

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№9.2020



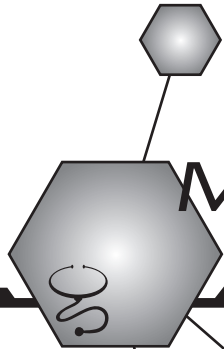
Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

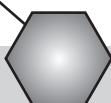
ISSN 1811-0185



9 771811 018003



Менеджер здравоохранения



№ 9
2020

- Издаётся с 2004 г.
- Выходит 10 раз в год
- Сайт: www.idmz.ru
- Включен в перечень ВАК по специальности 14.02.03
- Индексируется: РИНЦ, репозиторий «КиберЛенинка»
- Главный редактор
В.И.Стародубов,
idmz@mednet.ru

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

КОБЯКОВА Ольга Сергеевна,
д.м.н., профессор, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., профессор, зам. директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, зам. директора Института лидерства и управления
здравоохранением ФГАОУ ВО Первый Московский государственный университет
им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

КАРПОВ Олег Эдуардович,
д.м.н., член-корр. РАН, генеральный директор ФГБУ «Национальный медико-
хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

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

РЕДАКЦИЯ

Ответственный редактор –
КУРАКОВА Наталия Глебовна, idmz@mednet.ru

Выпускающий редактор –
ЦВЕТКОВА Лилия Анатольевна, idmz@yandex.ru

Литературный редактор –
БОРИСЕНКО Светлана Владимировна

Компьютерная верстка и дизайн –
ПЕСКОВА Елена Викторовна

Тел.: (495)-618-07-92, 8-915-265-01-44

Учредитель – ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Издатель – ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

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

Подписной индекс: Каталог Агентства «Урал-Пресс» 82614
Заказ: 232

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 октября 2020 г.

Общий тираж: 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

В номере:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

О реализации в законодательстве РФ отдельных «медицинских» поправок к Конституции Российской Федерации

Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов

3-8

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Совершенствование технологии работы заведующих терапевтическими отделениями центральных районных больниц

Р.С. Гаджиев, Л.С. Агаларова

9-18

Методика анализа субъективных и объективных характеристик медицинских услуг для целей дизайна качества медицинских услуг

А.В. Данилов

19-25

От пациентоориентированной медицины к 4п-медицине: семантический аспект тренда

Ю.А. Ульянов, Э.М. Зарипова, Э.Н. Мингазова

26-29

Организация, современное состояние и ближайшие перспективы проблемы «бескровная хирургия»

И.Н. Соловьева, Ю.В. Полякова, Г.Э. Черкасов, Н.А. Трекова

30-36

Организация ортопедо-неврологической службы в практике врача-геронтолога

В.В. Косс, М.В. Елизаров, Д.Ю. Леонов

37-42

Заготовка донорских тромбоцитов в условиях пандемии инфекции COVID-19

С.И. Кузнецов, Е.В. Кудинова, Е.Б. Жибурт

43-46

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Возможности и перспективы технологии распределенного реестра в управлении «опытом пациента»

Ю.А. Зуенкова, А.М. Хавторин

47-54

Региональные медицинские информационные системы в сфере здравоохранения: направления развития и правовые проблемы

И.М. Акулин, Е.А. Чеснокова, Р.А. Пресняков, А.Е. Прядко, Е.И. Зимина, Н.Е. Гурьянова

55-62

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ценностные ориентации врача как предиктор эффективности деятельности медицинской организации

К.Н. Царанов, Е.М. Климова, Т.В. Акимов, А.Б. Званский, А.Г. Тарбастаев

63-70

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Прогнозирование трудовых ресурсов в системе первичной медико-санитарной помощи Казахстана

А.Д. Харин, И.М. Сон, Б.К. Койчубеков, Б.К. Омаркулов

71-80

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

COVID-19 с летальным исходом: методология, формулировки и обоснования дефектов качества

А.А. Старченко

81-91

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Государственные меры по поддержке бюджета и бюджетных учреждений на современном этапе распространения коронавирусной инфекции

Ф.Н. Кадыров

92-95

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Вопросы использования для оказания платных медицинских услуг ресурсов, приобретенных за счет других источников

Ф.Н. Кадыров, Ю.В. Ендовицкая

96-98

Contents:

FOCUS PROBLEMS

On the implementation of certain "medical" amendments to the constitution of the Russian Federation

D.V. Piven, I.S. Kitsul, I.V. Ivanov

3-8

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Improving the technology of work of heads of therapeutic departments of Central district hospitals

R.S. Gadzhiev, L.S. Agalarova

9-18

A technique of the analysis of subjective and objective characteristics of medical services for design of quality of medical services

A.V. Danilov

19-25

From patient-centered medicine to 4p-medicine: the semantic aspect of the trend

Yu.A. Ulyanov, E.M. Zaripova, E.N. Mingazova

26-29

Organization, current state and immediate prospects of the problem «bloodless surgery»

I.N. Solovyova, Yu.V. Polyakova, G.E. Cherkasov, N.A. Trekova

30-36

Organization of the orthopedic and neurological service in the practice of a gerontologist

V.V. Koss, M.V. Elizarov, D.Yu. Leonov

37-42

Donor platelets collection in a pandemic of COVID-19 infection

S.I. Kuznetsov, E.V. Kudinova, E.B. Zhiburt

43-46

INFORMATION MANAGEMENT

Distributed ledger technology in patient experience management

Yu.A. Zuenkova, A.M. Khavtorin

47-54

Regional medical information systems in the field of healthcare: directions of development and legal problems

I.M. Akulin, E.A. Chesnokova, R.A. Presnyakov, A.E. Pryadko, E.I. Zimina, N.E. Guryanova

55-62

SOCIOLOGICAL ASPECTS OF HEALTH CARE

Value orientations of the doctor as predictor of efficiency of activity of the medical organization

K.N. Tsaranov, E.M. Klimova, T.V. Akimov, A.B. Zvansky, A.G. Tarbastaev

63-70

FOREIGN EXPERIENCE

Forecasting of labor resources in the system of primary health care in Kazakhstan

A.D. Kharin, I.M. Son, B.K. Koichubekov, B.K. Omarkulov

71-80

SPECIAL OPINION

COVID-19 with fatal outcome: methodology, formulations and reasonings of quality defects

A.A. Starchenko

81-91

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

State measures to support the budget and budget institutions at the current stage of the spread of coronavirus infection

F.N. Kadyrov

92-95

QUESTIONS AND ANSWERS

Issues of using resources purchased from other sources to provide paid medical services

F.N. Kadyrov, Yu.V. Endovitskaya

96-98

**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

О РЕАЛИЗАЦИИ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РФ ОТДЕЛЬНЫХ «МЕДИЦИНСКИХ» ПОПРАВК К КОНСТИТУЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК: 614.2

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-3-8

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. *О реализации в законодательстве РФ отдельных «медицинских» поправок к Конституции Российской Федерации* (г. Санкт-Петербург, г. Иркутск, г. Москва, Россия)

Аннотация. В статье предложена законодательная реализация отдельных «медицинских» поправок к Конституции РФ. Авторы предлагают дополнить Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ двумя статьями. В одной статье предлагается раскрыть и конкретизировать содержание вновь введенного в Конституцию РФ понятия «единые правовые основы системы здравоохранения». Другая предлагаемая статья раскрывает формы и содержание работы по координации вопросов здравоохранения, вновь отнесенной Конституцией РФ к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. По мнению авторов, предлагаемые изменения в законодательстве позволят на практике обеспечить качественную реализацию «медицинских» поправок к Конституции РФ, что в свою очередь обеспечит и совершенствование нормативно-правового регулирования организации и деятельности здравоохранения, и укрепление его материально-технической базы.

Ключевые слова: охрана здоровья населения, здравоохранение, законодательство, единые правовые основы системы здравоохранения, доступность и качество медицинской помощи, совместное ведение, координация вопросов здравоохранения, качество и безопасность медицинской деятельности, полномочия в сфере охраны здоровья.

Очевидно, что одним из значимых событий 2020 г. явилось принятие поправок в Конституцию Российской Федерации, тем более, что ряд из них прямо относится к деятельности здравоохранения. В то же время необходимо отметить, что принятие указанных поправок – только первый базовый шаг, закрепивший новые важнейшие положения в основном документе страны. Совершенно очевидно, что теперь необходима максимальная конкретизация и развитие данных положений с определением четких механизмов их реализации в отечественном законодательстве. В связи с этим, именно внесение и обоснование соответствующих предложений по отдельным «медицинским» поправкам к Конституции РФ и стало предметом настоящей публикации.

Начнем с поправки к пункту «е» статьи 71 Конституции РФ, в которой сказано, что в ведении Российской Федерации в том числе находится «установление единых правовых основ системы здравоохранения». Используемое здесь понятие «единые правовые основы системы здравоохранения», безусловно, требует конкретизации и раскрытия.

Во-первых, в отечественном законодательстве сегодня отсутствует хоть какая-то расшифровка данного понятия и, соответственно, трактовать его



можно не только весьма широко, но и по-разному, а это как раз, вряд ли, будет способствовать эффективной реализации данной «медицинской» поправки.

Во-вторых, отдельные схожие понятия, ранее использованные в пункте «е» ст. 71 Конституции РФ, трактуются в контексте указанной статьи достаточно неконкретно, и, соответственно, есть прямая опасность, что такая трактовка будет автоматически перенесена и на новую «медицинскую» поправку к данной статье. Например, понятие «основы», которое ранее было использовано в пункте «е» ст. 71 Конституции РФ, а теперь дублируется ещё и в тексте «медицинской» поправки, по мнению отдельных авторов, трактуется как «совокупность начал, принципов, ценностей, определяющих федеральную политику и направленных на реализацию избранной государством стратегии развития» [4]. Очевидно, что если понятие «*единые правовые основы системы здравоохранения*» тоже будет трактоваться исключительно как некие единые начала, принципы, ценности нашей отрасли, то внесённая в статью 71 «медицинская» поправка будет иметь больше теоретическое, но не практическое значение. При этом такой подход будет явно не соответствовать ни ожиданиям медицинского сообщества, ни потребностям здравоохранения, когда задачи гибкого, оперативного и при этом максимально чёткого нормативно-правового регулирования отрасли в последние годы стремительно возрастают как по количеству, так и по сложности.

В-третьих, как показывают многочисленные комментарии к Конституции РФ [1, 2, 4, 5, 10], при всей, казалось бы, схожести трактовок тех или иных понятий, положений, терминов Конституции РФ, нередко трактовка одного и того же положения, понятия, термина имеет отнюдь нетождественное, пусть даже и близкое, содержание. В этой связи при отсутствии в законодательстве чёткого определения такое развитие событий возможно и с понятием «*единые правовые основы системы здравоохранения*». Очевидно, что подобные риски только усложнят вопросы нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения.

С учётом изложенного выше в развитие новых «медицинских» положений пункта «е» ст. 71 Конституции РФ было бы целесообразным раскрыть в законодательстве понятие «*единые правовые основы системы здравоохранения*» как взаимосвязанную систему нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы организации и деятельности здравоохранения. То есть можно чётко интерпретировать,

что *единые правовые основы системы здравоохранения* – это не что иное, как конкретные документы, принятые уполномоченным правотворческим федеральным органом государственной власти. Однако, хорошо известно, что деятельность системы здравоохранения регулируется не только федеральными нормативными правовыми актами, но и документами региональной и муниципальной власти, которые суммарно образуют *правовые основы системы здравоохранения*. Следовательно, с одной стороны, понятие *правовые основы системы здравоохранения* – есть более широкое понятие, нежели понятие *единые правовые основы системы здравоохранения*. При этом, с другой стороны, именно в соответствии с *едиными правовыми основами системы здравоохранения* должно формироваться всё поле нормативно-правового регулирования деятельности отрасли на региональном и муниципальном уровне. Указанные особенности тоже необходимо чётко обозначить в федеральном законодательстве. Следует также напомнить, что в настоящее время на практике применяется определение нормативно-правовых актов в редакции постановления Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 11 ноября 1996 г. № 781-II ГД «Об обращении в Конституционный Суд Российской Федерации», которое гласит следующее:

«Нормативный правовой акт – это письменный официальный документ, принятый (изданный) в определенной форме правотворческим органом в пределах его компетенции и направленный на установление, изменение или отмену правовых норм. Правовая норма – общеобязательное государственное предписание постоянного или временного характера, рассчитанное на многократное применение».

Кроме того, видится целесообразным законодательно отразить роль в работе по формированию единых правовых основ здравоохранения профессиональных некоммерческих организаций, создаваемых медицинскими работниками и фармацевтическими работниками. Это было бы логическим дополнением и развитием указанного в части 2 статьи 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее Основы) тезиса о том, что «профессиональные некоммерческие организации могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере



охраны здоровья». Очевидно, что весь опыт нормотворческой деятельности в сфере охраны здоровья населения после принятия в конце 2011 г. Основ показывает, что участие Национальной медицинской палаты в работе по подготовке и обсуждению проектов федеральных нормативно-правовых актов весьма эффективно.

В этой связи предлагаем дополнить Главу 3 Основ статьёй 13.1. «Правовые основы здравоохранения» следующего содержания:

«1. *Правовые основы системы здравоохранения* представляют собой взаимосвязанную систему нормативных правовых актов и правовых норм, регулирующих вопросы организации и деятельности здравоохранения, качества и безопасности медицинской деятельности, и принятых органами государственной власти и органами местного самоуправления Российской Федерации в пределах их полномочий.

2. *Единые правовые основы системы здравоохранения* представляют собой взаимосвязанную систему нормативных правовых актов и правовых норм, регулирующих вопросы организации и деятельности здравоохранения, качества и безопасности медицинской деятельности, принятых органами государственной власти Российской Федерации в пределах их полномочий. Единые правовые основы здравоохранения являются основой для формирования системы нормативных правовых актов и правовых норм, регулирующих вопросы организации и деятельности здравоохранения, качества и безопасности медицинской деятельности, и принятых органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления Российской Федерации в пределах их полномочий.

3. Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками и фармацевтическими работниками в соответствии с настоящим законом, могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке правовых основ, в том числе единых правовых основ, системы здравоохранения».

Теперь обратимся ещё к одной «медицинской» поправке к Конституции РФ.

В пункте «ж» части 1 статьи 72 Конституции РФ сказано, что в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находится «*координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение*

и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью».

Очевидно, что необходимо не только декларировать координацию важнейших вопросов здравоохранения как предмет совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, но и наполнить указанную в поправке *координацию вопросов здравоохранения* реальной работой, которая эту самую координацию и будет обеспечивать, в том числе в части *обеспечения оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранения и укрепления общественного здоровья, создания условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью*.

В этой связи предлагаем ввести в Главу 3 Основ новую статью 16.1., изложив её в следующей редакции:

«Статья 16.1. Вопросы совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья

1. К вопросам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относится координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью.

2. Координация вопросов здравоохранения, отнесённых к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, в том числе осуществляется путём:

1) реализации в соответствии с настоящим федеральным законом полномочий федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья и полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

2) обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим законом;

3) разработки и реализации программ в здравоохранении;

4) разработки и реализации национальных проектов в здравоохранении;





5) реализации мер по укреплению материально-технической базы регионального здравоохранения, в том числе строительства и капитального ремонта государственных (муниципальных) медицинских организаций, оснащения их необходимым оборудованием и автотранспортом;

6) реализации иных мер в соответствии с настоящим федеральным законом и законодательством Российской Федерации.

3. Финансовое обеспечение мер по координации вопросов здравоохранения, отнесённых к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, указанных в пункте 5) части 2 настоящей статьи, осуществляется путём ежегодного предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации из федерального бюджета в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации».

Как видно из предлагаемой статьи 16.1., содержание её части 2 в пунктах 1), 2), 3), 4) и 5) чётко раскрывает перечень конкретных мер по координации вопросов здравоохранения, отнесённых к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья. При этом данный перечень не является закрытым и может быть продолжен, на что прямо указывает пункт 6) части 2 предложенной статьи 16.1.

А теперь дадим краткую характеристику и обоснование отдельных положений предлагаемой статьи.

В пункте 1) части 2 статьи 16.1. одной из форм координации вопросов здравоохранения, отнесённых к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, обозначена *«реализация в соответствии с настоящим федеральным законом полномочий федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья и полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья»*. Напомним, что указанные полномочия весьма конкретно и подробно прописаны в статьях 14 и 16 Основ. То есть из пункта 1) части 2 предлагаемой статьи 16.1. становится совершенно понятно, что такая форма работы по координации вопросов здравоохранения, отнесённых к совместному ведению РФ и субъектов РФ в сфере охраны здоровья, имеет чёткое и конкретное наполнение в виде реализации предусмотренных Основами соответствующих полномочий. Также здесь следует сказать о том, что в настоящее время

Комитетом по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации проводится законотворческая работа по конкретизации в Основах рассматриваемой «медицинской» поправки по такому предмету совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, как *координация вопросов здравоохранения, в части сохранения и укрепления общественного здоровья, созданию условий для ведения здорового образа жизни, формированию культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью, профилактике заболеваний у граждан*. В том числе указанная работа предполагает также раскрытие данного вопроса в контексте полномочий федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья и полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а именно в статьях 14 и 16 Основ. Таким образом, и с этих позиций появление пункта 1) части 2 в предлагаемой статье 16.1. не только совершенно уместно, но и крайне целесообразно.

Вопросы обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности при реализации полномочий федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья и полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья во многом являются интегральной связующей темой. При этом организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Основах посвящён целый блок статей — со статьи 85 по 90. В этой связи представляется вполне обоснованным отразить в предлагаемой статье 16.1. в качестве одной из конкретных форм координации вопросов здравоохранения, отнесённых к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, такую её важнейшую форму как обеспечение и контроль качества и безопасности медицинской деятельности, что и сделано в пункте 2) части 2 предлагаемой статьи.

Очевидными, и при этом весьма эффективными, формами работы по координации вопросов здравоохранения являются указанные в пунктах 3) и 4) *разработка и реализация программ в здравоохранении, а также разработка и реализация национальных проектов в здравоохранении*. Указанные формы координации вопросов здравоохранения основаны на тесном взаимодействии федеральных



органов государственной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации. Соответственно положения пунктов 3) и 4) части 2 предлагаемой статьи 16.1. позволят конкретизировать и закрепить в Основах такой предмет совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, как координация вопросов здравоохранения в форме *разработки и реализации программ и проектов в здравоохранении*.

Необходимо отметить, что в предлагаемой редакции статьи 16.1., а именно в пункте 5) части 2, одной из форм координации вопросов здравоохранения, отнесённых к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, названа *«реализация мер по укреплению материально-технической базы регионального здравоохранения, в том числе строительства и капитального ремонта государственных (муниципальных) медицинских организаций, оснащения их необходимым оборудованием и автотранспортом»*. При этом в части 3 предложенной статьи определён и конкретный механизм реализации данного положения через ежегодное предоставление регионам соответствующих субсидий.

Следует подчеркнуть, что предлагаемое внесение в Основы такой формы координации вопросов здравоохранения, отнесённых к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, как *«реализация мер по укреплению материально-технической базы регионального здравоохранения...»*, прежде всего, направлено на законодательное закрепление и развитие нового положения пункта «ж» части 1 статьи 72 Конституции РФ, касающегося обеспечения доступности и качества медицинской помощи. Как известно, эффективное решение такой задачи, как обеспечение качественной и доступной медицинской помощи зависит от многих факторов. Это и обеспечение медицинскими кадрами, и обеспечение и контроль качества и безопасности медицинской деятельности, что мы многократно рассматривали в своих публикациях [3, 6–9], и, конечно, это вопросы материально-технического обеспечения отрасли. Известно, что в последние 10–15 лет вопросы материально-технического обеспечения медицинских организаций, как правило, решались и решаются или в рамках масштабных национальных проектов в сфере здравоохранения, или

в рамках программ модернизации 2011–2012 гг., или в рамках целевых программ. Положительные результаты этой работы, безусловно, очевидны и бесспорны. Между тем, как показывает практика, а это наглядно продемонстрировала и ситуация с коронавирусной инфекцией, укрепление материально-технической базы государственных (муниципальных) медицинских учреждений, помимо указанного выше, должно более активно осуществляться не только при реализации крупных федеральных программ и проектов, но и в формате постоянной текущей работы. При этом регионы во взаимодействии с федеральным центром должны самостоятельно и оперативно определять у себя первоочередные задачи, требующие решения. Всё это напрямую касается вопросов строительства, капитального ремонта медицинских учреждений, оснащения их оборудованием и автотранспортом. Это важнейшее направление работы целесообразно закрепить законодательно в качестве одной из форм координации вопросов здравоохранения, находящихся в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Таким механизмом, помимо всего прочего, должно стать ежегодное предоставление субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации из федерального бюджета в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. В свою очередь сам механизм предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации из федерального бюджета по вопросам совместного ведения сегодня детально прописан в ст. 132 Бюджетного кодекса Российской Федерации от 31.07.1998 № 145-ФЗ. Таким образом, введение в ФЗ-323 предложенной выше статьи 16.1. позволит на постоянной основе увеличить финансовые вложения в региональное здравоохранение и укрепить его материально-техническую базу. Это и будет реализаций на практике отнесённой теперь Конституцией РФ к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации координации вопросов здравоохранения в части обеспечения оказания доступной и качественной медицинской помощи.

Таким образом, законодательное закрепление в Основах предложенных выше положений позволит обеспечить конкретизацию и качественную реализацию в деятельности здравоохранения страны отдельных «медицинских» поправок к Конституции РФ.





1. Бархатова Е.Ю. Комментарий к Конституции РФ. Новая редакция: –3-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательство «Проспект», 2020. – 256 с.
2. Борисов А.Б. Комментарий к Конституции Российской Федерации: с комментариями Конституционного суда РФ: – 5-е изд., перераб. и доп. – М: Издательство «Книжный мир», 2013. – 255 с.
3. Кицул И.С., Пивень Д.В. О контроле качества и безопасности медицинской деятельности в современных условиях // Заместитель главного врача. – 2013. – № 2. – С. 48–52.
4. Комментарий к Конституции Российской Федерации [Электронный ресурс] / под общ. ред. Л.В. Лазарева. – Москва: ООО «Новая правовая культура», 2009. – Режим доступа: <http://constitution.garant.ru/science-work/comment/5366634>.
5. Лозовский Л.Ш., Райзберг Б.А. Конституция Российской Федерации с комментариями для изучения и понимания: – 2-е изд., испр. и доп. – М: Издательство «ИНФРА-М», 2013. – 112 с.
6. 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.
7. Пивень Д.В., Кицул И.С. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности: монография. – М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2014. – 172 с.
8. 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.
9. 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. – № 10. – 2019. – С. 7–11.
10. Садовникова Г.Д. Комментарий к Конституции РФ постатейный: – 10-е изд., испр. и доп. – М: Издательство «Юрайт», 2019. – 194 с.

UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S., Ivanov I.V. On the implementation of certain "medical" amendments to the constitution of the Russian Federation (St. Petersburg, Irkutsk, Moscow, Russia)

Abstract. The article suggests legislative implementation of certain "medical" amendments to the Constitution of the Russian Federation. The authors propose to add two articles to the Federal law "on the basics of public health protection in the Russian Federation" dated 21.11.2011 N323-FZ. In one article, it is proposed to reveal and specify the content of the newly introduced in the Constitution of the Russian Federation concept "unified legal bases of the health care system". Another proposed article reveals the forms and content of work on the coordination of health issues, again referred by the Constitution of the Russian Federation to the joint responsibility of the Russian Federation and the subjects of the Russian Federation. According to the authors, the proposed changes in legislation will allow to ensure in practice the proper implementation of "medical" amendments to the Constitution of the Russian Federation, which in turn will ensure the improvement of legal regulation of the organization and activities of health care, and strengthen its material and technical base.

Keyword: public health protection, health care, legislation, unified legal framework of the health system, accessibility and quality of medical care, joint management, coordination of health issues, quality and safety of medical activities, powers in the field of health protection.



Р.С. Гаджиев,

д.м.н., профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Дагестанского государственного медицинского университета, г. Махачкала, Россия

Л.С. Агаларова,

д.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Дагестанского государственного медицинского университета, г. Махачкала, Россия

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ ЗАВЕДУЮЩИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ

УДК: 614.254:616.1/8(470.67)

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-9-18

Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С. Совершенствование технологии работы заведующих терапевтическими отделениями центральных районных больниц (Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Махачкала, Россия)

Аннотация. В статье представлены результаты изучения организации труда заведующих отделениями центральных районных больниц (ЦРБ) и качества терапевтической помощи сельскому населению. Исследование проведено в 2017–2019 гг. на базе 26 ЦРБ Республики Дагестан. Качество терапевтической помощи изучено путем экспертной оценки 1085 стационарных и 748 амбулаторных карт больных. Проведен хронометраж затрат рабочего времени заведующих отделениями ЦРБ в течение 845 часов. Установлено, что в сложившихся условиях выполнению основных обязанностей заведующих отделениями уделяют до 50,7% рабочего времени. Нерациональные затраты времени составляют 15,1%.

В терапевтических отделениях ЦРБ имело место несвоевременное и полное обследование значительной части больных; не всегда лечение полноценное и законченное, не соблюдается преемственность в обследовании и лечении больного между поликлиникой и стационаром.

На основе материалов исследования был разработан комплекс рекомендаций по совершенствованию технологии работы заведующих отделениями ЦРБ и повышению качества медицинской помощи. Экспериментальная проверка рекомендаций подтвердила их эффективность: увеличились затраты времени на основную работу с 51,2% до 72,4%, доля времени на организацию и руководство лечебно-диагностическим процессом возросла на 15,5%. Улучшение организации труда заведующих отделениями в условиях эксперимента положительно сказалось на качестве медицинской помощи: на 25,4% возросла доля больных, обследованных на догоспитальном этапе; число полностью обследованных увеличилось с 58,4% до 90,3%; количество больных, которым проведено полноценное лечение возросло на 14,7%.

Ключевые слова: заведующий отделением, организация труда, качество медицинской помощи, экспертная оценка, информационное обеспечение, организационный эксперимент.

Введение

Проблемы перестройки системы первичной медико-санитарной помощи в настоящее время находятся в центре внимания ученых и практических медицинских работников. В связи с государственной программой «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» до 2020 г., предусматривающей, в частности, уменьшение объема стационарной помощи и одновременное увеличение объема амбулаторно-поликлинической помощи, создание и развитие новых типов лечебно-профилактических организаций, дальнейшее совершенствование первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) изменяет роль и функции медицинского персонала сельских медицинских организаций [1, 5, 9].

Заведующий отделением является одним из важных звеньев в системе управления центральной районной больницы (ЦРБ). В круг его обязанностей входят: организация и руководство лечебно-диагностическим процессом, обеспечение нормального ритма и слаженности в работе всего медицинского персонала отделения, решение вопросов рационального использования кадров и систематического повышения их квалификации [2, 4, 7].



Являясь одновременно внештатным районным специалистом, заведующий отделением призван внедрять современные формы организации медицинского обслуживания населения, новые методы диагностики и лечения больных и решать многие другие вопросы. Он должен быть одновременно высококвалифицированным специалистом в определенной области медицинских знаний, организатором и воспитателем. От того, как организован труд заведующего отделением ЦРБ, во многом зависит уровень оказания медицинской помощи сельскому населению [3, 8].

Целью исследования явилась разработка системы мероприятий по совершенствованию технологии работы заведующих терапевтическими отделениями центральных районных больниц, направленных на повышение качества и эффективности медицинской помощи сельскому населению.

Материал и методы

Исследование проводилось в 2017–2019 гг. на базе 26 центральных районных больниц Республики Дагестан. Качество медицинской помощи изучено в 3 терапевтических отделениях ЦРБ путем экспертной оценки 1085 карт стационарных больных. В поликлиниках экспертизе подвергнуто 748 карт амбулаторных больных с часто встречающимися терапевтическими заболеваниями. Проведен хронометраж затрат рабочего времени заведующих терапевтическими отделениями ЦРБ в течение 845 часов (118 дней). Проанализировано содержание 536 анкет, полученных от заведующих отделениями по организационно-управленческим вопросам. Проведен анкетный опрос 78 заведующих отделениями разных профилей ЦРБ по вопросам организации и проведения обходов, консультаций.

Для сбора материала были разработаны: «Карта экспертной оценки качества терапевтической помощи в поликлинике ЦРБ», «Карта экспертной оценки качества терапевтической помощи в стационаре ЦРБ», «Хронокарта учета затрат рабочего времени заведующим отделением ЦРБ в поликлинике и стационаре».

За единицу наблюдения при проведении экспертной оценки качества терапевтической помощи в поликлинике был принят один больной, закончивший лечение, в стационаре – больной, выписанный из ЦРБ.

Расчет необходимого числа единиц наблюдения (карт стационарных и амбулаторных больных) при проведении экспертной оценки качества медицинской помощи в стационаре и поликлинике ЦРБ проведен

по формуле Меркова А.М., Полякова Л.Е. (1974) [6] и составил примерно 360 карт стационарных и 360 карт амбулаторных больных.

Оценку качества медицинской помощи эксперты давали на основе стандартов поликлинической и стационарной помощи. За критерии оценки качества были взяты своевременность, полнота и обоснованность обследования, диагностики, качество лечения и консультативной помощи. Эксперты также высказывали свои замечания по качеству ведения и оформления карт амбулаторных и стационарных больных, по полноте рекомендаций, которые были даны больным врачами. Заключение экспертов были положены в основу оценки качества терапевтической помощи. Для экспертизы качества медицинской помощи привлекались заведующие терапевтическими отделениями ЦРБ, заместители главных врачей по медицинской части, врачи-эксперты медицинских организаций, имеющие достаточный организационный и лечебный опыт работы (не менее 10 лет), хорошо знакомые с действующими приказами и инструкциями.

В соответствии с целью и задачами исследования был использован комплекс современных научных методов: статистический, хронометражный, экспертных оценок, социологический и экспериментальный. При обработке и оценке достоверности результатов исследования были широко использованы методы математической статистики: вычисление и оценка относительных и средних величин, критерий Стьюдента (t). Статистическая обработка полученных материалов проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0 и MS Excel, 2003.

Результаты и обсуждение

Качество и эффективность медицинской помощи, как известно, зависят от уровня квалификации медицинского персонала и клинико-диагностических возможностей учреждения. Значительная роль в этом принадлежит также организации лечебно-диагностического процесса и руководству им, которое обеспечивается заведующим отделением.

Анализ распределения рабочего времени заведующих терапевтическими отделениями в сложившихся условиях по сезонам года показал, что основные затраты времени во все сезоны года приходятся на работу в стационаре (77,5%), в поликлинике – 13,6%, выезды на сельские врачебные участки – 7,7%. Согласно существующему положению заведующие отделениями ЦРБ осуществляют единое руководство лечебно-профилактической работой медицинского персонала в стационаре и поликлинике. Однако,



по заключению экспертов, в сложившихся условиях они значительно меньше внимания уделяют поликлинической работе.

Для выявления резервов в организации труда заведующих отделениями ЦРБ была изучена структура затрат рабочего времени (таблица 1). На основную работу у заведующих отделениями, полностью освобожденных от ведения больных, приходится 50,7%, а у заведующих, работающих на полставки, – 27,1% всех трудовых затрат.

Значительный удельный вес у заведующих отделениями составляет административно-организационная работа. Детальный анализ этого вида деятельности показывает, что наибольшие затраты рабочего времени приходятся на производственные совещания («пятиминутки») в отделениях (3,6%) и на работу с документацией, не связанной с обслуживанием больных (составление отчетов, справок, написание ответов на письма, работа с требованиями, графиками и др.) – 4,1%.

Такой важный раздел, как организация лечебно-диагностического процесса и руководство им в общем бюджете рабочего времени занимает всего у полностью освобожденных от ведения больных заведующих отделениями 17,2%, а у работающих на полставки – 6,4%. Установлено, что заведующие отделениями мало внимания уделяют анализу деятельности отделения (0,7%), повышению квалификации медицинского персонала (1,6%), контролю за работой врачей по данным стационарных и амбулаторных карт (2,4%). А между тем указанные

виды деятельности в их работе должны занимать ведущее место. Более половины времени, затрачиваемого на организацию и руководство лечебно-диагностическим процессом, приходится на обходы с лечащими врачами.

Анализ материала анкетного опроса об обходах показал, что нет единого и правильного представления о методике их проведения. Так, из 78 опрошенных заведующих отделениями 13,1% не знают четко, с чего начинать и чем заканчивать обход с ординаторами; 21,4% уклонились от ответа на этот вопрос; 8,3% не знают, как правильно проводить контроль за ведением карт стационарных больных ординаторами.

Качество проведенного обхода в большинстве случаев зависит от количества осмотренных больных во время одного обхода. В ходе исследования было выявлено, что ряд заведующих отделениями в процессе одного обхода осматривают большое количество больных. Так, из 78 опрошенных нами заведующих 19 человек осматривают во время обхода 25–35 больных, а 11 – более 40 больных. Естественно, при такой практике они не могут глубоко вникнуть и разобратся в диагностике и лечении больных. К тому же, часть обходов неэффективна, поскольку последующие разборы с ординаторами по поводу тактики ведения больных, как правило, проводятся не всегда.

В проведении обходов нет определенной системы. Они проводятся в разное время дня в зависимости от многочисленных, нередко менее важных мероприятий (совещания, комиссии и т. д.). Так, в утренние часы

Таблица 1

Структура затрат рабочего времени заведующих терапевтическими отделениями ЦРБ по видам деятельности (в %)

Вид деятельности	Работает заведующим отделением			
	на полную ставку		на 0,5 ставки	
	абс. число (часы)	%	абс. число (часы)	%
Основная работа	217	50,7	113	27,1
в том числе:				
административно-организационная деятельность	65	15,3	34	8,2
организация и руководство лечебно-диагностическим процессом	74	17,2	27	6,4
консультативная деятельность	70	16,4	48	11,5
повышение личной квалификации	8	1,8	4	1,0
Лечебно-профилактическая работа (в качестве лечащего врача)	121	28,6	224	53,8
Прочие виды деятельности	63	14,7	57	13,6
Перерывы в работе	27	6,0	23	5,5
Итого	428	100	417	100





(с 8 до 12) проводили обходы в среднем в 64,4% случаев, днем (с 12 до 16) – в 29,6% и в вечерние часы (с 16 до 18) – в 6% случаев. Проведение обходов в разное время нарушает распорядок дня ординаторов и медицинских сестер, влечет за собой нарушение всего процесса обслуживания больных отделения.

Многие недостатки в организации обходов связаны с отсутствием соответствующих инструктивно-методических материалов. Так, на вопрос: «Перечислите литературу, которой Вы руководствуетесь при организации и проведении обходов?» – 69 человек из 78 опрошенных воздержались от ответа и только 10 сослались на различные клинические журналы.

Важным разделом работы заведующих отделениями является консультативная деятельность. Обращает на себя внимание недостаточное время, отводимое консультативному приему в поликлинике. Так, в среднем из 10,3% всех затрат времени у заведующих отделениями на консультативную деятельность только 1,2% приходится на консультацию в поликлинике.

Большой удельный вес в структуре рабочего времени заведующих отделениями занимает лечебно-профилактическая работа: у полностью освобожденных от ведения больных 28,6%, а у заведующих, работающих на полставки – 53,8%. Это объясняется не только тем, что им часто приходится работать в качестве лечащих врачей в связи с подменой временно отсутствующих врачей, но и нерациональной организацией их труда и нечетким знанием своих обязанностей.

Большую долю времени (14,7%) в структуре рабочего дня заведующих отделениями занимают «прочие виды деятельности»: подготовительная работа, которая по своему характеру могла бы быть выполнена средним медперсоналом (1,5%); участие в совещаниях, собраниях вне отделения, где присутствие заведующих отделениями не всегда обязательно (1,9%); выполнение общественных мероприятий (3,1%), которые, как правило, проводятся в рабочее время и т.д.

Значительны нерациональные затраты времени: выполнение работы, входящей в компетенцию врачей, медсестер (выписка направлений, справок, заполнение карт выбывших из стационара, и статистических талонов, снятие копий с документов и др.), заместителя главного врача по хозяйственной части и сестры-хозяйки (снабжение отделения мягким и твердым инвентарем, ремонт отделения, оборудования и т.д.), которые составляют до 15,1%

общего бюджета рабочего времени заведующих отделениями.

Приводим результаты экспертной оценки качества медицинской помощи в терапевтических отделениях ЦРБ. Анализ продолжительности обследования больных позволяет сделать заключение, что в стационарах больниц допускается множество недочетов в организации медицинской помощи. Так, в среднем только 58,6% больных, госпитализированных в терапевтические отделения, обследуются в первые 3 дня, а остальные (41,4%) – в срок свыше трех дней. Особенно затягивается обследование больных при язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, холециститах и гастритах. Причинами несвоевременного обследования в 52,1% случаев были перегруженность лабораторий и других вспомогательных диагностических кабинетов, в 18,4% – недостаточная квалификация лечащего врача (не было назначено соответствующее исследование) и лишь в 6% случаев причиной затянувшегося обследования являлись тяжесть состояния больного и особенности течения заболевания.

Известно, что необоснованно длительное и неполноценное обследование больных, как правило, ведет к удлинению сроков пребывания их на койке и снижению эффективности лечения. Между тем в 72,5% случаев контроля заведующего отделением за обследованием и лечением больных не было (нет записей, свидетельствующих об обходах и консультациях). К тому же, по данным экспертов, примерно половина больных (42,1%) в процессе лечения в стационаре были обследованы недостаточно. Особенно высок удельный вес недостаточно обследованных среди больных язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки, ишемической и гипертонической болезнями, холециститом.

По данным экспертов, в целом в 16,3% случаев неполноценным было также лечение больных в отделениях стационара. В 89,5% случаев причиной этого, по мнению экспертов, было отсутствие контроля за работой врачей со стороны заведующих отделениями.

Анализ обоснованности сроков пребывания больных в терапевтических отделениях ЦРБ, по данным экспертных оценок, показал, что в среднем 1/3 больных находились в стационарах меньше, чем было необходимо для завершения курса лечения. Более половины (60,8%) случаев преждевременной выписки, по мнению экспертов, было связано с отсутствием или недостаточностью контроля за лечебно-диагностическим процессом со стороны заведующих



отделениями. В остальных случаях причинами преждевременной выписки были перегруженность отделения (23,5%), желание больного выписаться (6%).

Из общего числа госпитализированных 11,9% находились в терапевтических отделениях дольше, чем нуждались (по заключению экспертов), особенно больные ишемической болезнью сердца, пиелонефритом, холециститом. В 21,4% случаев причинами затянувшихся сроков лечения, по мнению экспертов, были связаны с недостаточным контролем со стороны заведующих отделениями. К другим причинам затянувшихся сроков лечения относятся: особенности течения заболевания (45%), наличие сопутствующего заболевания (25,2%), бытовые условия (2%), невозможность обеспечить поликлиническое наблюдение за больным по месту жительства (1,6%).

Изучение качества ведения больных в терапевтических отделениях ЦРБ показало, что в среднем в 30,5% случаев больные выписывались с незаконченным комплексным лечением, особенно это имело место при холециститах и пиелонефритах; 26,2% больным перед выпиской не были проведены контрольные анализы и инструментальные исследования. Эти недочеты в значительной степени связаны с недостаточным контролем со стороны заведующих отделениями за ведением больных.

Анализ исходов заболеваний показал, что они в известной мере связаны не только с длительностью лечения (при достаточном сроке лечения больные выписывались с улучшением и выздоровлением на 8,3% чаще, чем при недостаточном сроке лечения), но и с организацией контроля заведующего отделением за ведением больных. В случаях, где он имел место (запись о проведенном обходе, контроль перед выпиской), больные выписывались с улучшением и выздоровлением на 17,8% чаще, чем при отсутствии контроля.

Одним из важных показателей работ врачей, как известно, является своевременное и правильное установление диагноза. При экспертной оценке качества диагностики в стационаре было установлено расхождение диагнозов по основным заболеваниям в целом в 9,8% случаев. Причинами ошибочной диагностики, по мнению экспертов, в половине случаев был недостаточный контроль заведующего отделением за ведением больных или полное его отсутствие. Диагностические ошибки в 17,8% случаев вызваны недостаточной квалификацией лечащего врача, в 14,8% – неполным обследованием больного, в 4,4% – не были проведены консультации с врачами-специалистами.

Изучение качества терапевтической помощи в поликлиниках ЦРБ выявило также недостаточную роль заведующих отделениями в организации и руководстве лечебно-диагностической работой участковых терапевтов. Так, по мнению экспертов, обследование больных в среднем по всем заболеваниям у участковых терапевтов в 28,5% случаев проводилось в неполном объеме, а лечение в 23,3% случаев было начато несвоевременно.

При экспертной оценке полноты проведения лечебных мероприятий установлено, что лечение было неполноценным у участковых терапевтов – в 23,7% случаев. Особенно это имело место у больных с гипертонической болезнью, пневмониями, ишемической болезнью сердца, язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки и бронхиальной астмой.

Причинами неполноценного лечения, по мнению экспертов, в 29,3% случаев явилась неправильная и несвоевременная диагностика, в 27% – недостаточный контроль за лечебным процессом со стороны заведующих отделениями, в 18,7% – недисциплинированность больного, в 16% случаев – отсутствие необходимых лечебных средств и аппаратуры, в 9% случаев – особенности течения заболевания.

На основе материалов исследования нами был разработан комплекс рекомендаций и предложений по совершенствованию технологии работы заведующих терапевтическими отделениями ЦРБ и повышению качества медицинской помощи сельскому населению. Приводим перечень этих рекомендаций:

- методика составления планов работы участковых терапевтов и заведующих отделениями (еженедельные почасовые планы-графики, квартальные, годовые и перспективные планы работ);
- методика анализа качества медицинской помощи в поликлинике и стационаре;
- методика проведения обходов, консультаций в отделениях;
- технология работы заведующего отделением ЦРБ;
- показатели и критерии оценки деятельности заведующих отделениями и участковых терапевтов;
- информационное обеспечение заведующих отделениями и участковых терапевтов;
- рациональная организация труда заведующего отделением ЦРБ на рабочем месте;
- рекомендации по непрерывному повышению квалификации заведующих отделениями и участковых терапевтов;
- совершенствование организационно-методической работы заведующих отделениями.





Нами для заведующих терапевтическими отделениями ЦРБ определен объем необходимой (ежемесячной, ежеквартальной) оперативной информации по видам, периодичности и срокам поступления, позволяющий эффективно ее использовать.

Все виды информации по основным показателям работы сводятся в отдельные таблицы и представляются заведующим в виде информационного бюллетеня 10-го числа следующего за истекшим месяца или по истечении квартала. Такая информация позволяет провести анализ показателей и разработать мероприятия по их улучшению. Введение ее не требует дополнительных кадров и материальных затрат.

Для оценки эффективности этих рекомендаций в 2 ЦРБ (Магарамкентская, Курахская) Республики Дагестан, был проведен организационный эксперимент, который длился 1 год (2018). По истечении указанного срока проведено повторное исследование организации труда заведующих отделениями и качества терапевтической помощи в поликлиниках и стационарах ЦРБ с применением той же комплексной методики, что была использована при изучении фактически сложившихся организации труда и качества терапевтической помощи (метод экспертных оценок, хронометражный, социологический и др.), и осуществлен сравнительный анализ полученных данных.

