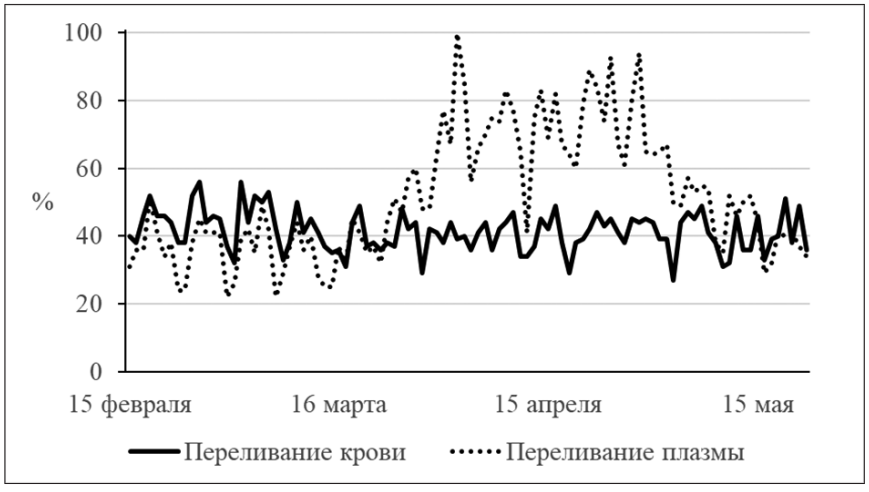


Рис. 1. **Динамика поисковых запросов «переливание крови» и «переливание плазмы»**

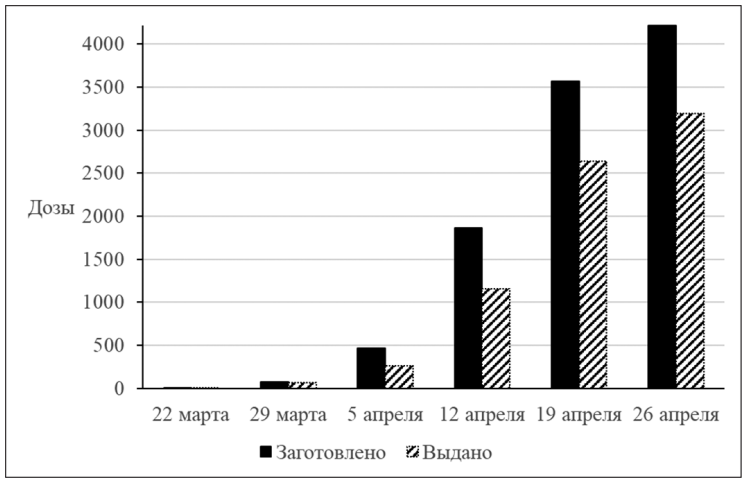


Рис. 2. **Заготовка и выдача плазмы реконвалесцентов COVID-19 центром крови Нью-Йорка [Budhai A., 2020].**

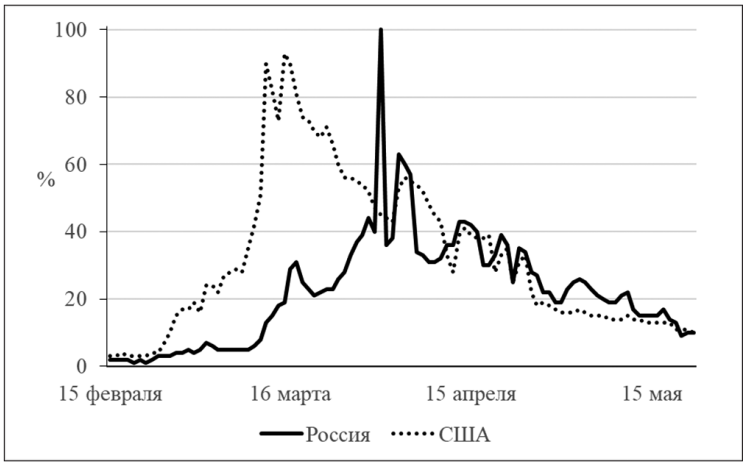


Рис. 3. **Динамика поисковых запросов «коронавирус»**

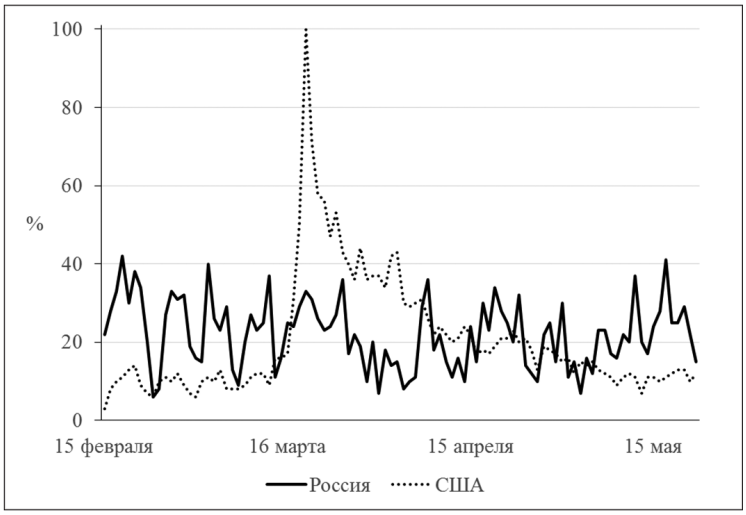


Рис. 4. **Динамика поисковых запросов «сдать кровь»**

Таблица 1

Периоды поисковых запросов «сдать кровь», баллы (средняя ± стандартное отклонение)

Период	Количество запросов		t-критерий	p
	Россия	США		
15 февраля – 16 марта	24,5±9,6	10,2±3,1	7,9	<0,01
17 марта – 7 апреля	20,6±8,4	44,5±16,4	6,1	<0,01
8 апреля – 25 мая	21,2±7,9	16,0±4,8	3,8	<0,01

Обсуждение

Согласно функциональному алгоритму Google Trends назначает относительный объем поиска в диапазоне от 0 до 100 баллов для данного ключевого слова, где 100 представляет наибольшую долю этого ключевого слова во времени. Следовательно, этот индекс по своей природе произвольный и неабсолютный.

Специалисты по редким заболеваниям предполагают, что на Google Trends, вероятно, больше влияет шум средств массовой информации (СМИ), чем истинное эпидемиологическое воздействие болезней, по крайней мере, отдельных категорий болезней. Реальная научная полезность так называемой «цифровой эпидемиологии» остается под вопросом, по крайней мере, при использовании Google Trends [Cervellin G., 2017].

Служба крови, являясь мостом между пациентами и миллионами здоровых доноров, активно использует СМИ, в том числе новые социальные медиа, в пропаганде донорства и рекрутировании нужных контингентов доноров в нужное время, в нужном месте и количестве.

Результаты, полученные в настоящем исследовании, отражают различия работы службы крови России и США в период пандемии.

В отсутствие доказанной определенности и точной технологии Администрация по пищевым продуктам и лекарствам США (FDA) объявила использование плазмы переболевших COVID-19 процессом исследования нового лекарственного средства (Investigational new drug (IND) process). Медицинские организации приглашены к широкому участию в исследовании в заявительном порядке. По состоянию на 22 мая в программе зарегистрировано 2362 госпиталя.

В России медицинские организации, участвующие в клинической апробации, определяются экспертным советом Минздрава России (статья 38.1 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ) [Стародубов В.И., 2015].

При оценке первых 5000 переливаний плазмы реконвалесцентов в первые 4 часа после процедуры зарегистрированы 25 тяжёлых трансфузионных реакций: 4 летальных исхода, 7 циркуляторных перегрузок, 11 связанных с трансфузией острых повреждений лёгких (ТРАЛИ) и 3 аллергические реакции [Joyner M., 2020].

Несмотря на декларацию необходимости наличия в крови донора вируснейтрализующих антител в титре не менее, чем 1:160, в реальности сперва выдавали плазму всех переболевших доноров, затем – после внедрения серологических (иммуноферментный анализ и другие) методов выявления антител. Внедрено более 100 тест-систем, к разным белкам вируса, с разной специфичностью и чувствительностью [Budhai A., 2020]. Точного способа определять достаточный лечебный уровень антител не создано.

Обсуждаются результаты экспериментальных исследований, показавших, что введение вируснейтрализующих антител может ухудшить течение заболевания. В реакции in vitro выявлено, что антитела снижают повреждение вирусом культуры клеток. В организме связавшие вирус антитела доставляют его в фагоциты, в том числе альвеолярные макрофаги, запуская «цитокиновый шторм» [Kadkhoda K., 2020]. Известно, что при обследовании больных SARS максимальная концентрация вируснейтрализующих антител обнаружена у умерших пациентов [Zhang L., 2006].

Опытные американские врачи характеризовали ситуацию как ажиотаж и предостерегли коллег от «фаустианских сделок» при рекрутинге доноров-реконвалесцентов, выделяя несколько медицинских и этических проблем. Во-первых, большие госпитали получают преимущество при рекрутировании доноров. При системе, когда госпиталь направляет донора на СПК и получает его плазму, она не достанется нуждающемуся пациенту маленького

госпиталя. Во-вторых, при классической системе направленного донорства, донор может попросить выдать свою плазму родственнику или знакомому. Какая мотивация этой просьбы? Как донор может определить показания к переливанию? Должна ли СПК хранить эту плазму для друга донора, если она показана умирающему? При отказе СПК этот донор может вовсе отказаться. И что делать, если донация прекращена из-за вины СПК (прокол вены и другие ошибки)? [Gniadek T.J., 2020].

Российская служба крови в период пандемии решила основную задачу – обеспечить компонентами крови потребность лечебных организаций, пусть и несколько снизившуюся. Прекратив по эпидемиологическим соображениям массовые выезды, работу с учебными организациями и некоторыми предприятиями, организации службы крови персонализировали режим работы с донорами, провели манёвр видами донорства, рекрутировали доступные здоровые контингенты [Кузнецов С.И., 2020]. Обсуждение принятых мер не является предметом данной статьи. Отметим лишь, что в период пандемии кровь сдали губернаторы Курской и Вологодской областей, глава Республики Карелия и многие другие достойные люди. Для этого потребовались определенные, не ажиотажные агитационные меры. Меры сбалансированные, поскольку избыточная заготовка ведет к списанию компонентов крови, а достаточный запас позволяет обеспечить работу в экстремальной ситуации [Голенко А.И., 2019, Шевченко Ю.Л., 2020].

Выводы

Используя Google Trends, наблюдали соответствующие ажиотажному спросу на плазму доноров – реконвалесцентов COVID-19 аномальные увеличения поисковых запросов в США:

а) по «переливанию плазмы» – 30 марта – 2 мая;

б) по «сдать кровь» 17 марта – 7 апреля.

Исследованные российские показатели Google Trends соответствуют уверенной работе службы крови, в период пандемии решившей основную задачу – обеспечение лечебных организаций эффективными и безопасными компонентами донорской крови.

Эти данные служат дополнительным доказательством различий научной обоснованности работы службы крови развитых стран и показывают, что Google Trends может служить инструментом для отслеживания тенденций в донорстве крови.

Литература

1. *Бродский А.В., Горбачев В.А., Карпов О.Э., Конявский В.А., Кузнецов Н.А., Райгородский А.М., Тренин С.А.* Идентификация в компьютерных системах цифровой экономики. // Информационные процессы. 2018; 18(4): 376–385.

2. *Голенко А.И., Чемоданов И.Г., Жибурт Е.Б., Гореликова Л.Г., Фадеева И.М., Старых В.А. и др.* Переливание крови раненым в результе стрельбы в Керченском колледже 17 октября 2018 года. //Трансфузиология. 2019; 20(2):135–142.

3. *Жибурт Е.Б., Губанова М.Н., Гайворонская В.В., Чемоданов И.Г., Аюпова Р.Ф., Мадзаев С.Р.* Развитие службы крови США. // Трансфузиология. 2017; 18(3): 86–91.

4. *Жибурт Е.Б., Мадзаев С.Р., Кузьмин Н.С.* Особенности национальной отчетности о переливании крови. // Менеджер здравоохранения. 2014; 10: 40–46.

5. *Карпов О.Э., Субботин С.А., Шишканов Д.В., Здирук К.К.* Стратегия обеспечения соответствия как основа концепции развития информационных технологий в медицинском учреждении. // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2017; 12(3):3–8.