В условиях эксперимента удельный вес затрат времени на работу в поликлинике у заведующих терапевтическими отделениями ЦРБ в среднем по 2-м базам повысился более, чем в полтора раза ($21,3 \pm 1,4\%$ против $10,5 \pm 0,7\%$), особенно на такие виды деятельности, как организация и руководство диспансеризацией, консультативный прием и анализ работы врачей поликлиники. Заведующие отделениями регулярно (2 раза в месяц) выезжали на сельские врачебные участки для оказания консультативной и организационно-методической помощи медицинским работникам на местах. Затраты на выезды в среднем по двум базам увеличились с $5,0 \pm 0,2\%$ до $8,7 \pm 0,4\%$.

Структура затрат рабочего времени заведующих терапевтическими отделениями ЦРБ по видам деятельности в условиях эксперимента приведена на рис. 1. Затраты времени на основную работу у заведующих отделениями в среднем по 2-м базам увеличились с $51,2 \pm 1,7\%$ до $72,4 \pm 2,8\%$ ($t = 4,8$).

Время, затрачиваемое на административно-организационную деятельность, уменьшилось с $17,1 \pm 2,1\%$ до $13,0 \pm 0,4\%$ за счет общих обходов, сокращения времени на решение организационных вопросов с руководством и проведения конференций в отделениях («пятиминутки»), передачи хозяйственной работы другим лицам (заместителю главного врача по хозяйственной части и сестре-хозяйке).

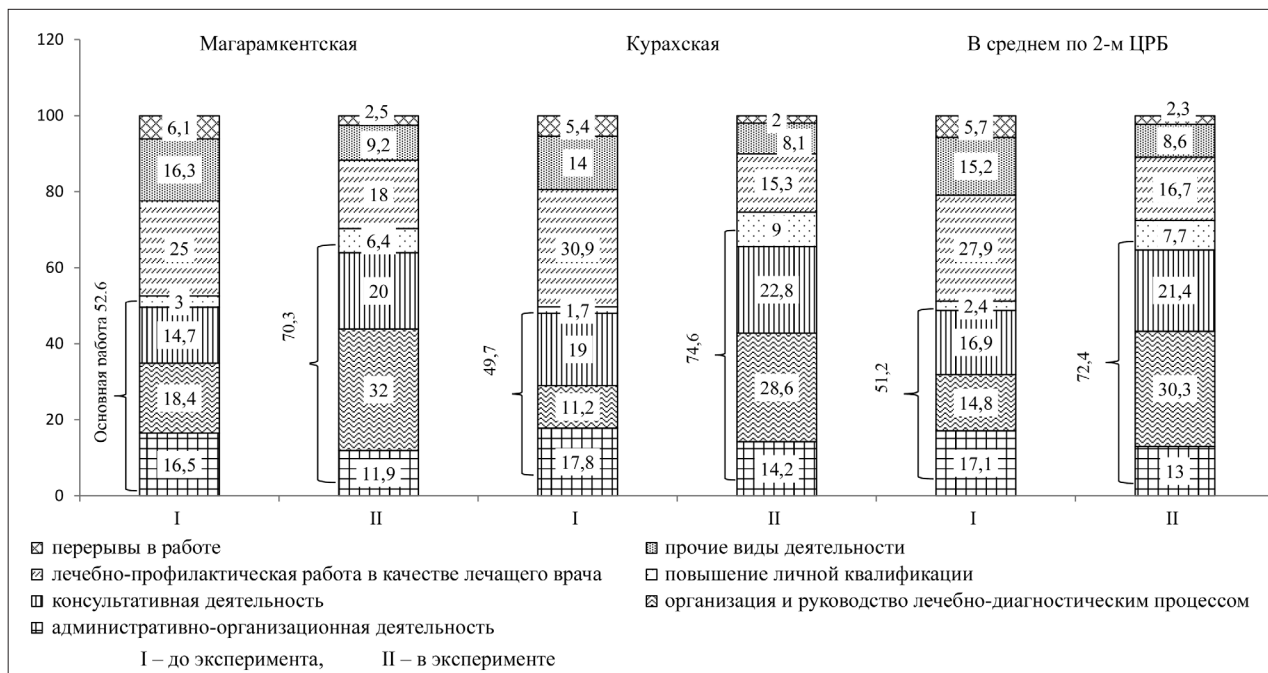


Рис. 1. Структура затрат рабочего времени заведующих терапевтическими отделениями ЦРБ в сложившихся условиях и эксперименте по видам деятельности (в %)



Одним из важных результатов эксперимента явилось значительное увеличение времени на организацию и руководство лечебно-диагностическим процессом ($с\ 14,8 \pm 0,7\%$ до $30,3 \pm 2,6\%$) и изменение содержания этой функции. Заведующие отделениями стали чаще контролировать работу лечащих врачей как путем регулярных обходов с ними, так и по данным карт стационарных и амбулаторных больных. Больше внимания они стали уделять анализу деятельности отделения, работе в поликлинике, внедрению новых методов диагностики и лечения. Более чем в два раза увеличилось время на повышение квалификации медперсонала. Однако по-прежнему в структуре затрат рабочего времени заведующих отделениями и в условиях эксперимента значительную долю (16,7%) занимает лечебно-профилактическая работа, что связано с ведением больных в период временного отсутствия врачей по разным причинам.

В результате внедрения электронной записи карт стационарных и амбулаторных больных, затраты времени на работу с документацией, связанной с обслуживанием больных, снизились с 14 до 6,9%.

Экспериментальная проверка эффективности разработанных рекомендаций позволила определить величину резерва времени у заведующих терапевтическими отделениями за счет упорядочения общих

обходов и решения организационных вопросов с руководством – 10 мин; совещаний, конференций и «пятиминуток» в отделениях – 20 мин; передачи несвойственных функций другим лицам – 25 мин; устранения непланируемых перерывов – 18 мин; применения унифицированных вкладышей – 14 мин.

Таким образом, общий резерв времени одного рабочего дня заведующего терапевтическим отделением составил в среднем 1 час 27 мин, который и был использован на повышение уровня организации и руководства лечебно-диагностическим процессом, консультативной работы и личной квалификации.

Положительно сказалось на использовании рабочего времени заведующих отделениями применение еженедельных почасовых графиков работы (рис. 2): общее число переключений с одного вида деятельности на другой в течение рабочего дня в условиях эксперимента у заведующих терапевтическими отделениями сократилось с 60 до 13. Это дало возможность работать спокойнее и уменьшить эмоциональную нагрузку.

Применение почасовых графиков работы заведующих отделениями упорядочило время проведения консультаций и обходов в отделениях. Так, в условиях эксперимента заведующие отделениями в $89,0 \pm 2,7\%$ случаев проводили обходы в утренние

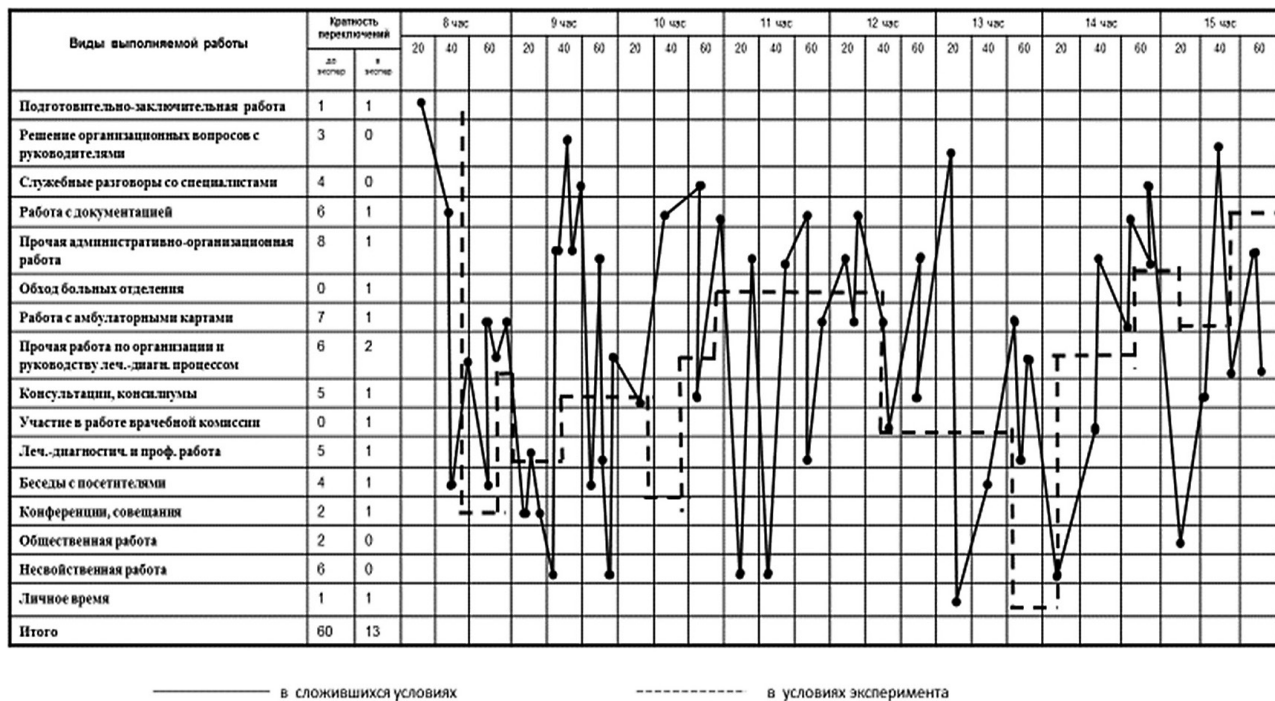


Рис. 2. Кривые переключений с одного вида деятельности на другой на протяжении рабочего дня заведующего терапевтическим отделением Курахской ЦРБ



часы, т.е. в наиболее производительное время (против $52,1 \pm 1,8\%$ в сложившихся условиях).

Своевременность проведения консультаций возросла с $44,3 \pm 1,7\%$ до $87,6 \pm 2,4\%$. Более качественно стали оформляться записи проведенных консультаций заведующими отделениями, в них увеличилась полнота объективных данных, объем полноценных рекомендаций как по обследованию, так и по лечению. Через год после начала эксперимента было изучено качество терапевтической помощи в базовых поликлиниках и стационарах ЦРБ по той же методике, по которой эти вопросы изучались в сложившихся условиях.

Материалы экспертизы показали, что в результате проведенных организационных мероприятий значительно увеличилась своевременность обследования больных в терапевтических отделениях. Так, в условиях эксперимента первичные обследования больных в среднем по всем заболеваниям в $87,6 \pm 2,4\%$ случаев проводились в первые 3 дня против $61,4 \pm 1,7\%$ в сложившихся условиях, в 8% случаев исследования проведены на 4–5 день (против 16,8%), у 44% больных язвенной болезнью, гастритами и холециститами первичное обследование длилось 6 и более дней (против 21,8%). В то же время возросло число полностью обследованных по всем заболеваниям в среднем с $58,4 \pm 2\%$ до $90,3 \pm 3,1\%$ ($t > 2$), в том числе по язвенной болезни желудка и 12-ти перстной

кишки – с 64,4% до 83%, пневмонии – с 70% до 94,9% и гастриту – с 72,6% до 97%.

Улучшилась преемственность в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационаром. Так, удельный вес обследованных на догоспитальном этапе больных, направляемых в терапевтические отделения стационара в плановом порядке, в среднем по всем заболеваниям увеличился с $60,7 \pm 2,1\%$ до $86,2 \pm 1,8\%$ ($t > 2$), а дублирование в стационарах обследований, проведенных в поликлинике, имело место лишь в единичных случаях (1,3% против 12,8%).

Обоснованность сроков пребывания больных в терапевтических отделениях базовых ЦРБ в условиях эксперимента в сравнении с фактическими данными приведена в таблице 2. Из материалов таблицы видно, что удельный вес больных с достаточными, по мнению экспертов, сроками лечения в условиях эксперимента в целом увеличился с $58,4 \pm 1,8\%$ до $80,0 \pm 2,4\%$ ($t = 9,1$).

Особенно это имело место у больных с язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки, атеросклерозом, гастритом, холециститом и гипертонической болезнью. В то же время случаи с недостаточными сроками лечения сократились с $29,7 \pm 1,7\%$ до $13,3 \pm 1,2\%$ ($t = 5,5$).

Одним из важных показателей работы врачей, как известно, является качество диагностики. Расхождение диагнозов, установленных врачами

Таблица 2

Обоснованность сроков пребывания больных в терапевтических отделениях ЦРБ в сложившихся условиях и эксперименте по данным экспертных оценок (в %)

Заболевание	В сложившихся условиях			В эксперименте		
	достаточный	недостаточный	затянувшийся	достаточный*	недостаточный*	затянувшийся
Гипертоническая болезнь	61,7	28,2	10,1	79,5	17,1	3,4
Ишемическая болезнь сердца	60,4	25,7	13,9	77,8	16,2	6,0
Ревматоидный артрит	58,0	33,6	8,4	73,5	19,4	7,1
Пневмония	58,3	32,1	9,6	83,9	11,8	4,3
Бронхиты (острые и хронические)	72,6	15,9	11,5	88,3	2,7	9,0
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	43,5	40,3	16,2	76,5	12,9	10,6
Гастриты (хронические)	63,7	22,0	14,3	81,8	7,3	7,9
Холециститы (хронические)	55,8	38,8	5,4	76,9	20,6	2,5
Атеросклероз (общий)	51,7	30,5	17,8	78,7	12,0	9,3
В среднем	$58,4 \pm 2,7$	$29,7 \pm 1,3$	$11,9 \pm 0,8$	$80,0 \pm 3,2$	$13,3 \pm 0,7$	$6,7 \pm 0,4$

*Во всех случаях $t > 2$, $p < 0,05$.



терапевтических отделений, с диагнозами экспертов уменьшилось по основным заболеваниям с 10,5% до 3,7%, по сопутствующим – с 4,2% до 0,8%.

Динамика показателей качества ведения больных в терапевтических отделениях базовых ЦРБ в условиях эксперимента по сравнению с фактической приведена в таблице 3. Процент больных, которые выписывались из отделений с законченным лечением (по заключению экспертов), увеличился с $69,5 \pm 1,7\%$ до $85,4 \pm 2,3\%$ ($t = 7,6$), а которым проводились контрольные анализы и инструментальные исследования перед выпиской – с $76,1 \pm 1,6\%$ до $91,7 \pm 2,9\%$ ($t = 8,2$). Удельный вес больных, осмотренных заведующими отделениями перед выпиской, возрос с $21,7 \pm 0,9\%$ до $74,2 \pm 1,6\%$ ($t = 23,9$).

Благодаря усилению контроля со стороны заведующих отделениями за ведением карт стационарных больных, улучшилось качество их оформления (с 47,1% до 88,5%). Недочеты в оформлении эпикризов в картах стационарных больных уменьшились с 69% до 11%.

Важное значение имеет полнота рекомендаций, даваемых лечащими врачами по закреплению эффективности лечения, начатого в стационаре, и направленных на предотвращение обострения заболевания. Этот показатель в условиях эксперимента

увеличился. Так, рекомендации врачам поликлиники по дальнейшему наблюдению за больными были даны в 83,7% случаев против 29% в сложившихся условиях, а рекомендации больным – в 88,4% случаев против 32,3%. Положительным в показателях лечебно-диагностической работы является также снижение числа случаев повторной госпитализации больных в терапевтические отделения с 10,3% до 7,4%.

Выводы

1. В сложившихся условиях выполнению основных обязанностей заведующие отделениями ЦРБ уделяют до $50,7 \pm 1,8\%$ рабочего времени. Значительный удельный вес в структуре затрат занимает лечебно-профилактическая работа в качестве лечащего врача (28,6%) и прочие виды деятельности (14,7%). Нерациональные затраты времени в общем бюджете составляют 15,1%.

В организации труда заведующих отделениями выявлены общие закономерности, в основном, заключающиеся в отсутствии системы в работе и четкого планирования ее по времени и видам деятельности.

2. При изучении качества терапевтической помощи в поликлиниках и стационарах ЦРБ имело место

Таблица 3

Качество ведения больных в терапевтических отделениях ЦРБ в сложившихся условиях и эксперименте по данным экспертных оценок (в %)

Заболевание	В сложившихся условиях				В эксперименте			
	комплексное лечение		контрольные анализы, инструментальные исследования		комплексное лечение		контрольные анализы, инструментальные исследования	
	закончено	незакончено	проведены	не проведены	закончено*	незакончено*	проведены*	не проведены*
Гипертоническая болезнь	70,3	29,7	68,8	31,2	81,0	19,0	88,7	11,3
Ишемическая болезнь сердца	73,0	27,0	75,1	21,9	82,2	17,8	93,5	6,5
Ревматоидный артрит	65,9	34,1	71,4	28,6	79,5	20,5	90,0	10,0
Пневмония	66,2	33,8	82,5	17,5	86,6	13,4	97,9	2,1
Бронхиты (острые и хронические)	83,8	16,2	83,0	17,0	97,0	3,0	91,8	8,2
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	59,0	41,0	66,9	33,1	84,8	15,2	87,4	12,6
Гастриты (хронические)	77,5	22,5	78,3	21,7	91,1	8,9	96,0	4,0
Холециститы (хронические)	60,6	39,4	77,0	23,0	78,7	21,3	85,6	14,4
Атеросклероз (общий)	68,8	31,2	80,4	19,6	87,3	12,7	94,2	5,8
В среднем	$69,5 \pm 1,8$	$30,5 \pm 1,4$	$76,0 \pm 2,1$	$24,0 \pm 1,3$	$85,4 \pm 2,5$	$14,6 \pm 1,2$	$91,7 \pm 3,1$	$8,3 \pm 0,9$

*Во всех случаях $t > 2$, $p < 0,05$.





несвоевременное и неполное обследование значительной части больных; не всегда лечение полноценное и законченное, зачастую не проводятся контрольные анализы перед выпиской из стационара; не соблюдается преемственность в обследовании и лечении больного между поликлиникой и стационаром.

Недостаточная роль заведующих отделениями в организации и руководстве лечебно-диагностическим процессом в значительной мере обусловлена отсутствием официальных методических рекомендаций по организации их труда и контроля за работой врачей.

3. Экспериментальная проверка разработанных рекомендаций по совершенствованию технологии работы заведующих отделениями ЦРБ подтвердила их эффективность: увеличились затраты времени на основную работу в среднем с 51,2% до 72,4%, доля

времени на организацию и руководство лечебно-диагностическим процессом возросла на 15,5%. Почти в 4 раза сократились нерациональные затраты. В 2 раза больше времени стало уделяться работе в поликлинике и в более, чем в 3 раза – выездам на сельские врачебные участки.

4. Улучшение организации труда заведующих отделениями в условиях эксперимента положительно сказалось на качестве и эффективности медицинской помощи: на 25,4% возросла доля больных, обследованных на догоспитальном этапе; число полностью обследованных увеличилось с 58,4% до 90,3%; количество больных, которым проведено полноценное лечение возросло на 14,7%; удельный вес больных с законченным комплексным лечением увеличился с 69,5% до 85,4%.



Литература

1. Актуальные вопросы управления здравоохранением: монография /Под ред. проф. Д.В. Пивеня. – М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2008. – 139 с.
2. Гаджиев Р.С. Основы управления и организации труда в центральной районной больнице. – М.: Медицина, 1983. – 176 с.
3. Гаджиев Р.С. Пути повышения эффективности труда и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2011. – 456 с.
4. Зотов Ю.И., Куценко Г.И. Организация труда медицинского персонала городской поликлиники. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.
5. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Сохов С.Т. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – Т. 1. – С. 52.
6. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика // Пособие для врачей. – Л.: Медицина, 1974. – 384 с.
7. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / Под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 324 с.
8. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 264 с.
9. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать / 2-е изд. – М.: ГЭТАР-Медиа, 2015. – 704 с.

UDC 614.254:616.1/8(470.67)

Gadzhiev R.S., Agalarova L.S. *Improving the technology of work of heads of therapeutic departments of Central district hospitals* (Dagestan state medical University of the Ministry of health of Russia, Makhachkala, Russia)

Annotation. The article presents the results of studying the organization of work of heads of departments of central district hospitals (CRH) and the quality of therapeutic care for the rural population. The study was conducted in 2017–2019. on the basis of 26 Central District Hospital of the Republic of Dagestan. The quality of therapeutic care was studied through an expert assessment of 1,085 inpatient and 748 outpatient patient records. The timing of the working time spent by the heads of the departments of the Central District Hospital for 845 hours. It was found that under the current conditions the heads of departments devote up to 50.7% of their working time to the fulfillment of the main duties. Waste of time is 15.1%.

In the therapeutic departments of the Central District Hospital, an untimely and complete examination of a significant part of the patients took place; treatment is not always complete and complete, there is no continuity in the examination and treatment of the patient between the clinic and the hospital.

On the basis of the research materials, a set of recommendations was developed to improve the technology of work of heads of departments of the Central District Hospital and improve the quality of medical care. Experimental verification of the recommendations confirmed their effectiveness: the time spent on the main work increased from 51.2% to 72.4%, the share of time spent on organizing and managing the treatment and diagnostic process increased by 15.5%. Improving the organization of work of heads of departments during the experiment had a positive effect on the quality of medical care: the proportion of patients examined at the prehospital stage increased by 25.4%; the number of those fully surveyed increased from 58.4% to 90.3%; the number of patients who received full treatment increased by 14.7%.

Keywords: department head, labor organization, quality of medical care, expert assessment, information support, organizational experiment.



А.В. Данилов,

к.м.н., доцент, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж, Россия, e-mail: idf-dav@omsvrn.ru

МЕТОДИКА АНАЛИЗА СУБЪЕКТИВНЫХ И ОБЪЕКТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ДИЗАЙНА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

УДК: 614.2

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-19-25

Данилов А.В. *Методика анализа субъективных и объективных характеристик медицинских услуг для целей дизайна качества медицинских услуг* (Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия)

Аннотация. В системе управления качеством медицинских услуг важная роль отводится оценкам результатов деятельности медицинской организации, в частности степени удовлетворенности пациентов качеством полученных услуг. В настоящее время вопрос качества медицинских услуг крайне актуален, имеется потребность в разработке инструментов совершенствования качества услуг.

Методы: Использованы методика измерения удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи SERVQUAL, основанная на положениях ГОСТ «Менеджмент качества...», и методика развертывания функций качества QFD, элементы которой определены в ГОСТ «Количественные методы улучшения процессов «Шесть сигм».

Результаты: Изложен подход на основе интеграции методик измерения удовлетворенности потребителей медицинских услуг SERVQUAL и развертывания функции качества QFD, реализация которого позволяет построить Дом качества и сформировать данные для проведения дизайна качества медицинских услуг.

Заключение: Проведенное исследование позволило сформировать инструменты для выработки корректирующих и предупреждающих управляющих воздействий, направленных на востребованное изменение качества медицинских услуг и, как следствие, повышающих удовлетворенность получателей услуг.

Ключевые слова: медицинская организация, измерение удовлетворенности, развертывание функции качества.

1. Введение

Измерение удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи является необходимым звеном получения значимой информации в системе управления качеством медицинской организации. Существуют различные методы оценки удовлетворенности, большая часть которых основана на выделении показателей удовлетворенности, важных для улучшения качества оказываемых услуг или его поддержания на необходимом уровне. Один из подходов к реализации требований ГОСТ Р 54732–2011 «Менеджмент качества. Удовлетворенность потребителей. Руководящие указания по мониторингу и измерению» по определению уровня удовлетворенности потребителей услуг основан на использовании методики SERVQUAL [1].

Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности является одним из элементов системы управления и обеспечивает создание условий для обеспечения единых требований к осуществлению медицинской деятельности, а также для непрерывного повышения качества и безопасности этой деятельности.

Целью настоящего исследования является разработка методики анализа объективных и субъективных характеристик медицинских услуг путем интеграции методики SERVQUAL с методикой QFD – методикой систематического и структурированного преобразования пожеланий потребителей в требования к качеству услуги и/или процесса [2] для выработки предложений по дизайну качества медицинских услуг.



2. Материалы и методы

Процедура измерения удовлетворенности пользователей с применением методики «SERVQUAL» заключается в проведении медико-социологического опроса пациентов, получивших медицинские услуги. При опросе предлагается заполнить анкету из 22 утверждений, соответствующих пяти критериям качества. Анкета состоит из двух частей, причем вопросы первой части связаны с мнением пациентов по поводу ожидаемого качества услуг, а вопросы второй части анкеты сформулированы для определения мнения о фактическом восприятии качества услуг.

Методика QFD позволяет дать представление для улучшения качества услуг и перевести потребительские требования в требования к медицинской организации. Она основывается на технологии развертывания функций качества Quality Function Deployment – QFD, позволяющей в компактной форме представить данные о разнообразных объективных характеристиках медицинских услуг, а также отследить их влияние на принимаемые управленческие решения в рамках разработки услуг улучшенного качества [2, 6, 7].

Технология QFD заключается в интеграции следующих аналитических методов [8]: GAP-анализ разрывов между воспринимаемым и ожидаемым качеством услуг, получаемых пациентами медицинской организации; SWOT-анализ сильных и слабых сторон медицинской организации относительно конкурентов по объективным показателям конкурентоспособности оказываемых медицинских услуг; экспертный опрос и анализ связей между свойствами медицинской услуги и потребительскими ожиданиями о ней; экспертный опрос и анализ характера и степени взаимодействия подразделений в медицинской организации.

Технология QFD представляет собой гибкий метод принятия решений, использующийся в разработке продуктов или услуг и позволяющий обеспечить потребительское качество на всех его этапах [2]. При этом формы матричных диаграмм напоминают дом и поэтому их часто называют Домом Качества (Quality House) – базовым инструментом для визуализации качественных данных.

Согласно технологии QFD, требования потребителей медицинских услуг надлежит развертывать и конкретизировать поэтапно [3]: уточнение требований потребителей услуг; выделение приоритетных потребительских требований; перевод требований потребителей услуг в объективные характеристики медицинских услуг; выявление тесноты связи

(корреляции) между требованиями потребителей услуг и характеристиками медицинских услуг; определение абсолютной и относительной влажности характеристик медицинских услуг; установление корреляционных связей между характеристиками медицинских услуг; определение сравнительной ценности медицинских услуг (бенчмаркинг); определение желательных характеристик медицинских услуг, улучшаемых с целью удовлетворения требований потребителей медицинских услуг; принятие решения о направлениях улучшений медицинских услуг и вложении инвестиций.

3. Результаты

Рассмотрим основные этапы развертывания функции качества в рамках технологии QFD. При изучении требований потребителей медицинских услуг необходимо понять их суть и в последующем связать с теми объективными характеристиками медицинских услуг или процесса оказания услуг, которые могли бы быть реально изменены, т.е. найти ответ на вопрос «Что надо сделать?». Требования формируются на основе нормирования результатов измерения удовлетворенности пациентов оказанными медицинскими услугами по методике SERVQUAL с установлением рейтинга важности каждого из 22-х подкритериев анкеты.

В данном разделе используются сведения о медицинских услугах населению по профилю «Травматология и ортопедия», оказываемых БУЗ Воронежской области ВГКБ № 5», и результаты измерения удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи, полученные в этом БУЗ.

Рейтинг важности потребительских требований может быть определен как экспертным путем, так и в результате медико-социологических исследований по оценке медицинских услуг. В нашем случае коэффициенты весомости требований получены в ходе анкетирования экспертов. В анкете каждое требование могло быть оценено по шкале от 0 до 10 баллов.

При реализации компьютерной поддержки процесса необходимо определить приоритеты требований потребителей медицинских услуг (пациентов) и приоритеты объективных характеристик медицинских услуг. Для этого необходимо иметь математическую модель определения и оценки их количественных характеристик. Приоритезация требований потребителей медицинских услуг и объективных характеристик медицинских услуг производится по формуле [4]:



$$\theta_j = \sum_{i=1}^k P_i \cdot H_{ij},$$

где H_{ij} – коэффициент взаимосвязи j -й характеристики медицинской услуги и i -го требования потребителей услуг;

P_i – вес i -го требования потребителей услуг, k – число требований, n – число характеристик медицинских услуг.

Как правило, все требования можно разделить на две группы: немногочисленные существенные и многочисленные несущественные. Диаграмма Парето обеспечивает простой графический способ ранжирования требований от наиболее до наименее важных. Метод основан на принципе Парето, который предполагает, что из-за 20% требований возникает 80% последствий. Отделяя наиболее важные причины от менее важных, можно достичь наибольшего улучшения при наименьших усилиях, т.е. диаграмма используется для выявления малого числа требований, оказывающих наибольшее влияние.

На *рис. 1* приведены требования потребителей медицинских услуг в виде диаграммы Парето (Voice of Customer (VOC) – голос потребителя услуг по i -му требованию к услуге). В результате в Доме качества появляется столбец с указанием весомости каждого требования.

Далее, определяем характеристики качества медицинской услуги или процесса с установлением

рейтинга важности каждой характеристики. Характеристики должны быть измеримыми, чтобы можно было подвергать контролю достижение установленных целей. Управление изменениями основано на реинжиниринге процессов с целью сокращения финансовых, производственных, временных затрат, повышения качества предоставления медицинской помощи. Причинно-следственный анализ влияния взаимосвязанных факторов на повышение эффективности оказания услуг выявил, что из множества показателей эффективности деятельности медицинской организации в рассматриваемый период времени эксперты выбрали следующие характеристики, критичные для качества, Critical To Quality – CTQ. На *рис. 2* приведены объективные характеристики медицинских услуг в виде диаграммы Парето.

Следующим этапом является «перевод» требований потребителей услуг в объективные характеристики медицинской услуги или процесса, другими словами, требуется ответить на вопрос: «Как сделать?». Для этого необходимо установить тесноту связей между соответствующими компонентами «Что делать?» и «Как сделать?».

Такой подход соотносится с теорией С. Gronroos, в которой выделяются два качественных аспекта, ведущих к оптимальному восприятию качества услуги потребителем. Для потребителя важно не только ЧТО он получает в процессе обслуживания, но и КАК он это получает. Согласно

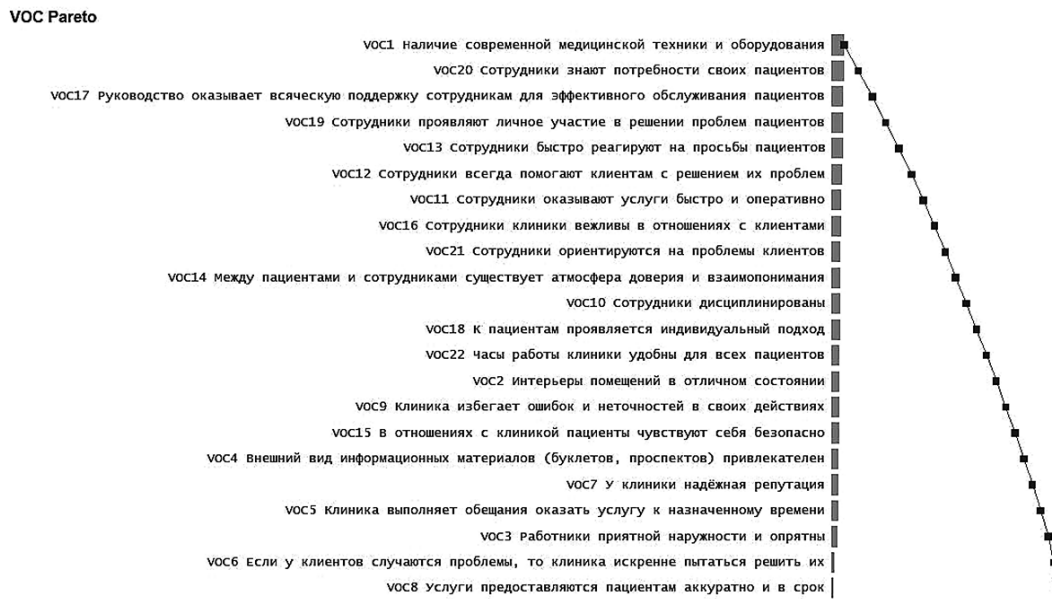


Рис. 1. Перечень требований потребителей услуг с установленным рейтингом важности каждого требования



CTQ Pareto

- C4 Результативность лечения заболеваний (структура законченных случаев)
- C3 обеспеченность современным диагностическим медицинским оборудованием (процент об...)
- C8 соблюдение расписания оказания медицинских услуг
- C10 уровень (процент) обеспеченности медсестринского персонала на одного пациента
- C6 уровень квалификации медицинского персонала (процент врачей имеющих высшую катег...
- C13 уровень доверия к клинике со стороны населения (имидж клиники)
- C12 уровень осведомленности населения о клинике
- C11 продолжительность ожидания услуги клиентами
- C2 уровень обеспеченности площадей (на одного клиента и персонал)
- C9 уровень наличия профильного образования у контактного персонала
- C5 уровень инновационных методов лечения
- C1 состояние интерьера помещения
- C7 уровень (процент) полнотавочного медицинского персонала
- C14 степень ответственности и дисциплины персонала

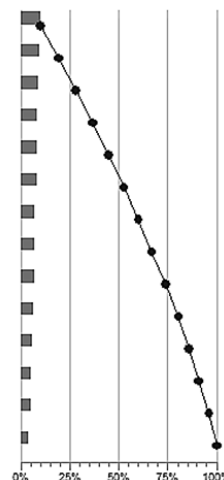


Рис. 2. Перечень объективных характеристик медицинских услуг, критичных для качества, с установленным рейтингом важности каждой характеристики

этой теории следует различать технические (что) и функциональные (как) аспекты качества. Для полного восприятия качества необходимо одновременное наличие функционального и технического аспектов качества услуги.

Исследованию взаимосвязи между компонентами «Что делать?» и «Как сделать?» помогают матричные диаграммы связей, называемые таблицами качества. При этом достаточно таких понятий, как «сильная связь», «средняя связь» и «слабая связь», выраженных соответственно коэффициентами 9, 3 и 1 (допускается использовать другие коэффициенты или символы). Если требуются более точные результаты, то применяют корреляционно-регрессионный анализ – коэффициенты Пирсона (Спирмена), выраженные по шкале Чеддока числовым значением в диапазоне от 0 до 1 (0,9–0,99 – весьма высокая прямая связь; 0,1–0,3 – связь слабая прямая; отрицательное или нулевое значение – связи нет, значение в матрицу не вносится). Использование статистических методик предполагает значительное количество испытаний и измерений, что на практике не всегда осуществимо или нецелесообразно.

В рассматриваемом случае теснота связей обозначается символами или весовыми коэффициентами, проставленными в клетках матрицы: сильная связь – ● или 9 баллов; средняя связь – ○ или 3 балла; слабая связь – Δ или 1 балл. При компьютерной поддержке этого этапа осуществляется выбор соответствующего символа на пересечении строк (требование к услуге VOC) и столбцов (характеристика услуги C).

Далее, при разворачивании функций качества по технологии QFD, следует определить цели в виде таких значений характеристик качества создаваемой услуги или процесса, которые не только будут соответствовать ожиданиям потребителя услуг, но и обеспечат конкурентоспособность создаваемой услуги в регионе. Необходимо также установить рейтинг важности компонентов «Что делать?» и на основе этих данных определить рейтинг важнейших компонентов «Как сделать?».

Матричная диаграмма дополняется корреляционной матрицей, напоминающей крышу дома, в котором в виде символов указывается положительная или отрицательная корреляционная зависимость между соответствующими характеристиками услуги с позиции потребителя, которое устанавливается экспертным путем. Это дает возможность выяснить, какие факторы могут действовать совместно или вызывать противоречия и конфликты.

При построении «крыши» Дома качества исходят из того, что в производстве медицинских услуг ряд его медико-технологических характеристик взаимосвязан, а некоторые друг другу противоречат (лечебный, сервисный, поддерживающий и маркетинговый бизнес-процессы). Подобные зависимости целесообразно учитывать с целью оптимизации процесса производства услуг, получая максимально отвечающую потребительским требованиям услугу. Необходимость построения корреляционной матрицы вызвана стремлением медицинской организации изменить какую-либо характеристику, может привести к существенному изменению других в силу



корреляции между ними. В методике QFD такую матрицу называют матрицей удовлетворенности.

Подготовленные в соответствии с технологией QFD данные составляют Дом качества, позволяющий представить наглядно всю имеющуюся на данный момент информацию и раскрыть внутренние взаимосвязи конкретных характеристик качества услуги. Эта информация дополняется данными технического бенчмаркинга о характеристиках оказываемой в настоящий момент аналогичной услуги медицинскими организациями – конкурентами. В предложенной методике оценка конкурентоспособности подразумевает сравнительный анализ характеристик ключевых бизнес-процессов, таких

как лечебный, поддерживающий, сервисный и маркетинговый. Результаты данной оценки по десятибалльной шкале представлены в основании Дома качества.

Построенный Дом качества представляет собой информационную модель медицинской услуги с улучшенными характеристиками, которой воспользуются будущие потребители. На рис. 3 представлен Дом качества, построенный с применением QFD-методологии к медицинским услугам, оказываемым ВГКБ № 5 г. Воронежа.

При построении Дома качества использовалось специализированное программное обеспечение Qualica DFSS v19 [5].

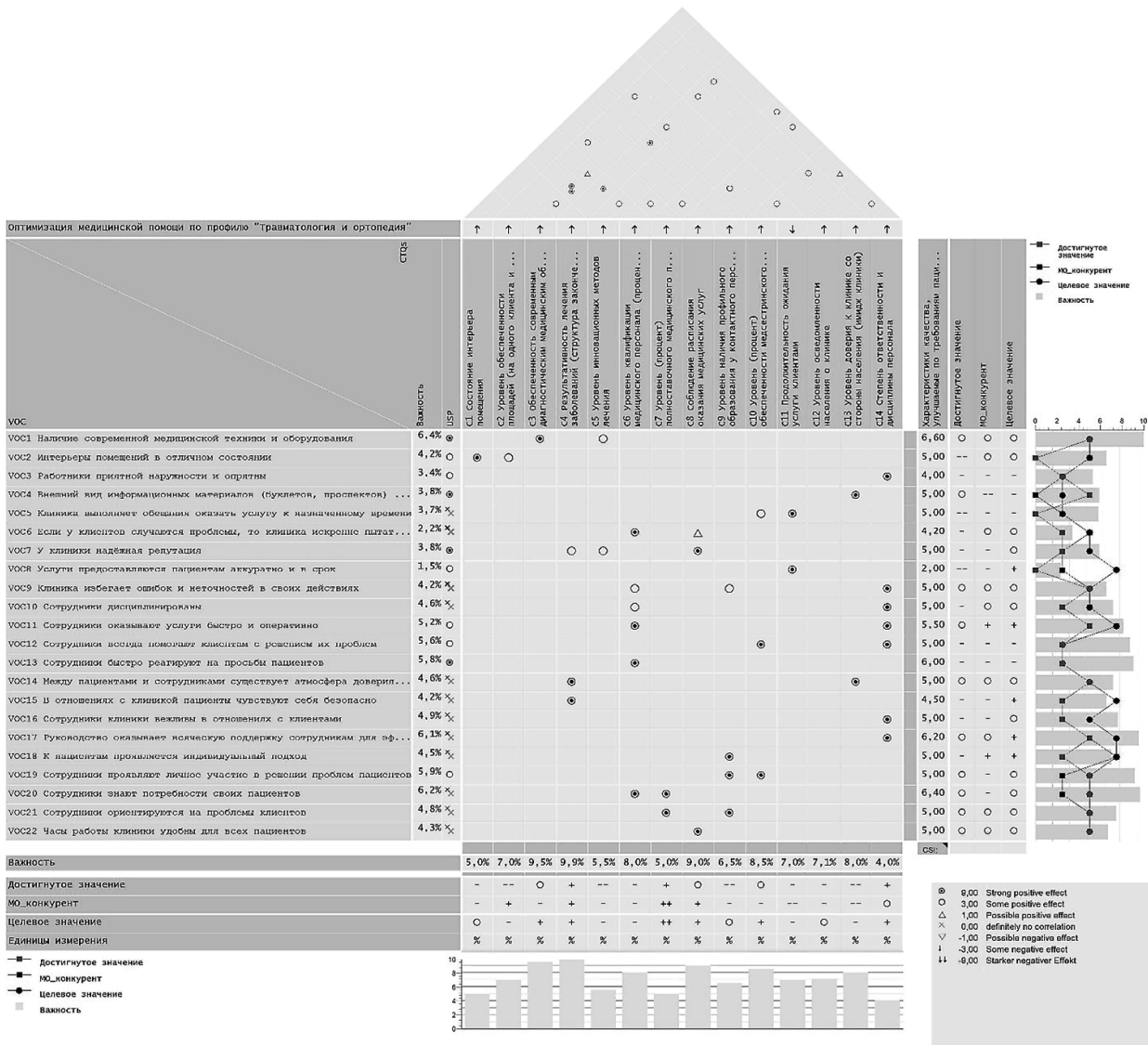


Рис. 3. Дом качества медицинских услуг, оказываемых ВГКБ № 5 по профилю «Травматология и ортопедия»



4. Обсуждение

В результате выполнения вышеуказанных процедур по технологии QFD получены исходные данные для оценки характеристик качества имеющихся медицинских услуг и разработки услуг улучшенного качества. Реализован механизм перевода требований потребителей медицинских услуг в характеристики медицинских услуг.

Установлено, что при формировании требований к ожидаемому качеству медицинских услуг, выраженных на языке потребителей, важную роль играют показатели, имеющие высокие значения степени важности, такие как: наличие современной медицинской техники и оборудования; сотрудники знают потребности своих пациентов; руководство оказывает всяческую поддержку сотрудникам для эффективного обслуживания пациентов; сотрудники проявляют личное участие в решении проблем пациентов; сотрудники быстро реагируют на просьбы пациентов.

Проведенное исследование позволяет как прогнозировать предпочтения потребителей медицинских услуг, так и получить данные для дизайна качества медицинских услуг, отвечающего ожиданиям потребителей. При этом потребитель услуг активно участвует в процессе создания новой услуги, при котором происходит ликвидация разрыва между медико-технологическим и потребительским качеством.

На основании построенного Дома качества разработчики формулируют исходные данные для дизайна качества новой услуги. Дизайн качества медицинской услуги проводится с использованием методологии PDCA (цикл Деминга) [8] в приложении к медицинской технологии обеспечения и управления качеством травматологической и ортопедической помощи. Методология реализует

пошаговый алгоритм взаимодействий врача и пациента: Plan-Do-Check-Akt (планирование-выполнение-проверка-действие). Это ни в коей мере не отменяет возможности применения более сложных методов (например, прикладной статистики, критериев проверки гипотез, методов мозгового штурма, методов статистического управления процессами или FMEA). При дизайне качества медицинских услуг важная роль отводится реализации требований пункта 8.5.1.g ГОСТ Р ИСО 9001–2015 «Выполнение действий с целью предотвращения ошибок, связанных с человеческим фактором» [9].

Предложенный подход реализует важнейший принцип современной системы управления качеством медицинских организаций, соответствующий стандартам ГОСТ ИСО 13053-2-2015 [7], – ориентация на потребителя медицинских услуг (пациента).

5. Выводы

Таким образом, интеграция методики измерения удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи SERVQUAL и методики развертывания функций качества QFD позволяет создать информационную модель качества медицинских услуг – Дом качества, на основе которой провести дизайн качества услуг, тем самым определить пути совершенствования качества медицинских услуг в организации, выявить приоритеты над лечебным, сервисным, поддерживающим и маркетинговым бизнес-процессами, по которым необходимо в первую очередь осуществлять корректировку. Также модель дает возможность отслеживать положение медицинской организации по основным объективным характеристикам услуг в сравнении с конкурентами и оценивать потребительские ожидания относительно этих услуг, которые тоже могут изменяться с течением времени.

Литература

1. Данилов А.В., Исаенкова Е.А. Методические подходы к измерению удовлетворенности качеством медицинских услуг пациентами для целей формирования управленческих решений на региональном уровне // Моделирование, оптимизация и информационные технологии. – 2017. – № 3 (18). <https://moit.vivt.ru/?p=5101&lang=ru> (Дата обращения: 04.03.2020)
2. QFD (Quality Function Deployment – технология развертывания функций качества). <http://www.md-management.ru/articles/html/article10277.html> (Дата обращения: 04.03.2020).
3. Хант Р., Ксавьер Ф. Применение методологии QFD в стратегическом управлении // Стратегический менеджмент. – 2011. – № 3. – С. 184–198.
4. Брагин Ю.В., Корольков В.Ф. Путь QFD: проектирование и производство продукции исходя из ожиданий потребителей. – Ярославль: Негосударственное некоммерческое образовательное учреждение «Центр качества», 2003. – 240 с.





5. Qualica Software GmbH, https://www.qualica.net/qps_qfd.html (Дата обращения: 04.03.2020).
6. ГОСТ Р ИСО 13053-1-2015 Статистические методы. Количественные методы улучшения процессов «Шесть сигм». Часть 1. Методология DMAIC. М.: Стандартинформ, 2016. – 31 с.
7. ГОСТ Р ИСО 13053-2-2015 Статистические методы. Количественные методы улучшения процессов «Шесть сигм». Часть 2. Методы. М.: Стандартинформ, 2016. – 47 с.
8. Деминг Э. Выход из кризиса. Новая парадигма управления людьми, системами и процессами // Out of the Crisis. – М.: Альпина Паблишер, 2011. – 400 с.
9. ГОСТ Р ИСО 9001–2015. Системы менеджмента качества. Требования. М.: Стандартинформ, 2018. – 32 с.

UDC 614.2

Danilov A.V. A technique of the analysis of subjective and objective characteristics of medical services for design of quality of medical services (Voronezh state medical university of N.N. Burdenko, Voronezh, Russia)

Annotation. In a control system of quality of medical services the important part is assigned to estimates of results of activity of the medical organization, in particular degree of satisfaction of patients with quality of the received services. Now the question of quality of medical services is extremely relevant, a need for development of instruments of improvement of quality of services is had.

Methods: The technique of measurement of satisfaction with quality of SERVQUAL provided to medical care based on provisions of GOST "Quality Management ..." and a technique of expansion of functions of quality of QFD which elements are defined in GOST "Quantitative methods of improvement of processes "Six sigma are used".

Results: Approach on the basis of integration of techniques of measurement of satisfaction of consumers of medical services of SERVQUAL and expansion of function of quality of QFD which realization allows to build the House of quality is stated and to create data for carrying out design of quality of medical services.

Conclusion: The conducted research allowed to create tools for elaboration of the adjusting and warning operating influences directed to demanded change of quality of medical services and, as a result, the recipients of services increasing satisfaction.

Keywords: medical organization, measurement of satisfaction, expansion of function of quality.

Здравоохранение-2020



ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА УТВЕРЖДЕН ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Минюст зарегистрировал приказ Минздрава № 1029н от 28.09.2020 «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения». Три приложения к документу содержат перечни показаний для санаторно-курортного лечения детей, взрослых, а также перечень противопоказаний.

Среди показаний для санаторно-курортного лечения взрослых прописаны туберкулез, болезни крови, эндокринной и нервной системы, психические расстройства, болезни глаз, уха, органов дыхания, пищеварения, кожи, системы кровообращения, костно-мышечной и мочеполовой. Указаны показания для лечения в санаториях после травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин. Для детей среди показаний к санаторному лечению указаны в том числе вирусные гепатиты, расстройства питания и нарушения обмена веществ, врожденные аномалии, деформации, пороки развития, хромосомные нарушения.

В перечне противопоказаний прописаны 16 пунктов, среди которых заболевания острой стадии, новообразования неуточненного характера, неизлечимые болезни, требующие паллиативной медицинской помощи и т.д. Приказ вступит в силу с 8 ноября 2020 года.

Прежний документ, принятый в 2018 году, вызвал критические замечания. «Он предусматривал возможность прохождения санаторно-курортного лечения только в климатической зоне проживания пациента (при ряде заболеваний)», – отметил в комментарии к нынешнему приказу управляющий Центром медицинского права Алексей Панов. В 2018 и 2020 годах Верховный суд России удовлетворил иски о признании данного положения недействующим, так как оно не позволяет учесть индивидуальные и конкретные особенности организма человека, необходимые для его реабилитации. Новый документ учел это, а также дал возможность пациентам с ДЦП, нуждающимся в постоянном индивидуальном уходе, проходить санаторно-курортное лечение. Ранее это было невозможно.

Источник: официальный сайт Минздрава России



Ю.А. Ульянов,

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия,
e-mail: 7658611@mail.ru

Э.М. Зарипова,

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань, Россия,
e-mail: zaripovas9@mail.ru

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

ОТ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ К 4П-МЕДИЦИНЕ: СЕМАНТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ТРЕНДА

УДК: 614.2

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-26-29

Ульянов Ю.А., Зарипова Э.М., Мингазова Э.Н. *От пациентоориентированной медицины к 4п-медицине: семантический аспект тренда* (ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия; ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань, Россия)

Аннотация. Представлены поэтапные ориентиры становления, развития и внедрения в научный и практический сегменты здравоохранения направления, определяемого как «пациентоориентированная медицина». Приведен не только исторический аспект данной смысловой фабулы, но и дана характеристика разноплановых моделей взаимодействия субъектов – врача и пациента. Отражен анализ взаимосвязи паттерна с новой концепцией развития здравоохранения – 4П-медициной. Представлена структура данной концепции и дан идеологический подтекст перспектив ее развития. Обозначены законодательные и организационные инициативы путей развития пациентоориентированной медицины.

Ключевые слова: пациентоориентированная медицина, 4П-медицина, клиентоориентированность, удовлетворенность медицинской помощью, тренд развития.

Одним из приоритетов государственной политики в области здравоохранения является максимальная степень удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью. Существенную роль в достижении удовлетворенности пациента играют такие атрибутивные компоненты деятельности медицинской организации, как: укомплектованность медицинскими кадрами; высокая степень квалификации медицинских кадров; доступность медицинских технических средств, лекарственного обеспечения; время ожидания специалистов; вежливость персонала; действенная степень коммуникативных взаимосвязей пациента и медицинского работника; санитарное состояние медицинского учреждения, в котором оказывается профильная помощь и пр. Понимание того, что достижение продуктивности в лечении невозможно без эффективного коммуникативного процесса взаимодействия между двумя субъектами – специалистом и пациентом – явилось основой для развития пациентоориентированного направления в медицине [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Направленность деятельности медицинского работника на установление доверительного контакта с пациентом в процессе его лечения всегда была неотъемлемой частью профессии врача. Клятва Гиппократа (5 век до н.э.): «...Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости», где постулируется догмат о преобладании интересов больного над интересами врача, находит отражение в Федеральном Законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в его статье 6 «Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи» [7].

Сегодня с многократно возросшей информированностью пациента увеличилась вариативность выбора места и методов лечения, что требует от медиков наличия передовых знаний, освоенных технологий, отточенных практических умений, навыков в установлении доверительных контактов с пациентом, убеждении его в правильности выбранной тактики лечения. Помимо этого, увеличивается стоимость



проводимых медицинских исследований и манипуляций, что требует вложения значительных финансовых средств. Увеличение доли расходов на здравоохранение в развитых странах (например, в США до 17% от ВВП) обусловило повышение значимости развития профилактического направления, требующего более низких финансовых затрат. Развитие рыночной компоненты профилактической медицины привело к «переквалификации» пациента в клиента – потребителя медицинских услуг, к возникновению конкурентной борьбы среди поставщиков медицинских услуг. И, соответственно, «пациентоориентированность» в этом контексте можно интерпретировать как «клиентоориентированность» [5, 8].

С конца шестидесятых годов прошлого века за рубежом стало формироваться понятие «пациентоориентированность в здравоохранении», а также понятие «патерн» (от англ. pattern, «шаблон», «модель», «система», «структура»). Термин «пациентоориентированная медицина» был введен в научную среду британским аналитиком Enid Balint, представившим методологию индивидуального подхода к пациентам с психосоматической патологией, что контрастировало с превалирующей в то время «болезнь-ориентированной медициной» [9]. Развивая методологию индивидуального подхода к пациенту, G. Engel в 1977 году презентовал биопсихосоциальную модель, где пациенту определена ведущая роль [10]. В последующем автор все большее внимание уделял взаимоотношениям в паре медицинский специалист-пациент, а также отличиям субъективного понимания процессов диагностики, лечения и реабилитации данного конкретного заболевания каждой из сторон [11, 12].

В дальнейшем, в связи с ростом стоимости услуг здравоохранения (в большей степени за счет увеличения стоимости стационарного звена и услуг врачей узкой специализации), произошло смещение акцента медицинской помощи в пользу первичного звена здравоохранения, активного развития службы врача общей практики, что, соответственно, увеличило во временном и психологическом факторе степень общения врача с пациентом и членами его семьи. Это дало толчок для развития клиентоориентированности, предполагающей, в первую очередь, удовлетворенность потребителя услугами, альтернативу и возможность выбора, свободный доступ ко всем сервисам услуг [6, 13].

Многовариантность пациентоориентированного патерна проявилась в формировании ряда моделей: инженерная (минимум контактов с пациентом,

акцент на изучение процессов, происходящих в его физическом теле); патерналистская (взаимодействие с больным основано на сострадании к нему, «помогающий» контакт с больным превалирует в общении); коллегиальная (повышение информированности больного по поводу его состояния, установление доверительного контакта между ними, увеличивает степень взаимодействия), именно данная модель стала предтечей развития в дальнейшем пациентоориентированного патерна; контрактная (отрицание равного взаимодействия врача и больного на основе договорного начала, где врачу отдается приоритет во всех сферах принятия решений); информационная модель взаимоотношений врача и пациента (независимость от врача и самостоятельное принятие решений больным) [1].

Отметим, что представленные выше модели развития взаимоотношений врача и пациента (инженерная, патерналистская, коллегиальная и др.) относятся к периоду становления научно-поисковых процессов в организации здравоохранения, а атрибутика названия такого общения продиктована взаимоотношениями врач-пациент. В связи с этим, несмотря на активное развитие и проявление пациентоориентированности в современной медицине, существует некая «уязвимость» и «условность» такого трактования самого термина, именно как отдельного направления в медицине, в силу того, что сама деятельность врача априори направлена на пациента и только на него, на его лечение и выздоровление, а необходимость активного вовлечения пациента в данный процесс зависит как от самого врача, его навыков, знаний, умений, так и от психологической готовности.

Противопоставление принципов традиционной и пациентоориентированной медицины, на наш взгляд, не должно быть категоричным. Так, мнение авторов [14], считающих, что традиционная медицина «сконцентрирована лишь на интересах участников системы предоставления медицинской помощи», «основана на авторитарности», учитывает «болезнь-ориентированные исходы», «фокусируется на исходах, которые важны для врачей и чиновников», считаем дискуссионным. Авторы отмечают, что в модели традиционной медицины «решение принимает врач или консилиум; цель – улучшить исходы для среднестатистического пациента; а сама модель базируется на исследованиях популяций». Соответственно, в пациентоориентированной модели «решение принимается совместно с пациентом; цель – улучшить исходы конкретного пациента;





модель базируется на исследованиях, основанных на конкретных пациентах». Здесь также можно возразить, что исследование популяций и конкретного пациента не противоречат, а дополняют друг друга, и данные позиции не могут вступать в противопоставление. Приведенный пример свидетельствует о некой условности (иногда «неуместности») разделения основных принципов лечения больного, в рамках моделей традиционной и пациентоориентированной медицины, так как по своему основному назначению медицина может, должна и направлена на помощь только одному субъекту – пациенту.

Однако выделение пациентоориентированности как научного направления современного этапа развития медицины вполне обоснованно, по нашему мнению, в аспекте развития 4П-медицины и контексте формирования модели клиентоориентированности (пациент-клиент). Известно, что 4П-медицина является не просто «отдельным разделом медицины, а прежде всего идеологией, в фокусе которой находится индивидуальный подход к пациенту». Авторы указывают, что: «если медицина в традиционном ее понимании имеет дело с проявлениями болезней (как инфекционных, так и хронических), то 4П-медицина направлена на то, чтобы выделить факторы риска, определить предрасположенность пациента к тем или иным болезням и предотвратить их» [15, 16]. Добавим, что здесь нет противопоставлений с традиционной медициной, а отмечается действительно новая парадигма развития здравоохранения, вбирающая в свою систему весь положительный «багаж» прошлых и современных достижений комплексной «логистики» взаимосвязанных процессов: наука, профилактика, персонализация, партнерство. Поэтому данная идеология основывается на решении, соответственно, комплекса задач/принципов: предикции (выявление предрасположенности к болезни на основе научных исследований); превентивности (уменьшение возможности факторов риска заболевания); персонализации (индивидуальный подход к пациенту) и партисипативности. Главным моментом, в контексте рассматриваемых вопросов, является четвертое направление 4П-медицины, а именно – партисипативность – вовлеченность пациента в сам процесс лечения. Данное направление часто соотносят со словом «партнерство», подчеркивая, что именно «благодаря партнерству между врачом и пациентом становится возможным реализация всей концепции», повышается мотивация пациента к следованию рекомендациям врача профилактической и лечебной направленности, что прямо или

косвенно приводит больного к осознанному выбору личной ответственности [4, 15].

Считаем необходимым подчеркнуть, что Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 № 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины» дает широкие возможности для развития идеологии и будущности отечественного здравоохранения в соответствии с общемировым трендом, стимулируя создание «организационно-сервисных» атрибутов деятельности государственных и частных медицинских организаций (например, «бережливых поликлиник», электронных очередей, электронных историй болезней и т.д.), включая пациентоориентированные и клиентоориентированные сегменты естественного процесса их развития. Для наиболее точного отражения перспективных и востребованных составляющих модели 4П-медицины, по нашему мнению, в настоящее время наиболее целесообразно использовать термин «пациентоориентированность», так как именно он имеет большую смысловую емкость, включая понятие Patient Satisfaction – удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью, где вопросы защищенности пациента/клиента в этом процессе являются концептуальными метками, решение которых потребует мобилизации всех ресурсов здравоохранения, в том числе и частного его сектора. Термин «пациентоориентированность», на наш взгляд, в большей степени отражает основную направленность деятельности медицинской отрасли в рамках данной модели.

Определенный «синергизм» по отношению к термину «пациентоориентированность» получен по результатам проведения VIII Международного онлайн-Конгресса «Оргздрав-2020. Эффективное управление в здравоохранении», состоявшегося в Москве 25–26 мая 2020 г. В Резолюции Конгресса предлагается «заменить в нормативных документах термин «медицинские услуги» на «медицинскую помощь», исключить понятие «пациентоориентированный подход», как низводящее суть профессиональной деятельности врача до оказания обычной потребительской услуги» [17].

Проведенный семантический анализ пациентоориентированной медицины, как современного востребованного направления эволюции отрасли, показал устойчивый тренд в его развитии в аспекте инновационных подходов к решению задач, стоящих перед здравоохранением. Подчеркнем, что неперемненными условиями для эффективной их реализации являются:



- Обучение врача навыкам и умениям использовать в своей практической деятельности новейших достижений науки, а также коммуникативных навыков в общении с пациентом.
- Профилактика СЭВ (эмоционального выгорания) у медицинских работников.
- Достойная заработная плата медицинских работников.

- Формирование в социуме уважительного отношения к «фигуре» и миссии врача (что стало отчасти возможным в связи с развитием ситуации с Covid-19).
- Таким образом, забота о пациенте, достижение пациентом удовлетворенности оказанной медицинской помощью – были и остаются главными ориентирами эффективного развития отрасли, включая новые модели ее развития.



Литература

1. Каштанова А.И. Эволюция модели отношения врач-пациент // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 6. – С. 50–53.
2. Павловских А.Ю. Пациентоориентированность как основная парадигма развития современного отечественного здравоохранения // Врач-аспирант. – № 32 (70). – 2015. – С. 309–315.
3. Модестов А.А., Спивак И.М. Разработка и особенности внедрения сестринской пациент-ориентированной модели в педиатрии // Медицина и организация здравоохранения – 2018. – Т. 3. – № 1. – С. 20–23.
4. Царанов К.Н., Пивень Д.В., Линденбратен А.Л., Тарбастаев А.Г. Влияние пациентоориентированности врача на вовлеченность пациента в лечение // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 3. – С. 6–13.
5. Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Качкова О.Е. и др. Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина. – 2019. – Т. 23. – № 1 – С. 104–114.
6. Разработка организационной модели пациентоориентированной медицины в Российской Федерации. Монография / Домбровская Е.Н. и др. – Москва: Русайнс. – 2020. – 208 с.
7. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – 2001. – 192 с.
8. Bardes C.L. Defining «Patient-Centered Medicine» // N. Engl.J.Med. – 2012. – Т.366. – № 9. – P. 782–783.
9. Enid Balint. The possibilities of patient-centered medicine // Journal of the Royal College of General Practitioners. – 1969. – № 17. – P. 269–276.
10. Engel, G.L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine // Science. – 1977. – № 196(4286). – P. 129–136.
11. Cassell Eric J. Talking with Patients V 2 – Clinical Technique (Paper) – MIT Press. – 1985. – 200 p.
12. Kleinman A. The Illness Narrative: Suffering, Healing and the Human Condition. Basic Books, New York. – 1988. – 269 p.
13. Charles L. Bardes. Defining “patient-centered medicine” // The New England journal of medicine. – 2012. – Vol. 366(9). – P. 782–783.
14. Шляхто Е.В., Конради А.О. Медицина, основанная на ценности, – новая парадигма в здравоохранении // Ремедиум. – № 3 (163). – 2018. – С. 4–8.
15. Пальцев М.А., Белушкина Н.Н., Чабан Е.А. 4П-медицина как новая модель здравоохранения в Российской Федерации // Оргздрав: Новости. Мнения. Обучение. – 2015. – № 2. – С 48–52.
16. Carlson B. P4 Medicine Could Transform Healthcare, but Payers and Physicians Are Not Yet Convinced // Biotechnol Healthc. – 2010. – № 7(3). – P. 7–8.
17. Резолюция по итогам VIII международного онлайн-конгресса «Оргздрав-2020» (Москва, 25–26 мая 2020 г.). Проект (с дополнениями от 01.06.2020 г.). Предложения по реформе здравоохранения РФ. Основные положения URL: <https://docviewer.yandex.ru> (Дата обращения: 07.08.20).

UDC 614.2

Ulyanov Yu.A., Zaripova E.M., Mingazova E.N. *From patient-centered medicine to 4p-medicine: the semantic aspect of the trend* (N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia; Kazan (Volga region) Federal University, Kazan, Russia)

Abstract. The step-by-step guidelines for the formation, development and implementation of the direction defined as “patient-oriented medicine” in the scientific and practical segments of healthcare are presented. It reflects not only the historical aspect of this semantic plot, but also gives a characteristic of the diverse models of interaction between subjects – a doctor and a patient. The analysis of definitions of “patient-oriented medicine” in the framework of foreign and domestic scientific schools, as well as the analysis of the relationship of the pattern with the new concept of health care development – 4P-medicine is given. The structure of the 4R-medicine concept is characterized, the ideological implications of the prospects for its development are given. The legislative and organizational initiatives for the development of patient-oriented medicine are outlined.

Keywords: patient-centered medicine, 4P-medicine, client-centeredness, satisfaction with medical care, development trend.



И.Н. Соловьева,

д.м.н., главный научный сотрудник отделения трансфузиологии и гемодиализа, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Россия, e-mail: irinas0210@yandex.ru

Ю.В. Полякова,

к.м.н., ученый секретарь, руководитель научно-производственного отдела, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Россия, e-mail: polyakova1906@mail.ru

Г.Э. Черкасов,

младший научный сотрудник отделения трансфузиологии и гемодиализа, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Россия, e-mail: germanboox@mail.ru

Н.А. Трекова,

д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения кардиоанестезиологии и реанимации, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Россия, e-mail: Nina.Trekova@mail.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И БЛИЖАЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОБЛЕМЫ «БЕСКРОВНАЯ ХИРУРГИЯ»

УДК: 617-089+616+615.1/.4

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-30-36

Соловьева И.Н., Полякова Ю.В., Черкасов Г.Э., Трекова Н.А. Организация, современное состояние и ближайшие перспективы проблемы «бескровная хирургия» (ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», г. Москва, Россия)

Аннотация. В исследовательском фокусе публикации находится проблема сохранения крови оперируемого пациента. Разнообразие методов сбережения крови показывает мультидисциплинарность проблемы и важность слаженной командной работы занятых врачей. В течение более 20 лет использовали хирургические, анестезиологические, трансфузиологические технологии кровосбережения преимущественно у кардиохирургических больных. Применение комплекса кровосберегающих технологий позволяет уменьшить объем кровопотери и расход компонентов донорской крови. За 7 лет в кардиохирургии число реципиентов донорских гемокомпонентов сократилось на 41% (эритроциты) и 61% (СЗП). Аутологичная плазма составляет 68–78% от всего объема, переливаемого кардиохирургическим больным. 50% больных, оперируемых на восходящей аорте, не нуждаются в переливании донорской крови. Кровопотеря при обширных резекциях печени за 10 лет сократилась в три раза и не требует аллогенных гемотрансфузий. Адекватный мультидисциплинарный подход к решению проблемы кровосбережения позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных.

Ключевые слова: кровосбережение, междисциплинарная проблема, хирургическое кровосбережение, трансфузиологическое кровосбережение, эффективность кровосбережения.

Одна из главных проблем любой хирургической дисциплины состоит в своевременном предупреждении или минимизации кровопотери, а также объема перелитых донорских гемокомпонентов. Последствия массивной кровопотери и неадекватного ее восполнения могут быть весьма серьезными, включая развитие ДВС-синдрома и полиорганной недостаточности с последующим летальным исходом [1, 12]. Большая кровопотеря и последствия донорских гемотрансфузий предвещают не только негативные клинические проблемы, но и значительные экономические затраты вследствие увеличения реанимационного койко-дня, необходимости дополнительного высокотехнологичного лечения, включая методы экстракорпоральной гемокоррекции и др.

Понятие «бескровная хирургия» появилось в медицинской терминологии в конце прошлого века, когда окончательно стало понятно, что не только массивная кровопотеря, но и традиционные способы ее восполнения



с помощью аллогенных гемокомпонентов являются стрессом для организма и имеют более, чем серьезные негативные последствия вплоть до фатальных осложнений [2–3]. Большинство значимых работ по «бескровной хирургии» [4–8] были опубликованы на рубеже веков, и в последние двадцать лет термин стал забываться.

Современная тактика трансфузиологического сопровождения больного имеет международное название Patient Blood Management (PBM – менеджмент крови пациента). Теория и практика PBM включает комплекс мероприятий, позволяющий сократить расход донорских гемокомпонентов: оптимизацию гемопоза, минимизацию кровопотери, оптимизацию физической толерантности к анемии и т.д. Понятие PBM является куда более широким, чем «бескровная хирургия». Оно охватывает больший временной интервал и подразумевает более значимое воздействие на гомеостаз пациента. То есть, PBM захватывает не только ближайший к операции период, а начинает действовать гораздо раньше, что возможно только при слаженной коллегиальной работе диагностов, терапевтов и, уже в последнюю очередь, хирургов. К сожалению, современное состояние отечественной медицины позволяет только мечтать о таком междисциплинарном взаимодействии. Поэтому стоит вернуться к понятию «бескровная хирургия», так как входящие в него манипуляции охватывают только операционный период и вполне осуществимы в рамках одного хирургического лечебного учреждения.

Высокотехнологичные хирургические проблемы могут иметь адекватное решение только на уровне междисциплинарных взаимодействий. Проблема «бескровной хирургии» более, чем многоплановая и междисциплинарная. Она лежит на стыке ряда медицинских специальностей: хирургии, анестезиологии, трансфузиологии, фармакологии. Адекватное решение данного вопроса в любой области хирургии крайне необходимо, так как позволяет повысить безопасность и эффективность лечения, снизить его стоимость.

Суть «бескровной хирургии» состоит в том, что хирургическими, анестезиологическими, фармакологическими методами достигается снижение потерь крови из операционной раны. При этом местные хирургические методы профилактики кровопотери направлены на предотвращение или уменьшение интенсивности кровотечения из уже поврежденного сосуда и находятся в зоне ответственности хирургической бригады. Позиция анестезиолога – снизить

риск последствий кровопотери, предупредить возможные нарушения гемостаза [9]. Соответственно, чем активнее используется хирургическое и анестезиологическое кровосбережение, тем величина кровопотери становится меньше. Трансфузиологическое кровосбережение, в свою очередь, направлено на уменьшение расхода донорской крови и замене аллогенных гемотрансфузий аутологичными.

В литературе нет четких рекомендаций, какие методы кровосбережения должны использоваться при той или иной патологии. Выбор кровосберегающих технологий зависит от предпочтений врача и возможностей клиники [10, С. 36]. Неудивительно, что с начала нового тысячелетия интерес к проблеме трансфузиологического кровосбережения значительно ослаб. Этот период характерен быстрыми темпами развития малоинвазивных хирургических, эндоскопических, лапаро- и торакоскопических, рентгеноэндоваскулярных технологий. Участилось выполнение хирургических вмешательств из минидоступа, внедрялась хирургическая робототехника. Развивались фармакология и методы анестезиологического пособия. В целом кровопотеря повсеместно и при всех операциях снизилась [12], а показания к донорским гемотрансфузиям сократились [11–12].

Таким образом, сложилось впечатление, что без трансфузиологических методов кровосбережения можно обойтись. Но не следует забывать про наиболее сложные разделы хирургии, когда кровопотеря не только неизбежна, но и может иметь характер массивной. К этой категории относятся операции на аорте и магистральных артериях, обширные резекции и трансплантации печени, комбинированные и симультанные операции на органах грудной и брюшной полости, особенно при онкологической патологии.

Адекватное решение проблемы «бескровной хирургии» возможно только в условиях консолидации усилий всех задействованных специалистов, а сама идея кровосбережения должна стать идеологией всего лечебного учреждения. Выпадение любого звена ломает всю стройную систему и снижает клиническую эффективность проводимых мероприятий. Между тем, использование комплексной программы кровосбережения позволяет повысить безопасность, эффективность и снизить стоимость лечения.

На рубеже веков в РНЦХ была разработана комплексная программа кровосбережения в кардиальной и аортальной хирургии, которая используется по настоящее время. Проведенные





исследования показали значительную роль методов трансфузиологического кровосбережения: предоперационного аутоплазмодонорства, интраоперационной управляемой нормоволемической гемодилюции, интра- и послеоперационной реинфузии отмытых аутоэритроцитов, собранных из раны, крови оставшейся в контуре АИК и дренажного отделяемого, что согласуется с общепринятой тактикой кровосбережения [5, 7–8, 13–14]. Проводимые мероприятия позволяют сохранять гемостатическую и кислородтранспортную функции крови во время и после операции.

Адекватное выполнение всех программных мероприятий было возможно только в силу постоянных взаимодействий: лечащего врача и трансфузиолога на предоперационном этапе; хирурга, анестезиолога и трансфузиолога во время операции; реаниматолога и трансфузиолога в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования – оценить современное состояние проблемы кровосбережения и пути ее развития на ближайший временной период.

Материалы и методы

Информационной базой исследования являлись данные ежегодной оценки за период 2012–2018 гг. следующих показателей эффективности применения кровосберегающих технологий в РНЦХ:

- интра- и послеоперационной кровопотери при различного рода оперативных вмешательствах;
- расхода донорской крови, числа реципиентов гемокомпонентов;
- объема заготовленных аутологических гемокомпонентов.

В ходе исследования выполнен сравнительный анализ полученных данных, статистическая обработка полученных результатов.

Объем ежегодно выполняемых трансфузиологических мероприятий, направленных на сохранение крови больного, представлен на *рис. 1*. Использовали интраоперационную реинфузию отмытых эритроцитов, собранных из операционной раны, дренажей, аппарата искусственного кровообращения, реже применяли интраоперационную нормоволемическую гемодилюцию. За 2–5 дней до операции у кардиохирургических больных заготавливали по 2 дозы аутоплазмы, которую переливали после окончания искусственного кровообращения. В комплекс методов кровосбережения входили тщательный гемостаз, использование малоинвазивных хирургических технологий, адекватное медикаментозное сопровождение операционного вмешательства, использование разного рода гемостатиков, ингибиторов фибринолиза. Выбор предпочтительного метода(ов) кровосбережения определялся характером операции.

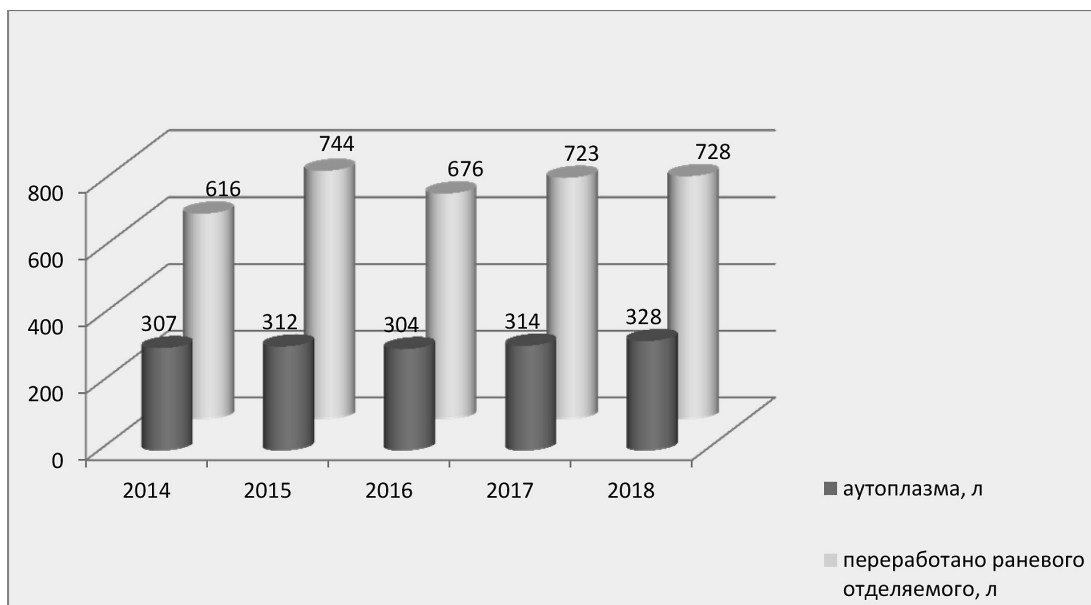


Рис. 1. Трансфузиологическое кровосбережение в РНЦХ: предоперационная заготовка аутологичной плазмы, интраоперационная реинфузия (переработано раневого и дренажного отделяемого)



Результаты исследования и их обсуждение

За период 2012–2018 гг. сократилось число реципиентов эритроцитсодержащих сред на 22% (рис. 2).

В свою очередь, у кардиохирургических больных расход донорской эритроцитарной массы сократился максимально на 41% в 2016–2017 гг., свежезамороженной плазмы – на 61% в 2015 г. (рис. 3). Незначительный прирост расхода донорских гемокомпонентов

в 2018 г. связан с увеличением числа операций на торакоабдоминальной и всей аорте. При этом использование собственной плазмы больных позволило отказаться от переливания донорской крови у 69–78% больных.

В середине двухтысячных годов без использования донорской крови в РНЦХ удавалось выполнить около 35% кардиохирургических операций. В 2013–2018 гг. применение комплекса кровосберегающих технологий позволило полностью

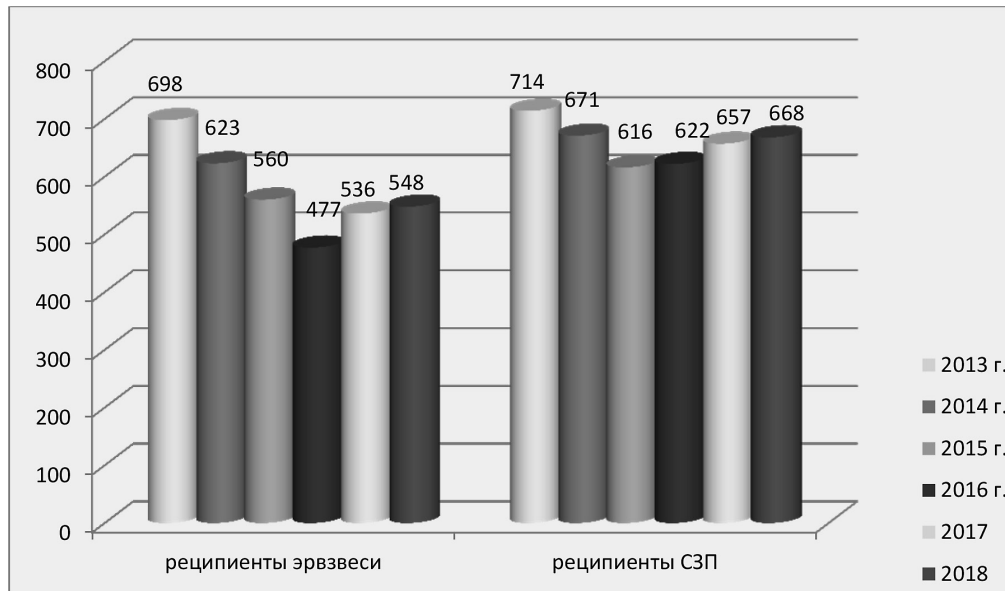


Рис. 2. Число реципиентов донорских гемотрансфузий в РНЦХ

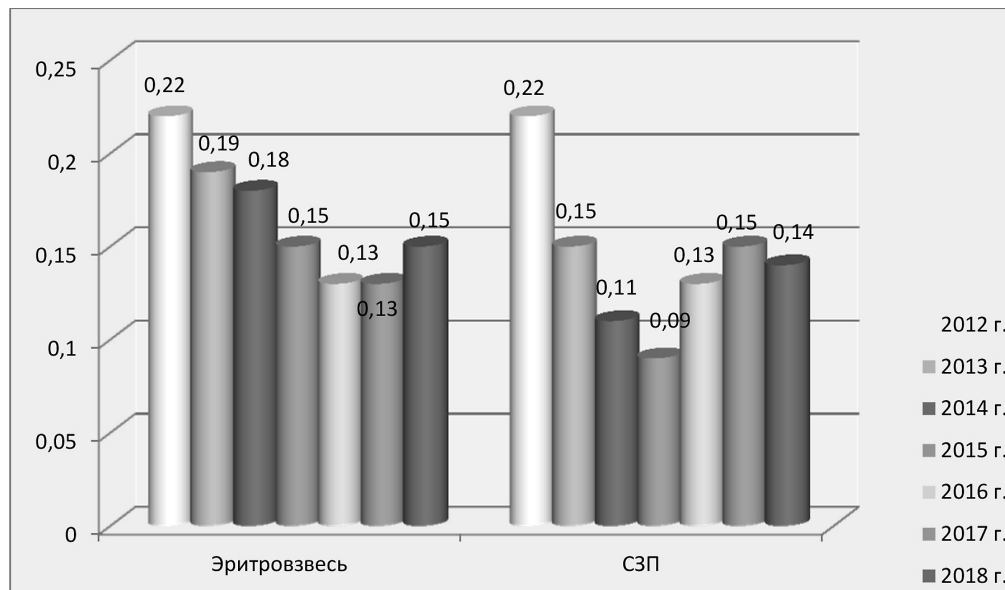


Рис. 3. Расход донорских гемокомпонентов на одну кардиохирургическую операцию (л)





отказаться от компонентов донорской крови в 72% случаев. В послеоперационном периоде донорские гемотрансфузии потребовались в 14% случаев.

Ярким примером комплексного кровосбережения является динамика кровопотери и расхода компонентов аллогенной крови у больных с аневризмами аорты. Например, кровопотеря при протезировании восходящей аорты сократилась в 2–3 раза, что явилось совместным достижением команды врачей, занятых в операционном процессе и подготовке к нему; кровопотеря колебалась от 1500 до 4000 (2500 ± 345) мл. Интраоперационная реинфузия позволяла сохранить 550 ± 65 мл отмытых аутоэритроцитов, помимо этого переливали $1,08 \pm 0,15$ донорской эритроцитарной массы и $1,56 \pm 0,23$ свежезамороженной плазмы. В 2013–2014 гг. объем кровопотери при операциях того же объема сократился до 1367 ± 395 мл. В 2017–2018 гг. при неосложненном течении подобных операций кровопотеря не превышала 1000 мл. 50% операций на восходящей аорте выполнялось без донорской крови с использованием аутологических гемокомпонентов в объеме двух доз плазмы и 341 ± 70 мл отмытых эритроцитов.

При обширных резекциях печени величина кровопотери 10–15 лет назад составляла 1633 ± 536 мл, сейчас в пределах 500. Соответственно в двухтысячные годы на одну операцию требовалось 612 ± 57 мл эритроцитарной массы и

1699 ± 472 мл плазмы. В настоящее время переливание донорской крови выполняется только в случаях периоперационных осложнений. Из трансфузиологических методов кровосбережения при массивной кровопотере (> 2000 мл) использовали только интраоперационную реинфузию отмытых аутоэритроцитов. Таким образом, полученный результат достигнут в основном за счет хирургического и анестезиологического кровосбережения.

Даже частичное возмещение операционной кровопотери аутокомпонентами способствует улучшению результатов хирургического лечения. Чем меньше донорских гемокомпонентов используется, тем результаты лечения лучше. Применение комплекса кровосберегающих технологий у кардиохирургических больных в течение последних пяти лет привело к отсутствию гемотрансфузионных осложнений и ДВС-синдрома, снижению числа послеоперационных кровотечений, объема кровопотери, случаев массивной кровопотери в 5 раз, числа рестернотомий более, чем в два раза. Однозначен прямой экономический эффект.

Процессы оптимизации российского здравоохранения привели к необходимости сокращения предоперационного койко-дня. Поэтому была разработана тактика заготовки аутологичной плазмы на догоспитальном этапе, основные моменты этого процесса представлены на рис. 4. Таким образом,



Рис. 4. Основные этапы предоперационного аутодонорства в РНЦХ



программа кровосбережения будет работать еще до госпитализации больного в стационар, что позволит сэкономить расходы, связанные, как минимум, с двумя-тремя днями дополнительного пребывания больного в профильном отделении.

Заключение

В Российском научном центре хирургии имени Б.В. Петровского накоплен значительный опыт использования разного рода кровосберегающих технологий, особенно в кардиохирургии.

Дальнейшие пути развития кровосбережения в России нам представляются следующим образом:

- совершенствование хирургического гемостаза;
- дальнейшее снижение объема и травматизма оперативных вмешательств;
- внедрение новых местных и системных гемостатиков;
- расширение области применения трансфузиологических кровосберегающих технологий в различных областях хирургии;
- внедрение догоспитальных методик кровосбережения;
- снижение показаний к гемотрансфузиям.

Выводы

1. Применение кровосберегающих технологий позволяет уменьшить объем кровопотери и сократить использование компонентов донорской крови, что способствует росту безопасности и улучшению результатов хирургического лечения.

2. Эффективное кровосбережение возможно только при мультидисциплинарном подходе к решению данной проблемы, при равном участии хирургов, анестезиологов, трансфузиологов. Подобная тактика кровосбережения возможна только при условии, если кровосбережение является идеологией всего лечебного учреждения. Выпадение любого звена может привести к неэффективности всей системы.

3. На современном этапе отмечается опережающее развитие хирургических и фармакологических методов кровосбережения при относительном «застое» трансфузиологического кровосбережения.

4. Будущее проблемы «бескровной хирургии» представляется в синхронном развитии всех звеньев системы кровосбережения и разработки оптимальной тактики для разных категорий больных.



Литература

1. Бломбек М., Антович Й. Нарушения свертывания крови. Практические рекомендации по диагностике и лечению: /пер. с англ./ М.: Мед. лит., 2014. – 208 с.
2. Жибурт Е.Б., Мадзаев С.Р., Чемоданов И.Г. Осложнения донорства и переливания крови. М.: Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова, 2019. – 51 с.
3. Четкин А.В., Бессмельцев С.С., Касьянов А.Д., Макеев А.Б., Голованова И.С., Витюк Н.С., Шалапкевич А.И. Инструкция по заготовке отмытых эритроцитов в учреждениях службы крови. – Спб.: МИФМБА России 2, 2018. – 21 с.
4. Суханов Ю.С., Аграненко В.А. Аутогемотрансфузии. М., 1999. – 204 с.
5. Аутогемотрансфузии в клинической практике. Методические рекомендации Комитета здравоохранения правительства Москвы. М., 2001. – 22 с.
6. Приказ № 363 от 25.11.2002 г. МЗ РФ «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови».
7. Ермолов А.С., Хватов В.Б. Бескровная хирургия в отечественной медицинской практике // Вестник Службы крови России. – 2003. – № 3. – С. 3–9.
8. Рагимов А.А., Крапивкин И.А. Кровосберегающие технологии в сердечно-сосудистой хирургии (интраоперационная гемодилюция, интраоперационная и послеоперационная реинфузия). М: ВУНМЦ МЗ РФ., 1999. – 74 с.
9. Дубровин К.В. Тактика кровосбережения в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. – 14.01.20 – Дис. канд. мед. наук. М., 2014. – 102 с.
10. Пасечник И.Н., Скобелев Е.И. Кровосберегающие технологии в хирургии: новые возможности // Эффективная фармакотерапия. Анестезиология и реаниматология. – 2015. – № 1 (12). – С. 36–40.
11. Приказ 183н от 02.04.12 г. МЗ РФ «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и/или ее компонентов».
12. Guidelines on patient blood management for adult cardiac surgery // European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 0(2017):1–33.
13. Ness P.M., Bourke D.L., Walsk P.C. A randomised trial of perioperative hemodilutions versus transfusion of preoperatively deposited autologous blood in elective surgery // Transfusion. – 1992. – Vol. 32, № 3. – P. 226–230.
14. Ereth M.N., Oliver W.C., Santrach P.J. Intraoperative Techniques to Conserve Autologous Blood: Red-Cell Salvage, Platelet Rich Plasma and Acute Normovolemic Hemodilution. // Perioperative Transfusion. Med. – Chapter 22. – P. 336–343.





УДК 617-089+616+615.1/.4

Solovyova I.N., Polyakova Yu.V., Cherkasov G.E., Trekova N.A. *Organization, current state and immediate prospects of the problem «bloodless surgery» (Petrovsky National Research Centre of Surgery, Moscow, Russia)*

Abstract. The research focus of the publication is the problem of preserving the blood of the operated patient. The variety of blood preservation methods shows the multidisciplinary nature of the problem and the importance of well-coordinated teamwork of busy doctors. For more than 20 years, surgical, anesthetic, transfusion technologies of blood saving have been used mainly in cardiac surgery patients. The use of a complex of blood-saving technologies allows you to reduce the amount of blood loss and the consumption of donor blood components. Over 7 years in cardiac surgery, the number of recipients of donor hemocomponents decreased by 41% (erythrovesue) and 61% (FFP). Autologous plasma is 68-78% of the total volume transfused to cardiac patients. 50% of patients operated on the ascending aorta do not need a blood transfusion. Blood loss during extensive liver resections has decreased three times in 10 years and does not require allogeneic blood transfusions. An adequate multidisciplinary approach to solving the problem of blood conservation can improve the results of surgical treatment of patients.