6. *Карпов О.Э., Шишканов Д.В., Субботин С.А., Баракшаев Д.Н.* Информационные технологии в Пироговском центре – текущее состояние и перспективы цифровой трансформации. // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2017; 12(4–1): 107–109.

7. *Кузнецов С.И., Кудинова Е.В., Жибурт Е.Б.* Заготовка крови в период инфекции COVID-19. // Менеджер здравоохранения. 2020;5: 41–44.

8. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Перхов В.И., Обухова О.В.* Оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации. // Менеджер здравоохранения. 2015;9: 63–76.

9. *Султанбаев У.С., Беляев А.Е., Гапонова Т.В., Гречанюк Н.Д., Зарубин М.В., Мадзаев С.Р., Танкаева Х.С., Жибурт Е.Б.* Совершенствование отчетности о переливании крови. // Менеджер здравоохранения. 2015; 4:42–45.

10. *Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э., Жибурт Е.Б.* Переливание крови: история и современность (к 100-летию переливания крови в России) // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2019; 14(4): 4–11.

11. *Budhai A., Wu A.A., Hall L., Strauss D., Paradiso S., Alberigo J. et al.* How did we rapidly implement a convalescent plasma program? [published online ahead of print, 2020 May 25]. Transfusion. 2020;10.1111/trf.15910. doi:10.1111/trf.15910
12. *Cervellin G., Comelli I, Lippi G.* Is Google Trends a reliable tool for digital epidemiology? insights from different clinical settings. J Epidemiol Glob Health. 2017;7(3):185–189. doi: 10.1016/j.jegh.2017.06.001
13. *Gniadek T.J., Donnersberger D.* COVID-19 Convalescent plasma donor recruitment: beware the Faustian Bargains. Transfusion. 2020 May 19. doi: 10.1111/trf.15871
14. *Hartmann J.* Google Trends as an early indicator for shortages of intravenous immunoglobulin (IVIG). Transfusion. 2020. doi:10.1111/trf.15835
15. *Joyner M., Wright R.S., Fairweather D., Senefeld J., Bruno K., Klassen S. et al.* Early safety indicators of COVID-19 convalescent plasma in 5,000 patients. medRxiv 2020.05.12.20099879; doi: https://doi.org/10.1101/2020.05.12.20099879
16. *Kadkhoda K.* COVID-19: are neutralizing antibodies neutralizing enough? [published online ahead of print, 2020 May 24]. Transfusion. 2020;10.1111/trf.15897. doi:10.1111/trf.15897
17. *Mavragani A.* Infodemiology and infoveillance: scoping review. J Med Internet Res. 2020;22(4): e16206. doi: 10.2196/16206
18. *Mohammadi S., Tabatabaei Yazdi S.M., Eshghi P., Norooznezhad A.H.* (2020), Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and decrease in blood donation: experience of Iranian Blood Transfusion Organization (IBTO). Vox Sang. doi:10.1111/vox.12930 [Epub ahead of print]
19. *Vasovic L.V., DeSimone R.A.* Increase in Google search interest for paid plasma donation in the United States during and after the great recession. Transfusion. 2019; 59 (10): 3056–3057. doi:10.1111/trf.15468.
20. *Zhang L., Zhang F., Yu W., He T., Yu J., Yi C.E. et al.* Antibody responses against SARS coronavirus are correlated with disease outcome of infected individuals. J Med Virol. 2006;78(1):1–8. doi: 10.1002/jmv.20499

UDC 616.411

Kuznetsov S.I., Averyanov E.G., Shestakov E.A., Zhiburt E.B. ***Blood collection during the period of COVID-19 infection*** *(Samara Regional Clinical Station of Blood Transfusion, Samara, Russia; Saratov Regional Clinical Station of Blood Transfusion, Saratov, Russia; Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow, Russia)*

Abstract. We searched Google Trends using terms in Russian and English: "coronavirus", "blood transfusion", "plasma transfusion", "donate blood". Object of study – requests submitted from February 15 to May 25, 2020 in the world, Russia and the USA. Anomalous increase in demand in the USA was revealed corresponding to the booming demand for plasma donors – convalescents of COVID-19: a) for "plasma transfusion" – March 30 – May 2, b) for "donate blood" March 17 – April 7. The studied Russian Google Trends indicators correspond to the reliable work of the blood service, which during the pandemic period solved the main task to provide hospitals with effective and safe components of donated blood. These data provide additional evidence of differences in the scientific validity of blood services in developed countries, and show that Google Trends can serve as a tool to track trends in blood donation.

Keywords: *blood, blood transfusion, safety, pandemic, COVID-19, blood collection, blood service, Google Trends.*

Э.Н. Мингазова,
д.м.н., профессор, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия, e-mail: elmira_mingazova@mail.ru
Я.В. Власов,
д.м.н., профессор, сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов, ФГБОУ ВО Самарский ГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия, e-mail: sams99@inbox.ru
С.А. Гуреев,
аспирант, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия, e-mail: gur.serg1987@gmail.com

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ОБОГАЩЕНИЯ ВИТАМИНАМИ И МИНЕРАЛАМИ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

УДК 614.2

Мингазова Э.Н., Власов Я.В., Гуреев С.А. ***Международный опыт реализации программ обогащения витаминами и минералами рационов питания для различных социальных групп населения*** *(ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия)*

Аннотация. Рассматриваются вопросы реализации национальных программ по обогащению витаминами и минералами рационов питания различных социальных групп населения и пищевых продуктов, отражены показатели эффективности данных технологий с позиций общественного здоровья.

Ключевые слова: *витаминизация, обогащение пищевых продуктов, микронутриенты, витамины, минеральные вещества, общественное здоровье, социальные группы населения, технологии.*

Роль рационального питания, в том числе и вопросы обогащения пищевых рационов, приобретает сегодня большую актуальность из-за роста неинфекционных и хронических заболеваний среди населения большинства стран. Региональные различия потребления микронутриентов и эффективность усилий государства по обеспечению населения полноценным питанием с позиций сбалансированности макро- и микронутриентами связаны с социально-экономическими, климатическими, культурными, демографическими и другими особенностями разных стран. Потребность в обогащении витаминами продуктов питания и его эффективность варьируются в зависимости от возраста, пола, генетического профиля, состояния здоровья и т.д.

Стратегии обогащения витаминами продуктов питания западных стран, берущие свое начало в 1920–30-е гг., оказывают огромный положительный эффект на медицинские показатели и качество здоровья населения, в том числе и на витаминный статус населения. В настоящее время государственное регулирование вопросов питания, в частности искусственного обогащения продуктов питания, в западных странах носит в основном рекомендательный характер. Законодательные акты Европейского Союза, касающиеся обогащенных пищевых продуктов и пищевых добавок, регулируют, какие микроэлементы (и в какой химической форме) могут применяться при добавках к пище или обогащении пищевых продуктов, а также минимальный и максимальный уровни, которые могут применяться [1]. Практика добровольного обогащения продуктов питания улучшает рацион и статус основных микроэлементов отдельных популяций стран Европейского союза и существенно

© Э.Н. Мингазова, Я.В. Власов, С.А. Гуреев, 2020 г.

не влияет на риск неблагоприятных последствий для здоровья [2; 3].

При этом особую значимость имеют вопросы питания, в частности витаминизации питания, специальных групп населения: людей с ослабленным здоровьем, пожилых людей, беременных женщин и детей, а также людей, не имеющих доступа к полноценному питанию [4; 5].

Ввиду важности витаминов и минералов для роста и метаболизма, особое место в указанной проблематике занимают вопросы рациона питания беременных женщин, кормящих матерей и детей. Известно, что для развития и здоровья ребенка особо важны первые 1000 дней (от зачатия до двух лет). Дефицит витаминов и минералов в это время является причиной материнской и младенческой смертности, физических недостатков и низкого интеллекта у детей, потери продуктивности у матерей и нагрузки на систему здравоохранения и социальной защиты. Эти риски остаются по мере роста и развития детей, и во взрослом состоянии недостаточное потребление витаминов и минералов негативно влияет на физическое состояние и работоспособность. В 2013 году от микронутриентного дефицита все еще страдали 161 млн. детей в возрасте до пяти лет, из них 51 млн. детей в возрасте до пяти лет испытывали его острый дефицит [6].

Стратегии международных организаций, в частности ВОЗ и ФАО, в области полноценного питания уделяют особое внимание уязвимым группам населения, особенно детям и женщинам, хотя разные страны могут проводить различную политику по пищевому обогащению продуктов питания для отдельных групп населения в силу различий в оценке потенциальных рисков. Так, Римская декларация Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (ФАО) рекомендует странам искоренить неполноценное питание и недоедание среди детей в возрасте до пяти лет, анемию у женщин и детей и другие проявления дефицита питательных микроэлементов, а также рекомендует разработать программы и инициативы по обеспечению здорового рациона питания, начиная с раннего и до достижения взрослого возраста, включая лиц с особыми потребностями, до и во время беременности, в особенности в первые 1000 дней жизни ребенка, здоровое питание в семье и в школе в детский период жизни, а также иные специализированные виды кормления [6].

Программа «Нулевой голод» ФАО предполагает обеспечение 100%-ного доступа к продовольствию и питанию и борьбу с задержкой роста у детей до 2 лет. Международный фонд сельскохозяйственного развития – МФСР (International Fund for Agricultural Development – IFAD) ООН, основанный исключительно для мобилизации дополнительных средств в целях оказания помощи развивающимся странам в увеличении производства продовольствия и повышении уровня питания, с 2013 г. занимается реализацией новой стратегии, которая включает в себя проекты по стабилизации сельскохозяйственного производства в условиях глобального изменения климата, а также по институционализации прав женщин и сокращения гендерного неравенства, в том числе и на доступ к полноценному питанию [7].

Благодаря программам профилактики дефицита микронутриентов, доля детей в Европе, потребляющих обогащенные продукты, выше, чем у взрослых. Стратегии добровольного обогащения продуктов питания могут снизить риск неоптимального потребления ряда микроэлементов на популяционном уровне, а также могут улучшить статус отдельных витаминов (например, витамина D и рибофлавина) у детей [2; 3].

Витамин D может играть определенную роль в ингибировании пролиферации клеток при колоректальном раке. Витамин D действует как важный регулятор иммунной системы, потребление которого может дать преимущества при возникновении аутоиммунных заболеваний, таких как диабет, ревматоидный артрит и астма.

Считается, что гипокальциемические осложнения, вызванные дефицитом витамина D, редко встречаются в странах с высоким уровнем дохода, но они широко распространены среди отдельных, более уязвимых социальных групп населения европейских стран. При решении проблемы дефицита витамина D среди популяций, наиболее подверженных риску, особое место занимают жители северных регионов и отдельные этнические группы. Так, исследование статуса витамина D у детей в Европе показало высокую распространенность дефицита витамина D. Политика по обогащению пищевых продуктов или индивидуальным добавкам витамина D недавно была пересмотрена отдельными странами и Евросоюзом в целом. Проект Optiford, созданный для оптимизации обогащения витамином D в северных странах Европы, ставит своей задачей обогащение пищевых продуктов витамином D и обеспечение научной основы для установления уровней обогащения витамином D в Европе. В рамках данного проекта особое внимание уделяется корректирующим стратегиям, позволяющим детям и подросткам, живущим

в странах в высоких широтах, поддерживать здоровый уровень циркулирующего 25-гидроксивитамина D в течение всего года, даже при отсутствии достаточного пребывания на солнце в течение значительной части года [8].

Политика обогащения пищевых продуктов в северных странах Европейского союза предполагает коррекции стратегий, позволяющие детям и подросткам, живущим на Европейском севере, поддерживать здоровый уровень 25-гидроксивитамина D в течение всего года, даже при отсутствии достаточного пребывания на солнце в течение значительной части года. Умеренное обогащение молока и маргарина увеличивает потребление витамина D у подростков, близкое к эталонному потреблению в северных странах, а использование биологически активных добавок повышает уровень витамина D в крови [8]. В 2003 году Министерство торговли и промышленности Финляндии опубликовало заявление о промышленном обогащении пищевых продуктов. Для решения проблемы недостатка витамина D у отдельных групп населения в стране Национальный совет по питанию Финляндии рекомендовал более высокий уровень дополнительного витамина D для детей и пожилых людей [9; 10].

Дефицит витамина D часто встречается в европейских странах у чернокожих, азиатских и других этнических групп с более темной кожей. Исследования клинических, кардиологических и костных гистоморфометрических характеристик, минерализации костного матрикса у пораженных детей из этнических групп риска и биохимические признаки остеомаляции у членов их семей выявили тяжелые скрытые патологии сердца и костей, распространенный дефицит и остеомаляцию. Все это требует особого подхода к программам профилактики дефицита витамина D, поскольку такие осложнения можно полностью предотвратить с помощью обогащения продуктов питания простыми микронутриентами [11].

Решение проблемы недостатка витамина D требует междисциплинарного подхода, национальная политика обогащения отдельных продуктов питания массового потребления должна включать в себя и внимание к особо уязвимым группам населения. В Великобритании предложение бесплатной добавки витамина D специальным группам населения – детям, пожилым людям, представителям негроидной расы и людям азиатского происхождения сможет предотвратить 8% новых случаев дефицита витамина D, и добавление витамина D в пшеничную муку может предотвратить 10 миллионов новых случаев дефицита витамина D в Англии и Уэльсе в течение последующих 90 лет. С учетом того, что в Великобритании 16% детей от 11 до 18 лет испытывают недостаток витамина D, поливитаминные добавки, содержащие витамин D, рекомендуются всем детям в возрасте до четырех лет, беременным женщинам и кормящим матерям и предоставляются детям из семей с низким уровнем дохода. Кроме того, детское питание и спреды для хлеба и другие продукты, включая хлопья для завтрака и заменители молока, обычно обогащаются витамином D. Была предложена стратегия добавления 400 МЕ витамина D на 100 г муки, а также – бесплатные добавки витамина D в дозе 400 МЕ для детей в возрасте до 18 лет и дозы 800 МЕ для всех лиц старше 65 лет. Исследователи считают, что политика обязательного обогащения витамином D пшеничной муки не только позволит сэкономить средства, но и значительно уменьшит нагрузку на национальную систему здравоохранения, предотвратив 25% из предполагаемых новых случаев дефицита витамина D [12].

Основной мерой общественного здравоохранения по профилактике дефицита фолата во многих странах является рекомендация о добавках фолиевой кислоты для женщин, планирующих беременность. Хотя роль образовательных кампаний незначительна, так как не всегда женщины планируют свою беременность, а женщины с более низким социально-экономическим и образовательным статусом не всегда имеют доступ к информации о заботе здоровья [13].

В 1998 году Совет по продовольствию и питанию США (US Food and Nutrition Board) рекомендовал всем женщинам фертильного возраста ежедневно употреблять 400 мкг синтетической фолиевой кислоты в форме обогащенных продуктов или добавок в дополнение к естественным фолатам из пищи. Наиболее эффективные медицинские и экономические показатели обязательного обогащения фолиевой кислотой среди взрослого населения США были предсказаны для профилактики инфаркта миокарда. Данная политика обеспечивала увеличение качества жизни с поправкой на год и экономию затрат для всех популяций. В США отмечается положительный эффект дополнительного приема фолиевой кислоты женщиной до зачатия для профилактики врожденного дефекта плода – расщелины позвоночника, предварительные отчеты показывают значительное сокращение (15–50%) случаев расщелины позвоночника в США.

В КНР путем государственного регулирования при обязательном медицинском осмотре женщин фертильного возраста им рекомендуют принимать

добавки фолиевой кислоты в дозе 400 мкг / день в течение 3 месяцев до и после зачатия [14]. В Нидерландах максимальные уровни обогащения были установлены с учетом определенного уровня потребления пищевых добавок. Поскольку у детей есть высокое потребление фолиевой кислоты из пищевых добавок детского питания, рекомендуется устанавливать возрастные максимальные уровни фолиевой кислоты, а также других микроэлементов. Информация на этикетке должна учитывать нормы с учетом возраста. Рекомендуется разработать регулярно обновляемую базу данных со всеми обогащенными продуктами питания и пищевыми добавками, имеющимися на голландском рынке, включая данные об уровнях обогащения [15].

Все большую значимость приобретают в данной проблематике вопросы обогащения диетического питания людей с ослабленным здоровьем. У пациентов, у которых диагностирован туберкулез, чаще встречается дефицит комплекса витаминов, обычно витаминов A, D и E [16]. При лечении таких больных требуется коррекция витаминного статуса с использованием витаминных комплексов [17] с учетом сочетания витаминного и алиментарного дефицитов [18] и дефицита витаминов B2, B6 и PP, обусловленный особенностями терапии при туберкулезе с применением препаратов, обладающих антивитаминными свойствами. В комплексной терапии пациентов с туберкулезом достижение полного устранения дефицита витаминов не всегда удается, но наблюдается улучшение витаминного статуса пациентов [19].

Недоедание и дефицит микронутриентов является серьезной проблемой не только у пациентов, но и у пожилых людей: один из десяти пожилых людей, живущих дома, недоедает. В среднем этот показатель составляет 17% для людей в учреждениях для пожилых и 25% для пациентов больниц. Последствия недоедания у пожилых людей могут быть очень серьезными: они медленнее выздоравливают от болезней и операций, они менее устойчивы к болезням и подвергаются повышенному риску осложнений. Это может привести к длительной госпитализации, повышенной зависимости от лекарств и сложностям при уходе [20].

Эпидемиологические данные свидетельствуют о высокой распространенности дефицита витамина D среди пожилых групп населения. Известно, что с возрастом выработка витамина D в коже уменьшается примерно в четыре раза [21]. Пожилые люди обычно редко бывают на солнце и на открытом воздухе. Большинство пожилых людей в Европе, даже в странах Средиземноморья, с ноября по май испытывают дефицит выработки витамина D в коже.

Данные исследований указывают на то, что дополнительный прием витамина D оказывает дозозависимое благоприятное воздействие на здоровье костей и мышечную силу, связан с профилактикой падений и, следовательно, переломов бедра и других переломов, которые являются основными причинами инвалидности у пожилых людей [22; 23].

Вопросы полноценного питания пожилых людей приобретают все большую актуальность в связи с увеличением продолжительности жизни в развитых обществах. Так, в целях увеличения потребления белка пожилыми людьми с риском недоедания был разработан голландский проект Cater with Care, инициированный Альянсом по питанию Gelderse Vallei (партнерство между Университетом Вагенингена и больницей Gelderse Vallei).

В результате усилий по улучшению существующих продуктов, разработки новых, вкусных и высококачественных продуктов питания, изучения их влияния на потребление, качество жизни и витаминный статус пожилых людей были предложены разные эффективные продукты и новые услуги, которые улучшали здоровье больных и пожилых людей дома, в учреждениях по уходу и в больницах. В рамках проекта разрабатывались и тестировались обогащенные продукты, которые могли быть включены в рацион питания больных и пожилых людей. Пожилые люди и пациенты могли выбирать из широкого ассортимента вкусных обогащенных продуктов, получая при этом все необходимые питательные вещества в соответствии с их клиническими потребностями. Данный проект показал, что потребности пожилых людей в витаминах и минералах должны удовлетворяться за счет разнообразия обычных продуктов при условии потребления необходимого количества энергии и белка. Хотя у пожилых людей обнаруживается некоторый недостаток витаминов и минералов, именно недостающие микроэлементы, как правило, не подходят для обогащения. Так, некоторые эксперты считают неподходящими для обогащения фолат (из-за возможности скрытого дефицита витамина B12), витамин B12 (низкие показатели могут быть результатом низкого всасывания в кишечнике, поэтому внутримышечные инъекции полезнее обогащения продуктов питания), железо (риск накопления, неприятный вкус) и т.д. [20].

В этой связи хочется отметить, что в последнее время все большую значимость приобретают

вопросы более взвешенного подхода к пользе и риску для здоровья при приеме микронутриентов. Определение подходящих инструментов для обогащения рационов питания и пищевых продуктов, выявление и использование биомаркеров имеет важное значение для выявления лиц с более высоким риском негативных реакций при фортификации. Стратегии пищевого обогащения при выборе средств для обогащения пищевых продуктов должны учитывать риски неадекватных реакций уязвимых групп и возможность чрезмерного потребления микронутриентов [24].

Так, хотя фолиевая кислота обычно считается безопасной, по-прежнему существует опасение, что обогащение фолиевой кислотой может иметь неблагоприятные последствия в группах населения, которые изначально не предназначались для обогащения. В связи с этим появляется все больше фактов, свидетельствующих о том, что прием фолиевой кислоты может способствовать развитию и прогрессированию уже существующих недиагностированных предраковых и злокачественных поражений. При мониторинге долгосрочного эффекта обогащения фолиевой кислотой продуктов питания для подавляющего большинства населения США, которое не подвержено риску возникновения расщелины позвоночника, необходимо учитывать потенциальное стимулирующее влияние добавок фолиевой кислоты.

Обзор данных и единичных рандомизированных контрольных испытаний, опубликованных на английском языке с января 2012 года по октябрь 2017 года, показал, что витамин D, кальций и витамин C, часто используемые для обогащения продуктов питания, не показали преимуществ или дополнительного риска в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, инфаркта, инсульта или преждевременной смерти. Исследование показало, что только фолиевая кислота и B-витамины с фолиевой кислотой могут уменьшить частотность сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта. Было обнаружено среднее или низкое качество профилактических преимуществ фолиевой кислоты для сердечно-сосудистых заболеваний, фолиевой кислоты и витаминов группы B – для инсульта, отсутствие эффекта потребления поливитаминов, витаминов C, D, бета-каротина, кальция и селена или повышенный риск смертности от всех причин при потреблении смеси антиоксидантов и ниацина со статином.

Между тем, ниацин и антиоксиданты показали небольшой эффект при профилактике повышенного риска смерти от любой причины. По отношению к потреблению добавок, содержащих витамины A, B1, B2, B3 (ниацин), B6, B9 (фолиевая кислота), C, D, E, бета-каротин, кальций, железо, цинк, магний и селен, было показано, что в отсутствие значительных положительных данных, помимо возможного снижения риска инсульта и сердечных заболеваний при потреблении фолиевой кислоты, наиболее полезно полагаться на здоровую диету для получения необходимых витаминов и минералов. Не было продемонстрировано убедительных доказательств в пользу каких-либо добавок во всех пищевых ракурсах (включая дефицит и достаточность, поэтому любые видимые выгоды должны быть сбалансированы с возможными рисками для здоровья [25].

Программа ООН по искоренению дефицита витаминов и микронутриентов предполагает исследовательские усилия по поиску безопасных и экономически эффективных способов улучшения потребления железа маленькими детьми в малярийных районах, расширение потребления поливитаминов и минералов, особенно препаратов железа и фолиевой кислоты, женщинами, особенно женщинами детородного возраста и беременными.

Глобальный альянс по улучшению питания (GAIN) рекомендует производителям продуктов питания при обогащении продуктов питания учитывать состояние здоровье населения отдельных стран. Если национальная система контроля показывает, что распространенность врожденных дефектов в стране снижается или обследование состояния здоровья свидетельствует об увеличении потребления питательных микроэлементов населением с начала реализации программы обогащения, следует уведомить об этом соответствующих производителей продуктов питания. Также национальным правительствам рекомендуется организовывать и финансировать обучение для работников отрасли, ответственных за обогащение. До начала работы по обогащению соответствующий персонал должен быть хорошо информирован о состоянии здоровья населения соответствующей страны и об ожидаемых преимуществах обогащенных продуктов.

В последнее время в развитых странах приоритет отдается обеспечению потребностей населения в экологически чистых, натуральных продуктах питания. С введением законодательно закрепленных программ в большинстве развитых стран Запада и в некоторых развивающихся странах принимаются стандарты идентичности для обогащенных и необогащенных версий продуктов питания. В этой связи возрастает роль системы медицинского образования, общественных и профессиональных медицинских

организаций, подготовки экспертов и пропагандистов принципов здорового питания. Изыскания академической науки и научное обоснование важности витаминизированных продуктов питания для здоровья населения для законодательной и исполнительной власти, просветительская работа с использованием средств массовой информации для повышения осведомленности и продвижения обогащенных продуктов питания неоценимы [26].

Хотя питание является важным аспектом ухода за пациентами, лишь в Великобритании, США, Канаде, Австралии и Новой Зеландии принят свод компетенций в области питания для включения в программы подготовки медицинских работников, но и они не всегда успешно применяются. Медицинский персонал рассматривается как надежный источник информации для пациентов, поддержка медицинскими работниками пациентов с хроническими заболеваниями и при длительном лечении включает и рекомендации по питанию. У медицинских работников в целом, за исключением диетологов, нет необходимых компетенций в области питания, что является серьезной проблемой здравоохранения [27]. Питание должно рассматриваться как важный аспект ухода за пациентами и входить в компетенции всех работников здравоохранения, необходимо дополнительное и непрерывное образование в области питания для медицинских работников всех уровней.