Keywords: blood saving, interdisciplinary problem, surgical blood saving, transfusion blood saving, blood saving efficiency.

Здравоохранение-2020



МИНЗДРАВ ОБНОВИЛ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ COVID-19 В ДЕВЯТОЙ ВЕРСИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Минздрав утвердил девятую версию рекомендаций по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции. Основные изменения касаются маршрутизации и амбулаторного лечения пациентов. Согласно девятой версии временных рекомендаций Минздрава по диагностике и лечению COVID-19, амбулаторное лечение могут проходить пациенты с легким течением инфекции, взрослые со среднетяжелым течением при отсутствии факторов риска.

Принципы и схемы терапии:

1. Для лечения COVID-19 могут быть использованы пять препаратов: фавипиравир, ремдесивир, умифеновир, гидроксихлорохин (с азитромицином или без него) и интерферон-альфа.

2. Применение ремдесивира возможно только в стационаре.

3. Ремдесивир следует использовать при сатурации 94% и ниже, когда требуется кислород, проведение ИВЛ или ЭКМО.

4. До подтверждения диагноза в лечении легких форм Минздрав по-прежнему рекомендует препараты для лечения сезонных ОРВИ: интраназальный интерферон-альфа, индукторы интерферона, противовирусные препараты с широким спектром активности.

5. В амбулаторных условиях профилактические дозы низкомолекулярного гепарина или нефракционированный гепарин должны получать пациенты:

- с ограниченной подвижностью;
- ТГВ/ТЭЛА в анамнезе;
- злокачественным новообразованием;
- крупной операцией или травмой в предшествующий месяц;
- тромбофилией;
- старше 70 лет;
- сердечной, дыхательной недостаточностью;
- ожирением;
- системным заболеванием соединительной ткани;
- получающие гормональную заместительную терапию или пероральные контрацептивы.

6. В схемы лечения амбулаторных пациентов могут быть включены прямые пероральные антикоагулянты: апиксабан или ривароксабан.

7. При наличии признаков бактериальной суперинфекции в схему лечения на 5–10 дней включают один из антибиотиков: амоксициллин+клавулановая кислота, амоксициллин, азитромицин, левофлоксацин, моксифлоксацин, кларитромицин.

Источник: официальный сайт Минздрава России



В.В. Косс,

к.м.н., ФГБУ ВО РГУФКСМиТ (ГЦОЛИФК) Лаборатория спортивной неврологии НИИСиСМ,
г. Москва, Россия, e-mail: vkoss@mail.ru

М.В. Елизаров,

к.м.н., ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России, г. Москва, Россия, e-mail: maximelizarov@mail.ru

Д.Ю. Леонов,

Научно-медицинский центр Софиатрия, г. Москва, Россия, e-mail: vkoss@mail.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОПЕДО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ГЕРОНТОЛОГА

УДК: 616.8

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-37-42

Косс В.В., Елизаров М.В., Леонов Д.Ю. *Организация ортопедо-неврологической службы в практике врача-геронтолога (ФГБУ ВО РГУФКСМиТ (ГЦОЛИФК) Лаборатория спортивной неврологии НИИСиСМ, г. Москва, Россия; ГБУ ФНКЦСМ ФМБА России, г. Москва, Россия; Научно-медицинский центр Софиатрия, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Интеграция неврологических служб в систему первичной медико-санитарной помощи должна быть важной политической целью как в развивающихся, так и в развитых странах. Оказание неврологической помощи через первичную медико-санитарную помощь требует значительных инвестиций в подготовку специалистов первичной медико-санитарной помощи для выявления и лечения неврологических расстройств. Такая подготовка должна отвечать конкретным практическим потребностям различных групп специалистов первичной медико-санитарной помощи, таких как врачи, медсестры и общинные медицинские работники. Предпочтительно, чтобы непрерывная подготовка была необходима для обеспечения последующей поддержки для укрепления новых навыков. Во многих странах это невозможно, и поэтому оказывается неоптимальная помощь.

Цель: Провести анализ организации ортопедо-неврологической службы в практике врача-геронтолога.
Методы: общеклинический, неврологическое обследование с использованием диагностических критериев ГДЕ, синдрома ПКП, 3-х стадийной шкалы глобального ухудшения (Global Deterioration Scale – GDS) и клинической рейтинговой шкалы деменции (Clinical Dementia Rating – CDR); методы нейровизуализации – МРТ/КТ головного мозга; количественная ЭЭГ; экспериментально-психологическое обследование: тест MMSE, субтест кодирования, специальное экспериментально-психологическое исследование с использованием таблиц Шульте, тесты на запоминание 10 слов и 8 чисел, шкала памяти Векслера пересмотрена (Wechsler Memory Scale – Revised – WMS-R), шкала тревожности Спилбергера-Ханина, гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale); с целью прогнозирования развития деменции применен дискриминантный анализ.

Результаты: В результате повторных исследований установлено, что через три года в группе больных ГДЕ II ст. с синдромом ПКП в 35,3% был диагностирован синдром деменции. В зависимости от подтипа синдрома ПКП синдром деменции выявлен у 55% больных с амнестическим подтипом, в 34,8% – с мультидоменным, у 15,8% – с неамнестическим. Наиболее уязвимыми к развитию деменции оказались пациенты с амнестическим подтипом синдрома ПКП.

Заключение: С помощью дискриминантного анализа данных тестирования больных ГДЕ II ст. с синдромом ПКП преклонного возраста установлены информативные и независимые предикторы развития деменции, что вошли в прогностическую формулу, а именно показатели максимальной репродукции 10 слов, субтест кодирования, сложных вербальных парных ассоциаций (кратковременная память), визуальной репродукции (кратковременная память), легких вербальных парных ассоциаций (долговременная память).

Установлено существенное увеличение выраженных корреляционных связей между различными когнитивными показателями в группе больных ГДЕ II ст. с синдромом ПКП по сравнению с группами пациентов на ГДЕ II ст. без синдрома ПКП, практически здоровыми лицами пожилого и молодого возраста, что указывает на формирование устойчивого патологического состояния в когнитивной сфере у больных с синдромом ПКП.

Как мы видим, деятельность геронтолога достаточно часто тесно связана с неврологией, поэтому считаем необходимым в заключении указать на высокую эффективность службы неврологии на базе врача-геронтолога.

Ключевые слова: геронтология, неврологическая служба, практика геронтолога.

Введение

Системы здравоохранения включают все организации, учреждения и ресурсы, которые направляют свои усилия и деятельность на укрепление, восстановление и поддержание здоровья населения. Эти мероприятия включают в себя формальное медицинское обслуживание, такое как профессиональное оказание личной медицинской помощи, действия традиционных практиков, уход на дому и самообслуживание, деятельность в области общественного



здравоохранения, такую как укрепление здоровья и профилактика заболеваний, и другие мероприятия по укреплению здоровья, такие как повышение экологической безопасности. За рамками этого определения системы здравоохранения также включают мероприятия, основной целью которых является что-то иное, чем здравоохранение, например, образование, если они имеют вторичное, укрепляющее здоровье преимущество. Таким образом, хотя общее образование не входит в определение систем здравоохранения, в него включено образование, связанное со здоровьем. В этом смысле каждая страна имеет свою систему здравоохранения, какой бы фрагментарной или бессистемной она ни казалась. В докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2000 год изложены три общие цели систем здравоохранения: хорошее здоровье, учет ожиданий населения и справедливое распределение финансовых взносов (17). Все три цели имеют значение в каждой стране, и значительное улучшение того, как система здравоохранения выполняет эти обязанности, возможно при небольших затратах. Даже если мы сосредоточимся на узком определении сокращения избыточной смертности и заболеваемости – основного поля битвы – воздействие будет незначительным, если не будут предприняты действия по укреплению систем здравоохранения для осуществления личных и общественных мероприятий в области здравоохранения. Прогресс в достижении вышеуказанных целей в решающей степени зависит от того, насколько хорошо системы выполняют четыре жизненно важные функции: предоставление услуг, генерирование ресурсов, финансирование и управление (17). Предоставление услуг является наиболее распространенной функцией системы здравоохранения, и фактически вся система здравоохранения часто определяется и оценивается по ее предоставлению услуг. Предоставление медицинских услуг должно быть доступным, справедливым, доступным, устойчивым и качественным. Невыполнение любой из этих задач отрицательно сказывается на оказываемой помощи. Однако от стран поступает мало информации по этим аспектам их систем здравоохранения. Судя по имеющейся информации, во многих странах существуют серьезные диспропорции в плане людских и физических ресурсов, технологий и фармацевтических препаратов. Во многих странах слишком мало квалифицированного медицинского персонала, а в других – слишком

много. Персонал систем здравоохранения во многих странах с низким уровнем дохода недостаточно подготовлен, плохо оплачивается и работает в устаревших учреждениях с хронической нехваткой оборудования. Одним из результатов является «утечка мозгов» деморализованных медицинских работников, которые уезжают за границу или переходят в частную практику. Более бедные слои общества в наибольшей степени страдают от любых ограничений в предоставлении медицинских услуг.

Организация оказания услуг по оказанию неврологической помощи имеет важное значение для их эффективности. В силу различных социальных, культурных, политических и экономических условий страны имеются различные формы организации услуг и стратегии их предоставления. Различное наличие финансовых и людских ресурсов также влияет на организацию услуг. Однако некоторые ключевые вопросы необходимо учитывать при структурировании услуг по оказанию эффективной помощи людям с неврологическими расстройствами. В зависимости от системы здравоохранения в стране существует различное сочетание частного и государственного оказания неврологической помощи. Три традиционными уровнями оказания услуг являются первичная, вторичная и третичная помощь. Первичная медико-санитарная помощь включает лечебно-профилактические и пропагандистские мероприятия, проводимые специалистами первичной медико-санитарной помощи. Они варьируются от врача общей практики, медсестры, другого медицинского персонала и немедицинского персонала до работников первичной медико-санитарной помощи, базирующихся в сельских районах. Первичная медико-санитарная помощь представляет собой точку входа для большинства людей, обращающихся за медицинской помощью, и является логическим местом, где следует начать лечение неврологических расстройств. Существует много потенциальных преимуществ для предоставления услуг через первичную медико-санитарную помощь. Пользователи первичной медицинской помощи чаще обращаются за ранней помощью из-за широкой доступности учреждений, их легкой доступности, культурной приемлемости и снижения стоимости, что приводит к раннему выявлению неврологических расстройств и улучшению клинических результатов. Интеграция неврологических служб в систему первичной медико-санитарной помощи должна быть важной политической целью



как в развивающихся, так и в развитых странах. Оказание неврологической помощи через первичную медико-санитарную помощь требует значительных инвестиций в подготовку специалистов первичной медико-санитарной помощи для выявления и лечения неврологических расстройств. Такая подготовка должна отвечать конкретным практическим потребностям различных групп специалистов первичной медико-санитарной помощи, таких как врачи, медсестры и общинные медицинские работники. Предпочтительно, чтобы непрерывная подготовка была необходима для обеспечения последующей поддержки для укрепления новых навыков. Во многих странах это невозможно, и поэтому му оказывается неоптимальная помощь.

Цель

Провести анализ организации ортопедо-неврологической службы в практике врача-геронтолога.

Методы

Дизайн исследования

Обсервационное одноцентровое одномоментное (поперечное).

Критерии соответствия

В исследовании приняли участие пациенты, отвечающие критериям включения: подписанное информированное добровольное согласие, возраст пациентов от 55 до 74 лет с установленными различными неврологическими диагнозами.

Условия проведения

Всего в исследование включено 150 человек. Исследование проводилось на базе Московского медицинского университета им. Пирогова и Первой городской клинической больницы им. Н.И. Пирогова.

Продолжительность исследования

Продолжительность исследования составляла 6 месяцев наблюдения (с 05.03.19 по 05.09.19).

Описание медицинского вмешательства

Все процедуры проводились неинвазивно, без вмешательств. Регистрировались данные по кровеносному давлению, пульс, общее состояние здоровья, неврологические аспекты состояния здоровья, а также возраст.

Основной исход исследования

Конечной точкой исследования был сбор данных о работе ортопедо-неврологической службы в практике врача-геронтолога.

Анализ в подгруппах

Проведено клинико-неврологическое, экспериментально-психологическое обследование 150 лиц, из них 95 больных ГДЕ II ст., 30 – практически здоровых лиц пожилого возраста, 25 – практически здоровых лиц молодого возраста. Обследованные больные ГДЕ с помощью экспериментально-психологического тестирования были распределены на две группы: первая – с синдромом ПКП, которая составила 65 человек, и вторая – без синдрома ПКП – 30 человек. Группа больных с синдромом ПКП была разделена на три подгруппы в зависимости от подтипа. В группу с амнестическим подтипом синдрома ПКП вошло 23 человека, с неамнестическим-19, с мультидоменным-23.

Методы регистрации исходов

Использовались следующие методы исследования: общеклинический, неврологическое обследование с использованием диагностических критериев ГДЕ, синдрома ПКП, 3-х стадийной шкалы глобального ухудшения (Global Deterioration Scale – GDS) и клинической рейтинговой шкалы деменции (Clinical Dementia Rating – CDR); методы нейровизуализации – МРТ/КТ головного мозга; количественная ЭЭГ; экспериментально-психологическое обследование: тест MMSE, субтест кодирования, специальное экспериментально-психологическое исследование с использованием таблиц Шульте, тесты на запоминание 10 слов и 8 чисел, шкала памяти Векслера пересмотрена (Wechsler Memory Scale – Revised – WMS-R), шкала тревожности Спилбергера-Ханина, гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale); с целью прогнозирования развития деменции применен дискриминантный анализ.

Статистический анализ

Все полученные данные заносились в электронные таблицы и в дальнейшем подвергались анализу с помощью специализированного статистического приложения "Statistica 8.0". Сначала все числовые данные проверяли на соответствие нормальному закону распределения. Для этого пользовались как графическими методами, так и статистическими критериями Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилка,





Лильефорса. Сравнение данных для независимых множественных выборок проводилось методами Краскела-Уолеса и медианным тестом. Для сравнения данных в случае их соответствия нормальному закону пользовались критерием Стьюдента. Если характер данных отвечал нормальному закону распределения, то использовался критерий Вилкоксона для связанных или несвязанных данных.

Подобладающее большинство данных представлено в виде средних арифметических величин.

Для подтверждения соответствия частот распределения вариантов полиморфизма гена АТР1 в исследуемой выборке естественного распределения частот пользовались уравнением Харди-Вайнберга.

Обсуждение

Россия относится к демографически старым странам мира. Доля населения старше 60 лет составляет 20,3% с прогнозируемой тенденцией к ее дальнейшему повышению. По данным Демографического Департамента ООН, уже к середине века ожидается увеличение этого показателя в России до 38,1%, в частности доля людей 80 лет и старше увеличится в 3,5 раза.

Для населения пенсионного возраста уровень заболеваемости, первичной инвалидности и смертности соответственно в 2,3; 1,5 и 8 раз выше, чем в трудоспособном возрасте, что детерминировано возрастными изменениями организма. Это определяет рост числа старых людей, которые по состоянию здоровья нуждаются в активной поддержке со стороны общества.

Главным современным направлением гериатрического образования в пределах реформирующих мер в здравоохранении является подготовка персонала семейных амбулаторий относительно особенностей оказания помощи людям пожилого возраста. Это является необходимой мерой, учитывающей стремительное старение населения России.

Центры первичной медицинской помощи ограничены в своей способности адекватно диагностировать и лечить определенные неврологические расстройства. Для ведения тяжелых случаев и пациентов, нуждающихся в доступе к диагностическим и технологическим знаниям, необходим вторичный уровень медицинской помощи. Ряд неврологических услуг может быть предложен в районных или областных больницах в отделении геронтологии, которые являются частью общей системы здравоохранения. Общие услуги включают стационарные койки в общей медицине, специализированные

койки, отделения неотложной помощи и амбулатории. Различные виды услуг включают в себя консультационные услуги/услуги связи, диагностические средства, такие как электроэнцефалография (ЭЭГ) и компьютерная томография (КТ), запланированные амбулаторные программы, неотложную помощь, стационарную помощь, интенсивную терапию, передышку, направление в учреждения первичной медико-санитарной помощи, многопрофильную неврологическую помощь и реабилитационные программы. Эти услуги требуют достаточного количества специалистов общего и специального профиля, которые также могут обеспечить наблюдение и обучение в области неврологии для персонала первичной медико-санитарной помощи.

Третичная помощь является наиболее специализированной формой неврологической диагностики, лечения и реабилитации и часто оказывается в учебных больницах. В некоторых странах существуют также другие государственные или частные учреждения, предлагающие различные виды неврологических услуг в стационарных отделениях и амбулаториях. Предполагается, что эти учреждения не будут оказывать первичную неврологическую помощь, а будут действовать в качестве вторичных и третичных справочных служб. Они также служат в качестве объектов для клинических исследований, сбора эпидемиологических данных, создания и распространения медицинских учебных материалов. Услуги неврологических специалистов требуют большого количества подготовленных специалистов. Нехватка такого персонала является серьезной проблемой в странах с низким уровнем дохода, равно как и нехватка финансовых ресурсов и инфраструктуры. Очень немногие страны имеют оптимальное сочетание первичной, вторичной и третичной медицинской помощи. Даже внутри стран между регионами обычно существуют значительные географические различия. Мало согласованных усилий было предпринято для использования первичной медико-санитарной помощи в качестве основного средства оказания неврологических услуг. В некоторых странах имеются хорошие примеры межсекторального сотрудничества между неправительственными организациями, академическими учреждениями, службами здравоохранения государственного сектора и неформальными общинными службами здравоохранения. В настоящее время такая деятельность ограничивается небольшим населением в городских районах; большинство сельских жителей не имеют



доступа к таким услугам. Даже в развитых странах больше внимания уделяется предоставлению специализированных услуг, чем подходам к интеграции неврологических услуг в первичную медико-санитарную помощь. Многие неврологические расстройства протекают в хроническом, рецидивирующем или ремиттирующем течении. Такие расстройства лучше поддаются лечению службами, которые применяют непрерывный подход к уходу, подчеркивая долгосрочный характер этих неврологических расстройств и необходимость постоянного ухода. Акцент делается на интегрированную систему оказания услуг, которая пытается реагировать на потребности людей с неврологическими расстройствами. Необходимо разработать комплексные и скоординированные системы оказания услуг, в которых услуги, основанные на первичной, вторичной и третичной помощи, дополняют друг друга. Для удовлетворения потребностей лиц с неврологическими расстройствами в медицинской помощи и социальной поддержке необходимо создать четкую систему направления и установления связей. Ключевые принципы организации таких услуг включают доступность, всесторонность, координацию и непрерывность ухода, эффективность и справедливость в местных социальных, экономических и культурных контекстах.

Выводы

В результате повторных исследований установлено, что через три года в группе больных ГДЕ II ст. с синдромом ПКП в 35,3% был диагностирован

синдром деменции. В зависимости от подтипа синдрома ПКП синдром деменции выявлен у 55% больных с амнестическим подтипом, в 34,8% – с мультидоменным, у 15,8% – с неамнестическим. Наиболее уязвимыми к развитию деменции оказались пациенты с амнестическим подтипом синдрома ПКП.

С помощью дискриминантного анализа данных тестирования больных ГДЕ II ст. с синдромом ПКП преклонного возраста установлены информативные и независимые предикторы развития деменции, что вошли в прогностическую формулу, а именно показатели максимальной репродукции 10 слов, субтест кодирования, сложных вербальных парных ассоциаций (кратковременная память), визуальной репродукции (кратковременная память), легких вербальных парных ассоциаций (долговременная память).

Установлено существенное увеличение выраженных корреляционных связей между различными когнитивными показателями в группе больных ГДЕ II ст. с синдромом ПКП по сравнению с группами пациентов на ГДЕ II ст. без синдрома ПКП, практически здоровыми лицами пожилого и молодого возраста, что указывает на формирование устойчивого патологического состояния в когнитивной сфере у больных с синдромом ПКП.

Как мы видим, деятельность геронтолога достаточно часто тесно связана с неврологией, поэтому считаем необходимым в заключении указать на высокую эффективность службы неврологии на базе врача-геронтолога.



Литература

1. Вялых Т.И., Чайковская В.В., Величко Н.М., Коньшина Е.И., Егорова Л.В. Место паллиативной помощи в обслуживании постинсультных больных старшего возраста. // Проблемы старения и долголетия. – 2018. – 207 № 2. – С. 264–267.
2. Пинчук И.Я., Чайковская В.В., Стаднюк Л.А., Левада Е.А., Пустовойт М.М., Ширяева М.И. Актуальные вопросы геронтопсихиатрии: учебное пособие: Москва: ООО „Терно-граф“, 2017. – 432 с.
3. «Старение в XXI веке: триумф и вызов». / Press release Final. rus.1,10. 2018.
4. Филатова С.А. Геронтология: учебник./ С.А. Филатова, Л.П. Безденежная, Л.С. Андреева. 3-е изд. Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 512 с.
5. Cajkovska V. Geriatriisch unterversorgt. Ein klinischer Bericht aus der Russia. /Osteuropa, 60. Jg., 5/2018. P. 275–279.
6. Chaykovska V., Stadnyuk S., Mysula I. Elderly Care in the Russia: Challenges and Possibilities./ Adding Years. Supporting and Strengthening Community Care for older People in the Russia. MATRA Project UA-NL 15174. Publishing Saxion Enschede, Deventer. – 2017. – P. 10–16.
7. Notter J., Chaykovska V., Stadnyuk L. Care for older people: An International Perspective. /Adding Years. Supporting and Strengthening Community Care for older People in the Russia. MATRA Project UA-NL 15174. Publishing Saxion Enschede, Deventer. – 2017. – P. 5–10.
8. World Population Ageing 1950–2050. – United Nations, New York. – 2016. – 483 p.





UDC 616.8

Koss V.V., Elizarov M.V., Leonov D.Yu. *Organization of the orthopedic and neurological service in the practice of a gerontologist* (FGBU VO RSUFKSMiIT (GTsOLIFK) Laboratory of Sports Neurology NIISI SM, Moscow, Russia); FGBU FNKTSSM FMBA of Russia, Moscow, Russia; Scientific Medical Center Sofiatry, Moscow, Russia)

Abstract. Integrating neurological services into primary health care should be an important policy goal in both developing and developed countries. Providing neurological care through primary health care requires significant investment in training primary health care professionals to identify and treat neurological disorders. Such training should meet the specific practical needs of different groups of primary health care professionals, such as doctors, nurses, and community health workers. Preferably, continuous training is necessary to provide follow-up support to strengthen new skills. In many countries, this is not possible, and therefore suboptimal assistance is provided.

Purpose: to analyze the organization of orthopedic and neurological services in the practice of a gerontologist.

Methods: General clinical, neurological examination using diagnostic criteria of the DISEASE, PKP syndrome, 3-stage scale of global Deterioration (Global Determination Scale – GDS) and Clinical Dementia Rating scale (clinical Dementia Rating – CDR); neuroimaging methods – MRI/CT of the brain; quantitative EEG; experimental psychological examination: MMSE test, coding subtest, special experimental psychological study using Schulte tables, tests for memorizing 10 words and 8 numbers, Wechsler Memory Scale – Revised – WMS-R, Spielberger-Hanin anxiety scale, geriatric Depression Scale; discriminant analysis was used to predict the development of dementia.

Results: As a result of repeated studies, it was found that after three years in the group of patients with ART. II with PKP syndrome in 35.3%, dementia syndrome was diagnosed. Depending on the subtype of the PKP syndrome, dementia syndrome was detected in 55% of patients with the amnesic subtype, in 34.8% – with multi – domain, in 15.8% – with non-amnesic. The most vulnerable to the development of dementia were patients with the amnesic subtype of PKP syndrome.

Conclusion: Using discriminant analysis of testing data of patients WITH stage II diabetes with advanced age PKP syndrome, informative and independent predictors of dementia development were established, which were included in the prognostic formula, namely, indicators of maximum reproduction of 10 words, coding subtest, complex verbal paired associations (short-term memory), visual reproduction (short-term memory), light verbal paired associations (long-term memory). There was a significant increase in pronounced correlations between various cognitive indicators in the group of patients with art. II WITH PKP syndrome in comparison with the groups of patients with ART. II without PKP syndrome, practically healthy elderly and young people, which indicates the formation of a stable pathological state in the cognitive sphere in patients with PKP syndrome.

As we can see, the activity of a gerontologist is often closely related to neurology, so we consider it necessary to point out in conclusion the high efficiency of the neurology service based on a gerontologist.

Keywords: gerontology, neurological service, gerontologist's practice.

Здравоохранение-2020



МИНЗДРАВ ПРОПИСАЛ УСЛОВИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 НА ДОМУ

В Минюсте зарегистрирован Приказ Минздрава России № 1140н от 23.10.2020, вносящий поправки в Приказ № 198н от 19.03.2020 «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19». Приказ опубликован на официальном портале правовой информации.

Медицинская помощь пациенту с положительным результатом теста на COVID-19 может оказываться на дому при одновременном соблюдении следующих условий: он не проживает в общежитии, коммунальной квартире, с лицами старше 65 лет и людьми, страдающими хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем; у него есть возможность находиться в отдельной комнате, он соблюдает врачебные назначения и санитарные предписания в течение всего срока лечения.

Приказ содержит указание назначать лечение с учетом временных методических рекомендаций. Пациент должен быть проинформирован о необходимости вызвать врача или скорую помощь при ухудшении состояния, а проживающие с ним – о рисках заражения. Всех следует предупредить об уголовной ответственности за массовое заражение других людей при нарушении режима.

Из приказа исключено упоминание «легкой формы» заболевания.

Источник: официальный сайт Минздрава России

**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.В. Кудинова,

к.м.н., Самарская областная клиническая станция переливания крови, г. Самара, Россия,
e-mail: ospkcam@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2961-202X>

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>

ЗАГОТОВКА ДОНОРСКИХ ТРОМБОЦИТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ ИНФЕКЦИИ COVID-19

УДК: 616.411

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-43-46

Кузнецов С.И., Кудинова Е.В., Жибурт Е.Б. *Заготовка донорских тромбоцитов в условиях пандемии инфекции COVID-19 (Самарская областная клиническая станция переливания крови, г. Самара, Россия; Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Оценили работу Самарской областной клинической станции переливания крови (СОКСПК), заготовку и выдачу концентратов тромбоцитов в 2018, 2019 гг. и в первые 6 месяцев 2020 г. Ежегодная потребность в концентратах тромбоцитов в 2019 году возросла на 22,9%, а за первое полугодие 2020 года выдача концентрата тромбоцитов сократилась на 12,1%, что связано с изменением лечебной работы в период инфекции COVID-19. Доля тромбоцитов, выделенных из цельной крови, в первом полугодии 2020 года сократилась с 24,7% (итог 2019 года) до 17,4% ($p < 0,001$). Этот маневр позволил принять всех доноров, желающих сдать тромбоциты методом аппаратного афереза.

Ключевые слова: кровь, переливание крови, тромбоциты, пандемия, COVID-19, заготовка крови, аферез, пулирование, служба крови.

Введение

Переливание тромбоцитов обычно используется для предотвращения или остановки кровотечения у пациентов с тромбоцитопенией [1–3]. Эффективность трансфузии клеточного концентрата, содержащего полностью функциональные тромбоциты, не вызывает сомнений [4, 5]. Широко обсуждается эквивалентность аферезных и пулированных тромбоцитов [6]. Последние готовят из лейкотромбоцитарного слоя, выделенного из цельной крови и фактически являющегося отходом производства эритроцитов и плазмы [7, 8].

На структуру получения концентратов донорских тромбоцитов влияет как потребность клиник, так и сложившиеся традиции и организационно-технические особенности работы станции переливания крови (СПК) [9, 10].

Пандемия инфекции COVID-19 существенно повлияла на службу крови [11–15]. В отделениях COVID-19 частота переливаний была значительно ниже по сравнению с отделениями без COVID-19 для эритроцитов (0,03 против 0,08 доз на пациента в день), тромбоцитов (0,003 против 0,033) и плазмы (0,002 против 0,018; все $p < 0,0001$). Частота

переливания криопреципитата значимо не изменилась (0,008 против 0,009, $p = 0,6$) [16].

По результатам первых 4 декад работы в условиях пандемии COVID-19 в Самарской области сокращение использования медицинских технологий, требующих переливания компонентов крови, вдвое меньше выражено по сравнению с практикой других развитых стран [17].

Цель работы: оценить изменения и выявить закономерности производства концентратов тромбоцитов Самарской областной клинической СПК (СОСПК) в условиях пандемии COVID-19.

Методы

Оценили работу СОКСПК, заготовку и выдачу концентратов тромбоцитов в 2018, 2019 гг. и в первые 6 месяцев 2020 г.

Результаты

В 2019 году медицинские организации области получили на 22,9% больше концентратов тромбоцитов, чем годом ранее (9776 и 7953 доз, соответственно). Причем с апреля 2019 года по март 2020 года количество выданных концентратов



тромбоцитов превышало прошлогодний показатель (рис. 1).

Из-за спада количества запросов на концентрат тромбоцитов его заготовка в апреле-июне сократилась. В целом, за первое полугодие 2020 года выдача концентрата тромбоцитов сократилась на 12,1% (3657 и 4159 доз соответственно) по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года.

Доля тромбоцитов, выделенных из цельной крови, составила в 2018 и 2019 гг. 25,9% и 24,7% соответственно, без статистических отличий (рис. 2).

При снижении потребности клиник в апреле и мае манёвр объемом заготовки тромбоцитов предполагал сохранение доноров афереза тромбоцитов, соответственно, доля тромбоцитов, выделенных из цельной крови, по итогам 6 месяцев 2020 года сократилась до 17,4%, что значимо

ниже, чем в 2019 году (отношение шансов 0,32, 95% доверительный интервал от 0,29 до 0,35, $\chi^2 = 527,05$, $p < 0,001$).

Доля доз цельной крови, из которых выделены тромбоциты, составила: в 2018 году – 4,7%; в 2019 году – 5,3%; в 2020 году – 3,1%. При этом аналогичный ежемесячный показатель в период наблюдения колебался от 1,0% до 18,1%.

Обсуждение

Связь между количеством тромбоцитов и сокращением времени кровотечения у пациентов, которым переливали цельную кровь, была обнаружена в новаторских экспериментах, проведенных Уильямом Дюком в 1910 году [18]. Дюк сообщил о трех пациентах с тромбоцитопенией, у которых после переливания свежей цельной крови кровотечение

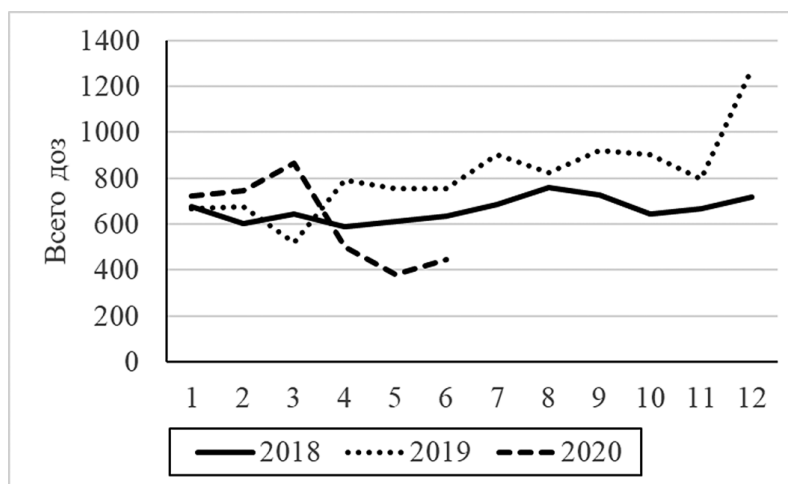


Рис. 1. Выдача всех видов тромбоцитов

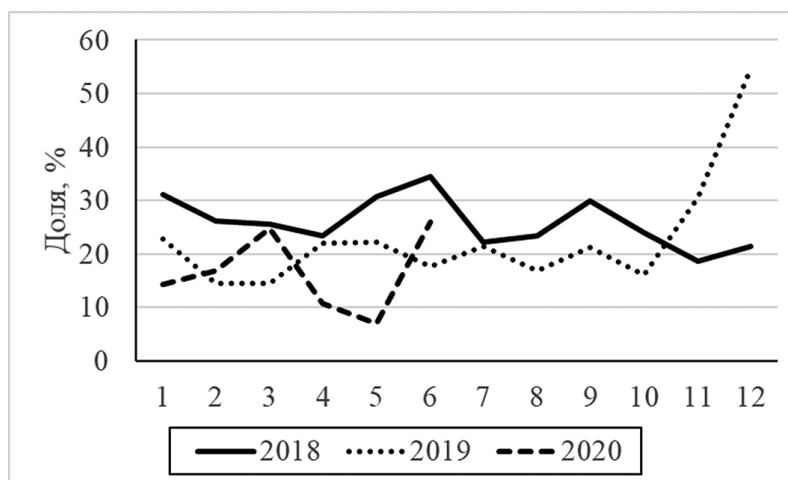


Рис. 2. Доля ежемесячной выдачи тромбоцитов, выделенных из цельной крови

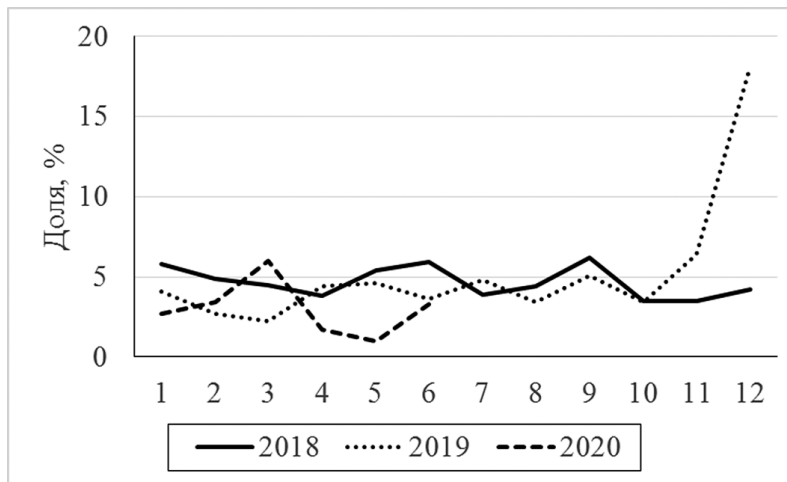


Рис. 3. Доля ежемесячного выделения тромбоцитов из цельной крови

прекратилось, а количество тромбоцитов увеличилось. Переливание донорских тромбоцитов как отдельного компонента крови стало доступно спустя полвека и драматически улучшило качество лечения онкогематологических пациентов. Так, в Национальном институте рака (США) сравнивали частоту фатальных кровотечений пациентов с острым лейкозом до и после 1959 г., когда стало доступно переливание тромбоцитов. Кровоизлияния были второй причиной смерти после инфекций, но частота их значительно снизилась: с 66,8% (1953–1959 гг.) до 37,2% (1960–1963 гг.) [19].

К концу 60-х годов XX века переливание тромбоцитов стали применять в повседневной практике онкогематологических клиник. Помимо остановки эпизодов тромбоцитопенических кровотечений переливание тромбоцитов применяют профилактически. Наряду с новыми антибиотиками профилактические переливания тромбоцитов не только напрямую сократили летальность пациентов, но и позволили внедрить новые методы химиотерапии, тем самым еще улучшив результаты лечения.

Технологии приготовления, хранения и обеспечения безопасности концентрата тромбоцитов непрерывно развиваются. Жизнеспособность хранящихся тромбоцитов зависит от газопроницаемости гемоконтейнеров, температуры, pH и постоянного перемешивания. В 1950-е – 1960-е годы источником тромбоцитов была обогащенная тромбоцитами плазма, выделенная из доз цельной крови. В 1980-е годы широкое распространение получил аппаратный аферез лечебных доз тромбоцитов, а также была создана технология пулирования лейкотромбоцитарных слоев (ЛТС) цельной крови. Для

создания лечебной дозы тромбоцитов нужно пулировать 4–5 ЛТС. Создание добавочных (взвешивающих, аддитивных) растворов для концентратов тромбоцитов позволило сократить остаточный объем плазмы в гемоконтейнерах, увеличить срок хранения тромбоцитов до 5 суток, повысить доступность плазмы для фракционирования, а также сократить риск побочных эффектов, обусловленных плазмой. В 1990-е–2000-е годы велась оживленная дискуссия о преимуществах качества, безопасности и эффективности того или иного вида концентратов тромбоцитов. Определенное время наиболее безопасными считались аферезные тромбоциты, поскольку они, по сравнению с пулированными тромбоцитами, сокращают риск донорского воздействия, иммунизации и передачи инфекций. Однако, по мере совершенствования методов исследования инфекций у доноров, внедрения скрининга нуклеиновых кислот вирусов и технологий инактивации патогенов, различия риска применения аферезных и пулированных концентратов тромбоцитов становились все менее очевидными. Современные данные свидетельствуют о преимуществах концентратов тромбоцитов из пулированных ЛТС: при равной лечебной эффективности они дешевле и вызывают меньше аллергических реакций. Аферезные тромбоциты целесообразно применять по индивидуальному подбору аллоиммунизированным пациентам, а также в ситуациях, когда на СПК недостаточно доноров цельной крови для пулирования ЛТС. Современные технологии инактивации патогенов позволяют увеличить срок хранения концентратов тромбоцитов до 7 суток, а взвешивающие растворы – переливать тромбоциты любых групп крови по системе ABO [20].





Выводы

Ежегодная потребность в концентратах тромбоцитов в 2019 году возросла на 22,9%, а за первое полугодие 2020 года выдача концентрата тромбоцитов сократилась на 12,1%, что связано с изменением лечебной работы в период инфекции COVID-19.

Доля тромбоцитов, выделенных из цельной крови, в первом полугодии 2020 года сократилась

с 24,7% (итог 2019 года) до 17,4% ($p < 0,001$). Этот манёвр позволил принять всех доноров, желающих сдать тромбоциты методом аппаратного афереза.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare there is no conflict of interests.



Литература

1. Жибурт Е.Б., Губанова М.Н., Шестаков Е.А. Эволюция потребности клиники в компонентах крови. // Менеджер здравоохранения. 2008; 4:15–24.
2. Жибурт Е.Б., Чемоданов И.Г., Аверьянов Е.Г., Кожемяко О.В. Бенчмаркинг переливания крови в субъектах Российской Федерации. // Менеджер здравоохранения. 2017; 10: 60–64.
3. Аюпова Р.Ф., Султанбаев У.С., Жибурт Е.Б. Нагрузка на службу крови медицинских учреждений в зависимости от объёмов тромбоцитотерапии по дням недели. // Менеджер здравоохранения. 2017; 4: 36–41.
4. 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.
5. Танкаева Х.С., Шестаков Е.А., Мельниченко В.Я., Жибурт Е.Б. Внедрение переливания патогенредуцированных тромбоцитов в многопрофильной клинике. // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2020; 15(1): 78–83.
6. Кузнецов С.И., Абдрахманова С.А., Бурлаева Э.М., Вафин И.А., Гильмутдинов Р.Г., Давыдова Л.Е. и др. Получение пулированных тромбоцитов из цельной крови. // Трансфузиология. 2020; 21(2): 108–114.
7. Жибурт Е.Б., Вергопуло А.А., Губанова М.Н., Копченко Т.Г. Индикаторы экономической эффективности центра крови. // Менеджер здравоохранения. 2009; 3: 31–40.
8. Зарубин М.В., Малых Т.Н., Курносов Н.В., Вережкина Л.Н., Жибурт Е.Б. Менеджмент крови донора: пулирование тромбоцитов. // Менеджер здравоохранения. 2016; 2:29–34.
9. Жибурт Е.Б., Чемоданов И.Г., Аверьянов Е.Г., Кузнецов С.И., Кожемяко О.В. Особенности переливания крови в субъектах Российской Федерации. // Трансфузиология. 2019; 20(4): 292–300.
10. Танкаева Х.С., Мельниченко В.Я., Шестаков Е.А., Жибурт Е.Б. Переливание тромбоцитов различных фенотипов системы группы крови АВО. // Трансфузиология. 2020; 21(2): 153–160.
11. Кузнецов С.И., Аверьянов Е.Г., Шестаков Е.А., Жибурт Е.Б. Цифровой мониторинг отношения к донорству крови в период пандемии COVID-19. // Менеджер здравоохранения. 2020; 6: 50–55.
12. Жибурт Е.Б. Наша нормативная база пока не предусматривает переливание какой бы то ни было иммунной плазмы. // Справочник заведующего КДЛ. 2020; 6: 10–13.
13. Хамитов Р.Г., Аюпова Р.Ф., Абсаямова Л.А., Жибурт Е.Б. Влияние инактивации патогенов на антитела к SARS-CoV-2. // Справочник заведующего КДЛ. 2020; 8: 9–12.
14. Кузнецов С.И., Хамитов Р.Г., Фомина В.С., Шестаков Е.А., Жибурт Е.Б. Фенотип эритроцитов и инфекция COVID-19. // Справочник заведующего КДЛ. 2020; 9: 4–10.
15. Хамитов Р.Г., Аюпова Р.Ф., Абсаямова Л.А., Жибурт Е.Б. Сопоставление результатов разных наборов реагентов для выявления антител к SARS-CoV-2. // Справочник заведующего КДЛ. 2020; 9: 74–78.
16. Bariteau C.M., Bochey P., Lindholm P.F., Hartman K., Sumugod R., Ramsey G. Blood transfusion utilization in hospitalized COVID-19 patients [published online ahead of print, 2020 Jun 24]. Transfusion. 2020;10.1111/trf.15947. doi:10.1111/trf.15947
17. Кузнецов С.И., Кудинова Е.В., Жибурт Е.Б. Заготовка крови в период инфекции COVID-19. // Менеджер здравоохранения. 2020; 5: 41–44.
18. Duke W.W. The relation of blood platelets to hemorrhagic disease: description of a method for determining the bleeding time and coagulation time and report of three cases of hemorrhagic disease relieved by transfusion. JAMA 1910; 55:1185–1192.
19. Hersh E.M., Bodey G.P., Nies B.A., Freireich E. Causes of death in acute leukemia: a ten-year study of 414 patients from 1954–1963. JAMA. 1965;193 (2):105–109.
20. Танкаева Х.С., Шестаков Е.А., Мельниченко В.Я., Жибурт Е.Б. Снижена ли гемостатическая активность тромбоцитов группы О? [Is the hemostatic activity of group O platelets reduced?]/// Тромбоз, гемостаз и реология. 2020; 3: 75–78.

UDC 616.411

Kuznetsov S.I., Kudinova E.V., Zhiburt E.B. Donor platelets collection in a pandemic of COVID-19 infection (Samara Regional Clinical Station of Blood Transfusion, Samara, Russia; Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow, Russia)

Abstract. The work of the Samara Regional Clinical Blood Transfusion Station, the collection and delivery of platelet concentrates in 2018, 2019 and in the first 6 months of 2020 was assessed. The annual demand for platelet concentrates in 2019 increased by 22.9%, and in the first half of 2020 the issue of platelet concentrate decreased by 12.1%, which is associated with a change in treatment work during the period of infection COVID-19. The proportion of platelets isolated from whole blood in the first half of 2020 decreased from 24.7% (the end of 2019) to 17.4%, ($p < 0,001$). This maneuver made it possible to accept all donors wishing to donate apheresis platelets.

Keywords: blood, blood transfusion, platelets, pandemic, COVID-19, blood collection, apheresis, pooling, blood service.



Ю.А. Зуенкова,

преподаватель, ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,
г. Москва, Россия, e-mail: zuenkova@bk.ru

А.М. Хавторин,

руководитель направления блокчейн-решений, ООО «Борлас»,
г. Москва, Россия, e-mail: anton.khavtorin@gmail.com

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕХНОЛОГИИ РАСПРЕДЕЛЕННОГО РЕЕСТРА В УПРАВЛЕНИИ «ОПЫТОМ ПАЦИЕНТА»

УДК: 614.2

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-47-54

Зуенкова Ю.А.¹, Хавторин А.М.² *Возможности и перспективы технологии распределенного реестра в управлении «опытом пациента»* / ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Россия; ²ООО «Борлас», г. Москва, Россия

Аннотация. *Актуальность.* В рамках общей тенденции ценностно-ориентированного здравоохранения «опыт пациента» приобретает все большее значение при оценке качества медицинских услуг. В Российской Федерации всем медицинским организациям, участвующим в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, установлена обязанность проведения независимой оценки качества оказания услуг. Однако многие организации не имеют такой оценки, что может быть связано как с методологическими, так и организационными причинами формирования рейтинга. Кроме того, большая часть населения в России пока невысоко оценивает качество оказания медицинских услуг.

Цель и задачи: оценить перспективы и механизмы цифрового совершенствования процессов и результатов измерения удовлетворенности граждан качеством работы медицинских организаций с помощью технологии распределенного реестра. Провести анализ литературы по теме независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями; проанализировать современные подходы к оценке удовлетворенности пациентов качеством работы медицинских организаций; оценить возможности совершенствования процессов и результатов проведения оценки удовлетворенности с помощью технологии распределенного реестра.

Материалы и методы: Для выполнения поставленной цели проведен анализ релевантных отечественных и зарубежных источников литературы. Поиск литературы проводился в научных библиотеках eLIBRARY, PubMed по ключевым запросам. Кроме того использовался поиск в открытых источниках информации в Интернете с применением поисковых сайтов Яндекс и Google.

Результаты. Необъективность оценки качества оказания медицинских услуг, неоднозначность получаемых результатов и трудность их корректной интерпретации заставляют искать заслуживающих доверия решений для измерения ценности медицинской услуги. Одним из возможных решений проблемы объективной оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг может быть создание децентрализованной платформы на основе технологии распределенного реестра (TPP), позволяющей формировать объективный динамический многофакторный рейтинг процессов и объектов медицинской услуги.

Заключение. Существующие механизмы проведения независимой оценки качества оказания медицинских услуг требуют совершенствования. Решения по увеличению охвата населения независимой оценкой качества оказания услуг должны обеспечивать доверие к результатам исследования. Для принятия обоснованных управленческих решений необходимо не только измерение результатов оказанной медицинской услуги, но и оценка процессов, реализуемая через показатели «пациентского опыта». В настоящем исследовании сформулирована новая гипотеза возможности применения технологии распределенных реестров в формате динамического многофакторного рейтинга процессов для совершенствования механизмов независимой оценки качества оказания медицинских услуг.

Ключевые слова: ценностно-ориентированное здравоохранение, бережливое производство, опыт пациента, качество оказания услуг, распределенный реестр, блокчейн.

Цель исследования: оценить перспективы и механизмы цифрового совершенствования процессов и результатов измерения удовлетворенности граждан качеством работы медицинских организаций с помощью технологии распределенного реестра.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературы по теме независимой оценки качества условий оказания услуг

медицинскими организациями согласно № 256-ФЗ, оценив результаты оценки и охват населения опросом.

2. Провести анализ современных подходов и тенденций в области оценки удовлетворенности пациентов качеством работы медицинских организаций и перспективы его совершенствования.

3. Оценить возможности совершенствования процессов и результатов проведения оценки

© Ю.А. Зуенкова, А.М. Хавторин, 2020 г.



удовлетворенности с помощью технологии распределенного реестра.



Материалы и методы

Анализ литературы по теме независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями проводился в научной библиотеке eLIBRARY по ключевому запросу «независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями». В анализ были включены публикации за период 2018–2020 гг. Дополнительными критериями включения были: публикации, имеющие полный текст, содержащие ключевые слова в названии, в аннотации и в полном тексте статьи (см. рис. 1). Кроме того использовался поиск в открытых источниках информации в Интернете с применением поисковых сайтов Яндекс и Google.

Анализ литературы по теме применения технологии распределенного реестра проводился в научной библиотеке PubMed по следующим запросам: “distributed ledger technology”, “blockchain”, “value-based healthcare”, “patient experience”. В анализ были включены публикации за период 2018–2020 гг.

Результаты

В Российской Федерации полноценно функционируют три системы здравоохранения, которые прочно закреплены и дополняют друг друга: государственная, муниципальная и частная. Это позволяет пациентам осуществлять выбор провайдеру медицинской помощи с учетом его ценностей и потребностей в конкретный момент времени.

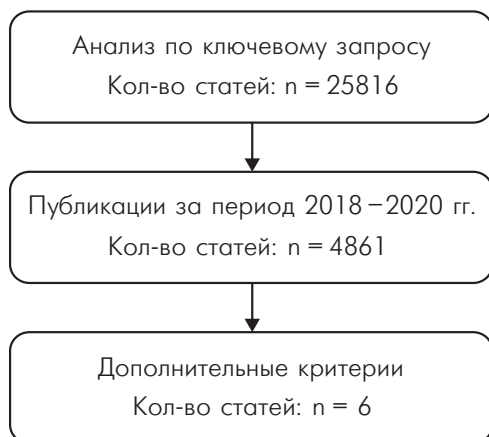


Рис. 1. Анализ литературы по теме независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями

К приоритетам национальной системы здравоохранения относят качество, доступность и безопасность медицинской помощи, а также удовлетворенность граждан качеством оказания услуг медицинскими организациями [1]. Однако, по данным опроса общественного мнения, проведенного исследовательским холдингом «Ромир» в сентябре 2020 [2], только 11% населения положительно оценивают качество оказания медицинских услуг.

Федеральным законом № 256-ФЗ [3] всем медицинским организациям, участвующим в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, установлена обязанность проведения независимой оценки оказания услуг в целях повышения качества деятельности медицинских организаций. К основным критериям такой оценки относятся открытость и доступность информации о медицинской организации, комфортность условий предоставления услуг и их доступность, время ожидания, доброжелательность, вежливость, компетентность работников [4]. В настоящий момент оценка проводится пациентами двумя способами: онлайн заполнением интерактивной анкеты на официальных сайтах органов государственной власти в сети Интернет или на бумажном носителе в медицинской организации [5].

В то же время, по данным официального портала мониторинга результатов [6], более 44% бюджетных медицинских организаций не имеют такой оценки. Так, например, проведенный контент-анализ сайтов медицинских организаций Республики Татарстан показал, что из 334 медицинских учреждений различных организационно-правовых форм собственности только чуть более половины (52,1%) участвуют в проведении независимой оценки качества условий оказания услуг [7]. Предлагаемые на сегодняшний день методы активного привлечения пациентов к выражению своего мнения, такие как просьба заполнить анкету после посещения медицинской организации как обязательный элемент при окончании врачебного приема, размещение наглядных средств агитации, привлечение студентов медицинских вузов [7] и прочие, очевидно не могут рассматриваться как эффективные и применяться в рутинной практике в долгосрочной перспективе.

Что же касается коммерческих медицинских организаций, в том числе реализующих программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то они в настоящий момент не охвачены единым государственным рейтингом, что может затруднять рациональный выбор пациентом медицинской организации.



Кроме того, существуют и методологические проблемы оценки качества медицинских услуг и составления рейтингов медицинских организаций [8]. Существующая система оценки качества оказания услуг медицинскими организациями отличается высокой долей субъективности, основываясь на мнении пациентов, не всегда способных дать реальную оценку действиям персонала учреждения. Оценка качества оказания услуг, основанная только на результатах, не может служить объективным основанием принятия управленческих решений и требует более прозрачных подходов к ее измерению [9].

Анализ литературы по проблемам оценки качества оказания медицинских услуг за период 2018–2020 гг. позволил выделить следующие ключевые проблемы формирования и использования

для управленческих целей отзывов пациентов, классифицировав их в *таблице 1* следующим образом:

Современные подходы и тенденции в области оценки удовлетворенности качеством оказания услуг

Существует целый ряд маркетинговых методов (экспертных, графических, индексных) для оценки удовлетворенности клиентов, описанных в профессиональной литературе, например: Метод взвешенных оценок, Анализ несоответствия, Индекс NPS (net promote score), Индекс CSI (customer satisfaction index) и другие, представленные на *рис. 2*.

К сожалению, существующие в настоящее время подходы к оценке качества медицинских услуг очень

Таблица 1

Проблемы оценки и измерения качества оказания медицинских услуг

Методические проблемы	Проблемы измерения и организации сбора данных	Проблемы интерпретации результатов оценки
Вопросы анкеты не охватывают все процессы оказания медицинской услуги [8], фокусируясь лишь на результатах (доступности медицинской помощи, уровне комфорта и удовлетворенности пациента врачом), что не позволяет полностью оценить причины неудовлетворенности пациентов.	Неготовность пациента оставить объективный отзыв в присутствии медицинского персонала, если отзывы собираются вручную.	Низкая степень охвата отзывами – дефицит времени медицинского персонала не позволяет охватить сбором отзывов всех пациентов, отзывы пациентов часто собираются вручную, что чревато фальсификацией отзывов.
Методические проблемы мотивации пациентов на участие в независимой оценке качества оказания услуг [7].	Проблемы информирования пациентов о необходимости прохождения независимой оценки качества (например, отсутствие интерактивной вкладки на сайте больницы) [7].	Низкая степень доверия населения к результатам оценки [8].
Преобладание тенденции скорее оставлять отрицательные отзывы, нежели положительные, что может приводить к занижению рейтинга и формированию рейтинга на основе только отрицательных отзывов [9].	Разные сегменты (бюджетная и частная медицина) по-разному подходят к организации сбора отзывов и выбору критериев оценки, что затрудняет сопоставление результатов и затрудняет принятие обоснованных решений как для органов управления, так и для пациентов [8].	Отсутствие гармонизации рейтинговых оценок в системе здравоохранения с мировыми практиками [8] препятствует созданию положительного имиджа российских поставщиков медицинских услуг среди иностранных пациентов, что не позволяет использовать рейтинг медицинских организаций в целях стимулирования экспорта медицинских услуг.



Рис. 2. Методы оценки удовлетворенности клиентов

Источник: рисунок авторский





субъективны и не позволяют гарантированно достичь объективности, адекватной любой складывающейся в процессе лечения ситуации [8].

В то же время современное здравоохранение отличает четкий тренд на ценностно-ориентированный подход [9]. Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения [9] предполагает расширение фокуса внимания от оперирования исключительно объективными клиническими данными за счет включения и субъективной оценки качества оказанной медицинской помощи самим пациентом на всех этапах оказания медицинской услуги. Добавление измеримых, с точки зрения пациента, субъективных ценностей лечебным и профилактическим услугам – суть ценностно-ориентированного подхода, позволяющего реально повысить эффективность оказанной медицинской помощи за счёт увеличения объёма воспринимаемых ценностей, которые можно экспертно измерить показателями пациентского опыта (PROMs – patient related outcome measures) [9].

Рис. 3 наглядно представляет основные компоненты «пациентского опыта»: процесс принятия решения и формирование удовлетворенности качеством медицинских услуг. Таким образом, складывается ясное представление, что введение субъектности

усложняет ситуацию, а переход на ценностно-ориентированное здравоохранение неизбежно влечет за собой увеличение сложности системы. Это может объяснять возможные причины низкой оценки гражданами качества оказания услуг и недостаточно высокий уровень охвата медицинских организаций мониторингом. Измерение показателей пациентского опыта на всех этапах оказания медицинской услуги может обеспечить большую прозрачность и воспринимаемую ценность оказанной услуги для пациента.

Трудоемкость измерения «пациентского опыта», необъективность оценки, неоднозначность получаемых результатов и, соответственно, трудность их корректной интерпретации, заставляют искать более прозрачные методы измерения ценности медицинской услуги.

Еще один подход, тесно связанный с созданием ценности и получивший широкое распространение в мировом здравоохранении – практика «бережливого производства». «Бережливый подход» начал активно внедряться в российскую практику с 2016 года.

Согласно концепции «бережливого производства», отправная точка – создание ценности для потребителя (пациента). Ценность – полезность, приносящая продукту или услуге с точки зрения клиента.

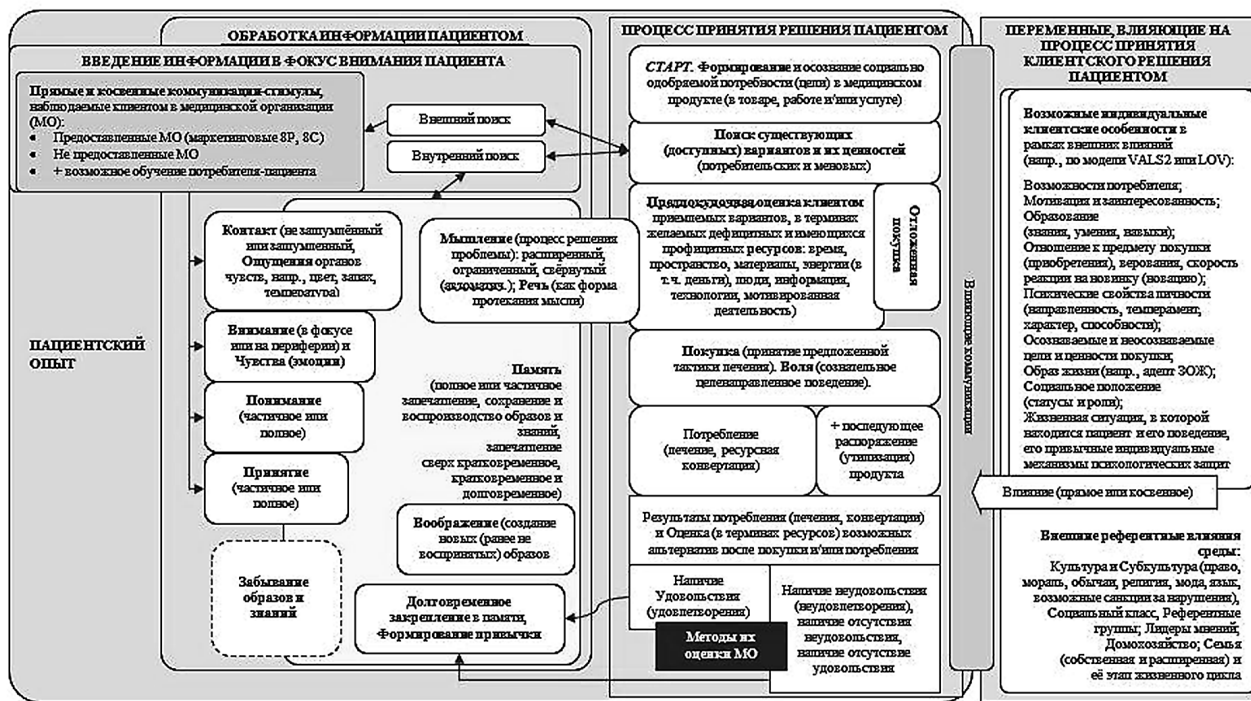


Рис. 3. PROMs. Пациентский опыт, «покупочное» и «послепокупочное» поведение потребителя (пациента)

Источник: рисунок авторский, Зуенкова, Киселев



Все, что не добавляет ценности, следует рассматривать как потери, которые необходимо устранять. Под «потерями» подразумеваются любые действия, которые потребляют ресурсы, но не создают ценности [10]. Одним из важных компонентов «теории бережливости» считается процессный подход.

На рис. 4 отображена Процессная карта на уровне медицинской организации для шести ресурсных потоков согласно концепции «бережливой медицины». Стрелками на рис. 4 обозначены эталонные потоки для «бережливой медицины»: пациентов, персонала, лекарственных средств, медицинских изделий и медицинской техники, поток информации, поток самих процессов.

В таблице 2 представлена веерная матрица, изоморфная графу, представленному на рис. 4. На ней могут быть системно отображены типовые проблематики, возникающие у ключевых акторов взаимоотношений в медицинской организации, например, проблематики клиента и пациента или, например, лечащего врача в профильном отделении. Приведенные ниже проблематики можно, применив концепцию «бережливого производства», описать в терминах восьми видов «потерь». Ниже описаны только типовые проблематики, в которые вовлечен пациент, однако взаимодействие (или отсутствие надлежащего взаимодействия) между другими акторами (например, между врачом отделения диагностики и лечащим врачом) также может косвенно отражаться на создании ценности конечного продукта или услуги [11].

Дополнение существующих механизмов измерения удовлетворенности качеством оказания медицинских услуг методами, основанными на процессно-ориентированном подходе, позволит оценивать не только результат оказания услуги, но и сопоставлять отзыв пациента с конкретным этапом медицинской помощи и принимать на основании этой информации взвешенные управленческие решения.

Возможности технологий распределенного реестра для совершенствования процессов и результатов проведения оценки удовлетворенности качеством медицинских услуг

Информация о предпочтениях пользователей, так же как и сведения о посещаемых ресурсах, наиболее часто используемых медицинских услугах, стала важной составляющей управленческой информации для улучшения обслуживания пациентов и развития медицинских организаций [7].

Одним из возможных решений проблемы объективной оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг может быть создание децентрализованной платформы на основе технологии распределенного реестра (TPP), позволяющей формировать объективный динамический многофакторный рейтинг процессов, объектов (медицинская помощь, услуга, оборудование) и субъектов (медицинский и немедицинский персонал).

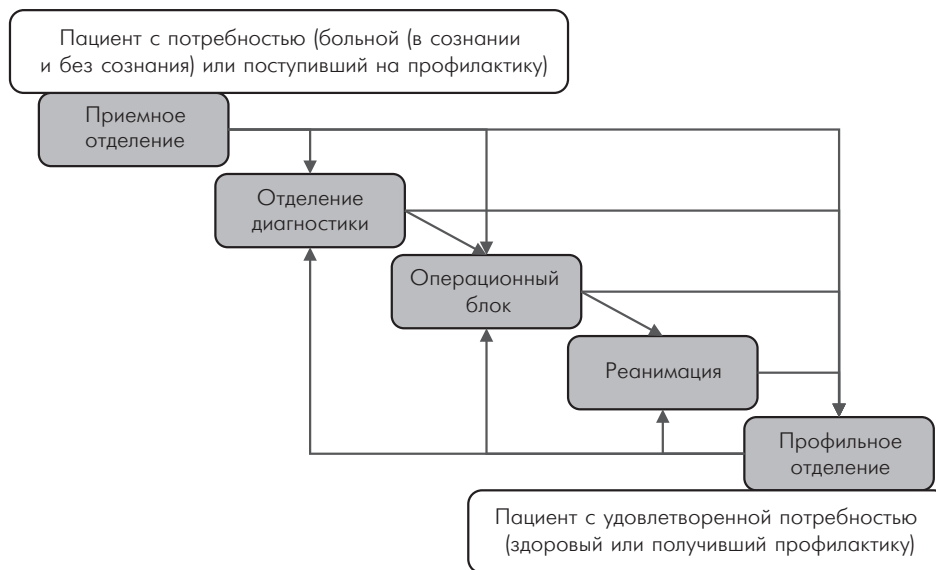


Рис. 4. Процессная карта на уровне медицинской организации (для шести потоков)

Источник: рисунок авторский, Зуенкова, Киселев





Технология распределенного реестра (Distributed Ledger Technology, или DLT) – это электронная система баз данных, распределенная между несколькими сетевыми узлами или устройствами. Ее отличает отсутствие единого контролирующего органа. Термин «блокчейн», который часто используется как синоним распределенного реестра, представляет собой лишь один из его видов. Его ключевой функциональной особенностью является группировка и организация всех данных в цепочку блоков с криптографической защитой.

TPP является привлекательным методом решения проблем доверия к результатам оценки качества оказания услуг, ее масштабирования и надежности получаемой информации. Причины низкой вовлеченности пациентов в оценку качества оказания услуг требуют дополнительного изучения [7]. На сегодняшний день имеются отдельные примеры использования TPP для повышения вовлеченности пациентов [12]. Необходимо более детальное изучение возможностей TPP как ресурса вовлечения пациентов в систему охвата отзывами, в том числе с учетом закона «о создании цифровых активов» [13], вступающего в силу с 2021 года.

К ключевым характеристикам TPP, которые позволяют совершенствовать подходы к реализации

независимой оценки оказания услуг, можно отнести следующие:

- *Децентрализованность и высокий уровень доверия.* Отзывы пациентов невозможно подделать. Следовательно, повышается прозрачность и растет степень доверия пациентов к медицинским организациям, подключенным к сервису динамического многофакторного рейтинга процессов.
- *Непрерывность и надежность.* Поскольку каждый участник (узел) сети получает данные в виде реестра от других участников процесса и хранит их полную копию, потеря данных частью участников не влияет на общую работоспособность системы.
- *Невозможность фальсификации данных.* Алгоритмы шифрования, используемые в рамках применения технологии блокчейн, обладают высокой степенью надежности.
- *Безотзывность.* Любая транзакция, зарегистрированная в реестре, не может быть изменена, информация о ней находится во всех копиях реестра на распределенных узлах сети.
- *Открытость.* При разработке системы на уровне ядра используется программное обеспечение (ПО) с открытым кодом. Любая медицинская организация, независимо от формы собственности и имеющейся

Таблица 2

Верная матрица взаимных проблематик в проекции основных видов «потерь»

	Клиент	Приемное отделение	Профильное отделение (Лечащий врач)	Реанимация	Операционный блок	Отделение диагностики
Клиент	1	2	3	4	5	6
Приемное отделение	7	...	...	...	...	...
Профильное отделение (Лечащий врач)	8	...	...	...	...	...
Реанимация	9	...	...	...	...	...
Операционный блок	10	...	...	...	...	...
Отделение диагностики	11	...	...	...	...	...

Источник: таблица авторская, Зуенкова, Киселев

¹ Социально-психологические проблематики клиента, которые напрямую не связаны с процессами его лечения.

² Ожидание пациентом осмотра врачом, отсутствие надлежащих удобств для пациента (много народа, шум).

³ Ожидание осмотра врачом, ожидание исследования, процедуры лечения, которые пациент не принимает или не понимает, лишние процедуры и избыточная диагностика.

⁴ Отсутствие комфорта и возможности временно изолироваться.

⁵ Некорректное поведение медицинского персонала.

⁶ Проблемы коммуникации с медицинским персоналом, долгое ожидание результатов исследования.

⁷ Неготовность или невозможность (например, по причине алкогольной интоксикации) пациента выполнять инструкции врача.

⁸ Низкая комплаентность пациента и неготовность активно включаться в процесс собственного лечения, агрессия со стороны пациента, попытки навязать собственное представление, полученное из сети Интернет, о правильном лечении своего заболевания.

⁹ Несоблюдение постельного режима и невыполнение рекомендаций врача.

¹⁰ Отсутствие надлежащей и необходимой подготовки пациента перед медицинской манипуляцией, что делает её проведение затруднительным или угрожает неудовлетворительным лечебным эффектом.

¹¹ Неготовность пациента следовать необходимым инструкциям в процессе проведения исследования, что может привести к неудовлетворительной точности диагностики.



медицинской информационной системы (МИС), может интегрировать данное решение в свою практику. Таким образом, становится возможным объективное сравнение результатов лечения между медицинскими организациями государственной и частной формы собственности. Более того, сервис, построенный на анализе процессов, позволяет анализировать качество услуг как клиники в целом, так и отдельных медицинских служб. Такой подход облегчает анализ данных, позволяя получить информацию о конкретном этапе оказания медицинской услуги, и принять взвешенное управленческое решение.

Обсуждение

Переход на ценностно-ориентированное здравоохранение неизбежно влечет за собой усложнение методов работы для медицинского персонала и нагрузку на систему здравоохранения. Активное вовлечение пациентов в оценку качества оказания медицинских услуг – важный элемент ценностно-ориентированной медицины. Однако введение субъектности неизбежно влечет за собой увеличение сложности системы. Использование результатов оценки «опыта пациента» как инструмента управления требует таких подходов к их измерению, которые бы вызывали доверие и могли быть интерпретированы однозначно всеми стейкхолдерами.

Решения, в том числе цифровые, направленные на оптимизацию методов сбора управленческой информации, должны комплексно решать существующие проблемы, интегрироваться в прочие сервисы и экосистему здравоохранения, обеспечивать доверие целевой аудитории и позволять принимать взвешенные управленческие решения.

Технология распределенного реестра может рассматриваться как прикладная и использоваться в тех цифровых продуктах, которые направлены в том числе на решение проблемы доверия. Потенциал технологии блокчейн для достижения стратегических целей здравоохранения, таких как ценностно-ориентированная медицина, все чаще признается исследователями и практиками [14], [15], [16], [17]. Однако

его использование для измерения «опыта пациента» пока недостаточно изучено за рубежом, что может быть связано в том числе с отсутствием единого централизованного рейтинга медицинских организаций.

В российской системе здравоохранения технология распределенного реестра также пока только начинает внедряться, интегрируясь в различные цифровые решения. Вероятно, принятие закона о цифровых активах и расширение нормативно-правовых возможностей послужат дальнейшему развитию цифровых решений, основанных на технологии распределенного реестра.

Заключение

Существующие механизмы проведения независимой оценки качества оказания медицинских услуг требуют совершенствования. Предлагаемые решения по увеличению охвата населения данным опросом должны отвечать ряду требований: обеспечивать доверие целевой аудитории, быть нетрудовыми, иметь адекватную прозрачность объектов оценки и процессов. Для принятия обоснованных управленческих решений необходимо не только измерение результатов оказанной медицинской услуги, но и оценка процессов, реализуемая через показатели пациентского опыта. Технология распределенных реестров в формате динамического многофакторного рейтинга процессов может быть логичным продолжением системы совершенствования оценки качества услуг и стать частью комплексной IT-экосистемы, в рамках которой будет возможно осуществить переход на ценностно-ориентированную медицину. Потенциал технологии блокчейн для достижения стратегических целей здравоохранения требует дополнительного изучения, в том числе с учетом нормативно-правовых изменений.

Список сокращений:

VBHC – value-based healthcare, ценностно-ориентированное здравоохранение;
 TPP – технология распределенных реестров;
 МИС – медицинская информационная система.



Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 05.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 28.11.2011. – № 48. – Ст. 6724.
2. URL: <https://romir.ru/press/tass-talko-11-rossiyan-polojitelno-ocenivayut-kachestvo-predostavlyaemyh-meduslug> (Дата обращения: 16.09.2020 г.)
3. Федеральный закон от 21.07.2014 № 256-ФЗ (ред. от 05.12.2017) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты российской федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования» // Собрание законодательства РФ. – 28.07.2014. – № 30. – Ст. 4257.





4. Приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет // Официальный Интернет-портал правовой информации. <http://www.pravo.gov.ru>, 30.12.2014. (Дата обращения: 12.02.2019).
5. Приказ Минздрава России от 13.07.2018 № 442 «Об организации работы по обеспечению технической возможности выражения мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в сети Интернет // Официальный Интернет-портал правовой информации. <http://www.pravo.gov.ru>, 15.07.2018. (Дата обращения: 12.02.2019).
6. URL: <https://bus.gov.ru/pub/home> Официальный портал Федерального казначейства Российской Федерации (Дата обращения: 15.08.2020 г.).
7. Уразманов А.Р., Радченко О.Р. Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями – восприятие информации потребителями из открытых источников сети Интернет. // Вестник Росздрава. – 2020. – № 3. – С. 86–93. DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-3-86-93>.
8. Тарасенко Е. А., Понкратова О. Ф. Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями как объект управленческого анализа: опыт регионов и основные проблемы. // Вестник Росздрава. – 2018. – № 5. – С. 73–79.
9. EIT Health, Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers (Director: Gregory Katz), 2020.
10. Вумек Д.П. Бережливое производство: Как избавиться от потерь и добиться процветания вашей компании [Текст] / Д.П. Вумек, Д.Т. Джон. – Альпина Паблишер, 2005. – 473 с. [Womak James P., Jones Daniel T. Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation January 1996 Journal of the Operational Research Society 48(11) DOI: 10.1038/sj.jors.2600967].
11. Зуенкова Ю., Панина Е., Петрушевский А. Новый метод управления ресурсами медорганизации. LEAN-менеджмент. Здравоохранение. – 2017. – № 5. – С. 84–91. [Zuenkova J., Panina E., Petrushevsky A. Novy method upravleniya resursamy medorganizatsii. LEAN-managemetn. Zdravookhraniye. – 2017. – № 5. – С. 84–91].
12. Tiago M Fernández-Caramés, Iván Froiz-Míguez, Oscar Blanco-Novoa, Paula Fraga-Lamas. Enabling the Internet of Mobile Crowdsourcing Health Things: A Mobile Fog Computing, Blockchain and IoT Based Continuous Glucose Monitoring System for Diabetes Mellitus Research and Care. 2019 DOI: 10.3390/s19153319.
13. Федеральный закон от 31.07.2020 № 259-ФЗ «О цифровых финансовых активах, цифровой валюте и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
14. Blockchain beyond EHRs: Transforming value-based payment, precision medicine, patient-centric care By Bill Siwicki November 15, 2017.
15. How Blockchain Technology Could Disrupt Healthcare, CBInsights. https://www.cbinsights.com/reports/CB-Insights_How-Blockchain-Technology-Could-DisruptHealthcare.pdf
16. Blockchain Technology for Healthcare: Facilitating the Transition to Patient-Driven Interoperability William J. Gordon a, b, c, □, Christian Catalini.
17. Zhang R., George A., Kim J., Johnson V., Ramesh B. Benefits of Blockchain Initiatives for Value-Based Care: Proposed Framework. J Med Internet Res. 2019 Sep 27; 21(9): e13595. doi: 10.2196/13595. PMID: 31573899; PMCID: PMC6789420.

UDC 614.2

Zuenkova Yu.A.¹, Khavtorin A.M.² *Distributed ledger technology in patient experience management* (RUDN University, Moscow, Russia; ²Borlas LLC, Moscow, Russia)

Abstract. Actuality. The role of “patient experience” in assessing quality of medical services is growing as a global trend to value-based healthcare. Currently, only 11% of the Russian population positively assess the quality of medical services. Federal law No. 256-FZ requires all public healthcare providers to conduct an independent assessment of the provision of services, but 44% of organizations do not have such assessment, that can be caused by methodological and organizational reasons.

Purpose of the study to evaluate the prospects for digital improvement of measuring patient satisfaction using distributed ledger technology. To analyze the literature on the topic of independent assessment of the quality of services provided by medical organizations; to analyze modern approaches to assessing patient satisfaction with healthcare providers; to assess the opportunities of improving the processes and results of satisfaction assessment using distributed ledger technology.

Materials and methods. To achieve the purpose, the authors analyzed numerous relevant Russian and foreign sources of literature. Literature review was carried out across scientific libraries as eLIBRARY, PubMed by key words. The search in open sources in Google and Yandex was used.

Results. The complexity of “patient experience” measurement, biased assessment, ambiguity of the results obtained and the difficulty of correct interpretation require more transparent methods of measuring the value of healthcare. A decentralized platform based on distributed ledger technology may become one of the possible solutions to the problem of objective assessment of patients’ satisfaction with the quality of medical services. Such approach allows to form an objective dynamic multi-factor rating of processes and all other components of healthcare services.

Conclusion. The existing mechanisms for independent assessment of the quality of medical services need to be improved. Confidence in the results of the patient satisfaction measurement is one of core requirement. To make managerial decision evidence-based, it is important to evaluate the processes and patient experience along with results of healthcare services. Distributed ledger technology implemented as a dynamic multi-factor rating platform can be a logical solution for improving the quality of services and could become a part of a comprehensive IT ecosystem based on value-based approach.

Keywords: value-based healthcare, lean management, patient experience, quality of healthcare service, distributed ledger technology, blockchain.

**И.М. Акулин,**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права Санкт-Петербургского государственного университета, г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: akulinim@yandex.ru, SPIN-код: 9115-1178

Е.А. Чеснокова,

к.м.н., LL.M., доцент кафедры организации здравоохранения и медицинского права Санкт-Петербургского государственного университета, г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: e.chesnokova.spbu@mail.ru, SPIN-код: 9168-7005; ORCID: 7048107

Р.А. Пресняков,

магистр по направлению «медицинское и фармацевтическое право», член правления СПб РОО «Ассоциации медицинского права Санкт-Петербурга», г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: r.presnyakov@inbox.ru

А.Е. Прядко,

магистр по направлению «гражданское и семейное право», специалист 1 категории отдела правового обеспечения Комитета по социальной защите населения Ленинградской области, г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: a.pryadko95@yandex.ru

Е.И. Зими́на,

к.м.н., заведующая отделением сотрудничества с международными организациями ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, e-mail: Zimina@mednet.ru, SPIN-код: 6191-5590, РИНЦ: 6191-5590

Н.Е. Гурьянова,

заведующая отделением международного регионального сотрудничества и связей с общественностью ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, e-mail: Guryan8@Yandex.ru, SPIN-код: 7376-6680

РЕГИОНАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ

УДК: 349

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-55-62

Акулин И.М.¹, Чеснокова Е.А.¹, Пресняков Р.А.², Прядко А.Е.³, Зими́на Е.И.⁴, Гурьянова Н.Е.⁴ **Региональные медицинские информационные системы в сфере здравоохранения: направления развития и правовые проблемы** (¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия; ²Ассоциация медицинского права Санкт-Петербурга, г. Санкт-Петербург, Россия; ³Комитет по социальной защите населения Ленинградской области, г. Санкт-Петербург, Россия; ⁴Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия)

Аннотация. В статье проанализированы тенденции развития региональных медицинских информационных систем в сфере здравоохранения. Отдельное внимание авторы уделяют особенностям развития медицинских систем регионов, определению отдельных и общих проблем данных систем, делают выводы по итогам о происходящем становлении правовой базы субъектов Российской Федерации в сфере электронного здравоохранения, и в качестве решения выявленных проблем предлагают сформировать на федеральном уровне единые правила, содержащие общие принципы, положения о региональных медицинских информационных системах, в том числе и об электронной медицинской карте пациента.

Ключевые слова: единая система в сфере здравоохранения, региональные медицинские информационные системы, электронная медицинская карта пациента, правовые проблемы электронного здравоохранения.





В Российской Федерации создана единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (далее – единая система, ЕГИСЗ), положение о которой утверждено постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 (далее – постановление № 555, постановление о единой системе)¹.

Указанным постановлением определено, что единая система является федеральной (п. 4 постановления № 555). Такие сегменты как региональные медицинские информационные системы (далее – РМИС) и медицинские информационные системы медицинских организаций (далее – МИС МО) не являются ее составной частью.

Вместе с тем, в Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – Концепция), утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364, предполагалось, что единая система будет состоять из централизованных и прикладных компонентов, разделяющихся как на федеральные, так и на региональные уровни. Поэтому некоторые авторы полагают, что указанный нормативный правовой акт должен утратить свою силу².

По мнению А. Гусева, в постановлении № 555 закреплена новая структура ЕГИСЗ в связи с тем, что в случае создания единой системы с региональными компонентами (как и предусматривалось в Концепции) Министерство здравоохранения Российской Федерации, в качестве ответственного органа за ведение ЕГИСЗ, было бы обязано осуществлять управление всеми частями (РМИС и МИС МО), в том числе включая финансирование, обеспечение безопасности, оказание услуг по сопровождению и развитию и др. Возможно, в связи с этим и произошло изменение структуры ЕГИСЗ, в виде выделения в качестве самостоятельных элементов – РМИС и МИС МО.

Регламентация правоотношений, связанных с региональной медицинской информационной системой, осуществляется субъектами Российской Федерации посредством принятия правовых актов.

В ходе проведенного анализа правовых актов субъектов Российской Федерации были получены следующие выводы.

¹ Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» // Собрание законодательства РФ, 14.05.2018, № 20, ст. 2849.

² Гусев А. Обсуждаем постановление Правительства № 555 о ЕГИСЗ // <https://www.kmis.ru/blog/obsuzhdaem-proekt-polozheniia-o-egisz> (Дата обращения: 22.09.2019).

В нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации отсутствует единое понимание сущности РМИС, в связи с наличием различных определений в двух рассмотренных выше федеральных актах – в постановлении № 555 и Концепции.

Так, акты субъектов Российской Федерации, принятые до постановления № 555, чаще всего, понимают РМИС как прикладной, составной компонент ЕГИСЗ (поскольку за основу взята упомянутая ранее Концепция). Например, такое понимание РМИС изложено в постановлении Правительства Самарской области от 27.09.2012 № 487 «О создании в Самарской области в 2012 году регионального фрагмента единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»³.

Вместе с тем, полагаем, что верным является определение, данное в постановлении о единой системе. Указанный документ является актом большей юридической силы (по сравнению с приказом) и более поздним по дате принятия.

Следующий вывод, который был сделан в ходе проведенного анализа: в большинстве субъектов Российской Федерации достаточно скудная правовая база, посвященная цифровому здравоохранению.

Во многих субъектах РФ отсутствуют (либо они «запрятаны» путем принятия ненормативных правовых актов, которые не подлежат обязательному опубликованию) нормативные правовые акты, посвященные данному вопросу, в том числе вопросу работы с персональными данными пациентов.

В основном, правовая база, посвященная региональной медицинской информационной системе, построена следующим образом (в качестве основы использован приказ Минздрава Мурманской области от 28.12.2017 № 756⁴):

1. Федеральный закон от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и защите информации».

2. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

³ Постановление Правительства Самарской области от 27.09.2012 № 487 «О создании в Самарской области в 2012 году регионального фрагмента единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» // https://www.samregion.ru/documents/government_resolution/487-ot-27-09-2012/ (Дата обращения: 22.09.2019).

⁴ Приказ Минздрава Мурманской области от 28.12.2017 № 756 «О региональном сегменте Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Мурманской области» (вместе с «Положением о региональном сегменте единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Мурманской области») // «Электронный бюллетень Правительства Мурманской области» <http://www.gov-murman.ru>, 29.12.2017 (Дата обращения: 25.09.2019).



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

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 06.07.2015 № 676 «О требованиях к порядку создания, развития, ввода в эксплуатацию, эксплуатации и вывода из эксплуатации государственных информационных систем, и дальнейшего хранения содержащейся в их базах данных информации».

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.04.2011 № 364 «Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

6. Соглашение между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Мурманской области от 01.07.2015 о взаимодействии в сфере развития Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в 2015–2018 гг. (далее – Соглашение).

7. Постановление Правительства Мурманской области от 30.09.2013 № 551-ПП «Об утверждении государственной программы Мурманской области «Развитие здравоохранения».

Первые 5 пунктов нормативно-правовых актов относятся к федеральному законодательству, а вторые два – уже к конкретному субъекту. Следует отметить, что в указанном перечне отсутствует постановление о единой системе.

Соглашение (пункт 6) по сути своей является типовым и заключено со всеми субъектами Российской Федерации. Например, аналогичные правовые акты приняты в других субъектах Российской Федерации: распоряжение Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 22.05.2015 № 256-рп «О соглашении между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Ханты-Мансийского автономного округа – Югры о взаимодействии в сфере развития Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в 2015–2018 гг.»; распоряжение Правительства Удмуртской Республики от 25.05.2015 № 495-р «О проекте Соглашения между Министерством здравоохранения Российской Федерации и высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации о взаимодействии в сфере развития Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в 2015–2018 гг.»; постановление

Правительства Московской области от 12.10.2015 № 932/38 «О заключении Соглашения между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Московской области о взаимодействии в сфере развития Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в 2015–2018 гг.» и др.

Вопросы реализации РМИС, как правило, закладываются в соответствующую государственную программу субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (а финансирование закладывается в бюджеты субъектов Российской Федерации) – п. 7 рассмотренного перечня.

Наиболее полная правовая база, посвященная вопросу функционирования региональной медицинской информационной системы, имеется в городах федерального значения – Москве и Санкт-Петербурге.

В Москве модернизация здравоохранения начала происходить уже в начале 2011 г. Так, на основании постановления Правительства Москвы от 7 апреля 2011 г. № 114-ПП «О Программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011–2012 годы» принято постановление Правительства Москвы от 20.01.2015 № 16-ПП «Об автоматизированной информационной системе города Москвы «Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы». Данным постановлением определено назначение, правила функционирования, а также состав участников информационного взаимодействия с использованием ЕМИАС. Например, в состав ЕМИАС входят такие сервисы как «Общегородской регистр пациентов», «Система управления потоками пациентов», «Система интегрированной медицинской информации», «Система персонифицированного учета сведений при осуществлении медицинской деятельности» и др.

В 2015 году уже началось тестирование применения электронной медицинской карты пациента (далее – ЭМК)⁵. Как отмечено в статье, ЭМК доступна только врачам (данные по состоянию на

⁵ Единая медицинская информационно-аналитическая система ЕМИАС // http://zdrav.expert/index.php/%D0%9F%D1%80%D0%B%D0%B4%D1%83%D0%BA%D1%82%D0%95%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0_%D0%95%D0%9C%D0%98%D0%90%D0%A1 (Дата обращения: 28.09.2019).





2017 год). В ней содержится информация обо всех заболеваниях пациента, его обращениях в медицинские учреждения, больничных листах и т.п.⁶.

Уже в 2016 году Москва занимала лидирующую позицию по использованию различных информационных систем, в том числе, согласно исследованию «Города, управляемые данными», проведенному PricewaterhouseCoopers (PwC), «Москва – единственный из исследуемых городов, где полностью внедрена единая система управления городскими поликлиниками»⁷.

Однако каких-либо нормативных правовых актов города Москвы, регламентирующих порядок обращения с персональными данными пациентов, в ходе анализа обнаружено не было.

С учетом вышеуказанного, необходимо обратить внимание на основные разделы электронной медицинской карты, утвержденные Минздравом России 11.11.2013 № 18–1/1010⁸. В частности, основными разделами ЭМК являются сведения о пациенте, о его представителях, измерительные данные о пациенте, характеристики здоровья пациента, результаты исследований, врачебные осмотры, заболевания и осложнения и др. Всего разделов 16.

Таким образом, можно сделать вывод, что у многих субъектов Российской Федерации отсутствуют соответствующие нормативные правовые акты, определяющие содержание электронной медицинской карты, поскольку они руководствуются рассмотренным документом Минздрава России.

Вместе с тем, в ряде субъектов дано определение понятию ЭМК и ее содержанию, в частности, в распоряжении Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 21.02.2018 г. № 88-р «О создании и ведении «Электронной медицинской карты петербуржца» (далее – распоряжение № 88-р). Данное распоряжение было принято в целях реализации постановления Правительства Санкт-Петербурга от 17.10.2012 № 1119⁹, которым утверждено положение о государственной

информационной системе Санкт-Петербурга «Региональный фрагмент единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

В пункте 1 распоряжения № 88-р дается определение электронной медицинской карты петербуржца, под которой понимается электронная медицинская карта пациента в Санкт-Петербурге, представляющая собой совокупность электронных персональных медицинских записей, относящихся к отдельному пациенту, собираемых, передаваемых и используемых медицинскими организациями Санкт-Петербурга.

Пунктом 2 распоряжения № 88-р утвержден перечень электронных персональных медицинских записей, входящих в состав электронной медицинской карты.