Литература

1. Законодательно-нормативные акты Европейского Союза (ЕС) в отношении пищевой промышленности. [Электронный ресурс]. [2014]. URL: https://www.becoming-researcher.com/wp-content/uploads/2014/09/zakonodatelno_normat_akty_es-1.pdf) (Дата обращения: 03.04.2020).

2. *Hennessy B., Walton J., Flynn A.* The impact of voluntary food fortification on micronutrient intakes and status in European countries: a review // Proceedings of the Nutrition Society. 2013 Nov. 72(4). P. 433–440. DOI: 10.1017/S002966511300339X

3. *Dragsted L., Renwick A., Verhagen H., Flynn A., Tuijtelaars S.* New horizons for the safe addition of micronutrients to food // Workshop Addition of Nutrients to Food Task Force (Bologna, Italy, September 2005): summary report / International Life Sciences Institute (ILSI) Europe. Brussels: ILSI, 2009. – P. 11–12.

4. *Refsum H., Smith A.D.* Are we ready for mandatory fortification with vitamin B-12? // American Journal of Clinical Nutrition. – 2008. – 88. – P. 253–254.

5. *Das J.K., Salam R.A., Kumar R. [et al.]* Micronutrient fortification of food and its impact on woman and child health: a systematic review // Systematic Reviews. 2013. August 23(2). DOI: 10.1186/2046-4053-2-67

6. Rome Declaration on Nutrition [Электронный ресурс]: Second International Conference on Nutrition (Rome, 19–21 November 2014). Conference Outcome Document: Rome Declaration on Nutrition. [2014]. URL: http://www.fao.org/3/a-ml542e.pdf (Дата обращения: 18.01.2020).

7. *Лыжин Д.М.* Международные организации в системе глобальной продовольственной безопасности // Проблемы национальной стратегии. – 2015. – № 1(28). – С. 175–191.

8. *Tylavsky F., Cheng S., Lyytikäinen A., Viljakainen H., Lamberg-Allardt C.* Strategies to Improve Vitamin D Status in Northern European Children: Exploring the Merits of Vitamin D Fortification and Supplementation // The Journal of Nutrition, Volume 136, Issue 4, April 2006. – P. 1130–1134. DOI: 10.1093/jn/136.4.1130

9. *Pietinen P., Mдnnistц S., Valsta L., Sarlio-Lähteenkorva S.* Nutrition policy in Finland // Public health nutrition. – 2010. – 13. – P. 901–906. DOI: 10.1017/S1368980010001072.

10. *Fagt S., Gunnarsdottir I., Hallas-Møller T., Helldán A., Halldorsson T.I., Knutsen H., Lillegaard I. Th.L., Lindroos A.K., Mikkilä V., Sand S., Salmenhaara M., Steingrimsdottir L., Vikstedt T., Ovaskainen M.-L.* Nordic dietary surveys. Study designs, methods, results and use in foodbased risk assessments // TemaNord. 2012. 529. DOI: 10.6027/TN2012–529

11. *Uday S., Fratzl-Zelman N., Roschger P., Klaushofer K., Chikermane A., Saraff V., Tulchinsky T., Thacher T.D., Marton T., Hцgler W.* Cardiac, bone and growth plate manifestations in hypocalcemic infants: revealing the hidden body of the vitamin D deficiency iceberg // BMC Pediatr. – 2018. – Jun 26. – 18(1):183. DOI: 10.1186/s12887-018-1159-y.

12. *Aguiar M., Andronis L., Pallan M., Hцgler W., Frew E.* The economic case for prevention of population vitamin D deficiency: a modelling study using data from England and Wales // European Journal of Clinical Nutrition. August 2019. – P. 1–9. DOI: 10.1038/s41430-019-0486-x.

13. *Yang Q., Cogswell M.E., Hamner H.C., Carriquiry A., Bailey L.B., Pfeiffer C.M., Berry R.J.* Folic acid source, usual intake, and folate and vitamin B-12 status in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2003–2006 // American Journal of Clinical Nutrition. – 2010. – January 91(1). – P. 64–72. DOI: 10.3945/ajcn.2009.28401.
14. *Lawrence M.A., Chai W., Kara R., Rosenberg I.H., Scott J., Tedstone A.* Examination of selected national policies towards mandatory folic acid fortification // Nutrition Review. 2009. – May 67. – Suppl. 1. – P. 73–78. DOI: 10.1111/j.1753-4887.2009.00164.x.
15. *Verkaik-Kloosterman J., Tijhuis M.J., Beukers M., Buurma-Rethans E.J.M.* Evaluation of the Dutch legislation on food fortification with folic acid and vitamin D; focus on young children / Letter report. The Hague: Nutritional Institute for Public Health and the Environment, 2009. – 42 p.
16. *Oh J., Choi R., Park H.D., Lee H., Jeong B.H., Park H.Y. et al.* Evaluation of vitamin status in patients with pulmonary tuberculosis // Journal of Infectious Diseases. 2016. pii: S0163–4453(16). P. 30280–8. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.10.009
17. *Grobler L., Nagpal S., Sudarsanam T.D., Sinclair D.* Nutritional supplements for people being treated for active tuberculosis // Cochrane Database Syst Rev. 2016. Vol. 29;(6). DOI: 10.1002/14651858.CD006086
18. *Vasilevskaya A.V., Yantsevich A.V., Sergeev G.V., Lemish A.P., Usanov S.A., Gilep A.A.* Identification of Mycobacterium tuberculosis enzyme involved in vitamin D and 7-dehydrocholesterol metabolism // Journal ofSteroid Biochemistry and Molecular Biology. 2016. pii: S0960–0760 (16) 30151-0. DOI: 10.1016/j.jsbmb.2016.05.021
19. *Martineau A.R., Timms P.M., Bothamley G.H., Hanifa Y., Islam K., Claxton A.P. et al.* High-dose vitamin D3 during intensive-phase antimicrobial treatment of pulmonary tuberculosis: a double-blind randomised controlled trial // The Lancet. – 2011. – Vol. 377(9761). – P. 242–250.
20. Tasty and effective nutrition for elderly [Электронный ресурс]: Cater with Care: [сайт]. [2015]. URL: https://www.caterwithcare.nl/results_publications.htm (Дата обращения 12.02.2020).
21. *Chen T.C., Chimeh F., Lu Z. [et al.]* Factors that influence the cutaneous synthesis and dietary sources of vitamin D // Arch. Biochem. Biophys. – 2007. – 460. – P. 213–217.
22. *Bischoff-Ferrari H., Dawson-Hughes B., Staehelin H., Orav J., Stuck A., Theiler R., Wong J., Egli A., Kiel D., Henschkowski J.* Fall prevention with supplemental and active forms of Vitamin D: A meta-analysis of randomised controlled trials // BMJ (Clinical research ed.). 2009. 339. DOI: 10.1136/bmj.b3692
23. *Bischoff-Ferrari H.A., Shao A., Dawson-Hughes B., Hathcock J., Giovannucci E., Willett W.C.* Benefit-risk assessment of vitamin D supplementation // Osteoporos Int. 2010. July 21(7). P. 1121–1132. DOI: 10.1007/s00198-009-1119-3.
24. *Dwyer J.T., Wiemer K.L., Dary O., Keen C.L., King J.C., Miller K.B., Philbert M.A, Tarasuk V., Taylor Ch.L., Gaine P.C., Jarvis A.B., Bailey R.L.* Fortification and Health: Challenges and Opportunities // Advances in Nutrition. – 2015. – January 6(1). – P. 124–131. DOI: 10.3945/an.114.007443
25. *Jenkins D.J.A., Spence J.D., Giovannucci E.L., Kim Y.I., Josse R., Vieth R., Mejia S.B., Viguiliouk E., Nishi S., Sahye-Pudaruth S. et. al.* Supplemental Vitamins and Minerals for CVD Prevention and Treatment // Journal of the American College of Cardiology. – 2018. – Vol. 71 (22). – P. 25–70. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.04.020
26. Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN), Project Healthy Children (PHC). Regulatory monitoring of national food fortification programs: A policy guidance document [Электронный ресурс]: Global Fortification Technical Advisory Group (GF-TAG). [2018]. URL: https://www.technoserve.org/wp-content/uploads/2018/05/food-fortification-regulatory-monito
27. *Keaver L., O'Meara C., Mukhtar M., McHugh C.* Providing Nutrition Care to Patients with Chronic Disease: An Irish Teaching Hospital Healthcare Professional Study // Journal of Biomedical Education. 2018. Volume 2018. DOI:10.1155/2018/1657624.

UDC 614.2

Mingazova E.N., Vlasov Y.V., Gureev S.A. ***International experience in implementing programs of enrichment of vitamins and minerals with diets for various social groups of the population*** *(Federal State Budgetary Scientific Institution National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko, Moscow, Russia)*

Abstract. The issues of the implementation of national programs for the enrichment of vitamins and minerals with diets of various social groups of the population and food products are considered, performance indicators of these technologies are reflected from the standpoint of public health.

Keywords: *fortification, food fortification, micronutrients, vitamins, minerals, public health, social groups, technologies.*

О.А. Нагибин,
к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО, ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», Минздрава России, г. Рязань, Россия, e-mail: oanagibin@yandex.ru
О.Н. Селявина,
ассистент кафедры экономики, права и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия, e-mail: o.selyavina@mail.ru
Л.Е. Караушева,
к.м.н., доцент кафедры экономики, права и управления здравоохранением, ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия, e-mail: karausheva_l@mail.ru

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЬГОТНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН

УДК 614.02

Нагибин О.А., Селявина О.Н., Караушева Л.Е. ***Нормативно-правовые аспекты организации лекарственного обеспечения льготных категорий граждан*** *(ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», г. Рязань, Россия)*

Аннотация. Для урегулирования лекарственного обеспечения льготных категорий граждан создана законодательная база, которая определяет отдельные группы населения и категории заболеваний, а также перечни лекарственных препаратов для льготного лекарственного обеспечения. В настоящий момент существует разделение лекарственного обеспечения на федеральный и региональный уровни. Однако, часть полномочий и прав дублируются на обоих уровнях, что негативно отражается на расходовании бюджетных средств и создает организационные проблемы. Анализ существующей законодательной базы позволит определить направления для дальнейшего усовершенствования нормативно-правовых актов по льготному лекарственному обеспечению.

Ключевые слова: *льготное лекарственное обеспечение, льготные категории граждан, региональные льготники, здравоохранение, субъекты Российской Федерации, лекарственные препараты, законодательство, Федеральный закон, основы охраны здоровья граждан, Постановление Правительства № 890, Программа государственных гарантий, жизненно-необходимые и важнейшие лекарственные препараты, перечень ЖНВЛП, ОНЛС, высоко-затратные нозологии, орфанные болезни, врачебная комиссия.*

Актуальность

Для урегулирования лекарственного обеспечения льготных категорий граждан создана законодательная база, которая определяет отдельные группы населения и категории заболеваний, а также перечни лекарственных препаратов для льготного лекарственного обеспечения. В настоящий момент существует разделение лекарственного обеспечения на федеральный и региональный уровни. Однако, часть полномочий и прав дублируются на обоих уровнях, что негативно отражается на расходовании бюджетных средств и создает организационные проблемы. Анализ существующей законодательной базы позволит определить направления для дальнейшего усовершенствования нормативно-правовых актов по льготному лекарственному обеспечению.

В Федеральном Законе от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ «Об основах охраны здоровья») разделены полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья [1]. Как следует из части 2 статьи 81:

«2. В рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают:

© О.А. Нагибин, О.Н. Селявина, Л.Е. Караушева, 2020 г.

5) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой...».

Группы населения, определенные в пятом подпункте части 2 статьи 81 Федерального закона, относятся к региональным льготным категориям граждан или «региональным льготникам». При этом в данном подпункте не указывается, что «Перечень групп населения и категорий заболеваний» (региональных льготников) утверждается Правительством РФ. В отличие от этого, в федеральных законодательных актах установлены полномочия Правительства РФ по формированию перечней лекарственных препаратов в тех случаях, когда обеспечение препаратами из этих перечней отнесено к полномочиям федеральных органов государственной власти.

Нормативно-правовые акты, регулирующие лекарственное обеспечение на федеральном уровне

Так, в Федеральном законе от 17.07.99 № 178 «О государственной социальной помощи» установлены меры социальной поддержки в виде предоставления дополнительной бесплатной медицинской помощи, предусматривающей обеспечение необходимыми лекарственными препаратами по рецептам врача отдельных категорий граждан за счет средств федерального бюджета (программа ОНЛП) [2]. Указанные отдельные категории граждан относятся к так называемым «федеральным льготникам».

На основании статьи 6.1. данного закона «перечень лекарственных средств, в том числе перечень лекарственных средств, назначаемых по решению врачебных комиссий лечебно-профилактических учреждений... утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения и социального развития». Перечень лекарственных препаратов для «федеральных льготников» утверждается Правительством РФ. С 1 января 2019 года вступил в силу новый перечень, утвержденный Распоряжением Правительства РФ от 10.12.2018 № 2738-р [3].

Средства на финансовое обеспечение мер социальной поддержки федеральных льготных категорий граждан, которые проживают в регионах, перечисляются из федерального бюджета в региональный в виде межбюджетных трансфертов и субвенций при помощи расчета потребности, выполненного на основании количества граждан, сохранивших право на набор социальных услуг в части лекарственного обеспечения. Таким образом, перечень льготных категорий граждан, перечень лекарственных препаратов для обеспечения «федеральных льготников» проходят утверждение на федеральном уровне. Финансирование льготного лекарственного обеспечения указанных категорий граждан осуществляется за счет средств Федерального бюджета.

Также следует отметить, что по представленной схеме на федеральном уровне утверждается также «Программа высокозатратных нозологий». История создания данной программы берет свое начало с Приказа МЗ СР РФ от 9 марта 2007 г. № 159 «О мерах по обеспечению отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами» [4]. Согласно указанного нормативного документа, наиболее затратные с точки зрения лекарственного обеспечения заболевания (7 нозологий), исключаются из программы ОНЛП и переводятся на непосредственное финансирование из федерального бюджета РФ. Как следствие, из ОНЛП были исключены и дорогостоящие препараты для терапии 7 высокозатратных нозологий.

На основании Приказа МЗ СР РФ наиболее затратными заболеваниями являлись гемофилия, муковисцидоз, гипофизарный нанизм, болезнь Гоше, некоторые злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянный склероз, лица после трансплантации органов и (или) тканей. Как было отмечено выше, лекарственное обеспечение для пациентов, страдающих данными заболеваниями, осуществляется из средств федерального бюджета.

С 1 января вступил в силу Федеральный закон от 3 августа 2018 года № 299-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый Государственной Думой 26 июля 2018 года и одобренный Советом Федераций 28 июля 2018 года, согласно которому перечень высокозатратных заболеваний был дополнен такими нозологиями как гемолитико-уремический синдром, юношеский артрит с системным началом, мукополисахаридоз I, II, VI типов.

В связи с расширением с 2019 года программы высокозатратных технологий были изменены правила организации обеспечения лекарствами лиц, больных 12 редкими заболеваниями, и правила ведения федерального регистра указанных лиц.

Лекарства для больных с перечисленными диагнозами закупает Минздрав за счет средств федерального бюджета. В работе медучреждений и аптек принципиальных изменений нет. Им по-прежнему нужно передавать сведения о необходимом количестве лекарств в региональные управления здравоохранения. А последние уже на основании этих данных составят заявки на поставку препаратов и направят их в Минздрав. Таким образом, закупка препаратов для лекарственного обеспечения больных высоко-затратными нозологиями производятся централизованно Министерством здравоохранения Российской Федерации с последующим распределением по регионам на основании утвержденной заявки.

Одно из нововведений касается также того, что больные могут обращаться в медорганизации по месту пребывания, а не только по месту жительства. Это возможно, если срок пребывания превышает шесть месяцев.

Финансирование лекарственного обеспечения для данной категории льготников определено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. 10 декабря 2018 года Правительством Российской Федерации была утверждена новая Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 года (утв. Постановлением Правительства РФ № 1506), которая утверждает следующее:

«За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

закупки лекарственных препаратов, предназначенных для лечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей по перечню лекарственных препаратов, сформированному в установленном порядке и утверждаемому Правительством Российской Федерации...».

Таким образом, на федеральном уровне утверждается как перечень высоко-затратных нозологий, так и перечень лекарственных препаратов для лечения этих заболеваний; в свою очередь, финансирование этого лекарственного обеспечения происходит из средств федерального бюджета.

Как видно из представленных примеров, лекарственное обеспечение на основании перечней лекарственных препаратов, утверждаемых на федеральном уровне, осуществляется при помощи финансовых потоков, следующих из федерального бюджета РФ. Напротив, в случае с лекарственным обеспечением льготных категорий граждан на региональном уровне, в основе лежит другая законодательная база с отличными принципами.

Нормативно-правовые акты, регулирующие лекарственное обеспечение на региональном уровне

Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья» установлены полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья [1]. Так, в части 1 статьи 16 сказано:

«1. К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относятся:

...3) разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования...»

В этом же Федеральном законе в статье 81 сказано о перечнях лекарственных препаратов и групп населения:

«2. В рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают:

5) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой...».

В подпункте 5 части 2 статьи 81 ФЗ «Об основах охраны здоровья» нет указания на то, что «Перечень групп населения и категорий заболеваний» (региональных льготников) утверждается Правительством РФ. Также нет и нормы по утверждению

Правительством РФ перечня лекарственных препаратов для этих целей.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 года (утв. Постановлением Правительства РФ 10 декабря 2018 года № 1506) (далее – ПГГ) [5] в разделе V «Финансовое обеспечение Программы» устанавливает следующее:

«За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется:

– ...обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей бесплатно;

– обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой...»

Требования к территориальной программе по определению перечня лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, отражены в разделе VIII ПГГ «Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи» определяет следующее:

«Территориальная программа в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:

...перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой, сформированной в объеме не менее утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации на соответствующий год перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, за исключением лекарственных препаратов, используемых исключительно в стационарных условиях...».

На основании ФЗ «Об основах охраны здоровья» и ПГГ к полномочиям субъектов РФ относятся формирование вышеуказанного перечня лекарственных препаратов и финансирование обеспечения лекарственными препаратами региональных льготников.

В территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее территориальные ПГГ) перечни лекарственных препаратов для региональных льготников являются приложением к самой программе.

Категории граждан, относящиеся к региональным льготникам в настоящее время определяются постановлением Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (далее – Постановление 890), которое было утверждено в 1994 году и последний раз редактировалось в 2002 году [6]. Основная цель данного нормативного документа – развитие фармацевтической промышленности в РФ в целях улучшения обеспечения населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, в том числе учреждений здравоохранения. В связи с повсеместным введением системы ОМС с 1994 года обеспечение лекарственными препаратами в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, финансируется из средств ОМС, что делает Постановление 890 неактуальным в этой части.

Кроме того, Постановление 890 также содержит нормы, относящиеся к поддержке аптечных организаций, и другие аспекты, которые не соответствуют реальной действительности и на сегодняшний день не соответствуют разделению финансовых потоков и полномочий:

«5. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации за счет средств соответствующих бюджетов и иных источников:

– понижать для производств, выпускающих лекарственные средства и изделия медицинского назначения, тарифы на услуги водоснабжения и водоотведения (в ред. Постановления Правительства РФ от 27.12.1997 № 1629);...

– ...осуществлять финансовую поддержку предприятий аптечной сети, испытывающих недостаток в оборотных средствах...»).

В 1994 году не существовало разделения полномочий по части лекарственного обеспечения населения. Также очень важно отметить, что на федеральном уровне Постановлением 890 для субъектов РФ утвержден «Перечень групп

населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно» (Приложение № 1), и «Перечень групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой» (Приложение № 2). Кроме того, в приложении № 1 к Постановлению 890 в виде таблицы представлены группы населения и перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых по рецептам врачей бесплатно.

В тоже время, в территориальных программах государственных гарантий (далее – территориальные ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи данные перечни лекарственных препаратов для региональных льготников являются приложением к территориальной ПГГ.

Следовательно, ФЗ «Об основах охраны здоровья» и постановлением Правительства РФ полномочия по формированию вышеуказанного перечня лекарственных препаратов и финансированию обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с данным перечнем отнесены к полномочиям субъектов РФ.

На региональном уровне при осуществлении лекарственного обеспечения льготных категорий граждан возникают следующие актуальные практические вопросы, требующие разрешения на законодательном уровне:

1. Следует ли субъектам РФ руководствоваться вышеуказанным Постановлением Правительства РФ № 890 от 1994 года и иметь в региональных льготниках только те категории граждан и группы заболеваний, и, соответственно, только те лекарственные препараты, которые указаны в постановлении Правительства РФ?

2. При признании Постановления № 890 обязательным для исполнения, что считать под обеспечением «всеми лекарственными средствами»?

3. Могут ли субъекты РФ, реализуя свои полномочия за счет собственных региональных бюджетов, формировать собственные перечни региональных льготников и лекарственных препаратов для их обеспечения?

Основные законодательные вопросы лекарственного обеспечения региональных льготников

Что касается первого вопроса, ряд экспертов признает формирование перечня закупаемых из региональных бюджетов лекарственных препаратов и региональных льготников полномочием субъектов РФ на основании норм части 1 статьи 16 и пункта 5 части 2 статьи 81 ФЗ «Об основах охраны здоровья». С учетом статьи 73 Конституции РФ, которая устанавливает, что «вне пределов ведения Российской Федерации и полномочий Российской Федерации по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации субъекты Российской Федерации обладают всей полнотой государственной власти» [7], субъекты РФ должны самостоятельно реализовывать полномочия по предметам ведения субъектов РФ.

Однако, существует мнение ряда экспертов, что регионы должны формировать Перечни на основании Постановления № 890 – действующего федерального нормативного правового акта. При согласии с данной точкой зрения возникает еще несколько вопросов.

Перечень изделий медицинского назначения и лекарственных средств, которые отпускаются по рецептам врачей бесплатно и перечислены в графе 2 таблицы в Приложении № 1 Постановления 890 состоит из определений: «лекарственные средства для лечения данной категории заболеваний»; «в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств»; «все лекарственные средства, а при отдельных категориях заболеваний указаны перечни групп лекарственных препаратов».

Для ряда льготников, страдающих следующими категориями заболеваний: СПИД, ВИЧ-инфицированные; онкологические заболевания; лепра; диабет; психические заболевания (инвалиды I и II групп, а также больные, работающие в лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях, шизофрения и эпилепсия), а также почти все льготные категории граждан по определению «группы населения» (39 групп населения, включая детей первых трех лет жизни, а также детей из многодетных семей в возрасте до 6 лет, инвалидов I группы, неработающих инвалидов II группы, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), предусмотрено обеспечение «всеми лекарственными препаратами». Если дословно проанализировать указанную формулировку, можно предположить, что имеется в виду обеспечение всеми лекарственными препаратами, зарегистрированными на территории РФ. К примеру, в соответствии с Постановлением 890

дети из многодетных семей в возрасте до шести лет и дети первых трех лет жизни имеют право на выписку врачами бесплатного рецепта на все лекарственные препараты.

Следовательно, не должно существовать никакого регионального перечня лекарственных препаратов для данных категорий граждан, поскольку любой региональный перечень будет ограничительным из-за того, что не включает в себя все зарегистрированные в РФ лекарственные препараты, что повлечет за собой нарушение прав граждан и будет предметом юридических споров. При этом следует отметить, что перечень из всех зарегистрированных в нашей стране лекарственных препаратов также может быть расценен как нарушение прав льготных категорий граждан, поскольку существуют законодательные нормы, регулирующие в ряде случаев использование незарегистрированных в РФ лекарственных препаратов (Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 29 сентября 2010 г. № 771 «О порядке ввоза лекарственных средств для медицинского применения на территорию Российской Федерации», Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 августа 2012 г. № 58н «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по выдаче разрешений на ввоз на территорию Российской Федерации конкретной партии зарегистрированных и (или) незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для проведения клинических исследований лекарственных препаратов, конкретной партии незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для проведения экспертизы лекарственных средств в целях осуществления государственной регистрации лекарственных препаратов, конкретной партии незарегистрированных лекарственных средств для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента») [8].