Хотелось бы отметить несоответствие указанного перечня перечню, определенному приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»¹⁰. Несмотря на то, что данный документ утратил силу в связи с изданием приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 № 750¹¹, в настоящий момент указанные формы первичной медицинской документации используются учреждениями здравоохранения по рекомендации Минздрава России (письмо Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888¹²). Вплоть до 2002 года Министерством здравоохранения РФ вносились изменения в приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030, несмотря на тот факт, что он официально утратил силу, что, по нашему мнению, является определенной правовой коллизией.

Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 утверждено 4 раздела, содержащих большое количество медицинской учетной документации, используемой в различных учреждениях: в стационарах, в поликлиниках (амбулаториях), в стационарах и поликлиниках (амбулаториях), а также других типах лечебно-профилактических учреждений.

Соответственно, в электронной медицинской карте петербуржца отражаются далеко не все

⁶ Там же.

⁷ Исследование «Города, управляемые данными» // https://www.pwc.ru/ru/government-and-public-sector/assets/ddc_rus.pdf (Дата обращения: 28.09.2019).

⁸ Основные разделы электронной медицинской карты, утв. Минздравом России 11.11.2013 № 18 // 1/1010) <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=154815&fld=134&dst=100000001,0&md=0.8981755644245317#07629630017096867> (Дата обращения: 29.09.2019).

⁹ Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 17.10.2012 № 1119 «О государственной информационной системе Санкт-Петербурга «Региональный фрагмент единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» // СПС Консультант Плюс.

¹⁰ Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» // СПС «Консультант Плюс».

¹¹ Приказ Минздрава СССР от 05.10.1988 № 750 «О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР» (вместе с «Перечнем нормативных актов Минздрава СССР, признанных утратившими силу») // СПС «Консультант Плюс».

¹² Письмо Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 «О правомочности действия Приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030» // СПС «Консультант Плюс».



электронные медицинские документы и сведения, которые имеются в арсенале медицинских организаций, за неимением иного нормативного правового акта медицинские организации руководствуются в своей деятельности вышеуказанным приказом Минздрава СССР (ссылки на формы документов, утвержденные данным приказом Минздрава СССР, можно обнаружить в распоряжении Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 21.02.2018 г. № 88-р).

В качестве примера можно еще привести п. 3.1.2 приказа Минздрава Рязанской области от 27.07.2016 № 1331 «О внедрении регионального сегмента Единой государственной информационной системы здравоохранения Рязанской области»¹³, в котором дано следующее определение ЭМК – «Медицинская карта амбулаторного больного» (МКАБ) (форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» утверждена Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н) и «Медицинская карта стационарного больного» (МКСБ) (форма № 003/у «Медицинская карта стационарного больного» утверждена Приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030). На медицинские организации возложена обязанность обеспечить заполнение по каждому обслуживаемому пациенту «Электронной медицинской карты» – МКСБ (форма № 003/у «Медицинская карта стационарного больного» утверждена Приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030) – п. 3.3.5 рассматриваемого приказа.

Рассмотренные выше положения правового акта Рязанской области вновь подтверждают непосредственное применение утратившего свою силу нормативно-правового акта СССР.

Таким образом, порядок работы с электронной медицинской картой пациента отсутствует в большинстве субъектов Российской Федерации или данный порядок разнится, что говорит об отсутствии единого подхода, а впоследствии о возможности формирования различных проблем как на уровне субъекта, так и на федеральном уровне при обмене информации или попытке системного анализа и принятия точечных решений.

¹³ Приказ Минздрава Рязанской области от 27.07.2016 № 1331 «О внедрении регионального сегмента Единой государственной информационной системы здравоохранения Рязанской области» // СПС «Консультант Плюс».

Наиболее часто субъекты Российской Федерации в своей деятельности действуют на основании акта Минздрава от 11.11.2013 № 18-1/1010. Однако остается открытым вопрос о правовой природе данного документа, поскольку он не является ни приказом (нормативным правовым актом), ни распоряжением (ненормативным правовым актом).

Кроме того, вызывает беспокойство неурегулированность вопроса о предоставлении доступа врачам (и не только) к персональным данным пациентов, содержащимся в электронной медицинской карте пациента.

С одной стороны, согласно федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и федеральному закону от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» требуется согласие пациента на обработку его персональных данных (состояние здоровья).

С другой стороны, нигде (в нормативных правовых актах, посвященных вопросу электронного здравоохранения, в том числе и ЭМК) прямо не определено требуется ли согласие пациента на то, чтобы лечащий врач смог прочитать любую информацию о состоянии здоровья пациента, содержащуюся в ЭМК. Практически нигде не определен порядок получения информации, содержащейся в ЭМК иными лицами (и вообще возможность ее получения), за исключением некоторых регионов, в которых утверждены административные регламенты предоставления сведений из ЭМК (однако даже в этих нормативных правовых актах имеются различия, например, разнятся лица, которые могут получить указанные сведения из ЭМК (отличаются положения как в определении самих субъектов персональных данных, так и их представителей (к вопросу о допустимости договорного представительства)).

Например, в административном регламенте Владимирской области¹⁴ заявителями являются лица, проживающие на территории Владимирской области (как сам субъект персональных данных, так и его законный представитель – п. 1.2, п. 1.3). Следовательно, возникает вопрос о возможности договорного представительства, поскольку в заявлениях о предоставлении государственной услуги

¹⁴ Постановление Департамента здравоохранения администрации Владимирской области от 05.04.2018 № 3 «Об утверждении административного регламента предоставления медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Владимирской области государственной услуги по предоставлению доступа к электронным медицинским документам» // СПС «Консультант Плюс».





(приложение 2 и 3 к вышеуказанному административному регламенту), а также в самом административном регламенте участвует такой субъект как законный представитель гражданина. Вместе с тем, в качестве лица, имеющего право обжаловать решения и действия (бездействия) медицинских организаций и их должностных лиц, указан и договорной представитель заявителя.

В Тюменской области допускается участие «договорного» представителя. В пункте 1.2 Административного регламента¹⁵ в качестве заявителей выступают не только сами субъекты персональных данных (граждане Российской Федерации, иностранные граждане, лица без гражданства), но и их представители (как законные, так и действующие по доверенности).

Также интересным представляется приказ департамента здравоохранения Брянской области от 09.07.2018 № 612 «Об обработке персональных данных в региональном сегменте единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Брянской области»¹⁶.

Данным приказом определено, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

В положениях пункта 2.4. вышеуказанного Приказа установлено, что безопасность при обработке персональных данных обеспечивается комплексом организационных и технических мер и осуществляется в том числе путем установления правил доступа к персональным данным, обрабатываемым в РС ЕГИСЗ, а также обеспечением регистрации и учета всех действий, совершаемых с персональными данными в РС ЕГИСЗ.

Вызывает интерес и пункт 2.6 рассматриваемого приказа. В случае если в ГАУЗ «МИАЦ» (ответственный субъект за обработку персональных данных в Региональном сегменте Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Брянской области) поступило обращение субъекта персональных данных с запросом, основанным на ст. 14 закона № 152-ФЗ,

¹⁵ Распоряжение Департамента здравоохранения Тюменской области от 06.07.2016 № 13/36 «Об утверждении Административного регламента предоставления медицинскими организациями государственной услуги «Предоставление документов из электронной медицинской карты» // СПС «Консультант Плюс».

¹⁶ Приказ Департамента здравоохранения Брянской области от 09.07.2018 № 612 «Об обработке персональных данных в Региональном сегменте Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Брянской области» // СПС «Консультант Плюс».

то учреждение должно проинформировать Департамент здравоохранения Брянской области и действовать в соответствии с его инструкциями.

На наш взгляд, поскольку медицинские данные представляют собой особый вид персональных данных, то требуется согласие пациента (при невозможности получения – представителя, в том числе договорного (если это полномочие прямо указано в доверенности) на любой доступ к его медицинской карте. Более того, требуется, чтобы сохранялись данные о том, кто заходил в ЭМК пациента (с указанием идентификационных данных данного лица и основания получения им информации), то есть чтобы происходил учет всех действий, совершаемых с персональными данными субъекта.

Подводя выводы, необходимо отметить, что правовая база регионов находится в процессе становления. В основном, используются различные методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, но также имеет место и творческая работа самих субъектов Российской Федерации. Зачастую, нормативная база относительно РМИС представлена постановлениями (нормативными правовыми актами) высшего исполнительного органа субъекта (правительства) либо нормативными правовыми актами отраслевого органа исполнительной власти субъекта (в сфере здравоохранения), территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

Существуют нормативные акты, которые утверждаются сразу двумя органами. Например, приказ Департамента здравоохранения Брянской области¹⁷ и ТФОМС Брянской области от 13.12.2016 № 985/691-1 «О региональном сегменте Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Брянской области».

В настоящий момент многими субъектами Российской Федерации реализуется только техническая составляющая цифрового здравоохранения – производится ремонт, закупка необходимой техники, закупка региональной системы (ее создание, обеспечение работы), обучение сотрудников.

Поскольку финансовые возможности субъектов Российской Федерации различны, то и уровень развития региональной медицинской информационной системы отличается. Вместе с тем,

¹⁷ Приказ Департамента здравоохранения Брянской области от 09.07.2018 № 612 «Об обработке персональных данных в Региональном сегменте Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Брянской области» // СПС «Консультант Плюс».



на уровне Федерации принимаются акты о бюджетных ассигнованиях. Например, распоряжение Правительства РФ № 659-Р от 12.04.2018 «О бюджетных ассигнованиях на внедрение информационных систем в медицинских организациях»¹⁸ принято в целях реализации приоритетного проекта «Электронное здравоохранение». Указанным распоряжением предусмотрены межбюджетные трансферты бюджетам субъектов Российской Федерации, но поскольку между различными регионами нашей страны имеется разрыв – «цифровое неравенство», межбюджетные трансферты предоставляются в различных объемах не всем субъектам, а только 75 из 85.

Далее, наиболее часто реализуется такой компонент информационной системы здравоохранения как электронная запись на прием к врачу в медицинские организации субъекта Российской Федерации.

Таким образом, видно, что на данный момент только происходит становление правовой базы

субъектов Российской Федерации, посвященной вопросу региональных медицинских информационных систем. Вместе с тем, полагаем, что на уровне Федерации должны приниматься правовые акты, которые будут содержать общие принципы, положения относительно региональных медицинских информационных систем, в том числе посвященные электронной медицинской карте пациентов. Иначе в будущем это приведет к различному объему медицинской информации, собираемой субъектами Российской Федерации, что породит различную правоприменительную практику и, в конечном счете, потребует разработки единых правил на федеральном уровне.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-29-16215.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The reported study was funded by RFBR according to the research project № 18-29-16215.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

¹⁸ Распоряжение Правительства РФ № 659-Р от 12.04.2018 «О бюджетных ассигнованиях на внедрение информационных систем в медицинских организациях» // СПС «Консультант Плюс».



Литература

1. Гусев А. Обсуждаем постановление Правительства № 555 о ЕГИСЗ // <https://www.kmis.ru/blog/obsuzhdaem-proekt-polozeniia-o-egisz> (Дата обращения: 22.09.2019).
2. Единая медицинская информационно-аналитическая система ЕМИАС \ \ [http://zdrav.expert/index.php/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B4%D1%83%D0%BA%D1%82%D0%95%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE-%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0_\(%D0%95%D0%9C%D0%98%D0%90%D0%A1\)](http://zdrav.expert/index.php/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B4%D1%83%D0%BA%D1%82%D0%95%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE-%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0_(%D0%95%D0%9C%D0%98%D0%90%D0%A1)) (Дата обращения: 28.09.2019).
3. Исследование «Города, управляемые данными» // https://www.pwc.ru/ru/government-and-public-sector/assets/ddc_rus.pdf (Дата обращения: 28.09.2019).
4. Основные разделы электронной медицинской карты, утв. Минздравом России 11.11.2013 № 18 // 1/1010 // СПС «Консультант Плюс».
5. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 «О правомочности действия Приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030» // СПС «Консультант Плюс».
6. Постановление Департамента здравоохранения администрации Владимирской области от 05.04.2018 № 3 «Об утверждении административного регламента предоставления медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Владимирской области государственной услуги по предоставлению доступа к электронным медицинским документам» // СПС «Консультант Плюс».
7. Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» // Собрание законодательства РФ, 14.05.2018, № 20, ст. 2849.
8. Постановление Правительства Самарской области от 27.09.2012 № 487 «О создании в Самарской области в 2012 году регионального фрагмента единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» // https://www.samregion.ru/documents/government_resolution/487-ot-27-09-2012/ (Дата обращения: 22.09.2019).





9. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 17.10.2012 № 1119 «О государственной информационной системе Санкт-Петербурга «Региональный фрагмент единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» // СПС Консультант Плюс.
10. Приказ Департамента здравоохранения Брянской области от 09.07.2018 № 612 «Об обработке персональных данных в Региональном сегменте Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Брянской области» // СПС «Консультант Плюс».
11. Приказ Минздрава Мурманской области от 28.12.2017 № 756 «О региональном сегменте Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Мурманской области» (вместе с «Положением о региональном сегменте единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Мурманской области») // «Электронный бюллетень Правительства Мурманской области» <http://www.gov-murman.ru>, 29.12.2017 (Дата обращения: 25.09.2019).
12. Приказ Минздрава Рязанской области от 27.07.2016 № 1331 «О внедрении регионального сегмента Единой государственной информационной системы здравоохранения Рязанской области» // СПС «Консультант Плюс».
13. Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» // СПС «Консультант Плюс».
14. Приказ Минздрава СССР от 05.10.1988 № 750 «О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР» (вместе с «Перечнем нормативных актов Минздрава СССР, признанных утратившими силу» // СПС «Консультант Плюс».
15. Распоряжение Департамента здравоохранения Тюменской области от 06.07.2016 № 13/36 «Об утверждении Административного регламента предоставления медицинскими организациями государственной услуги «Предоставление документов из электронной медицинской карты» // СПС «Консультант Плюс».
16. Распоряжение Правительства РФ № 659-Р от 12.04.2018 «О бюджетных ассигнованиях на внедрение информационных систем в медицинских организациях» // СПС «Консультант Плюс».

UDC 349

Akulina I.M.¹, Chesnokova E.A.¹, Presnyakov R.A.², Pryadko A.E.³, Zimina E.I.⁴, Guryanova N.E.⁴ **Regional medical information systems in the field of healthcare: directions of development and legal problems** (¹Saint Petersburg University, St. Petersburg, Russia; ²Association of Medical Law to St. Petersburg, St. Petersburg, Russia; ³Committee for social protection of the population of the Leningrad region, St. Petersburg, Russia; ⁴Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. The article analyzes the development trends of regional medical information systems in the field of health care. The authors pay special attention to the peculiarities of the development of regional medical systems, identify individual and general problems of these systems, and finally draw conclusions about the ongoing development of the legal framework of the Russian Federation in the field of e-health, and as a solution to the identified problems, they propose to form unified rules at the federal level containing general principles and provisions on regional medical information systems, including the electronic health records.

Keywords: unified health care system, regional medical information systems, electronic health records, legal problems of e-health.

Здравоохранение-2020



МИНЗДРАВ СОЗДАСТ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ЗАКУПКИ ЛЕКАРСТВ

Минздрав создаст федеральный центр для закупки лекарств и вакцин, мониторинга этого процесса и потребностей регионов. Это поможет формировать резерв и предотвращать перебои с поставками. Премьер-министр Михаил Мишустин подписал распоряжение о создании федерального центра по лекарственному обеспечению граждан.

Центр займется закупками медикаментов в рамках федеральных программ – препаратов для лечения пациентов с орфанными и онкологическими заболеваниями, ВИЧ, туберкулезом, а также вакцин, входящих в Национальный календарь прививок. Организация будет вести мониторинг закупок лекарств и прогнозировать потребности регионов в медикаментах. Это поможет предотвращать перебои с поставками и заранее формировать необходимый резерв.

Источник: официальный сайт правительства РФ

**К.Н. Царанов,**

к.м.н., начальник Управления развития отраслевых образовательных программ Московского городского университета управления Правительства Москвы имени Ю.М. Лужкова, г. Москва, Россия, e-mail: TsaranovKN@mos.ru, SPIN-код: 4337-6799, ORCID ID: 0000-0001-7245-080X, Web of Science Researcher ID: AAR-3892-2020

Е.М. Климова,

к.п.с.н., ведущий научный сотрудник аппарата ученого секретаря Федерального казенного учреждения «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний», г. Москва, Россия, заведующий кафедрой психологии труда и организационной психологии Московского государственного областного университета, г. Мытищи, Россия, e-mail: Klimova_EM@mail.ru, ORCID ID: 0000-0003-4848-1598, Scopus Author ID: 57195349880, ResearcherID: A-6354-2019

Т.В. Акимов,

к.м.н., генеральный директор ЗАО «МЕД.КОМ», г. Москва, Россия, e-mail: Akimov@dms-medkom.ru

А.Б. Званский,

генеральный директор Центра стоматологического здоровья «Мята», г. Москва, Россия, e-mail: zvanskiy@gmail.com

А.Г. Тарбастаев,

к.м.н., начальник сектора исследований и разработки отраслевых образовательных программ Центра развития здравоохранения Московского городского университета управления Правительства Москвы имени Ю.М. Лужкова, г. Москва, Россия, e-mail: AG@Tarbastaev.ru, SPIN-код: 7741-131, ORCID ID: 0000-0002-7301-9891, Web of Science Researcher ID: AAR-1945-2020

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ВРАЧА КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

УДК: 614.253; 159.9

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-63-70

Царанов К.Н., Климова Е.М., Акимов Т.В., Званский А.Б., Тарбастаев А.Г. *Ценностные ориентации врача как предиктор эффективности деятельности медицинской организации* (Московский городской университет управления Правительства Москвы имени Ю.М. Лужкова, г. Москва, Россия; ФКУ НИИ ФСИН России, г. Москва, Россия; Московский государственный областной университет, Московская область, Россия; ЗАО «МЕД.КОМ», г. Москва, Россия)

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования ценностных ориентаций сотрудников стоматологической клиники. Выдвинуто предположение, что разрывы в ценностях человека являются факторами, оказывающими влияние на профессиональную деятельность в плане коммуникаций (в производственной команде) и в конечном итоге на доходность личности в составе команд. Исходные данные получены из отчетов медицинской информационной системы клиники и опросников Ш. Шварца (SVS, PVQ). Кроме этого, нами использовались: ретроспективный анализ, анкетирование. Врачи разделились на две группы по влиянию разрывов ценностей на долю выполнения плана по выручке (группы первого и второго типа). Обращает на себя внимание направление взаимосвязей в группе первого типа все корреляции средней силы – прямые, в группе 2 типа – обратные. В структуре профиля ценностных ориентаций наблюдаются различия между группами: на втором месте по важности для респондентов в группе первого типа находятся ценностные ориентации (ЦО) «достижение», а во второй «самостоятельность», третье место в группе первого типа занимает «доброта», тогда как в группе второго типа «доброта» на 4 месте. Для повышения экономической эффективности руководителям медицинских учреждений необходимо: организовать деятельность по созданию культурных артефактов о нормативных идеалах тех ценностей, которые оказывают влияние на рабочий процесс, учитывать данные ценностного профиля сотрудников для оптимального подбора состава команд (рабочей смены).

Ключевые слова: формирование эффективной команды, управление персоналом, кадровый ресурс, повышение эффективности обслуживания пациентов, гармония ценностей, доход, симбиоз команды.

Введение

На совещании о системе здравоохранения 29.07.2020 года Президент Российской Федерации В.В. Путин обозначил необходимость «сохранять и наращивать мощности национальной

системы здравоохранения». В рамках реализации данного поручения предполагается «к 2024 году обеспечить врачами медучреждения всех уровней» [9]. Таким образом, на государственном уровне определен вектор развития медицинской отрасли в России.



© К.Н. Царанов, Е.М. Климова, Т.В. Акимов, А.Б. Званский, А.Г. Тарбастаев, 2020 г.



Буквальное выполнение поручений Президента – увеличение числа медицинских сотрудников, с нашей точки зрения, не позволит реализовать государственные задачи в рамках национальных проектов, следует изменить отношение, как самих медиков, так и населения России к оказываемым медицинским услугам. Подобное изменение возможно в случае учета руководителями медицинских организаций ценностных ориентаций личности сотрудников.

Гипотеза исследования. Нами было выдвинуто предположение, что разрывы в ценностях человека являются факторами, оказывающими влияние на профессиональную деятельность в плане коммуникаций (в производственной команде), и, в конечном итоге, на доходность личности в составе команд.

Цель исследования: выявление взаимосвязи между особенностями ценностного профиля врачей-стоматологов и эффективности деятельности медицинской организации, разработка на основе выявленных показателей рекомендаций для руководителей, направленных на повышение экономической эффективности медицинского учреждения.

Достижение цели предусматривало решение следующих задач:

1. Провести теоретический анализ психолого-педагогических, медицинских работ отечественных и зарубежных авторов по проблеме исследования.
2. Осуществить эмпирическое исследование взаимосвязи ценностных ориентаций и эффективности профессиональной деятельности.
3. Разработать рекомендации для руководителей, направленные на повышение экономической эффективности медицинского учреждения.

Проблемам ценностных ориентаций профессионалов помогающих специальностей посвящено достаточное число работ как отечественных, так и зарубежных исследователей, в которых:

- изучены ценностные ориентации и социально-психологические установки будущих специалистов помогающих профессий в процессе их профессионального самоопределения [1];
- проведен анализ развития ценностных профессиональных ориентаций студентов [3];
- описано ценностное самоопределение будущего врача в медицинской профессии [4];
- раскрыты современные ценностные ориентации студентов-медиков в Казахстане [8];
- выделены ценностные ориентации российских, арабских и африканских студентов на примере отношения к процедуре эвтаназии [6];

- определены ценностные ориентации в контексте акмеологического знания: «ведущая ценностная ориентация <...> способна не только перестроить систему нравственных ценностей, но и изменить силу их мотивационного воздействия» [10];
- раскрыты вопросы жизненной перспективы и ценностных ориентаций личности [2];
- представлено влияние эмоций на ментальные модели личности профессионала [5];
- описаны последствия выбора коммуникативных стратегий профессионального общения в системе «врач-пациент» [7];
- определены социокультурные и индивидуальные различия в контексте отношения к человеку и природе [12];
- выделены ценности, в рамках которых работают специалисты основных терапевтических школ [14];
- описаны показатели межкультурных ценностей личности и убеждений [11];
- выявлена взаимосвязь поведенческой расторопности и социальных ценностных ориентаций [13].

Несмотря на значительное число работ отечественных и зарубежных авторов вопрос взаимосвязи особенностей ценностного профиля врачей и эффективности деятельности медицинской организации не привлекал внимание исследователей.

Методы исследования

Исходные данные были получены из отчетов медицинской информационной системы клиники и опросников Ш. Шварца SVS и PVQ. Кроме этого, нами использовались: ретроспективный анализ, анкетирование.

Были опрошены 23 врача стоматолога из двух филиалов медицинской стоматологической сети «Медком» (г. Москва), один доктор отказался от участия в опросе, доверительный интервал составил $\pm 4,26\%$, доверительная вероятность 95%. Данные были обработаны с помощью программ MS Excel-2019 и IBM Watson Studio Cloud-2020.

Результаты исследования

Врачи разделились на две группы по влиянию разрывов ценностей¹ на долю выполнения плана по

¹ – разрывы ценностей – это разность значениями нормативных идеалов и личных приоритетов респондента по одной ценностной ориентации, по всем ценностным ориентациям рассчитывается по формуле: Средняя сумма значений разрывов ценностей респондента = $\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (NI_i - IP_i)$, где NI – нормативный идеал, IP – личный приоритет, n – количество респондентов. В таблице ниже приведены значения разрывов ценностей по различным ориентациям.

Ориентация	NI	IP	Разрыв
Доброта	+	-	+
Стимуляция	-	+	-
Конформность	+	-	+
Универсализм	-	+	-
Традиции	+	-	+
Самостоятельность	-	+	-
Достижение	+	-	+
Власть	-	+	-

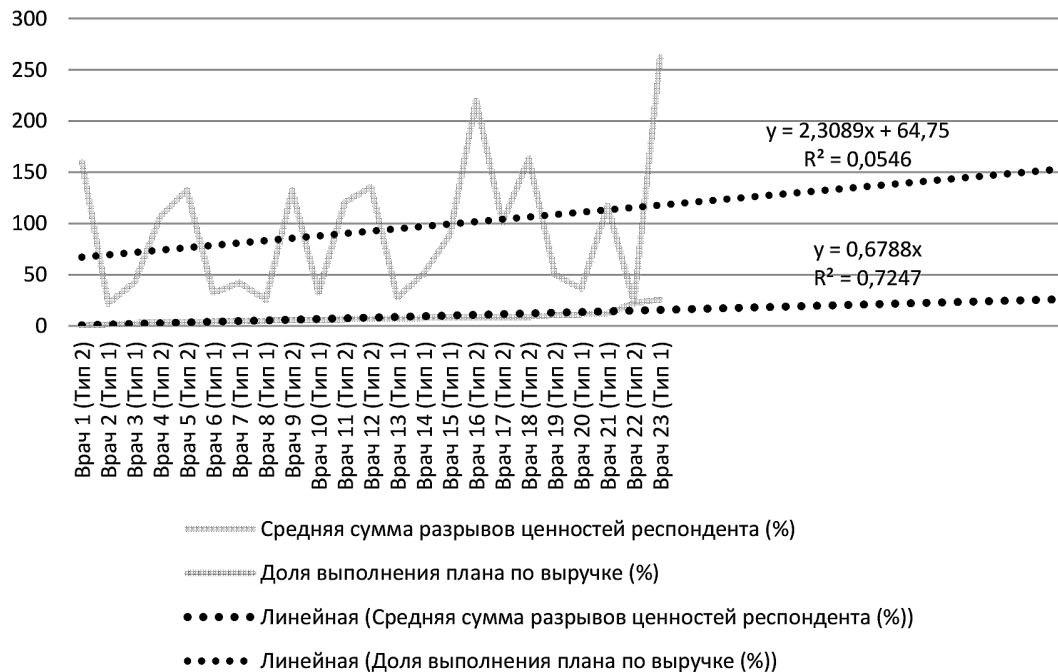


Рис. 1. Уравнения регрессии разрывов ценностей и доли выполнения плана по выручке в смешанной группе

выручке, мы их назвали группы 1 и 2 типа. Но перед тем, как удалось выявить эти две группы, мы исследовали и не нашли взаимосвязь между разрывами ценностей и долей выполнения плана по выручке² в смешанной группе врачей (рис. 1, таблица 1).

Коэффициент детерминации ($R^2 = 0,9042$) к модели регрессии разрывов ценностей свидетельствует о малой условной дисперсии данных, следовательно математическая модель описывает значения этого показателя реалистично. Однако, коэффициент детерминации ($R^2 = 0,0546$) уравнения регрессии доли выполнения плана по выручке меньше 0,5; это означает, что математическая модель описана не реалистично. Кроме того, мы не обнаружили статистически значимой взаимосвязи

между разрывами ценностей и выполнением плана по выручке (0,285).

Путём подбора составов респондентов по показателям «средняя сумма разрывов ценностей респондента» и «доля выполнения плана по выручке», нам удалось выявить две группы врачей-стоматологов, в которых обнаружили значимые взаимосвязи между ними: в группе 1 типа прямая взаимосвязь с сильной корреляцией (0,9), в группе 2 типа обратная со средней корреляцией (-0,6).

Несмотря на среднюю силу взаимосвязи (-0,6), а также большую дисперсию данных по разрывам ценностей во второй группе ($R^2 = 0,1954$) и данных по доле выполнения плана по выручке в первой ($R^2 = 0,4563$), мы изучили особенности представителей этих групп, но отметили необходимость проверки данных на группах с малой дисперсией данных показателей (рис. 2).

Количество врачей в группах 1 и 2 типов оказалось примерно одинаковым и по количеству (11 и 12 человек соответственно), и по гендерному составу. Средняя сумма разрывов ценностей респондента в среднем по группе тоже практически одинакова, разница составляет 0,3%. Работающих по совместительству в группе 2 типа на 49% больше, чем в группе 1 типа. Группы в 2 раза

ИП_{Власти})+(НИ_{Безопасность}-ИП_{Безопасность})/10, где НИ – значимость в баллах нормативных идеалов для респондента по ценностной ориентации от максимально возможного значения по шкалам SVS (%), ИП – значимость в баллах индивидуальных приоритетов для респондента по ценностной ориентации от максимально возможного значения по шкалам PVQ (%).

² – План по выручке рассчитывался индивидуально для каждого врача, с учетом «среднего чека» на одного пациента за прошедший период, который составил от 2 лет до 9 месяцев в зависимости от стажа работы врача в клинике, и норм приёма пациентов в смену (величина нормы зависит от специализации доктора), запланированного количества смен в месяц. Доля выполнения плана по выручке рассчитывалась как соотношение запланированного объема выручки к фактическому в процентах.





Таблица 1

Индивидуальные показатели респондентов групп 1 и 2 типов

Тип группы	Код респондента	Средняя сумма разрывов ценностей респондента (%)	Доля выполнения плана по выручке (%)
Тип 1	Врач 2	1,73	21,90
Тип 1	Врач 3	2,63	42,23
Тип 1	Врач 6	4,06	32,25
Тип 1	Врач 7	4,52	42,18
Тип 1	Врач 8	5,05	25,57
Тип 1	Врач 10	6,33	32,24
Тип 1	Врач 13	7,18	27,86
Тип 1	Врач 14	7,63	51,03
Тип 1	Врач 15	8,14	89,03
Тип 1	Врач 20	11,32	36,54
Тип 1	Врач 21	12,30	117,27
Тип 1	Врач 23	25,66	262,22
Тип 2	Врач 1	0,21	160,31
Тип 2	Врач 4	3,28	107,62
Тип 2	Врач 5	3,72	132,31
Тип 2	Врач 9	6,29	132,27
Тип 2	Врач 11	6,47	120,62
Тип 2	Врач 12	6,91	135,62
Тип 2	Врач 16	8,36	220,00
Тип 2	Врач 17	8,59	101,09
Тип 2	Врач 18	8,67	163,36
Тип 2	Врач 19	10,49	49,95
Тип 2	Врач 22	22,25	23,02

различаются по доле выполнения плана по выручке (таблица 2).

В структуре профиля ценностных ориентаций наблюдаются различия между группами: на втором месте в ранге по важности для респондентов в группе 1 типа находятся ценностные ориентации «достижение», а во второй «самостоятельность», третье место в группе 1 типа занимает «доброта», тогда как в группе 2 типа «доброта» на 4 месте. Обращает на себя внимание факт того, что в ТОП-3 ценностных ориентаций, значимых

по важности для респондентов, только разрывы ЦО «достижение», в группе 2 типа, статистически значимо связаны с долей выполнения плана по выручке. В группе 2 типа взаимосвязи средней силы выявлены только по трём ценностным ориентациям, разрывы ценностей коррелируют с выполнением плана по выручке, в группе 1 типа таких взаимосвязей шесть, но они менее значимы для респондентов, по сравнению с разрывами по ЦО «достижение», «доброта», «универсализм» в группе 1 типа (таблица 3).

Таблица 2

Отличия характеристик групп первого и второго типов

Тип группы	Количество врачей в группе	Средняя сумма разрывов ценностей респондента в среднем по группе (%)	Доля врачей, работающих по совместительству (%)	Гендерный состав	Доля выполнения плана по выручке в среднем по группе (%)
1-го типа (0,9)	12	8,0	33	Мужчин 4, Женщин 8	65
2-го типа (-0,6)	11	7,7	82	Мужчин 4, Женщин 7	122



Рис. 2. Уравнения регрессии разрывов ценностей и доли выполнения плана по выручке в группах первого и второго типов

Таблица 3

Ранг ценностных ориентаций по их важности для респондентов и сила корреляционных взаимосвязей между разрывами ценностей и долей выполнения плана по выручке в группах 1 и 2 типов

Ранг*	Группа 1 типа		Группа 2 типа	
	Ценностные ориентации	Сила взаимосвязи с выручкой**	Ценностные ориентации	Сила взаимосвязи с выручкой**
1	Зрелость	-0,101 (Слабая)	Зрелость	0,084 (Слабая)
2	Достижение	0,162 (Слабая)	Самостоятельность	-0,141 (Слабая)
3	Доброта	0,259 (Слабая)	Достижение	-0,592 (Средняя)
4	Социальность	0,044 (Слабая)	Доброта	-0,546 (Средняя)
5	Самостоятельность	0,61 (Средняя)	Безопасность	-0,044 (Слабая)
6	Безопасность	0,652 (Средняя)	Социальность	0,235 (Слабая)
7	Гедонизм	0,569 (Средняя)	Гедонизм	-0,227 (Слабая)
8	Универсализм	0,577 (Средняя)	Конформность	-0,153 (Слабая)
9	Конформность	0,638 (Средняя)	Универсализм	-0,641 (Средняя)
10	Стимуляция	0,228 (Слабая)	Власть	0,07 (Слабая)
11	Власть	0,295 (Слабая)	Стимуляция	-0,299 (Слабая)
12	Традиции	0,396 (Средняя)	Традиции	-0,023 (Слабая)

Примечания:

*1-наиболее значимая ЦО по важности для респондентов...12-наименее значимая ЦО по важности для респондентов.

**Сила взаимосвязи с выручкой – коэффициенты корреляции между значениями показателя «Доля выполнения плана по выручке в среднем по группе» и разрывов ценностей в среднем по группе, вычисляемых по формуле: сумма разрывов ценностей в среднем по группе = $\sum_{\text{ср. ориент.}} (\text{НИ}_{\text{ЦО}} - \text{ИП}_{\text{ЦО}})$, где ЦО-ценностные ориентации: Зрелость, Достижение, Доброта, Социальность, Самостоятельность, Безопасность, Гедонизм, Универсализм, Конформность, Стимуляция, Власть, Традиции; НИ – Доля значений нормативных идеалов по ценностной ориентации от максимально возможной (%); ИП – Доля значений индивидуальных приоритетов по ценностной ориентации от максимально возможной (%).





Нами был осуществлен сравнительный анализ влияния характеристик ценностных ориентаций на выполнение медицинскими сотрудниками плана по выручке (таблица 4).

Интересен тот факт, что взаимосвязь между нормативными идеалами и выручкой наблюдается только по факторам «конформность» и «доброта»,

но «конформность» не входит в TOP-3 ведущих ценностных ориентаций для респондентов, а ЦО «доброта» является важной ценностью для респондентов группы 2 типа.

Нормативные идеалы (НИ) только в группе 2 типа имеют взаимосвязь с выполнением плана по выручке. Индивидуальные приоритеты (ИП) – т.е. то, на что

Таблица 4

Влияние характеристик ценностных ориентаций на выполнение плана по выручке

Ценностные ориентации	Взаимосвязи между НИ и выполнением плана по выручке		Взаимосвязи между ИП и выполнением плана по выручке		Взаимосвязи между величиной разрывов ценностей и выполнением плана по выручке	
	1 тип	2 тип	1 тип	2 тип	1 тип	2 тип
Конформность	0,024	0,335*	-0,493*	0,504*	0,638*	-0,153
Традиции	-0,316	0,273	-0,535*	0,287	0,396*	-0,023
Доброта	0,113	0,334*	-0,057	0,651*	0,259	-0,546*
Универсализм	-0,114	0,019	-0,371*	0,52*	0,577*	-0,641*
Самостоятельность	0	-0,31	-0,349*	-0,139	0,61*	-0,141
Стимуляция	0,221	0,077	0,136	0,408*	0,228	-0,229
Гедонизм	0,263	-0,135	-0,205	0,075	0,569*	-0,227
Достижение	-0,086	-0,273	-0,18	0,231	0,162	-0,592*
Власть	-0,012	-0,181	-0,164	-0,322	0,295	0,07
Безопасность	-0,007	0,08	-0,386*	0,09	0,652*	-0,044

*p < 0,1

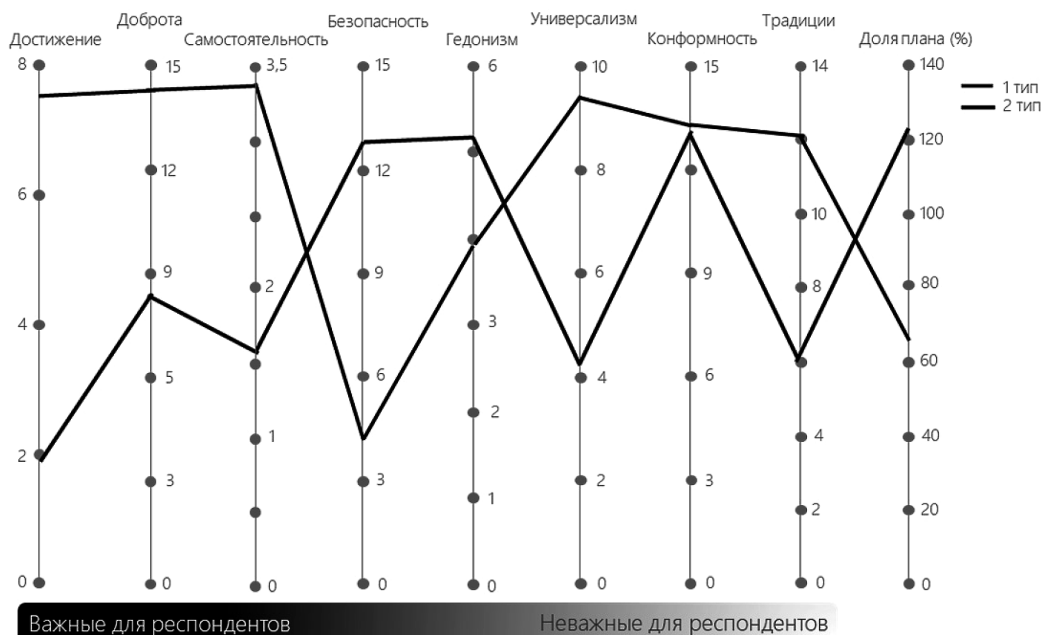


Рис. 3. Профиль разрывов между нравственными идеалами и индивидуальными приоритетами ценностных ориентаций, оказывающих влияние на выполнение плана по выручке (величины разрывов указаны в процентах, максимально возможная величина разрывов равна 100%)



врачи ориентируют своё поведение на практике влияет больше на выручку, чем их нормативные идеалы о поведении в той или иной ситуации. Можно предположить, что это связано с культурным прессингом на врача как со стороны коллег и руководства, так и со стороны пациентов. Величина разрывов ценностей по той или иной ценностной ориентации тоже имеет значение. Для лиц группы 1 типа взаимосвязи прямые, т.е. чем больше выражены разрывы ценностей, тем больше доля выполнения плана по выручке, следовательно для того, чтобы увеличить выручку, сотрудникам потребуется ещё больше «разгармонизировать» свои нормативные идеалы поведения к представлениям о своём поведении в реальной практике. Для лиц группы 2 типа, у которых наблюдается большая степень гармонии между НИ и ИП, по сравнению с сотрудниками группы 1 типа, наоборот увеличение разгармонизации приводит к уменьшению выручки (рис. 3).

Выводы

Выявленная взаимосвязь между особенностями ценностного профиля врачей-стоматологов и эффективности деятельности медицинской организации доказана, что позволяет предположить возможность увеличения экономической эффективности

медицинской организации при изменении управления сотрудниками с учётом указанных показателей.

На наш взгляд, для повышения экономической эффективности руководителям медицинских учреждений необходимо:

- Организовать деятельность по созданию культурных артефактов о нормативных идеалах тех ценностей, которые оказывают влияние на рабочий процесс.

- Учитывать данные ценностного профиля сотрудников для оптимального подбора состава команд (рабочей смены) для достижения соответствующих производственных целей (например, ценностный профиль персонала должен соответствовать ценностному профилю основного потока пациентов – это позволит меньшими затратами обеспечить конструктивное взаимодействие сотрудников медицинской организации с пациентами).

- Помогать сотрудникам как можно реже «пересобирать» свои ментальные модели реальности по отношению к таким ценностным ориентациям как «доброта», «достижение» и «самостоятельность».

- В качестве перспектив дальнейших исследований нами предполагается оценить влияние управляющих воздействий, осуществлённых руководителями филиалов после их информирования о ценностных профилях сотрудников.



Литература

1. Болучевская В.В. Ценностные ориентации и социально-психологические установки будущих специалистов помогающих профессий в процессе их профессионального самоопределения. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010. – № 3. URL: <http://medpsy.ru> (Дата обращения: 29.07.2020).
2. Головаха Е.И. Жизненная перспектива и ценностные ориентации личности // Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб.: Питер, 2002 – С. 258–259.
3. Гузич М.Э., Прибега А.В. Развитие ценностных профессиональных ориентаций студентов / Избранные вопросы современной науки: монография. М. – 2016. – С. 6–36.
4. Заболотная С.Г. Ценностное самоопределение будущего врача в медицинской профессии // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=24971> (Дата обращения: 30.07.2020).
5. Калмыкова И.Ю., Юдкевич М.М. Экономика и эмоции // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2006. – Т. 3. – № 3. – С. 61–87.
6. Кечина Э.А., Левина М.А., Насекина С.Н., Ефремова Л.В. Ценностные ориентации российских, арабских и африканских студентов на примере отношения к процедуре эвтаназии // Международный журнал экспериментального образования. – 2019. – № 6. – С. 67–71.
7. Милехин С.М., Дербенев Д.П., Чистякова О.М. Ценностные ориентации молодых врачей как основа эффективной коммуникации в системе «врач – пациент» // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики. – 2019. – С. 169–174.
8. Нукуштаева К.Е., Кубекова А.С. Современные ценностные ориентации студентов-медиков // Медицина и экология. – 2019. – № 2 (91). – С. 12–18.
9. Стенограмма выступления Путина на совещании о системе здравоохранения 29.07.2020 [Электронный ресурс]. <http://prezident.org/tekst/stenogramma-vystupleniya-putina-na-soveshchani-0-sisteme-zdravooohra-neniya-29-07-2020.html> (Дата обращения: 30.07.2020).





10. Шевченко Н.П. Акмеологический компонент деятельности врача // Медицина и образование в Сибири 2010. – № 1. – С. 10.
11. Chi-yue Chiu, Sherwin I. Chia and Wendy W.N. Wan, Measures of Cross-Cultural Values, Personality and Beliefs // Measures of Personality and Social Psychological Constructs. – 2015. – P. 621–651.
12. Harry C. Triandis. Sociocultural and Individual Differences // Comprehensive Clinical Psychology, 1998. [https://doi.org/10.1016/B0080-4270\(73\)00103-6](https://doi.org/10.1016/B0080-4270(73)00103-6)
13. Kees van den Bos, E. Allan Lind On Sense-Making Reactions and Public Inhibition of Benign Social Motives: An Appraisal Model of Prosocial Behavior // Advances in Experimental Social Psychology, 2013. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407188-9.00001-6>
14. Nedra R. Lander, Danielle Nahon n Integrity Model, Existential Perspective in Clinical Work With Men From a Gender and Health Perspective // The Psychology of Gender and Health, 2017. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803864-2.00009-2>

UDC 614.253; 159.9

Tsaranov K.N., Klimova E.M., Akimov T.V., Zvansky A.B., Tarbastaev A.G. **Value orientations of the doctor as predictor of efficiency of activity of the medical organization** (Moscow Metropolitan Governance Yury Luzhkov University, Moscow, Russia; Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, Moscow, Russia; Moscow Regional State University, Moscow Region, Russia; CJSC «MED. COM», Moscow, Russia)

Abstract. The article presents the results of an empirical study of the value orientations of dental clinic employees. It is suggested that gaps in human values are factors that influence professional activities in terms of communication (in the production team) and ultimately the profitability of the individual in the teams. The initial data is obtained from the reports of the clinic's medical information system and the Schwartz's Value Survey (SVS) and Portrait Values Questionnaire (PVQ). In addition, we used a retrospective analysis and a questionnaire survey. Doctors were divided into two groups based on the impact of value gaps on the share of revenue plan fulfillment (type one and type two groups). Attention is drawn to the direction of relationships in the group of the first type, all correlations of average strength are direct, in the group of type 2 – reverse. In the structure of the profile of value orientations, there are differences between the groups on the second place in importance for the respondents in the group of the first type are the value orientation (VO) "Achievement" and secondly, "Self-Direction", third place in the group of the first type is "Benevolence", whereas in the group of the second type of "Benevolence" in 4th place. To increase economic efficiency, managers of medical institutions need to organize activities to create cultural artifacts about the normative ideals of those values that affect the workflow, take into account the data of the employee's value profile for optimal selection of the team composition (work shift).