Таким образом, если Постановление 890 обязательно к исполнению, то необходимо наличие списка лекарственных препаратов для лекарственного обеспечения региональных льготников.

Основные практические вопросы лекарственного обеспечения региональных льготников

На практике к рассмотренным выше законодательным вопросам лекарственного обеспечения региональных льготников добавляются сложности, связанные с ограниченностью регионального бюджета. Очевидно, что при отсутствии какого-либо списка лекарственных препаратов, потребность в обеспечении всеми зарегистрированными (в Российской Федерации и в мире) лекарственными препаратами ни один региональный бюджет покрыть не сможет. Таким образом, если субъекты РФ будут строго придерживаться Постановления 890, то у них не хватит средств бюджета на реализацию установленных полномочий.

Однако, существуют риски признания Постановления 890 необязательным к исполнению. Так, факт признания Постановления Правительства РФ необязательным к исполнению грозит санкциями для субъекта РФ. При этом, если субъекты РФ будут создавать только собственные категории заболеваний и группы региональных льготников в условиях дефицитных бюджетов, существует риск, что данные льготные категории будут сведены к минимуму.

Также существует проблема с формированием списков лекарственных препаратов для лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан на региональном уровне. Отсутствие утвержденной регламентации данной процедуры приводит к тому, что региональные перечни лекарственных препаратов отличаются в различных субъектах РФ по количеству представленных международных непатентованных наименований (МНН). Так, например, на 2017 год в Санкт-Петербурге региональный перечень содержал 340 МНН, а в Тюменской области – 660 МНН [8].

Указанная ситуация, как отмечают эксперты, не связана с различиями в структуре заболеваемости, половозрастной структуре населения в регионе, а обусловлена именно отсутствием единых требований к формированию региональных перечней лекарственных препаратов в регионах РФ и разным уровнем благосостояния региона [9]. Единым для регионов является то, что с 2019 года ПГГ устанавливает объем данных перечней в размере не менее ЖНВЛП [5].

Очень важно отметить и то, что при формировании региональных перечней лекарственных препаратов в большинстве случаев не учитываются клинико-экономические (фармакоэкономические) характеристики препаратов, в результате чего выбор терапии в таком случае будет осуществляться

без учета определения наиболее предпочтительного соотношения затрат и эффективности различных лекарственных препаратов. Также не принимается во внимание анализ влияния на бюджет использования различных схем лечения, что приводит к нерациональному расходованию ограниченных средств субъектов РФ [10].

Также следует обратить внимание на тот факт, что нормативные правовые акты федерального уровня содержат указание, что региональный перечень лекарственных препаратов должен содержать препараты для оказания медицинской помощи «в амбулаторных условиях». Амбулаторные условия предполагают назначение врачом лекарственного препарата и прием последнего самостоятельно или введение препарата в условиях процедурного кабинета поликлиники, без непосредственного контроля со стороны врача во время приема или введения. Указанное применение лекарственных препаратов возможно, в первую очередь, для таблетированных препаратов и для ряда препаратов, вводимых подкожно. Напротив, невозможно применение в данных условиях внутривенным капельным способом или введение лекарственных препаратов, когда необходим непосредственный контроль врача.

Приказ Минздрава РФ от 14 января 2019 г. № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» пунктом 8 запрещает выписывать медицинским работникам рецепт на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях. Следовательно, региональный перечень лекарственных препаратов не может содержать препараты, которые в соответствии с инструкцией вводятся пациенту только в медицинской организации (при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара или стационара).

Нормативно-правовые акты, регулирующие лекарственное обеспечение незарегистрированными в Российской Федерации лекарственными препаратами

Еще одним актуальным вопросом лекарственного обеспечения является возможность использования лекарственных препаратов, незарегистрированных в Российской Федерации.

На основании существующей законодательной базы, статья 29 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регламентирует организацию охраны здоровья, которая обеспечивается, в том числе, путем обеспечения определенных категорий граждан Российской Федерации лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации. А в законодательстве РФ предусмотрена возможность обеспечения граждан не только зарегистрированными, но и не зарегистрированными на территории РФ лекарственными препаратами.

Обеспечение пациентов необходимыми лекарственными средствами, не зарегистрированными на территории Российской Федерации, регламентируется Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Федеральным законом от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», Постановлением Правительства РФ от 29 сентября 2010 г. № 771 «О порядке ввоза лекарственных средств для медицинского применения на территорию Российской Федерации», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 августа 2012 г. № 58н «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по выдаче разрешений на ввоз на территорию Российской Федерации конкретной партии зарегистрированных и (или) незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для проведения клинических исследований лекарственных препаратов, конкретной партии незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для проведения экспертизы лекарственных средств в целях осуществления государственной регистрации лекарственных препаратов, конкретной партии незарегистрированных лекарственных средств для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента».

Согласно статьи 47 Федерального закона от 12.04. 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» допускается ввоз на территорию нашей страны конкретной партии незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента на основании разрешения, выданного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [11].

Заключение

Представленный обзор и анализ законодательной базы указал нормативно-правовые акты, регламентирующие лекарственное обеспечение льготных категорий граждан на федеральном и региональном уровнях. Данный обзор показал, что, с одной стороны, существует система по распределению бюджетных средств в соответствии с установленными категориями граждан и действующими ограничительными перечнями лекарственных препаратов, с другой стороны – имеются не до конца разрешенные противоречия и дублирования в законодательных актах, что негативно сказывается на организации здравоохранения в нашей стране.

Однако, нормативная база изменяется, обновляясь с утверждением новых ПГГ, федеральных перечней лекарственных препаратов и пр. Таким образом, имеются дальнейшие перспективы по обновлению законодательных актов, которые были утверждены достаточно давно и требуют гармонизации с действующей на сегодняшней день нормативно-правовой базой.

На региональном уровне существуют до конца нерешенные законодательные и практические трудности. Для их решения необходима доработка существующих нормативно-правовых актов или разработка новой законодательной базы. При этом оба пути представляют собой трудную и кропотливую задачу, от решения которой зависят жизнь и здоровье отечественных пациентов.

Литература

1. Федеральный Закон от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред.от 06.03.2019). Доступно по: https://base.garant.ru/57499516/. Ссылка активна на 07.06.2019.

2. Федеральный закон от 17.07.99 № 178 «О государственной социальной помощи». Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/. Ссылка активна на 26.06.2019.

3. Распоряжение Правительства РФ от 10.12.2018 № 2738-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2019 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи». Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_313085/. Ссылка активна на 20.06.2019.

4. Приказ МЗ СР РФ от 9 марта 2007 г. № 159 «О мерах по обеспечению отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами». Доступно по: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=396149#02998711554305644. Ссылка активна на 20.06.2019.

5. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи 2019 (утв. Постановлением Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. № 1506). Доступно по: https://sudact.ru/law/postanovlenie-pravitelstva-rf-ot-10122018-n-1506/programma-gosudarstvennykh-garantii-besplatnogo-okazaniia/. Ссылка активна на 22.06.2019.

6. Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения». Доступно по: https://base.garant.ru/101268/. Ссылка активна на 20.06.2019.

7. Конституция Российской Федерации (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ). Доступна по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/. Ссылка активна на 20.06.2019.

8. *Маличенко В.С.* Особенности организации амбулаторного лекарственного обеспечения отдельных групп населения в Российской Федерации. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация 2016; 19 (2): 103–108.

9. *Александрова О.Ю., Нагибин О.А.* Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов – значение понятий для конкретизации госгарантий бесплатности лекарственной медицинской помощи. // Менеджер здравоохранения 2015; 4: 25–32.

10. *Александрова О.Ю., Нагибин О.А.* Стандарты медицинской помощи – значение понятия для конкретизации государственных гарантий бесплатности лекарственной медицинской помощи. // Менеджер здравоохранения 2015; 3: 6–15.

11. Федеральный закон от 12.04. 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Доступно по: https://base.garant.ru/12174909/. Ссылка активна на 20.06.2019.

UDC 614.02

Nagibin O.A., Selyavina O.N., Karausheva L.E. ***Regulatory aspects of the organisation of medicine provision for welfare beneficiaries*** *(Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia)*

Abstract. A legal basis has been established to regulate the issue of pharmacological support of special patient groups. It consists of several individual categories, diseases and drug lists. Nowadays pharmacological support is divided into federal and regional levels. However, some rules and regulations are duplicated in both of them. This fact can lead to organizational problems and also influence the negative budget issues. The analysis of the current legal basis will allow to determine the directions for further improvement of pharmacological support legislation

Keywords: *pharmacological support, special patient groups, regional procurement, healthcare system, Russian regions, pharmaceutical product, legal acts, Federal law, Government order 890, State guarantee program, clinical-economy analysis, essential drug list, EDL, ONLP, high cost nosologies, orphan diseases, life-threatening committee.*

От редакции:

Мы завершаем публиковать материалы авторов Аналитического доклада ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России «Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении». В данном номере внимание обращено на политику государства в отношении ряда вопросов функционирования здравоохранения в условиях борьбы с коронавирусом.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

В.И. Стародубов,
д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия
Ф.Н. Кадыров,
д.э.н., заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России;
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия
О.В. Обухова,
к.п.н., заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия
И.Н. Базарова,
научный сотрудник отделения экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия
Ю.В. Ендовицкая,
младший научный сотрудник отделения экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия

ОЦЕНКА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ ОТДЕЛЬНЫХ ВОПРОСОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСА COVID-19

УДК 614.02

Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базарова И.Н., Ендовицкая Ю.В. ***Оценка государственной политики в отношении отдельных вопросов функционирования здравоохранения в период распространения коронавируса Covid-19*** *(ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия; ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия; НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия)*

Аннотация. Здравоохранение, как преимущественно государственная система, объективно подвержена серьезному регулированию в особых условиях функционирования, к которым относится и распространение коронавирусной инфекции COVID-19. Немаловажно и то, что прямому или косвенному регулированию подвергается и частная система здравоохранения. При этом порой государственные органы вынуждены прибегать к «ручному управлению», последствия которых и для государственного, и для частного здравоохранения не всегда однозначны.

Ключевые слова: *здравоохранение, медицинские организации, коронавирус, COVID-19, финансирование, обязательное медицинское страхование, кризис.*

ВВЕДЕНИЕ

Активная деятельность государства в решении многочисленных проблем, возникших на фоне распространения коронавирусной инфекции COVID-19, требует серьезного пристального изучения и анализа, на что потребуется длительное время. Но уже сейчас можно дать некоторые оценки

© В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, И.Н. Базарова, Ю.В. Ендовицкая, 2020 г.

и высказать предложения по совершенствованию регулирования ряда сфер, связанных с борьбой с коронавирусом. Некоторые из них были рассмотрены в предыдущих публикациях.

Общая оценка эффективности деятельности государственных органов в период ликвидации распространения коронавируса COVID-19

В прошлых статьях было показано, что имеется целый ряд объективных факторов, замедливших на первых этапах скорость распространения COVID-19 в Российской Федерации. Поэтому эффективность деятельности государственных органов нельзя оценивать по показателям заболеваемости и смертности населения. Более объективными показателями для этого являются, на наш взгляд, такие как:

1. Оперативность реагирования на ситуацию. Оперативность принятия решений, на наш взгляд, была невиданно высокой, порой вызывающей удивление и явное уважение. Однако это, в первую очередь, касается федерального уровня. На уровне субъектов Российской Федерации, к сожалению, часто приходилось сталкиваться с фактами ожидания документов, разъяснений со стороны федеральных властей и т.д.
2. Принятие нормативно-правовых актов, меняющих правовое регулирование в определенных сферах на период коронавируса. Нормотворческая активность была очень высокой – были внесены изменения в многочисленные нормативные правовые акты.
3. Комплексность принимаемых мер. В этом отношении также можно дать положительную оценку – был разработан ряд пакетов мер, направленных на поддержку:
   - различных отраслей экономики;
   - населения;
   - здравоохранения и т.д.
4. Степень исполнения принимаемых решений, которую можно оценивать по быстроте и полноте реализации принимаемых мер. Анализ показывает, что в ряде сфер степень исполнения решений является недостаточной. Это касается, например:

- мер по соблюдению самоизоляции граждан. К сожалению, предоставление нерабочих дней многими было воспринято как дополнительный оплачиваемый отпуск с прогулками, посещением гостей и т.д. Очевидно, нужно было сразу же принимать более жесткие требования по соблюдению самоизоляции. Другими словами, на наш взгляд, мог бы быть использован более жесткий подход к ограничительным мерам на период распространения коронавируса (у нас же жесткость мер усиливалась постепенно по мере осознания государством недостаточной эффективности предыдущих мер), что способствовало бы более быстрому достижению стабилизации с заболеваемостью коронавирусом;
- поведения банковского сектора в части выполнения решений по поддержке бизнеса и населения, поведение которого нередко можно рассматривать как скрытый саботаж.

5. Достаточность принимаемых мер. В предыдущих публикациях мы довольно детально анализировали достаточность принимаемых мер по тем или иным направлениям, поэтому не будем повторяться. Отметим лишь, что не все меры, на наш взгляд, были достаточными. Это видно хотя бы из того, что по одним и тем же вопросам приходилось принимать дополнительные нормативные правовые акты, вносить изменения в принятые и т.д. Впрочем, во-многом это связано с тем, что ожидаемый период распространения коронавируса оказался длительнее, чем ожидалось ранее.

Тем не менее, на общем фоне положительной оценки действий государственных органов, необходимо отметить и ряд серьезных просчетов. Отметим только некоторые из них:

1) Запоздалость признания распространения нового коронавируса серьезной угрозой. Отношение к проблеме изменилось лишь после того, как 11 марта 2020 года ВОЗ признала распространение COVID-19 пандемией, хотя информация о вспышке заболевания в Китае появилась еще в конце 2019 года. Были упущены сроки на самом первом этапе. Прежде всего это касается закрытия внешних границ и введения «масочного» режима.
2) «Соцсоревнование» многих субъектов Российской Федерации по поводу того, у кого меньше заболевших и смертей от COVID-19, в том числе путем подталкивания медицинских организаций к занижению статистики по коронавирусу. Это крайне негативная ситуация, не только искажающая реальную

статистику распространения коронавируса, но и наносящая прямой вред здоровью граждан. Например, под давлением вышестоящих органов многие медицинские организации сознательно сдерживают объемы проведения МРТ легких, лабораторных исследований даже для своих сотрудников, результатом чего являются осложнения и смертельные исходы, которых можно было бы избежать. Нужно четкое понимание того, что пока вакцины и лекарств от COVID-19 нет, нельзя оценивать работу как медицинских организаций, так и регионов по показателям заболеваемости и смертности. В противном случае указанные факты будут только множиться.

3) Показательные и неоправданно жесткие меры в отношении многих руководителей медицинских организаций. Например, тех, из которых сбежали больные с коронавирусом, как это было в отношении главного врача инфекционной больницы в Санкт-Петербурге. Это и уголовные дела на главных врачей больниц, которые не в полном объеме осуществили выплаты стимулирующего характера за счет федеральных средств, причиной чего зачастую являлось либо отсутствие средств, либо запутанный порядок их начисления и т.д.
4) Неоднозначность формулировок ряда нормативных правовых актов, которые привели к многочисленным конфликтным ситуациям. Прежде всего это касается вышеуказанных федеральных выплат стимулирующего характера за работу с коронавирусом. Так, в Распоряжение Правительства Российской Федерации № 976-р, в соответствии с которым выделялись средства на так называемые «президентские выплаты», уже трижды вносились изменения.
5) Перегибы в ограничениях деятельности в сфере здравоохранения, например, в части предварительных и периодических профосмотров.

Рассмотрим некоторые из перечисленных проблем более детально.

Риски разбалансировки системы финансового обеспечения медицинских организаций

Одна из ключевых финансовых угроз, с которой приходится сталкиваться общественному здравоохранению – это разбалансировка системы финансового обеспечения медицинских организаций, которая состоит из многочисленных элементов (источников и каналов финансирования) и складывалась многие годы. Перепрофилирование, изменение штатных расписаний, сокращение одних групп расходов и появление новых, выпадающие доходы (из-за сокращения объемов плановой медицинской помощи, приостановки профосмотров и т.д.) приводят к серьезным различиям в реальном финансовом положении медицинских организаций, что не способствует эффективной работе всей системы здравоохранения в целом.

Все это приводит к необходимости временного отказа от сложившихся способов финансового обеспечения и применения методов «ручного управления». Примером может служить предоставление права территориальным фондам обязательного медицинского страхования оказывать финансовую поддержку медицинским организациям, имеющим выпадающие доходы из-за снижения объемов деятельности. Однако при этом порядок этой компенсации, критерии оценки необходимости финансовой помощи и ее объемов не определены.

Другой пример. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23 мая 2020 г. № 1390-р посвящено поддержке в 2020 году федеральных бюджетных и автономных учреждений, осуществляющих деятельность в отраслях российской экономики, в наибольшей степени пострадавших в условиях ухудшения ситуации в результате распространения новой коронавирусной инфекции. Перечень этих отраслей утвержден Постановлением Правительства от 3 апреля 2020 года № 434 «Об утверждении перечня отраслей российской экономики, в наибольшей степени пострадавших в условиях ухудшения ситуации в результате распространения новой коронавирусной инфекции». Правительство включило в соответствующий перечень:

- деятельность санаторно-курортных организаций;
- стоматологическую практику.

В соответствии с Распоряжением № 1390-р в период приостановления (частичного приостановления) их деятельности при принятии мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции, ряд расходов автономных и бюджетных учреждений осуществляется

независимо от объема оказанных ими государственных услуг (выполненных работ). Речь идет о следующих расходах:

- расходы по оплате труда работников этих учреждений в целях обеспечения уровня оплаты труда, установленного трудовым законодательством Российской Федерации;
- налоги и сборы, страховые взносы, установленные законодательством Российской Федерации;
- расходы, связанные с оплатой коммунальных услуг и содержанием имущества, в том числе за счет средств субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в соответствии с планом финансово-хозяйственной деятельности такого учреждения, утвержденным в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Другими словами, финансирование перечисленных расходов осуществляется независимо от объемов деятельности.

Данное решение в целом можно оценить как положительное.

При этом, целесообразно было бы это же решение распространить не только на федеральные автономные и бюджетные учреждения, но и на соответствующие типы учреждений субъектов Российской Федерации.

Наконец, необходимо подобные решения принимать не в расчете на конкретную ситуацию (например, «в 2020 году»), а как один из возможных вариантов, который должен быть закреплен законодательно и при необходимости оперативно задействован при возникновении аналогичных ситуаций.

Далее. Одной из наиболее очевидных ожидаемых проблем является снижение следующих расходов региональных бюджетов на здравоохранение:

- сокращение расходов на ремонтные работы;
- сокращение расходов на приобретение оборудования, не используемого напрямую на борьбу с коронавирусом.

Необходимо также отметить неоднозначные последствия массовых поставок оборудования, лекарственных препаратов и т.д. в медицинские организации для борьбы с коронавирусом. Суть проблемы заключается в том, что часть поставляемого в настоящее время оборудования для борьбы с коронавирусом сможет использоваться и после окончания распространения коронавируса для оказания медицинской помощи по другим профилям, но далеко не всё. То есть, в настоящее время имеет место узкая направленность многих видов затрат, ориентированных на инфекционные, пульмонологические, реанимационные отделения. В сумме это достаточно большие средства, но у медицинских организаций уже сейчас зачастую возникают проблемы не с аппаратами ИВЛ и т.д., а с иной техникой, необходимой для лечения других заболеваний.

Есть серьезные опасения того, что субъекты Российской Федерации на запросы подведомственных учреждений по поставке аппаратуры, будут ссылаться на суммы поставленного для борьбы с коронавирусом оборудования и не выделять средства на приобретение оборудования на другие цели.

Очевидно, что в ближайшее время закупленное дорогостоящее оборудование обернется значительной финансовой проблемой для медицинских организаций в связи с необходимостью его обслуживания, сопровождения и т.д. Для системы здравоохранения региона дополнительные расходы будут связаны с необходимостью выделения дополнительных средств на содержание вновь введенных в эксплуатацию медицинских организаций.

«Перегибы» в деятельности государственных органов

Распоряжением Правительства РФ от 21.03.2020 № 710-р (далее – Распоряжение 710-р) в целях обеспечения охраны здоровья населения и нераспространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на территории Российской Федерации временно приостановлено проведение всероссийской диспансеризации взрослого населения, предусмотренной в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 июня 2019 г. № 1391-р. Речь идет о временном приостановлении проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Аналогичное положение содержится в Постановлении Правительства от 3 апреля 2020 г. № 432 «Об особенностях реализации базовой

программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» (далее – Постановление № 432). В нем говорится: «Приостанавливается проведение профилактических мероприятий в части диспансеризации, в том числе пребывающих в стационарных организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, и профилактических медицинских осмотров граждан, в том числе несовершеннолетних».

Как видим, ни Распоряжение № 710-р, ни Постановление № 432 не приостанавливали ни предварительных или периодических профосмотров, ни профосмотров в частных медицинских организациях.

Минздрав России в приказе от 19 марта 2020 года № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» предписал приостановку проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации без указания – каких именно. На наш взгляд, эта нечеткость формулировок и создала проблемы – большинство субъектов Российской Федерации запретили медицинским организациям проведение на своих территориях всех видов профилактических мероприятий. Зачастую эти ограничения касались медицинских организаций любых организационно-правовых форм, включая частные медицинские организации.

Обращаем внимание на то, что в приказе № 198н говорится о приостановке профосмотров и диспансеризации только в отношении медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. Иные медицинские организации (стационарные и т.д.) по-прежнему имеют право заниматься проведением предварительных профосмотров.

Это же касается и частных медицинских организаций – федеральными нормативными правовыми актами профсмотры (кроме входящих в программу госгарантий) не запрещены.

Тем не менее, очевидно, что неоднозначные формулировки приказа № 198н привели к возникновению серьёзных проблем не только у многих медицинских организаций, но и у работодателей.

Минтруд России по этому поводу выпустил письмо от 10.04.2020 № 15-2/10/В-2842, в котором полагает, что запреты не должны касаться проверки здоровья работников, деятельность которых связана:

- с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды;
- воспитанием и обучением детей;
- коммунальным и бытовым обслуживанием населения;
- работами на высоте;
- занятостью на рабочих местах с классом условий труда 3.3 и 3.4.

Также, по мнению Минтруда, нельзя обойтись без медосмотров в начале, в течение или в конце рабочего дня либо смены.

Ситуацию разрядил Приказ Минздрава России от 18 мая 2020 г. № 455н «О внесении изменения в порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, утвержденный приказом министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. № 302н».

В соответствии с этим приказом № 455н пункт 16 приказа № 302н изложен в следующей редакции: «Периодические осмотры проводятся не реже чем в сроки, указанные в Перечне факторов и Перечне работ. В случае введения в соответствии с Федеральным законом от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» режима повышенной готовности или режима чрезвычайной ситуации проведение периодических осмотров, указанных в Перечне факторов и Перечне работ (за исключением пунктов 14–26 Перечня работ, а также случаев, когда условия труда отнесены к подклассам 3.3 и 3.4 в соответствии с ФЗ от 28 декабря 2013 г. № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда», по решению работодателя может быть отложено, но не более, чем на 6 месяцев». То есть, было четко определено – какие виды профосмотров могут временно не проводиться, а какие должны проводиться в полном объеме.

Политика государства в отношении частных медицинских организаций в период борьбы с коронавирусом

Основные проблемы, с которыми столкнулись частные медицинские организации в период борьбы с коронавирусом, заключаются в следующем:

- падение спроса на платные медицинские услуги;
- сокращение объемов медицинской помощи и падение доходов в системе обязательного медицинского страхования для тех частных медицинских организаций, которые работают в ОМС;
- дополнительные затраты для всех медицинских организаций (независимо от того, занимаются ли они непосредственно лечением коронавируса или нет) на средства индивидуальной защиты, дезинфицирующие средства и аппаратуру и т.д., направленные на предупреждение инфицирования сотрудников и пациентов;
- сложность или невозможность смены профиля на период распространения коронавируса.

Как мы видим, проблемы частных медицинских организаций в целом оказались схожими с проблемами государственных (муниципальных) учреждений.

Тем не менее, из-за того, что большинство частных медицинских организаций не работают в ОМС или имеют небольшой удельный вес доходов от ОМС, потери для частного сектора оказались гораздо более серьезными, чем для государственного.

Не случайно, частные клиники попросили Правительство России внести их в список наиболее пострадавших отраслей из-за пандемии коронавируса. Под письмом подписались Национальная ассоциация негосударственных медицинских организаций, Ассоциация стоматологических организаций и медицинских работников, другие объединения и крупные компании, а также представители «Опоры России».