Keywords: effective team formation, personnel management, human resource, raise of patient treatment effectiveness.

Здравоохранение-2020



МИНЗДРАВ НАЧАЛ ОПРОС ГРАЖДАН ПО ПРИОРИТЕТАМ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В РЕГИОНАХ

На портале госуслуг начался опрос граждан, цель которого определить приоритеты региональных программ модернизации первичного звена. Принять участие в опросе может любой гражданин России старше 14 лет. Место жительства пользователя определяется автоматически по указанным им данным при регистрации на портале госуслуг. Это дает возможность территориальной привязки результатов опроса.

Предложенный опросник охватывает основные проблемы: доступность медицинской помощи, наличие необходимого медицинского оборудования, укомплектованность кадрами и их квалификация.

Старт региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения был сдвинут с 1 июля 2020 года на 1 января 2021 года. Такое решение было связано со сложной эпидемиологической обстановкой и колоссальными непредвиденными расходами на борьбу с коронавирусом. По решению Президента России на это выделено 0,5 трлн. руб. В сентябре на встрече с сенаторами Владимир Путин заявил, что при реализации региональных программ модернизации должен быть учтен опыт борьбы с коронавирусом.

Источник: пресс-служба Минздрава.

**А.Д. Харин,**

НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда, Казахстан,
e-mail: dr.azamat91@mail.ru, ORCID iD: 0000-0001-6259-5159

И.М. Сон,

д.м.н., профессор., ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России», г. Москва, Россия,
e-mail: son@mednet.ru, ORCID iD: 0000-0001-9309-2853

Б.К. Койчубеков,

д.б.н., профессор, НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда, Казахстан,
e-mail: Koychubekov@qmu.kz, ORCID iD: 0000-0002-8030-5407

Б.К. Омаркулов,

к.м.н., профессор, НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда, Казахстан,
e-mail: Omarkulov@qmu.kz, ORCID iD: 0000-0002-3955-4452

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ КАЗАХСТАНА

УДК: 614.812[574]

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-71-80

Харин А.Д., Сон И.М., Койчубеков Б.К., Омаркулов Б.К. Прогнозирование трудовых ресурсов в системе первичной медико-санитарной помощи Казахстана (НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда, Казахстан; ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Первичная медико-санитарная помощь является весьма эффективным и действенным способом устранения основных причин и рисков плохого состояния здоровья, а также решения возникающих проблем, угрожающих здоровью и благополучию в будущем.

Цель работы: Разработать модель прогнозирования потребности во врачах общей практики (ВОП) до 2030 года, с учетом различных входных данных в уравнениях, описывающих движение трудовых ресурсов в виде «потоков» и «накопителей» с использованием метода системной динамики.

Материалы и методы: Модель построена с использованием программы Any Logic, основываясь на сведениях об обеспеченности врачами ПМСП, демографических данных и общей распространенности заболеваний среди населения. Для прогнозирования потребности во врачах общей практики были рассмотрены три сценария. Базовым годом был 2018 год, прогнозирование проводилось до 2030 года.

Результаты: Все три сценария указывают на то, что при сохранении в будущем нынешнего количества выпускников-ВОП нехватка врачей первичного звена будет усугубляться. В целом дефицит может достигать более двух тысяч.

Выводы: Государственным органам и учреждениям образования необходимо принять меры по коррекции числа обучающихся по специальности «врач общей практики» во избежание роста дефицита врачей ПМСП в перспективе до 2030 года.

Ключевые слова: прогнозирование трудовых ресурсов, кадры здравоохранения, общественное здравоохранение, системная динамика.

Актуальность

Всемирная организация здравоохранения декларирует, что на сегодняшний день первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является высокоэффективным в экономическом плане звеном, призванным решать проблемы здоровья и, соответственно, благосостояния граждан в настоящем и будущем. С целью дальнейшего развития системы здравоохранения Правительство РК одобрило программу «Основные направления развития ПМСП в РК в 2018–2020 гг.» [1]. Важной частью данной программы является продвижение человеческих ресурсов для здоровья посредством создания эффективной методологии для кадрового планирования и прогнозирования.

В настоящее время не существует единого идеального инструмента для планирования кадровых ресурсов для медицины [2], хотя такие страны, как Австралия, Канада, Германия, Франция, Нидерланды и Великобритания имеют





богатую историю и ценный опыт в планировании, основанный на существующих потребностях в медицинских услугах [3, 4, 5, 6].

Эффективное планирование в этой области требует точного прогнозирования спроса и предложения на кадровые ресурсы. Существует несколько подходов, включая моделирование на основе потребностей, спроса и предложения, которые применяют различные методы, такие как регрессионные модели, имитационное моделирование и цепи Маркова [7, 8, 9]. Несмотря на разнообразие методов обязательными компонентами модели являются динамические переменные как со стороны спроса, так и со стороны предложения [7]. Для обеспечения ее полноты настоятельно рекомендуется включать эпидемиологические, демографические и ресурсные детерминанты [10].

Такой способностью обладает системная динамика (SD) – метод симуляционного моделирования и метод решения управленческих задач. Этот метод был введен компанией Forrester в 1956 году для планирования деловой и коммерческой деятельности и в настоящее время широко используется при разработке политики системы здравоохранения [11].

Применение системной динамики в сфере управленческого консалтинга и стратегического менеджмента очень широко – от моделирования поведения организации во время роста на рынке или преодоления «барьеров роста» (growth management) до стратегического менеджмента и принятия оптимальных управленческих решений, от логистики и управления цепями поставок, управления проектами до трансформации компании в «обучающую организацию» и управление знаниями [12, С. 55–67].

В основе системно-динамической модели лежит представление ресурсов в виде «потоков и накопителей» (stock and flow). Взаимодействие потоков во времени и представляет деятельность организации на каждом этапе существования. Понимание механизмов взаимодействия разнообразных ресурсов вносит важный вклад в анализ организации как интегрированной системы.

Системная динамика использовалась во многих исследованиях, посвященных прогнозированию кадровых ресурсов здравоохранения. [12, 14, 15, 16, 17]. Эта модель также полезна при разработке политики, основанной на фактических данных спроса и предложения рабочей силы, посредством прогнозирования целей на длительные периоды времени и реагирования на сценарии типа «что, если».

Большинство моделей прогнозирования тестируют разные сценарии, чтобы определить разные

будущие ситуации. Обычно это предполагает наличие базового сценария и одного или нескольких альтернативных сценариев [18]. Эти сценарии, как правило, основаны на определенных предположениях и оценивают вероятное влияние одного или нескольких факторов (например, изменение национального потенциала подготовки по специальностям или оценку последствий реформ для государственных расходов и увеличения налогов) для будущих кадров здравоохранения.

В исследовании для прогнозирования потребностей во врачах общей практики (ВОП) в Казахстане в период до 2030 года использовалась системная динамика, в модель были включены различные входные данные, оценивалось их влияние на уровень «запасов» и «потоков». В результате был разработан прогноз разницы между потребностями и фактическим обеспечением системы ПМСП врачами общей практики в будущем. Все действия государственных органов по регулированию кадровой политики также могут быть оценены посредством изменения показателей модели.

Материалы и методы исследования

Так как рынок трудовых ресурсов системы здравоохранения является динамической системой, подверженной влиянию целого ряда факторов, была создана модель системной динамики в программе Any Logic, с учетом «потоков» медработников, демографических показателей населения и распространенности заболеваний в различные годы. Исходным (базовым) годом для прогнозирования являлся 2018 год, а моделирование было выполнено до 2030 года.

Было рассмотрено три сценария развития будущей ситуации в области кадровых ресурсов ПМСП. В базовом сценарии мы прогнозируем потребности в работниках здравоохранения исходя из того, что при увеличении численности населения уровень услуг (определяемый как численность населения на одного врача) остается неизменным. Сценарий 1 рассматривает влияние установленных целевых показателей по предоставлению услуг на рынок труда и Сценарий 2 – это модель, основанная на потребностях в медицинских услугах.

Элементы модели описывают три стадии процесса прогнозирования (рис. 1).

Первая стадия – оценка ситуации в исходном году (левая часть модели). Для этого необходимо знать общее количество врачей, работающих в ПМСП

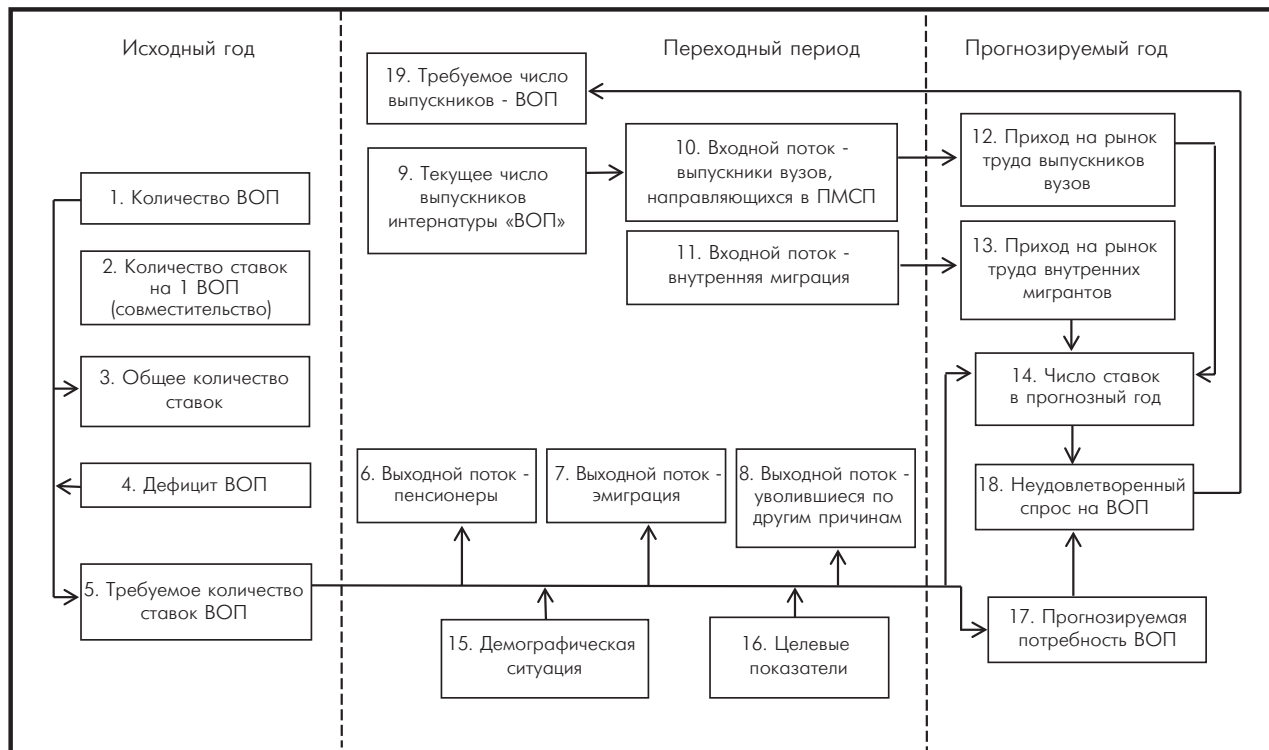


Рис. 1. Структура модели прогнозирования

в данном году (блок 1). Поскольку многие врачи работают более, чем на одну ставку, определяется среднее количество ставок на одного врача (блок 2). Далее рассчитывается общее количество занятых ставок (блок 3), плюс дефицит врачей (блок 4). В результате получаем потребность во врачах в базовом году (блок 5).

Вторая стадия – процессы в переходный период (центральная часть). Необходимо оценить ожидаемое количество увольнений по причине достижения пенсионного возраста (блок 6), по причине эмиграции (блок 7) и другим причинам (с целью повышения квалификации, миграция в пределах страны, переход на другую специализацию, призыв в армию, переход в другую область деятельности, декретные отпуск, больничные и смерть (блок 8). Также в переходном периоде увеличение (уменьшение) потребности во врачах может быть обусловлено демографическими трендами (блок 15) или необходимостью достижения целевых показателей (например, увеличение продолжительности жизни, снижение заболеваемости и т.д. (блок 16). Все эти процессы суммарно определяют «спрос» на врачей к концу переходного периода (блок 17).

Одновременно в этом периоде происходит подготовка новых врачей в учреждениях образования

(блоки 9, 10) и приток кадров за счет внутренних мигрантов (блок 11). Суммарно эти потоки обуславливают рынок труда в прогнозируемом году – «предложение» (блоки 12, 13, 14).

Третья стадия – ситуация в прогнозируемом году (правая часть модели). На этой стадии оценивается баланс между спросом и предложением на рынке труда (блок 18), а также вырабатываются корректирующие мероприятия для ликвидации возможного дисбаланса (как правило, это рекомендации по увеличению выпускников медицинских вузов).

Таким образом, модель складывается из 2 главных компонентов: субмоделей предложения и спроса.

Субмодель предложения состоит из «запаса», «притока» и «оттока». Запас характеризует ситуацию на настоящий момент, приток включает выпускников ВОП и вновь трудоустроившихся внутренних мигрантов, а отток включает уволившихся по причине выхода на пенсию, эмигрировавших, уволившихся по другим причинам.

Субмодель спроса рассчитывает необходимое количество ВОП для удовлетворения потребности системы здравоохранения. В связи с этим, концептуальная основа данной модели основана на 3 элементах: численности населения, потребности





в медуслугах и уровне оказания данных услуг врачами общей практики.

Ситуация для каждого прогнозируемого года вычисляется как сумма притока и оттока

$$Stock(t) = \int_0^t [Inflow - Outflow] ds + Stock(t_0).$$

Данные для модели и их источники представлены в таблице 1.

Чтобы оценить различные потоки, использовались данные последних 4 лет, предоставленные нам Отделом науки и человеческих ресурсов МЗ РК. В соответствии с ними, каждый год примерно 1% работников ПМСП уходят на пенсию. Эмигрируют из страны примерно 0,1% от общего числа работников ПМСП, текучесть кадров по другим причинам (с целью повышения квалификации, миграция в пределах страны, переход на другую специализацию, призыв в армию, переход в другую область деятельности, декретный отпуск, больничные и смерть) примерно составляет 15%, прием новых кадров (за исключением выпускников медицинских вузов) – около 10%. Все эти данные были использованы в нашей модели.

В 2018 г. в системе ПМСП насчитывалось 10314 врачей. В среднем один врач работал на 1,02 ставки. С учетом этого общее количество штатных должностей 2018 г. составило 10520. Поскольку в этом году наблюдался дефицит кадров в 3%, то общее количество ВОП, работающих на одну полную ставку, должно быть 10836. Соответственно, нагрузка (*standard*) на одного врача составила 1678 человек.

Основным источником пополнения медицинских кадров является отечественная система образования. Период обучения для ВОП составляет 7 лет: 5 лет бакалавриата по специальности «общая медицина», затем 2 года интернатуры. По информации Отделов занятости медицинских вузов примерно 30% поступающих на специальность «общая медицина» после завершения интернатуры направляются в систему ПМСП.

В 2015–2018 гг. государство уменьшало количество грантов на медицинские специальности, включая «общую медицину». В последующие годы, с 2019 по 2021 гг., планируется оставить количество грантов неизменным на уровне 2700. Было условно принято, что в период с 2019 по 2030 гг. ежегодно 900 выпускников ВОП будут пополнять рынок труда.

Прогноз численности населения Республики на 2019–2030 годы основывался на следующей модели:

$$P_t = P \left(1 + \frac{Gr}{1000} \right)^t, \text{ где}$$

Gr – темп роста населения (уровень рождаемости – уровень смерти + уровень иммиграции – уровень эмиграции);

P – численность населения на текущий год;

P_t – численность населения на прогнозируемый год.

Элементы субмодели предложения, выполненной в программе Any Logic, представлены на рис. 2. Основным элементом – накопитель GP характеризует

Таблица 1

Источник данных

Элемент	Значение	Источник
Новые выпускники в год (все медицинские вузы Казахстана)	900	Департамент науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения
Прием на работу	10%	Департамент науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения
Выход из состава работников здравоохранения в связи с выходом на пенсию	1%	Департамент науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения
Выход из состава работников здравоохранения по другим причинам	15%	Департамент науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения
Средняя численность населения на одну штатную единицу ВОП	1678	Республиканский центр развития здравоохранения
Рождаемость в 2018 году	21,64	Комитет статистики Казахстана
Смертность в 2018 году	7,15	Комитет статистики Казахстана
Коэффициент иммиграции в 2018 году	0,86	Комитет статистики Казахстана
Уровень эмиграции в 2018 году	2,09	Комитет статистики Казахстана
Среднее число посещений на человека в 2018 году	2,5	Республиканский центр развития здравоохранения
Среднее посещение пациента на одного ВОП в 2018 году	4689	Республиканский центр развития здравоохранения

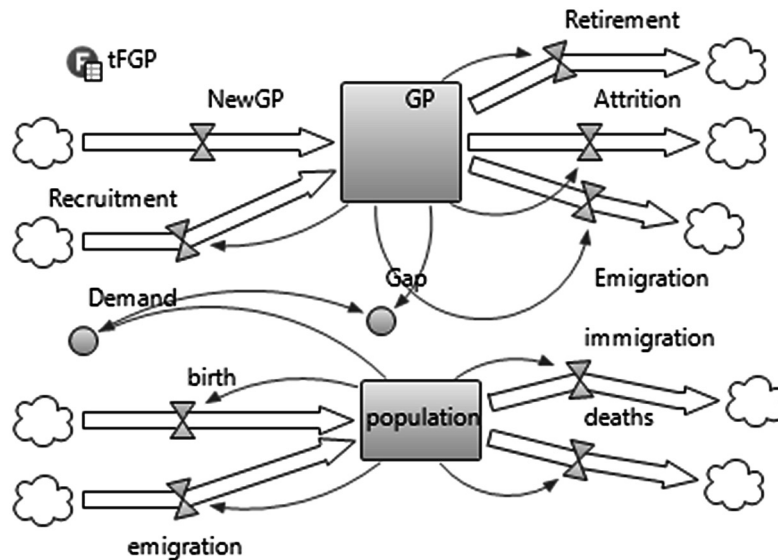


Рис. 2. Модель прогнозирования методом системной динамики

количество врачей в текущий момент времени (начальное значение 10314).

Входными потоками являются:

- количество выпускников ВУЗов $NewGP$ (задано постоянной функцией $tFGP$);

- внутренние мигранты ($Recruitment = 0,1GP$).

Выходные потоки:

- выход на пенсию ($Retirement = 0,01GP$);
- увольнение по другим причинам ($Attrition = 0,15GP$);
- эмиграция ($Emigration = 0,001GP$).

Субмодель спроса включает в себя накопитель $Population$ – население Республики (начальное значение 18 182 015 человек).

Входными потоками являются:

- рождаемость ($birth = Population * 21,64 / 1000$);

- иммиграция ($immigration = Population * 2,09 / 1000$).

Выходные потоки:

- эмиграция ($emigration = Population * 0,86 / 1000$);

- смертность ($deaths = Population * 7,15 / 1000$).

Спрос на врачей ($Demand$) определялся в соответствии со сценарием, и далее рассчитывалась разница (Gap) между спросом и предложением.

Результаты

Базовый сценарий: Модель соотношения «трудовые ресурсы – население»:

При таком подходе используются два входных параметра – общая численность населения и среднегодовая численность населения на одного ВОП.

Как уже было показано, в 2018 году нагрузка на одного врача составила 1678 населения и мы предположили, что в последующие годы она останется неизменной. Тогда ежегодная потребность ВОП рассчитывается путем деления численности населения на среднегодовую нагрузку. Дефицит трудовых ресурсов оценивается как разница между возрастающими потребностями и доступным предложением.

В настоящее время в ПМСП Казахстана наблюдается дефицит рабочей силы, несмотря на то, что в среднем врачи работают больше чем на одну ставку. Минздрав оценивал дефицит кадров в 2018 году в 3%, что составило 522 врача.

Модель системной динамики показывает, что в последующие годы, в соответствии со сценарием, потребность в ВОП увеличится, как результат увеличения численности населения (рис. 3).

Количество ВОП в прогнозируемом периоде также увеличится благодаря ежегодному выпуску 900 врачей. Это позволит в какой-то степени восполнить недостаток кадровых ресурсов, но не покроет полностью потребности. Дефицит кадров уменьшится в период с 2019 по 2025 годы, а затем опять возрастет до 463 врачей в 2030 году.

Сценарий 1: Метод установления целевых показателей по предоставлению услуг

Целевой подход определяет контрольные показатели оказания (и предполагаемого использования) разных типов услуг в области здравоохранения и учреждений, предоставляющих их на основе ряда допущений, и определяет, как должны изменяться их



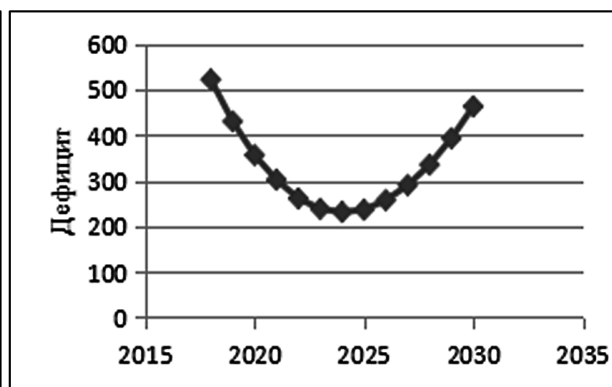


Рис. 3. Прогноз потребности и предложения ВОП (базовый сценарий)

число, объем и кадровое обеспечение в соответствии с нормами производительности. В Казахстане на ВОП возлагаются обязательства в обслуживании 2000 человек без деления на возрастные категории. Однако каждое медицинское учреждение ежегодно имеет право скорректировать это соотношение. Таким образом, одна штатная должность ВОП в среднем рассчитана на 1678 человек. Государство планирует снизить данный стандарт до 1500 человек к 2023 году [1]. В правительственных документах конкретный график такого сокращения не указан, поэтому мы предположили постепенное снижение нагрузки до 1600 человек в период с 2019 по 2022 гг. и до 1500 в 2023 и последующие годы. Данные изменения увеличат потребности в ВОП.

Спрогнозированные значения, полученные на основе нашей модели, показаны в *таблице 2*.

При таком развитии событий будет наблюдаться большой разрыв между потребностями и возможностями на рынке труда, дефицит будет составлять примерно 800–900 врачей в год до 2022 г. В последующих 2023–2030 годах ситуация ухудшится, и дефицит ВОП приблизится к 2000, достигая 2016 врачей в 2030 г. (*рис. 4*).

Сценарий 2: Модель на основе потребностей в медицинских услугах

Метод определения потребностей в медицинской помощи – это подход, который анализирует вероятные изменения в потребностях населения в услугах здравоохранения на основе изменений

Таблица 2

Результаты модели целевых показателей

	население	нагрузка	спрос	увольнения	прием на работу	эмиграция	выход на пенсию	выпуск ВОП	предложение	дефицит
2019	18469981	1600	11544	1587	1058	11	106	900	10577	967
2020	18762507	1600	11727	1624	1082	11	108	900	10825	902
2021	19059666	1600	11912	1659	1106	11	111	900	11057	855
2022	19361532	1600	12101	1691	1128	11	113	900	11277	824
2023	19668179	1700	13112	1722	1148	11	115	900	11483	1629
2024	19979682	1700	13320	1751	1168	12	117	900	11677	1644
2025	20296119	1700	13531	1779	1186	12	119	900	11859	1672
2026	20617568	1700	13745	1805	1203	12	120	900	12030	1715
2027	20944108	1700	13963	1829	1219	12	122	900	12192	1771
2028	21275819	1700	14184	1852	1234	12	123	900	12344	1840
2029	21612784	1700	14409	1873	1249	12	125	900	12487	1922
2030	21955086	1700	14637	1893	1262	13	126	900	12621	2016



Рис. 4. Прогноз спроса и предложения ВОП (целевой подход)

в структуре заболеваемости, формах инвалидности и видах травматизма, а также объеме и видах услуг, необходимых для обеспечения этих результатов. Данный подход предполагает сбор и анализ совокупности демографических, социокультурных и эпидемиологических данных

Развитие первичной медико-санитарной помощи в Казахстане направлено на то, чтобы сделать ПМСП точкой входа в систему здравоохранения и местом для предоставления большинства медицинских услуг. В рамках данного подхода три входных показателя – общая распространенность заболеваний, среднее число посещений на пациента в год и среднее число посещений пациентом на одного ВОП в год – были использованы для расчета потребностей в рабочей силе (рис. 4). При этом предполагается, что среднее число посещений пациентом на одного ВОП в год и среднее число посещений пациентов с заболеваниями в год останутся неизменными в период прогнозирования (таблица 1).

Чтобы спрогнозировать эпидемиологическую ситуацию до 2030 г., мы использовали данные предыдущих лет и нашли сильную корреляцию ($r = 0,95$) между численностью населения и общей заболеваемостью. Общая заболеваемость на каждый

прогнозируемый год была рассчитана по полученному уравнению регрессии:

Общая распространенность заболевания = $1,22769 \times \text{население}$.

Результаты регрессионного анализа приведены в таблице 3.

В соответствии с нашим прогнозом, с 2019 по 2030 гг., средний уровень роста численности населения в Казахстане составит 1,6%, который приведет к увеличению потребностей в медицинских услугах. В рамках подхода, основанного на потребностях, уже в 2019 г. дефицит составил бы 1512 ВОП, а число необходимых врачей с 2018 по 2030 гг. увеличилось бы на 33%. Как и в предыдущем сценарии, дефицит кадров будет частично покрыт выпускниками университетов, но начиная с 2025 года он начнет расти и достигнет 1749 ВОП в 2030 году (рис. 5).

Обсуждение

В настоящее время в Казахстане идет процесс модернизации первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранения. В будущем главным элементом ПМСП будут врачи общей практики, которые имеют знания и навыки оказания помощи в случае самых распространенных заболеваний среди всех возрастных групп, которым ассистирует команда,

Таблица 3

Оценка уравнения регрессии

Сводка регрессии для зависимой переменной: Распространенность (Spreadsheet1)						
$R = ,95183859$ $R^2 = ,90599670$ Adjusted $R^2 = ,89876567$ $F(1,13) = 125,29$ $p < 0,00000$						
	Beta	Std. Err. – of Beta	B	Std. Err. – of B	t(13)	p-level
Intercept			-3155272	1783496	-1,76915	0,100308
население	0,951839	0,085035	1,22769	0	11,19344	0,000000



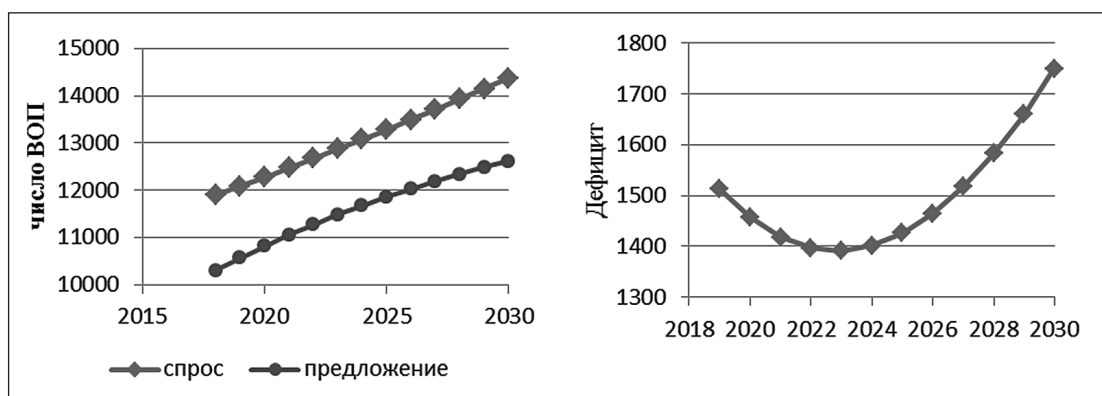


Рис. 5. Прогноз в рамках подхода, основанного на потребностях в медицинских услугах

состоящая из квалифицированного среднего мед-персонала, социальных работников и других профессионалов. Сегодня в Казахстане 15 университетов, имеющих медицинские факультеты. Большинство студентов учатся бесплатно по государственному гранту. После окончания интернатуры, они имеют право самостоятельно решать начать работать в ПМСП или продолжить обучение с целью получения узкой специализации. Государство предпринимает различные меры по поддержке врачей общей практики, особенно в сельской местности, однако, несмотря на это, существует их дефицит.

В данном исследовании мы рассмотрели три сценария прогнозирования кадровых ресурсов ПМСП до 2030 г. Все они указывают на то, что при настоящем количестве выпускников проблема дефицита ВОП усугубится (таблица 4).

Даже в базовом сценарии, основанном на простом росте численности населения государства, ежегодный выпуск 900 ВОП не является достаточным, чтобы закрыть дефицит ВОП. Начиная с 2025 г., дефицит увеличится и достигнет своего пика в 2030 г. (590 ВОП).

Данная ситуация еще больше ухудшится, если будет реализован сценарий, основанный на целевых индикаторах. Уменьшение нагрузки (1500 человек на 1 ВОП) требует увеличения выпуска врачей ПМСП. Иначе, дефицит может достигнуть более чем 2000.

В соответствии с 3 сценарием, рост численности населения в государстве приведет к повышению потребностей в медицинских услугах. Данный фактор также должен быть принят во внимание во время разработки государственных программ развития здравоохранения. Согласно данным нашей модели, изменение эпидемиологической ситуации (рост общей распространенности заболеваний) потребует дополнительного кадрового ресурса.

На сегодняшний день единственным источником ВОП являются медицинские университеты. В Казахстане готовится реформа высшего медицинского образования. Вместо формулы 5+2 (бакалавриат плюс интернатура) предлагается шестилетнее обучение в вузе и затем резидентура, направленная на практическую деятельность.

Сейчас работники Министерства здравоохранения и медицинских университетов рассматривают меры, которые помогут избежать последствия перехода с одной системы на другую.

Применение методов системной динамики для анализа различных стратегий подготовки врачей ПМСП могут помочь в разработке оптимальной кадровой политики, которая принимает во внимание усложненность социальной и экологической обстановки и многообразие перспектив. Главная цель созданной модели – спрогнозировать последствия

Таблица 4

Разрыв между потребностями и предложениями ВОП

год	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Базовый	430	356	302	261	238	231	236	257	290	335	393	463
Целевой	967	902	855	824	1629	1644	1672	1715	1771	1840	1922	2016
Основанные на потребностях	1512	1457	1418	1397	1391	1401	1426	1465	1517	1582	1660	1749



различных стратегий, направленных на улучшение потенциала казахстанской системы здравоохранения. Медицинским университетам требуется определенное время для подготовки специалистов. С точки зрения модели это является задержкой во времени, что негативно влияет на поведение целой системы. Модель была разработана для использования организаторами здравоохранения с целью прогнозирования эффектов потенциальных изменений, которые необходимо осуществлять уже сегодня.

Хотя модель является эффективным инструментом планирования, учитывающим влияние нормативных решений на сектор здравоохранения, она имеет ограничения. Модель настолько реалистична, насколько реалистичны параметры, заложенные в ней. Проблема получения объективных данных о медицинских кадровых ресурсах является самым главным препятствием в достижении точности модели. К счастью, сама модель и программное обеспечение, с помощью которой она была реализована, позволяют модифицировать параметры – количество выпускников, показатель выхода на пенсию,

эмиграции и др. Это дает возможность увидеть, что могло бы произойти, если данные параметры в рамках программы планирования были бы изменены. Они являются инструментами в руках организаторов здравоохранения, используемыми для реализации стратегии развития человеческих ресурсов.

Выводы

На данном этапе исследования было рассмотрено три сценария прогнозирования кадровых ресурсов ПМСП до 2030 г. Все они указывают на то, что при настоящем количестве выпускников, проблема дефицита ВОП усугубится.

Государство предпринимает различные меры по поддержке врачей общей практики, особенно в сельской местности, однако, несмотря на это, в республике сохраняется дефицит врачей ПМСП. Государственным органам и учреждениям образования необходимо принять меры по коррекции числа обучающихся по специальности «врач общей практики» во избежание роста дефицита врачей ПМСП в перспективе до 2030 года.



Литература

1. Основные направления развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан на 2018–2022 годы. https://online.zakon.kz/document/?doc_id=37204795#pos=0;100
2. Goodman D.C., Fisher E.S. Physician workforce crisis? Wrong diagnosis, wrong prescription. *N Engl J Med* 2008, 358:1658–1661.
3. Joyce C.M., McNeil J.J., Stoelwinder J.U. Time for a new approach to medical workforce planning. *MedJ Aust* 2004, 180:343–346.
4. Tess D., Armstrong K. Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC) & AMWAC General Practice Working Party General Practice Workforce Modelling. Technical Paper, 2005.
5. Warwick C. et al. The Australian Medical Workforce: Workforce Characteristics and Policy Update. Session 1: Medical Workforce Characteristics and Policy Update – Australia, 2000.
6. Lorne Verhulst CBF, Mike M. To Count Heads or To Count Services? Comparing Population-to-Physician Methods with Utilization-Based Methods for Physician Workforce Planning: A Case Study in a Remote Rural Administrative Region of British Columbia. *Healthcare Policy/ Politiques de Santé* 2007, 2:178–192.
7. Roberfroid D., Leonard C., Stordeur S. Physician supply forecast: Better than peering in a crystal ball? *Hum Resour Health*, 2009; 7:10.
8. Busato A., Künzi B. Primary care physician supply and other key determinants of health care utilisation: The case of Switzerland. *BMC Health Serv Res*, 2008; 8:8.
9. Retail Online Integration. Contact Centers: How to Calculate Staff Levels and Scheduling Requirements. Available from: <http://www.retailonlineintegration.com/article/contact-centers-how-calculate-staff-levels-scheduling-requirements-27109/1> [Last retrieved on 2011 Jul 13].
10. Murphy T.G., Birch S., MacKenzie A. Needs based Health Human Resources Planning: the Challenge of Linking Needs to Provider Requirements. Ottawa: Canadian Nurses Association and Canadian Medical Association, 2007.
11. Araseki M., Yokooka Y., Ishikawa T., Ogasawara K. The number of Japanese radiologic technologists will be increased in 40 years. *Radiol Phys Technol*, 2013; 6:467:73.
12. Лычкина Н.Н. Ретроспектива и перспектива системной динамики. Анализ динамики развития. / – М.: Научно-практический журнал «Бизнес-информатика». – 2009. – № 3(9). – С. 55–67.
13. Homer J.B., Hirsch G.B. System dynamics modeling for public health: Background and opportunities. *Am J Public Health*, 2006; 96:452:8.





14. Joyce C., McNeil J., Stoelwinder J. More doctors, but not enough: Australian medical workforce supply 2001–2012. *Med J Aust*, 2006; 184:441:6.
15. Mills M.D., Thornewill J., Esterhay R.J. Future trends in the supply and demand for radiation oncology physicists. *J Appl Clin MedPhys*, 2010; 11:3005.
16. Chung S.H., Jung Chae D., Yoon S., Lee D. A dynamic forecasting model for nursing manpower requirements in the medical service industry. *Serv Bus*, 2010; 4:225:36.
17. Barber P., Lopez Valcarcel B.G. Forecasting the need for medical specialists in Spain: Application of a system dynamics model. *Hum Resour Health*, 2010; 8:24.
18. World Health Organization. Models and tools for health workforce planning and projections. Geneva. 2010.

UDC 614.812(574)

Kharin A.D., Son I.M., Koichubekov B.K., Omarkulov B.K. *Forecasting of labor resources in the system of primary health care in Kazakhstan* (Karaganda Medical University, Karaganda, Kazakhstan; Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. Primary health care is a highly effective and efficient way to tackle the root causes and risks of poor health status, and to address emerging problems that threaten future health and well-being.

Goal: Develop a model for predicting the need for general practitioners (GPs) until 2030, taking into account various input data in the equations describing the movement of labor resources in the form of “flows” and “stocks” using the method of system dynamics.

Methods: The model was built using the Any Logic program, based on information about the availability of primary health care doctors, demographic data and the general prevalence of diseases in the population. Three scenarios were considered to predict the need for general practitioners. The base year was 2018, the forecast was carried out until 2030.

Results: All of three scenarios indicate that with the current number of graduated GPs, the shortage of primary care physicians will be exacerbated. In general, the shortage can reach more than two thousand.

Conclusion: Government and medical universities need to take measures to correct the number of students in the specialty of “General Practitioner” in order to avoid a growing shortage of primary care physicians in the future until 2030.

Keywords: human resources forecasting, health care workforce, system dynamics, public health.

Здравоохранение-2020



МИНЗДРАВ ДАСТ ВРАЧАМ БОЛЬШЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ

Минздрав предлагает расширить возможности профессиональной переподготовки врачей. Например, если раньше онкологом можно было стать только после окончания ординатуры/интернатуры по акушерству и гинекологии, терапии или хирургии, то в предложенном проекте этот перечень включает также офтальмологию, эндоскопию, нейрохирургию и ряд других специальностей. Аналогичные меры предлагаются для направлений «инфекционные болезни», «клиническая фармакология» и «рентгенология».

Минздрав подготовил очередные изменения квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием. «Это должно расширить возможности переподготовки», – сказано в пояснительной записке. К тому же данные изменения явно нацелены на ликвидацию кадрового дефицита.

Проектом приказа предусмотрено, что для получения специальности «клиническая фармакология» достаточно будет пройти переподготовку тем, кто уже окончил ординатуру/интернатуру по одной из специальностей: «акушерство и гинекология», «аллергология и иммунология», «анестезиология-реаниматология», «гастроэнтерология», «гематология», «гериатрия», «дерматология» и других. К списку специалистов, которые смогут переучиться на рентгенологов, добавили радиологов и УЗ-диагностов.

Изменения коснутся также специальностей: «фармация», «лечебная физкультура и спортивная медицина», «мануальная терапия», «рефлексотерапия», «колопроктология».

Источник: портал правовой информации для общественного обсуждения



Во исполнение поручения Министра здравоохранения РФ от 02.03.20 г. № 37 Федеральный фонд ОМС письмом от 08.04.20 г № 4654/30-1/и предписал страховым медицинским организациям (СМО) системы ОМС провести целевую экспертизу качества медицинской помощи (ЭКМП), оказанной по страховым случаям с диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 с летальным исходом.

А.А. Старченко,

д.м.н., профессор, эксперт качества медицинской помощи системы ОМС

COVID-19 С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ: МЕТОДОЛОГИЯ, ФОРМУЛИРОВКИ И ОБОСНОВАНИЯ ДЕФЕКТОВ КАЧЕСТВА

В настоящее время внебольничная пневмония (ВП) является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней. Согласно данным ВОЗ по состоянию на 2015 г., заболевания органов дыхания находятся на четвертом месте среди причин смерти и обуславливают 3,19 млн. смертей в год [25]. В РФ летальность среди больных с тяжелой внебольничной пневмонией составляет от 21 до 58%. [10]. Статистические данные и результаты международных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что пневмония своевременно не диагностируется примерно у 1 млн. человек, а смертность от тяжелых форм пневмонии достигает 10% [18]. По данным литературы, ошибки при диагностике пневмоний в России составляют около 30% [20]. Л.Г. Дуков и А.И. Ворохов (1988) представили типичные ошибки эмпирической антимикробной терапии пневмонии: 1) неправильный выбор этапа лечения; 2) ошибки в выборе исходного препарата; 3) ошибки в определении оптимальных доз антибиотиков; 4) нарушение правил введения лекарственных средств; 5) необоснованное применение комбинаций антибиотиков; 6) использование нерациональных сочетаний антибиотиков; 7) неудачный выбор антибиотиков среди сходных по эффективности, но с различной токсичностью; 8) неосторожность при использовании антимикробных препаратов в некоторых ситуациях; 9) несоблюдение преемственности терапии; 10) позднее начало лечения; 11) врачебное расточительство [5].

Ж.М. Оралбековой (2013) на основе анализа 1497 летальных случаев внебольничной пневмонии сделаны следующие выводы. 1. Летальность при ВП

составляет 28,6%, причем только в 6,4% она является основной патологией, а в 93,6% – фатальным осложнением хронической обструктивной болезни легких, хронической алкогольной интоксикации, кардиоваскулярных и онкологических заболеваний. 2. На практике недооцениваются факторы риска летального исхода, не ведется мониторинг за течением заболевания, и недостаточно используются современные диагностические и лечебные пособия. 3. Невыполнение клинических рекомендаций по ведению больных с внебольничной пневмонией способствует высокой досрочной летальности, несвоевременной госпитализации в отделения интенсивной терапии и позднему началу антибактериальной терапии. 4. Ситуация осложняется высоким процентом расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов при ВП: в Москве он составляет 25%, в Санкт-Петербурге – 23,9% [8, 9].

С.А. Гладковым (2016) установлено, что при гриппе частота возникновения бактериальной коинфекции легких – 37,8%, ее танатологическая значимость – 24,4%. Значительные легочные бактериальные осложнения достоверно чаще развиваются у поздно поступивших в стационар и у пациентов с длительными сроками госпитализации. Ведущие причины смерти пациентов с лабораторно подтвержденным гриппом: респираторный дистресс-синдром (71,1%), бактериальные осложнения (26,7%), в том числе легочные (24,4%), декомпенсация хронической сердечной недостаточности (2,2%) [2].

К непосредственным причинам смерти при тяжелой ВП относят: рефрактерную гипоксемию; септический шок; полиорганную недостаточность [11].

© А.А. Старченко, 2020 г.





Р.И. Шаймуратов (2018), анализируя структурный анализ причин летальных исходов пациентов госпитализированных с внебольничной пневмонией в стационары Татарстана, установил, что факторами риска развития летального исхода являются: 1) хроническое поражение печени; 2) алкоголизм; 3) вирусный гепатит С; 4) наркотическая зависимость; 5) отсутствие назначений защищенных пенициллинов; 6) получение цефалоспоринов 1 и 2 поколения, метронидазола; 7) позднее обращение и госпитализация. Факторами благополучного исхода являются: 1) положительная динамика на рентгенограмме; 2) низкие показатели шкал CRB-65 и CURB-65; 3) поступление в стационар в ясном сознании, с выраженной интоксикацией; 4) участие в лечении пульмонолога. Критерии качества оказания медицинской помощи наравне с факторами риска вносят вклад в прогноз внебольничной пневмонии; следует учитывать, что управлять критериями качества проще, чем факторами риска. Несоблюдение рекомендаций по оказанию медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией может привести к летальному исходу, даже если у пациентов отсутствуют факторы риска летального исхода [23].