Меры по поддержке частного медицинского бизнеса и оценка их достаточности

Постановление Правительства от 3 апреля 2020 года № 434 «Об утверждении перечня отраслей российской экономики, в наибольшей степени пострадавших в условиях ухудшения ситуации в результате распространения новой коронавирусной инфекции» включило в соответствующий перечень «Стоматологическую практику».

Однако это только частичное решение проблемы, поскольку данное постановление касается оказания помощи заемщикам, относящимся к субъектам малого и среднего предпринимательства, причем только одного профиля.

Многие частные медицинские организации смогут воспользоваться мерами по поддержке малого и среднего бизнеса (снижение страховых взносов с 30% до 15% и т.д.), а также иными другими мерами по поддержке бизнеса.

Частично к мерам по поддержке частного медицинского бизнеса можно отнести расширение участия частных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. В соответствии с Федеральным законом № 89-ФЗ, статья 15 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» дополнена частью 2^1 следующего содержания:

«2^1. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) вправе установить срок подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, отличный от предусмотренного частью 2 настоящей статьи. Информация о сроках и порядке подачи указанного уведомления размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети Интернет».

Это означает возможность оперативного включения частных (а также федеральных) клиник в систему ОМС в особом порядке (при наличии такой необходимости). Однако широкого вовлечения частных клиник в ОМС, как и ожидалось, не произошло, хотя бы потому, что частные клиники оказывают преимущественно амбулаторно-поликлиническую помощь, потребность в которой в настоящее время как раз снижается. Таким образом, внеплановое включение частных клиник в систему ОМС коснулось незначительного числа частных медицинских организаций и направлено все же, в первую очередь, не на поддержку частного здравоохранения, а на решение государственных задач

по борьбе с коронавирусом на случай нехватки мощностей государственного здравоохранения.

Поэтому еще одной мерой, способствующей частичной финансовой поддержке частных клиник, можно считать подключение ряда из них непосредственно к лечению пациентов с коронавирусом COVID-19. Так, Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» имени Н.А. Семашко» было включено в перечень медицинских организаций, которые могут принять участие в оказании медицинской помощи пациентам с коронавирусом. Основанием для этого явилось распоряжение Правительства РФ от 2 апреля 2020 г. № 844-р «Об утверждении перечней организаций и их структурных подразделений, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, и частных медицинских организаций, которые перепрофилируются для оказания медицинской помощи пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в стационарных условиях». Правда указанная больница хоть и является по статусу частной, на практике ее можно назвать «прогосударственной» или «квазичастной», поскольку она создана акционерным обществом, 100% акций которого принадлежат государству.

Больных с COVID-19 и его симптомами в Москве готовы госпитализировать и некоторые другие частные клиники[1].

При этом частные медицинские организации достаточно активно подключились к проведению тестирования населения на наличие коронавируса. При этом ряд частных медицинских организаций (обычно те, которые выполняют функции централизованных лабораторий) осуществляют тестирование в рамках ОМС по соответствующим тарифам, другие же осуществляют тестирование лишь на платной основе.

Еще одной возможной временной нишей является проведение обязательных предварительных, периодических и иных профосмотров, которые государственные медицинские организации практически прекратили осуществлять (зачастую – необоснованно).

Одним из возможных вариантов как сокращения части затрат частных клиник, так и поддержки государственного здравоохранения, испытывающего кадровый дефицит, могло бы быть временное привлечение медицинского персонала частных медицинских организаций к работе государственных медицинских организаций. Однако действующее трудовое законодательство препятствует применению наиболее подходящих для этого форм, таких как:

- заключение договоров гражданско-правового характера;
- заёмный труд;
- совместительство более, чем на 0,5 ставки (что не позволяет сотруднику частной клиники работать по совместительству на полную ставку в государственном учреждении при приостановке деятельности частной клиники).

В трудовое законодательство необходимо внести изменения, допускающие использование подобных форм на период чрезвычайных ситуаций или их предупреждения.

В целом, на наш взгляд, требуется более детальная оценка влияния распространения коронавируса на частное здравоохранение и соответствующая финансовая и иная его поддержка, исходя из следующего:

- частный медицинский бизнес – составная часть бизнеса, обеспечивающего рабочие места, пополняющего бюджеты налогами, взносами и т.д., и заслуживает поддержки, как и любой другой бизнес;
- частное здравоохранение относится к одной из наиболее пострадавших от коронавируса сфер так называемого «второго эшелона» (где к первому относится туризм, гостиничный бизнес, общественное питание, транспорт и др.);
- частное здравоохранение является серьезным резервом государства на период чрезвычайных ситуаций, и его сохранение является общегосударственной задачей (особенно с учетом дефицита медицинских кадров в государственном секторе по целому ряду специальностей);
- частное здравоохранение – составная часть здравоохранения, оказывающая все возрастающие объемы медицинской помощи. Поэтому сокращение потенциала частного здравоохранения означало бы сокращение совокупного здравоохранения – ухудшение возможности оказания медицинской помощи;

[1] https://ko.ru/articles/skolko-stoit-chastnoe-lechenie-covid-19

- граждане, обращающиеся в частные клиники, уменьшают нагрузку на государственное здравоохранение и обеспечивают тем самым экономию общественных ресурсов. Поэтому для государства выгодно поддерживать частное здравоохранение.

Выводы

1. Россия обладает достаточным экономическим, научным, технологическим потенциалом для успешной борьбы с распространением коронавируса. Но этим потенциалом нужно грамотно распорядиться.

2. Финансовое положение России на современном этапе позволяет выделить ресурсы, необходимые для борьбы с коронавирусом на современном этапе.

3. Материально-техническая база здравоохранения значительно укрепилась (хотя и не во всех сферах: в ряде случаев перераспределение средств на закупку оборудования, необходимого для борьбы с коронавирусом, отдалило плановые закупки других видов оборудования и т.д.).

4. Ситуация с коронавирусом может иметь негативный отложенный результат, связанный с приостановкой профосмотров, диспансеризации, плановой медицинской помощи. Это, скорее всего, вызовет всплеск заболеваемости.

5. Нормативно-правовая база функционирования как экономики в целом, так и здравоохранения оказалась не в полной мере готовой к условиям распространения коронавируса. Она подверглась большой модернизации. Однако многие проблемы, связанные с нормативно-правовым регулированием, все еще остаются нерешенными.

6. Опыт борьбы с коронавирусом COVID-19 позволит повысить готовность страны к возможным будущим эпидемиям и пандемиям.

7. Нынешняя ситуация несет для здравоохранения дополнительные вызовы, но и открывает новые возможности, которыми нужно грамотно воспользоваться.

UDC 614.02

Starodubov V.I., Kadyrov F.N., Obukhova O.V., Bazarova I.N., Endovitskaya Yu.V. ***Assessment of public policy in relation to certain issues of healthcare functioning during the spread of COVID-19 Coronavirus*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; North-Eastern State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia; HSE University, Moscow, Russia)*

Abstract. Health care, as a predominantly public system, is objectively subject to serious regulation in special operating conditions, which include the spread of COVID-19 coronavirus infection. It is also important that the private healthcare system is also subject to direct or indirect regulation. At the same time, public authorities are sometimes forced to resort to "manual management", the consequences of which are not always clear for both public and private health care.

Keywords: *Health care, medical organizations, coronavirus, COVID-19, financing, mandatory health insurance, crisis.*

От редакции:

Мы уже не раз обращались в нашем журнале к вопросам выплат стимулирующего характера работникам, занятым оказанием медицинской помощи больным коронавирусом COVID-19. Однако эти выплаты стали предметом большого числа споров и конфликтов. К тому же, в соответствующие нормативные правовые акты по несколько раз вносились изменения. В связи с многочисленными вопросами наших читателей мы вновь возвращаемся к этой теме.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,
заместитель директора, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия

ИЗМЕНЕНИЯ В ПОРЯДКЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТИМУЛИРУЮЩИХ ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ ЗА РАБОТУ С КОРОНАВИРУСОМ

До какого срока продлеваются выплаты стимулирующего характера за работу с коронавирусом?

Постановлением Правительства РФ от 26.06.2020 № 926 в пункте 3 «Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования в полном объеме расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2020 г. № 484, слова «в апреле – июне 2020 г.» заменить словами «в апреле – августе 2020 г.».

Это означает, что выплаты в соответствии с Постановлением № 484 продлеваются еще на два месяца.

Какие выплаты стимулирующего характера за работу с коронавирусной инфекцией облагаются НДФЛ, а какие – нет?

У этой проблемы довольно длинная история. На момент выхода постановлений Правительства Российской Федерации № 415 и № 484 действующее законодательство не предусматривало, что эти части зарплаты не подлежат налогообложению налогом на доходы физических лиц (НДФЛ). НДФЛ с этих выплат нужно было удерживать. Но возникли обоснованные опасения, что медицинские работники будут негативно рассматривать тот факт, что на руки они получат меньше, чем заявляли первые лица государства. Поэтому Федеральным законом от 22.04.2020 № 121-ФЗ были внесены изменения в Налоговый кодекс, в соответствии с которым от НДФЛ были освобождены доходы в виде денежной выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования федерального бюджета.

© Ф.Н. Кадыров, 2020 г.

Фактически, речь шла об освобождении от НДФЛ выплат, осуществляемых в соответствии с Постановлением № 415. Действительно, в постановлении № 415 речь идет о следующих выплатах: ***«выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией»***. Здесь мы видим полное совпадение с формулировками пункта 81 статьи 217 Налогового кодекса, что не случайно – поправки в Налоговый кодекс вводились именно под Постановление № 415.

Но к этому времени вышло «путинское» Постановление № 484, в котором речь шла о следующих выплатах: «выплаты стимулирующего характера ***за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим*** в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19». Как видим, совпадение с формулировками Налогового кодекса лишь частичное (при этом к тому же не упоминаются группы риска). Поскольку формулировки не совпадают, получается, что выплаты в соответствии с Постановлением № 484 должны облагаться НДФЛ.

Хотя суть выплат примерно одна и та же, формальные разночтения в формулировках дают основания налоговым органам требовать уплаты НДФЛ. Или не требовать – по своему усмотрению.

На фоне очередного скандала, вызванного подобными разночтениями, Минфин России (письмо от 14.05.2020 № 03-04-09/39328) в ответ на запрос Минздрава России написал: «денежные выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам в размерах, предусмотренных Правилами, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 02.04.2020 № 415, а также в размерах, предусмотренных Правилами, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 12.04.2020 № 484, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования федерального бюджета, освобождаются от обложения налогом на доходы физических лиц на основании пункта 81 статьи 217 Кодекса».

Такую ситуацию иначе, как казусом назвать было невозможно – обычно финансовые (налоговые) органы придираются к разночтению в одну букву, а тут приравняли абсолютно разные формулировки.

К тому же много путаницы и конфликтов возникало из-за того, что федеральные выплаты НДФЛ не облагаются, а региональные – облагаются.

В итоге в пункт 81 статьи 217 Налогового кодекса были внесены очередные изменения, и теперь она устанавливает, что не подлежат обложению НДФЛ доходы в виде выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ, особые условия труда и дополнительную нагрузку лицам, участвующим в выявлении, предупреждении и устранении последствий распространения новой коронавирусной инфекции, в том числе оказывающим медицинскую помощь или социальные услуги гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией, которые осуществляются на основании федеральных законов, актов Президента РФ, актов Правительства РФ и источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования федерального бюджета и (или) бюджета субъекта РФ.

Как видим, данная редакция Налогового кодекса включила в себя формулировки как 415, так и 484 Постановлений, а также освободила от НДФЛ региональные выплаты.

Должны ли выплаты стимулирующего характера за работу с коронавирусом учитываться при расчете среднего заработка? За счет какого источника? Можно ли их выплачивать за счет ОМС?

Да, выплаты в соответствии с Постановлениями № 415 и 484 включаются в средний заработок. Однако источник этих выплат в настоящее время не определен. Федеральный фонд ОМС (письмо ФФОМС от 15 июня 2020 г. № 7858/21/и) не дал однозначного ответа на вопрос о том, можно ли эти выплаты включать в средний заработок за счет средств ОМС, направив запрос в Минздрав России. Поэтому пока придется дожидаться официальных разъяснений на этот счет.

Менеджер
здравоохранения