С.А. Рачина (2006) выделила индикаторы «процесса» лечения при ВП, имеющие наибольшую доказательную базу и их взаимосвязь с исходом лечения: 1) раннее начало АБТ (4–8 ч. после поступления в стационар) – снижение летальности и уменьшение срока пребывания в стационаре; 2) адекватный выбор стартового режима АБТ с учетом национальных/локальных рекомендаций и активности в отношении атипичных возбудителей (госпитализированные пациенты) – снижение летальности и сокращение срока пребывания в стационаре; 3) раннее выявление пациентов с тяжелой ВП, требующей госпитализации в ОИТ – снижение летальности [12].

М.А. Уметов (2016) представил важные индикаторы качества медицинской помощи при ВП у госпитализированных пациентов: – бактериологическое исследование мокроты до назначения антибиотиков; – бактериологическое исследование крови до назначения антибиотиков при тяжелой ВП; – введение первой дозы системного АМП в срок < 4 ч. (при септическом шоке < 60 мин.) с момента госпитализации; соответствие стартового режима антибактериальной терапии национальным клиническим рекомендациям [16].

Е.И. Христолюбова (2006) выявила ошибки диагностики и лечения внебольничных пневмоний: – у госпитализированных больных диагностические ошибки обусловлены неправильной трактовкой рентгенологической картины и связанной с этим гипердиагностикой (14%); – у больных с внебольничной пневмонией, умерших в стационарах, диагностические ошибки чаще наблюдались при летальном исходе в первые трое суток и у пациентов старше 70 лет (38,5%). Причинами ошибочной диагностики являлись: общее тяжёлое состояние, атипичная клиника заболевания, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений, маскирующих пневмонию, то есть носили объективный характер; – наиболее частой лечебной ошибкой, которая носит субъективный характер, является неправильный выбор препарата при стартовой антибактериальной терапии (22%) и при её смене (29,8%), не учитывается тяжесть заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии (42,3%) [22].

Л.И. Дворецкий (2009) выделяет следующие основные ошибки ведения пациентов с пневмонией: – диагностика и верификация пневмонии; – оценка тяжести заболевания; – выбор антибактериального препарата; – оценка эффективности назначенного антибактериального препарата; – коррекция антибактериальной терапии; – длительность антибактериальной терапии; – полипрагматизация при лечении больных пневмонией. К ошибкам антибактериальной терапии внебольничной пневмонии относятся: – несвоевременность начала антибактериальной терапии; – неверный выбор препарата (доза, режим дозирования, путь введения и др.); – отсутствие оценки первоначальной эффективности препарата; – отсутствие коррекции антибактериальной терапии; – нарушения в длительности антибактериальной терапии [4].

В.А. Ахмедов и соавт. (2010) относят к дефектам антибактериальной терапии: 1) использование монотерапии ципрофлоксацином или цефалоспоринов 13 поколения без антисинегнойной активности для стартовой терапии у пациентов ОРИТ в связи с высоким уровнем устойчивости наиболее вероятных возбудителей нозокомиальной пневмонии к указанным препаратам (*P.aeruginosa*, *Acinetobacter* spp., *K.pneumoniae*); 2) назначение цефалоспоринов 1–4 поколений для терапии нозокомиальной пневмонии, вызванной *K. pneumoniae*, продуцирующей бета-лактамазы расширенного спектра действия по недостоверным результатам



определения чувствительности: сниженная чувствительность выделенного штамма *K. pneumoniae* хотя бы к одному цефалоспориноу 3 поколения позволяет заподозрить продукцию бета-лактамазы расширенного спектра действия; 3) назначение ципрофлоксацина и др. антибиотиков в низких дозах: ципрофлоксацин должен назначаться в дозе 800-1200 мг в сутки внутривенно капельно; 4) низкие дозы антибиотиков при терапии НП, вызванной *P. Aeruginos*: в связи с высоким риском селекции резистентности рекомендуются определенные режимы дозирования, указанные в клинических рекомендациях (КР) [6].

В.Д. Гольдштейн (2011) выделил среди основных ошибок при проведении этиотропной терапии пневмоний следующие: 1) необоснованная задержка с началом антибактериальной терапии в связи с отсутствием ясности в этиологии пневмонии в ожидании лабораторного подтверждения ее природы; целесообразно использовать в качестве стартовой эмпирическую терапию пневмонии; 2) необходимо определить тяжесть пневмонии при уже установленном диагнозе с последующим решением вопроса о месте проведения лечения (в стационаре в палате общего профиля, в отделении интенсивной терапии, реанимационном отделении); 3) необходимо, особенно при тяжелом течении пневмонии, определить адекватные, в том числе инфузионные пути введения антибиотика; 4) при «поздних» нозокомиальных пневмониях, характеризующихся не только тяжелым течением, но и полирезистентным характером возбудителей, следует предусмотреть использование цефалоспоринов 3-го поколения в сочетании с некоторыми аминогликозидами, респираторно-анаэробных фторхинолонов и карбапенемов, в первую очередь меропенема при инфузионном пути введения последнего [3].

А.Л. Верткин и соавт. (2012) установили, что неблагоприятными факторами угрозы летального исхода внебольничной пневмонии являются поздняя госпитализация, недооценка тяжести состояния пациента при первичном осмотре, сопутствующая соматическая патология, двусторонний характер пневмонии, неадекватная терапия, недостаточная осведомленность врачей. Авторами предложены и индикаторы качества оказания медицинской помощи пациентам: – бактериологическое исследование мокроты (у всех госпитализированных пациентов), крови (при тяжелом течении ВП) до назначения антимикробных препаратов

(АМП); – максимально раннее начало антибактериальной терапии у всех госпитализированных пациентов с ВП с момента поступления; – соответствие стартового режима антибактериальной терапии национальным рекомендациям или составленным на их основе локальным рекомендациям/стандартам терапии. Одним из критериев качества оказания медицинской помощи является досрочная летальность. В исследовании авторов 38 (31,6%) больных умерли в стационаре в первые 24 часа, остальные – на 3-и сутки – 40 (33,3%), на 10-е – 26 (21,8%) и более 10–16 (13,3%) [1].

И.В. Сергеева и соавт. (2013) представили результаты изучения внебольничных пневмоний на фоне пандемического гриппа: вторичная вирусно-бактериальная развивается в период до 4 суток. Летальный исход у больных с тяжелым течением гриппа, осложненного внебольничной вирусно-бактериальной пневмонией, наступает в результате острой дыхательной недостаточности, которая вызвана двусторонней пневмонией и ОРДС вирусно-бактериальной этиологии. Наиболее частые осложнения, которые приводят к летальному исходу – ОРДС, инфекционно-токсический шок, острая дыхательная недостаточность (в 100% случаев), отек головного мозга (в 77,8%). При вирусно-бактериальной и бактериальной внебольничной пневмонии назначение антибактериальной терапии должно быть неотложным. Стартовая антибактериальная терапия внебольничных пневмоний предполагает внутривенное введение, так как данный путь доставки обеспечивает наиболее высокую и предсказуемую биодоступность, не зависящую от полноты и скорости всасывания препаратов в желудочно-кишечный тракт [13].

В.П. Колосов и соавт. (2016) установили, что развитие вирусно-бактериальной пневмонии при гриппе с признаками вовлечения в процесс паренхимы легких составляет до 4 суток. Вторичная бактериальная пневмония, развивающаяся у больных гриппом, является серьезным осложнением, приводящим к значительным цифрам летальности. Так, в США смертность от вторичных бактериальных осложнений во время сезонных эпидемий гриппа занимает 7-е место в общей структуре смертности у взрослых и 5-е – у детей. Вторичная бактериальная пневмония развивается вследствие повреждающих эффектов вируса гриппа на цилиарный эпителий, замедления мобилизации лейкоцитов, нарушения процесса нейтрализации бактерий полиморфноядерными фагоцитами, происходит





увеличение продукции провоспалительного цитокина – интерферона- γ , который снижает антибактериальные свойства альвеолярных макрофагов, а также нарушается функция клеток иммунной защиты дыхательных путей, способных секретировать антибактериальные пептиды. В результате всего перечисленного при гриппе имеет место особое состояние дыхательных путей, предрасполагающее к развитию и к особо тяжёлому течению вторичной бактериальной пневмонии [7].

А.Л. Черняев и М.В. Самсонова (2012) в работе «Патологическая анатомия пневмонии» указывают, что бактериальные изменения при вирусной пневмонии могут присоединяться на 4–6 сутки. При тяжелой форме гриппа после присоединения бактериальной инфекции возникает «большое пестрое гриппозное легкое» из-за появления очагов некроза, нередко встречается серозный или фибринозный плеврит, иногда эмпиема плевры [17].

Минздравом России в Информационном письме от 28.11.2009 г. № 24-5/10/2-9533 «Грипп А/Н1N1 и вызванная им пневмония у беременных. Этиотропная и респираторная терапия» в соответствие с нормой ст. 309 ГК РФ установлены требования при оказании медпомощи: «2. Антибактериальная терапия. Важной частью в лечении пневмоний у больных с осложненными формами гриппа является выбор антибактериальной терапии. При постановке диагноза «пневмония», согласно существующим международным рекомендациям, антибактериальная терапия должна быть назначена в течение ближайших четырех часов. Этот показатель относится к числу индикаторов, по которым оценивают качество оказания лечебной помощи. У тяжелых больных способ введения антибиотиков является внутривенный. При вторичной вирусно-бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители – *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* и *Haemophilus influenza*) предпочтительнее использовать следующие схемы антибиотикотерапии: – цефалоспорины III поколения +/- макролид; – защищенный аминопенициллин +/- макролид.

При третичной бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители – метициллинрезистентные штаммы *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenza*, грамм(-) микроорганизмы) обосновано назначение следующих препаратов (в различных комбинациях): – цефалоспорины IV поколения +/- макролид; – карбапенемы; – ванкомицин; – линезолид».

Российское респираторное общество в Федеральных клинических рекомендациях по диагностике и лечению тяжелых форм гриппа (2013) также установило профессиональные правила: «7.2. Антибактериальная терапия. При подозрении на развитие вирусно-бактериальной пневмонии антибактериальная терапия должна проводиться в соответствии с принятыми рекомендациями по ведению больных с внебольничной пневмонией. В случае использования антибиотиков при подозрении на сопутствующую бактериальную инфекцию у пациентов с гриппом необходимо, по возможности, руководствоваться результатами микробиологических исследований».

Х.Х. Хапий и соавт. (2014) указали, что лечение вирусно-бактериальной пневмонии следует начинать как можно раньше. Терапия должна быть комплексной и включать как таргетные (целевые) противовирусные препараты, так и антибиотики широкого спектра, иммунокорректоры, необходим тщательный контроль электролитного и водного баланса. Факт госпитализации больного с гриппом и развившейся пневмонией в стационар является существенным фактором риска присоединения внутрибольничной флоры, что во многом меняет тактику лечения. Условно считается, что контаминация госпитальной флорой происходит в течение первых 48 часов пребывания в стационаре. По истечении этого времени режимы антибактериальной терапии должны совпадать с рекомендациями по лечению нозокомиальной пневмонии. При этом госпитализация больного в ОРИТ усиливает такие риски. Оптимальным стартовым режимом антибиотикотерапии при тяжелом течении вирусно-бактериальной пневмонии могут быть: комбинации карбапенемов (меропенем, имипенем, дорипенем) с препаратом, действующим на грамположительную флору (линезолид, ванкомицин), цефалоспорины III поколения с линезолидом/ванкомицином либо фторхинолона (моксифлоксацин, левофлоксацин, гемифлоксацин) также с препаратами, действующими на грамположительную флору [21].

М.В. Шипилов (2013) указал на возникающую при генерализованной вирусной инфекции неадекватную гиперстимуляцию клеток моноцитарного звена в процессе заболевания с массивной выработкой преимущественно провоспалительных цитокинов, повышением активности моноцитов/макрофагов и нейтрофилов при одновременной депрессии активности Т-лимфоцитов. При тяжелом течении гриппа H1N1 развивается состояние,



близкое к описываемому в научной литературе вторичному гемофагоцитарному лимфогистиоцитозу («гемофагоцитарному синдрому, ассоциированному с инфекцией»). Данное состояние, как и «цитокиновый шторм», проявляется гиперцитокинемией, связанной с чрезмерной активацией моноцитарно-макрофагальной системы, высокой лихорадкой, нарушением работы внутренних органов (прежде всего легких), и почти всегда заканчивается летальным исходом в связи с повреждающим действием избыточного количества провоспалительных цитокинов. Указанное положение согласуется с данными некоторых авторов, рассматривающих вторичный гемофагоцитарный синдром (синдром макрофагальной активации) как финальную стадию «цитокинового шторма» [24].

В основу целевой экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) по страховым случаям с диагнозом новой коронавирусной инфекции с летальным исходом положен п. 6 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (Порядок), утв. Приказом ФОМС от 28.02.19 г. № 36: *«Целью контроля является предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:*

- несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица при наступлении страхового случая, с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;
- невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций (КР), с учетом стандартов медицинской помощи».

Экспертиза медицинской помощи проводилась с мультидисциплинарным подходом с привлечением экспертов по специальностям: инфекционные болезни, пульмонология, анестезиология и реаниматология, терапия на основании ранее предложенной методологии ЭКМП внебольничных и госпитальных пневмоний [14, 15].

В соответствии с п. 106 Порядка эксперт КМП при проведении экспертизы качества медицинской помощи предоставляет сведения об используемых нормативных документах, в том числе о порядках

оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартах медицинской помощи:

1) Критерии оценки качества медицинской помощи, утв. Приказом МЗ РФ от 10.05.17 г. № 203н.

2) Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у взрослых» Российского респираторного общества (РРО), Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ).

3) Письмо МЗ РФ от 06.03.2020 г. № 30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями (разработан главным внештатным специалистом пульмонологом МЗ РФ профессором С.Н. Авдеевым).

4) Временные методические рекомендации МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

5) Российские национальные рекомендации «Нозокомиальная пневмония у взрослых» Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям, Федерации анестезиологов и реаниматологов (ФАР), РРО, МАКМАХ, Российского общества патологоанатомов.

Формулирование выявленных дефектов осуществлялось экспертом КМП в соответствии:

а) с пунктом 85 Порядка: *«Нарушения при оказании медицинской помощи: 3) невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи или преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливаемое при полном или частичном несоответствии оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе не учитывающие состояние здоровья застрахованного лица»;*

б) с приложением 8 – Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к Порядку.

Среди выявленных дефектов часто встречались следующие.

1. В раздел «Диагноз (формулировка, содержание, время постановки). Обоснование негативных последствий нарушений в диагнозе» Экспертного заключения (протокол оценки качества медицинской помощи) вносятся дефекты:





1. Отсутствие направления трупа на патолого-анатомическое исследование требует формулирования в Акте ЭКМП кода дефекта: «3.11. Не-выполнение по вине медицинской организации патолого-анатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством». Статья 67 Закона РФ № 323-ФЗ предписывает обязательность патолого-анатомического вскрытия трупа при наличии инфекционного заболевания – пневмония: *«3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев: 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти; 5) смерти: б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него».* В соответствии с требованиями Клинических рекомендаций «Внебольничная пневмония» пневмония отнесена к инфекционным заболеваниям: «1.1. Определение. Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудацией».

2. Отсутствие формулировки в заключительном клиническом диагнозе внутрибольничной (госпитальной) пневмонии, как внутрибольничной инфекции, что определено КР «Внебольничная пневмония у взрослых» и «Нозокомиальная пневмония у взрослых»: «Нозокомиальная (госпитальная, внутрибольничная) пневмония (НП) – пневмония, развивающаяся через 48 ч. и более после госпитализации в стационар». Внутрибольничное заражение вирусной или бактериальной или микст-пневмонией является дефектом оказания медицинской помощи по коду «3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к возникновению нового заболевания – внутрибольничной (госпитальной) пневмонии».

II. В раздел «Сбор информации (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум). Обоснование негативных

последствий нарушений в сборе информации» Экспертного заключения (протокол оценки качества медицинской помощи) вносятся дефекты:

1. Невыполнение требований Временных методических рекомендаций МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»:

1.1. Отсутствие результатов мониторинга исследования газов артериальной крови с определением PaO_2 , PaCO_2 , pH, бикарбонатов, лактата у пациентов с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) при SpO_2 менее 90% по данным пульсоксиметрии.

1.2. Отсутствие анализа суточного водного баланса в дневниках реаниматолога («У пациентов в тяжелом состоянии при наличии показаний инфузионная терапия проводится исходя из расчетов 5-6-8 мл/кг/ч с обязательным контролем диуреза и оценкой распределения жидкости. Необходимо обеспечить достаточное количество жидкости при отсутствии противопоказаний и снижении диуреза (5-6 мл/кг/ч)»).

1.3. Отсутствие ведения учета почасового диуреза.

2. Невыполнение требований письма МЗ РФ от 06.03.2020 г. № 30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями» (разработан главным внештатным специалистом пульмонологом МЗ РФ проф. С.Н. Авдеевым):

1) ведения мониторинга SpO_2 ежечасно – отсутствует в протоколах реаниматолога;

2) выполнения анализа КОС и газов артериальной крови, гликемии – 4 раза в сутки (артериальная кровь минимум раз в сутки);

3) выполнения биохимического анализа крови (общий белок, альбумин (уровень альбумина менее 36 г/л является независимым предиктором легочных осложнений), креатинин, мочевины, общий билирубин, АСТ, АЛТ), коагулограмма (фибриноген, тромбиновое время, АЧТВ, МНО, протромбиновый индекс) – ежедневно;

4) выполнения рентгенографии органов грудной клетки/КТ органов грудной клетки – при тяжелом течении – ежедневно;

5) выполнения микробиологического анализа (посев) крови, отделяемого дыхательных путей (микрокрота, трахеальный аспират) с определением чувствительности к антибиотикам;

6) выполнения коагулограммы с определением протромбинового времени, МНО, АЧТВ;



7) оценки насыщения крови кислородом SpO_2 в обязательном порядке фиксируется в медицинской документации, в том числе при первичном осмотре;

8) выполнения требования «Показания для вызова врача анестезиолога-реаниматолога: – SpO_2 (на воздухе) < 90%».

3. Невыполнение требований КР «Нозокомиальная пневмония у взрослых»: *«Микробиологическая диагностика нозокомиальной пневмонии (НП). Крайне важным является установление этиологии НП. Программа микробиологической диагностики включает исследование биологического материала из дыхательных путей, крови и, при наличии плеврита, плевральной жидкости. Микробиологическое исследование крови является необходимым при обследовании пациента с подозрением на НП. До начала антибактериальной терапии целесообразно взять два образца венозной крови из двух разных вен».*

4. Невыполнение требований КР «Внебольничная пневмония у взрослых»: *«2.3. Лабораторная диагностика. Госпитализированному больному ВП рекомендуется: Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин). При наличии острой ДН с SpO_2 < 90% по данным пульсоксиметрии и во всех случаях тяжелой пневмонии рекомендуется: исследование газов артериальной крови с определением PaO_2 , $PaCO_2$, pH, бикарбонатов, лактата», как правило, отсутствует измерение уровня альбумина, электролитов, газового состава артериальной крови и лактата.*

Таким образом, эксперт констатирует невыполнение требований по мониторингу необходимых показателей, которые могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания, что соответствует формулированию кода дефекта «3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений, например:

а) отсутствие анализа физиологических показателей, отклонения которых указывают на наличие органной дисфункции, декомпенсацию и развитие осложнений, имеет риск несвоевременной

диагностики угрожающих жизни состояний, прогностическое значение и значение при выборе лекарственных средств и режима их дозирования;

б) отсутствие мониторинга коагулограммы препятствует своевременной диагностике и началу интенсивной терапии ДВС-синдрома и ОРДС;

в) отсутствие мониторинга и контроля КОС и газового состава артериальной крови и функции легких препятствует своевременному переводу в ОРИТ.

III. В раздел «Оказание медицинской помощи (в том числе назначение лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий. Обоснование негативных последствий нарушений в лечении» вносятся следующие дефекты.

1. Несвоевременно позднее начало антибиотикотерапии у больных с тяжелой внебольничной пневмонией. Введение антибиотика при тяжелой пневмонии является оказанием медицинской помощи в неотложной форме в соответствии с нормой ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ, т.к. тяжелое течение внебольничной пневмонии сопряжено с неясной угрозой жизни и здоровью пациента, что требует такого введения антибиотиков не позднее 2 часов с момента поступления пациента. Признаки начала септического шока требуют начала антибактериальной терапии в экстренной форме, т.е. безотлагательно, т.к. в соответствии с п. 6.2.1 приказа МЗ и СР РФ от 24.04.08 г. № 194н, шок представляет собой расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью – угрожающее жизни состояние.

А.Г. Чучалин и соавт. (2006) в руководстве для врачей «Пневмония» привели классификацию вирусной пневмонии: первичная вирусная, вирусно-бактериальная и бактериальная. Вторичная бактериальная пневмония развивается значительно чаще, чем первичная вирусная, на 2–4 день заболевания [19].

Раздел Критерии оценки качества КР «Внебольничная пневмония у взрослых» содержит критерий: «Выполнено назначение системных АБП в течение 4 ч с момента установления диагноза (1 ч – при тяжелой внебольничной пневмонии, осложненной септическим шоком)».

КР «Нозокомиальная пневмония у взрослых» предусмотрено: *«Резюме рекомендаций по антимикробной терапии нозокомиальной пневмонии. При подозрении на нозокомиальную пневмонию*





следует немедленно начать адекватную эмпирическую антибактериальную терапию, так как отсрочка в назначении адекватного лечения сопровождается ухудшением прогноза (уровень рекомендаций А)».

Таким образом, констатируется невыполнение Критерия оценки качества Клинических рекомендаций «Внебольничная пневмония у взрослых»: «Выполнено назначение системных АБП в течение 4 ч с момента установления диагноза (1 ч – при тяжелой внебольничной пневмонии, осложненной септическим шоком)», требующее формулировки код дефекта «3.2.3. Несвоевременное выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания» – внебольничной пневмонии.

2. Невыполнение требования Временных методических рекомендаций МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19): Версия 3»: «4.4. Антибактериальная терапия при осложненных формах инфекции. Пациентам с клиническими формами коронавирусной инфекции, протекающими с поражением нижних отделов респираторного тракта (пневмония), может быть показано назначение антимикробных препаратов (амоксциллин/клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны – левофлоксацин, моксифлоксацин, цефалоспорины 3 и 4 поколения, карбапенемы, линезолид и др.) в связи с высоким риском суперинфекции. Выбор антибиотиков и способ их введения осуществляется на основании тяжести состояния пациента, анализе факторов риска встречи с резистентными микроорганизмами (наличие сопутствующих заболеваний, предшествующий прием антибиотиков и др.), результатов микробиологической диагностики. При отсутствии положительной динамики в течение заболевания, при доказанной стафилококковой инфекции (в случае выявления стафилококков, устойчивых к метицилину) целесообразно применение препаратов, обладающих высокой антистафилококковой и антипневмококковой активностью – линезолид, ванкомицин».

2.1. Пациентам со средней степенью тяжести и тяжелой пневмонией назначали, как правило, один антимикробный препарат – азитромицин, игнорируя требования Раздела «Протокол ведения в АРО» Письма МЗ РФ от 06 марта 2020 г. № 30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными

пневмониями» (разработан главным внештатным специалистом пульмонологом МЗ РФ проф. С.Н. Авдеевым) о необходимом сочетании: «Антимикробная терапия. 1. Пациенты без факторов риска инфицирования *P. aeruginosa*: – Цефтриаксон, цефотаксим, цефепим, цефтаролин, эртапенем в/в + азитромицин или кларитромицин в/в или Моксифлоксацин, левофлоксацин в/в + цефтриаксон, цефотаксим в/в».

2.2. У пациентов факторами риска летального исхода пневмонии (факторы риска инфицирования *P. aeruginosa*, предшествующая антибактериальная терапия, тяжелые сопутствующие заболевания (ЗНО, ХОБЛ, инсулинотребный СД, ХСН, ХБП, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, истощение) имело место невыполнение требований КР «Внебольничная пневмония у взрослых» и письма МЗ РФ от 06.03.2020 г. № 30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями» о назначении пациенту необходимой схемы антибактериальной терапии с учетом наличия у него факторов риска летального исхода внебольничной пневмонии: «Пиперациллин/тазобактам, меропенем, имипенем в/в+ цiproфлоксацин или левофлоксацин в/в (500 мг 2 р/сут.) или Пиперациллин/тазобактам, меропенем, имипенем/циластатин в/в + азитромицин или кларитромицин в/в или моксифлоксацин или левофлоксацин в/в +/- аминогликозид II–III поколения (гентамицин, амикацин, тобрамицин) в/в», что требует формулирования кода дефекта «3.2.3 – Невыполнение или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений» отказом от назначения необходимой комбинации антибактериальных препаратов в соответствии с требованиями клинических рекомендаций при наличии у пациента факторов риска летального исхода внебольничной пневмонии.

3. Ошибочность дозировок антибиотиков, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания, что предусмотрено кодом формулировки диагноза по МКБ-Х: «Y63.8 Ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур». Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония» устанавливают режим дозирования антибактериальных препаратов при нормальной функции печени и почек. Ошибочность дозировок антибиотиков требует формулирования



кода диагноза «3.2.3. Ненадлежащее выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений» – создание риска прогрессирования пневмонии ошибочно низкой дозой антибактериального препарата.

Несвоевременно позднее начало антибактериальной терапии вирусной пневмонии, а также неправильное сочетание антибактериальных препаратов без учета факторов риска летального исхода или ошибочно низкая доза препаратов приводят к быстрому переходу вирусной пневмонии в вирусно-бактериальную и бактериальную пневмонию. Необходимо отметить, что накануне летального исхода – за 2–3 суток до него пациентам назначают правильную схему антибактериальной терапии, что может иметь для иммунной системы пациента негативное значение: массивное применение комплекса антибиотиков приводит к массовой гибели выросшего за время госпитализации в ОРИТ клона бактерий и высвобождению большого количества продуктов их распада и эндотоксинов. Бактерии и продукты их распада требуют необходимости элиминации макрофагально-фагоцитарным звеном. Одномоментная массовая гибель бактерий приводит к развитию иммунного паралича – неспособности иммунной системы реагировать вследствие массивной антигенной нагрузки. Фагоцитоз и элиминация погибших бактериальных клеток приостанавливается, что вызывает провоспалительную цитокиновую реакцию лимфоцитов и регуляторов фагоцитоза, направленную на активацию фагоцитоза, который не способен активироваться в условиях массового появления погибших антибактериальных антигенов, что провоцирует дальнейший рост высвобождения провоспалительных цитокинов – начинается «цитокиновый шторм», в данном случае носящий ятрогенный характер вследствие несвоевременно позднего начала адекватной антибактериальной терапии вирусной пневмонии.

4. Отсутствие назначения низкомолекулярных гепаринов в комплексном лечении ОРДС и ДВС синдромов в соответствии Разделом «Протокол ведения в АРО» Письма МЗ РФ от 06 марта 2020 г. № 30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями» (разработан главным внештатным специалистом пульмонологом МЗ РФ проф. С.Н. Авдеевым) и КР «Внебольничная пневмония у взрослых»: «3.4.4. Неантибактериальная

терапия. Всем пациентам с тяжелой пневмонией показано назначение парентеральных антикоагулянтов», что требует формулирования кода диагноза «3.2.3. Невыполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений – ДВС-синдрома и тромбоэмболий», т.к. «при тяжелой ВП повышается риск системных тромбоэмболий. С целью профилактики на весь период ограниченной двигательной активности (постельный режим) рекомендуется назначение низкомолекулярных гепаринов или нефракционированного гепарина в профилактических дозах».

5. Невыполнение требования п. 4.7.1. Временных методических рекомендаций МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» о переводе пациента в ОРИТ при показаниях SpO_2 менее 90%: «4.7.1. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности. Показания для перевода в ОРИТ (достаточно одного из критериев) – начальные проявления и клиническая картина быстро прогрессирующей ОДН: – $SpO_2 < 90\%$ », что требует формулирования кода дефекта «3.2.3. Невыполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений» отсутствием исследования сатурации, что препятствует своевременному переводу в ОРИТ.

6. Невыполнение требований КР «Внебольничная пневмония у взрослых»: «3.4.2. Респираторная поддержка. В случае умеренной гипоксемии (SpO_2 80–89%) при условии достаточного респираторного усилия больного, сохраненном сознании гипоксемию следует корректировать ингаляциями кислорода: начинают со средней скорости потока (5 л/мин), при необходимости увеличивая до 10–12 л/мин, чтобы обеспечить приемлемый уровень оксигенации крови», отсутствует объемная скорость подачи кислорода или она ниже 5 л/мин, что требует применения кода дефекта 3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания несоблюдением режима кислородотерапии – 5 л/мин.

7. Отсутствие обоснования отказа от респираторной поддержки при помощи неинвазивной вентиляции легких и высокоскоростного назального потока, предусмотренных Временными методическими рекомендациями МЗ РФ «Профилактика,





диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19): «Возможно начало респираторной поддержки у пациентов с ОРДС при помощи неинвазивной вентиляции при сохранении сознания, контакта с пациентом (см. клинические рекомендации ФАР «Применение неинвазивной вентиляции легких» (НВЛ)). При низкой эффективности и/или плохой переносимости НВЛ, альтернативной НВЛ также может служить высокоскоростной назальный поток». Методические рекомендации ФАР «Применение неинвазивной вентиляции легких»: «Рекомендация 1. У пациента с острой дыхательной недостаточностью, исходя из патофизиологии дыхательной недостаточности, технологии неинвазивной ВЛ и данных исследований доказательной медицины, рекомендовано ее использование при следующих патологиях: Гипоксемическая (паренхиматозная) ОДН с невысоким потенциалом recruitable альвеол (пневмония, ушиб легких, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) с развитием инфарктной пневмонии, состояние после резекции легкого) – пациенту рекомендуется кислородотерапия в сочетании с низким РЕЕР/CPAP и низким инспираторным давлением (P_{insp} , IPAP, PS) для разгрузки дыхательных мышц (уровень достоверности доказательств 2, уровень убедительности рекомендаций В). Рекомендация 9. У пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом легкой и средней степени тяжести рекомендована НВЛ как терапия первой линии с оценкой ее эффективности через 1 час, так как задержка интубации трахеи при неэффективности НВЛ при ОРДС приводит к увеличению летальности (уровень достоверности доказательств 2, уровень убедительности рекомендаций А). Метод позволяет избежать интубации трахеи у части пациентов с лёгким и умеренным ОРДС, успешное применение НВЛ при ОРДС приводит к резкому снижению частоты нозокомиальной пневмонии и летальности».

Требуется формулирование кода диагноза «3.2.3. Невыполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска

прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений».

В Разделе «Заключение эксперта качества медицинской помощи» эксперт формулирует, что констатировано ненадлежащее качество оказанной медицинской помощи по критериям п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ:

- своевременность (например, несвоевременно позднее начало введения антибиотика);
- правильность выбора методов диагностики (отсутствует мониторинг требуемых показателей) и лечения (отсутствие необходимого сочетания антибиотиков у пациента с факторами риска летального исхода пневмонии, коррекции низкого уровня альбумина, назначения антикоагулянтов, неинвазивной вентиляции легких).

Таким образом, к наиболее значимым дефектам, повлиявшим на исход заболевания отнесены:

1. Невыполнение требований по мониторингу необходимых показателей, которые могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания.

2. Несвоевременный вызов реаниматолога и перевод в ОРИТ.

3. Несвоевременно позднее начало антибиотикотерапии с неправильным сочетанием антибактериальных препаратов.

4. Невыполнение требований по полноте сочетания антибактериальных препаратов при пневмонии у пациента с факторами риска летального исхода.

5. Ошибочность дозировок антибиотиков, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания (МКБ-Х: Y63.8 Ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур).

6. Отказ в своевременном начале неинвазивной вентиляции легких.

Литература

1. Вёрткин А.Л., Оралбекова Ж.М. Анализ летальных исходов внебольничной пневмонии // Врач скорой помощи. – 2012. – № 7. – С. 34–47.
2. Гладков С.А. Патологическая анатомия гриппа в современных условиях. – Дис ... канд. мед. наук. СПб., 2016. – 178 с.
3. Гольдштейн В.Д. Пневмонии. М.: БИНОМ, 2011. – 128 с.





4. Дворецкий Л.И. Ошибки ведения больных внебольничной пневмонией. Можно ли их избежать? // РМЖ. – 2009. – № 23. – С. 1533.
5. Дуков Л.Г., Ворохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии. – 2-е изд., перераб. и доп., 1988. – 272 с.
6. Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010. – 359 с.
7. Колосов В.П., Авдеева Н.В., Фомина В.С. и др. Пневмония при гриппе (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, профилактика): Методическое пособие. – Благовещенск, 2016. – 40 с.
8. Оралбекова Ж.М. Оценка летальных исходов внебольничной пневмонии в многопрофильном стационаре на всех этапах оказания медицинской помощи // Врач скорой помощи. – 2012. – № 3. – С. 36–41.
9. Оралбекова Ж.М. Клинико-морфологические особенности и предикторы неблагоприятного прогноза при внебольничной пневмонии. – Автореф. дис ... канд. мед. наук. М., 2013. – 25 с.
10. Поваляева Л.В., Бородулин Б.Е., Бородулина Е.А. Факторы риска смерти пациентов с внебольничной пневмонией в современных условиях // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93. – № 5. – С. 816–820.
11. Потиевская В.И. Пневмонии. <http://www.anest-cfo.ru>
12. Рачина С.А. Индикаторы качества ведения пациентов с внебольничной пневмонией // Пневмония. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – С. 95–110.
13. Сергеева И.В., Демко И.В., Корчагин Е.Е. Внебольничные пневмонии на фоне пандемического гриппа // <https://lvrach-ru.turbopages.org/turbo/s/lvrach.ru/2017/06/15436743/>.
14. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для тематических экспертиз медицинской помощи с целью снижения смертности населения. М., 2017. – Т. 2. – 184 с.
15. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи. – 4 изд. – М., 2019. – 506 с.
16. Уметов М.А. Внебольничные пневмонии: где и как лечить? // https://www.rnmot.ru/public/files/library/15/Umetov_M.A._Vnebolnichnye_pnevmonii_gde_i_kak_lechit_.pdf.
17. Черняев А.Л., Самсонова М.В. Патологическая анатомия пневмонии // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2012. – № 4. – С. 46–49.
18. Чучалин А.Г. Пневмония: актуальная проблема медицины XXI века // Пульмонология. – 2015. – Т. 25. – № 2. – С. 133–142.
19. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 464 с.
20. Хамитов Р.Ф. Анализ летальных исходов внебольничных пневмоний в стационарах у лиц трудоспособного возраста // Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89. – № 5. – С. 729–733.
21. Хапий Х.Х., Лихванцев В.В., Кассиль В.Л., Старченко А.А. и др. Эпидемиология, клиника и лечение тяжелых форм вирусно-бактериальных пневмоний. – М.: МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 2014. – 37 с.
22. Христолюбова Е.И. Ошибки диагностики и лечения внебольничных пневмоний: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2006. – 20 с.
23. Шаймуратов Р.И. Структурный анализ причин летальных исходов пациентов госпитализированных с внебольничной пневмонией в стационары Татарстана. – Автореф. дис ... канд. мед. наук. – СПб., 2018. – 24 с.
24. Шипилов М.В. Молекулярные механизмы “цитокинового шторма” при острых инфекционных заболеваниях // Лечебное дело. – 2013. – № 1. – С. 81–85.
25. The 10 leading causes of death in the world. Geneva: World Health Organization, 2017.





От редакции:

В прошлом номере журнала в данной рубрике мы рассматривали особенности финансового обеспечения деятельности медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования в условиях распространения коронавирусной инфекции. Сегодня мы коснемся вопросов бюджетного финансирования, которое тоже претерпевает серьезные изменения.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,

заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия; ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: kadyrov@mednet.ru

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ МЕРЫ ПО ПОДДЕРЖКЕ БЮДЖЕТА И БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

УДК: 614.2

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-92-95

Кадыров Ф.Н. Государственные меры по поддержке бюджета и бюджетных учреждений на современном этапе распространения коронавирусной инфекции (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия; ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация. Несмотря на то, что основным источником финансового обеспечения здравоохранения в настоящее время являются средства обязательного медицинского страхования, значение бюджетной системы для функционирования отрасли трудно переоценить.

В условиях распространения коронавирусной инфекции бюджетное законодательство претерпевает серьезные изменения, при этом многие изменения носят временный характер и направлены на обеспечение бюджетного процесса в специфических условиях, связанных с борьбой с COVID-19.

Ключевые слова: бюджет, федеральный бюджет, бюджетные учреждения, автономные учреждения, коронавирусная инфекция COVID-19.

Введение

Очередным этапом реформирования бюджетного законодательства в условиях распространения коронавирусной инфекции явилось принятие Федерально-го закона от 15 октября 2020 г. № 327-ФЗ «О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации и установлении особенностей исполнения бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в 2021 году» (далее – Федеральный закон № 327-ФЗ).

Реализация предусмотренных законом мер должна позволить повысить эффективность, прозрачность формирования и исполнения федерального бюджета, а также своевременное реагирование на изменения экономической конъюнктуры и возникающие вызовы, в том числе связанные с изменением эпидемиологической ситуации в результате распространения коронавирусной инфекции.

Большинство положений закона носит временный характер и нацелено на обеспечение сбалансированности бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в очередном 2021 году.

© Ф.Н. Кадыров, 2020 г.



Меры, направленные на обеспечение макроэкономической и финансовой стабильности в 2021 году

Установленное законом повышение предельного объема расходов в 2021 году призвано обеспечить постепенную адаптацию бюджета к новым макроэкономическим условиям и позволит продолжить использование мер, необходимых для обеспечения восстановления экономики и реальных доходов граждан, в целях борьбы с последствиями распространения новой коронавирусной инфекции, которые носят среднесрочный характер.

Продлевается на 2021 год действие ряда положений Федерального закона от 12 ноября 2019 г. № 367 ФЗ «О приостановлении действия отдельных положений Бюджетного кодекса Российской Федерации и установлении особенностей исполнения бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в 2020 году» (далее – Федеральный закон № 367-ФЗ), в частности, предусматривающих возможность использования средств Фонда национального благосостояния сверх объема, предусмотренного федеральным законом о федеральном бюджете в случае снижения цены на нефть ниже базового уровня.

Положения закона направлены также на совершенствование регулирования в сфере экономики, способствующее восстановлению инвестиционной активности.

Смягчение государственной бюджетной политики в отношении региональных финансов

Закон предполагает увеличить с 90 до 180 дней срок предоставления кредита на пополнение остатков средств на счете бюджета субъекта Российской Федерации, местного бюджета.

Данная мера обусловлена положительным опытом предоставления бюджетных кредитов на указанный срок в 2020 году в соответствии со статьями 2.1 Федерального закона № 367-ФЗ.

Учитывая, что аналогичный срок уже предусмотрен Бюджетным кодексом в отношении бюджетных кредитов, предоставляемых государственным внебюджетным фондам Российской Федерации, а также принимая во внимание многочисленные обращения органов государственной власти субъектов Российской Федерации, указанная норма Федерального закона № 367-ФЗ устанавливается в Бюджетном кодексе на постоянной основе.

Меры по поддержке здравоохранения и социальной сферы в целом

В соответствии с подпунктом «ж» пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации от 8 июля 2020 г. № Пр-1081 по итогам обращения Президента Российской Федерации к гражданам Российской Федерации 23 июня 2020 года подготовлены изменения в Налоговый кодекс Российской Федерации по установлению налоговой ставки налога на доходы физических лиц в размере 15 процентов в отношении части дохода физического лица, превышающей 5 млн. рублей в год.

Дополнительные поступления налога на доходы физических лиц, рассчитанного по повышенной на 2 процента ставке (15 процентов вместо 13 процентов), должны быть использованы в целях финансового обеспечения оказания медицинской помощи (при необходимости за рубежом) детям с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, включая приобретение дорогостоящих лекарственных препаратов, медицинских изделий, технических средств реабилитации. Указанные расходы будут осуществляться за счет средств федерального бюджета, в связи с чем дополнительные поступления от превышения ставки 13 процентов будут направлены в федеральный бюджет.

В этой связи Федеральным законом № 327-ФЗ предусмотрено распределение части налога на доходы физических лиц, уплачиваемого при превышении доходами суммы 5,0 млн. рублей, по следующим нормативам: в федеральный бюджет 13 процентов, в региональные и местные бюджеты 87 процентов. Применение указанных нормативов не окажет влияния на поступление налога в консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации, поскольку в федеральный бюджет будет зачислена только часть налога, связанная с увеличением ставки налога на 2 процента, которая ранее не уплачивалась.

В целях исполнения в 2021 году в полном объеме расходных обязательств Российской Федерации, в том числе носящих социальный характер, независимо от динамики поступления доходов федерального бюджета, частью 3 статьи 4 законопроекта продлеваются на 2021 год предусмотренные Федеральным законом № 367-ФЗ временные основания для внесения изменений в сводную бюджетную роспись федерального бюджета без





внесения изменений в федеральный закон о федеральном бюджете в случаях перераспределения бюджетных ассигнований, предусмотренных на финансовое обеспечение мероприятий, связанных с предотвращением влияния ухудшения экономической ситуации на развитие отраслей экономики, с профилактикой и устранением последствий распространения коронавирусной инфекции, а также на иные цели, определенные Правительством Российской Федерации.

Меры по поддержке государственных (муниципальных) учреждений

Ряд положений Федерального закона № 327-ФЗ направлен на оказание прямой поддержки государственным и муниципальным учреждениям, чья деятельность по оказанию государственных услуг была приостановлена в период ограничительных мер.

В этих целях статья 2.1 Федерального закона от 12 ноября 2019 года № 367-ФЗ «О приостановлении действия отдельных положений Бюджетного кодекса Российской Федерации и установлении особенностей исполнения бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в 2020 году» дополнена частью 20 следующего содержания: «Установить, что государственное (муниципальное) задание, установленное в отношении государственных (муниципальных) учреждений на 2020 год, не признается невыполненным в случае недостижения (превышения допустимого (возможного) отклонения) показателей государственного (муниципального) задания, характеризующих объем оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполняемых работ), а также показателей государственного (муниципального) задания, характеризующих качество оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполняемых работ), если такие показатели установлены в государственном (муниципальном) задании, в связи с приостановлением (частичным приостановлением) деятельности указанных учреждений, связанным с профилактикой и устранением последствий распространения коронавирусной инфекции».

Фактически это означает право на обособленные расходы, предусмотренные планом финансового-хозяйственной деятельности учреждения даже при неполном выполнении объемных и качественных показателей государственного (муниципального) задания.

Добавим, что аналогичные меры (правда, применительно только к федеральным учреждениям) были предусмотрены Распоряжением Правительства России от 23.05.2020 1390-р «Об особенностях финансово-хозяйственной деятельности федеральных государственных учреждений в связи с осуществлением мероприятий по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19». Оно предусматривает разрешение в 2020 году федеральным бюджетным и автономным учреждениям, осуществляющим деятельность в отраслях российской экономики, в наибольшей степени пострадавших в условиях ухудшения ситуации в результате распространения новой коронавирусной инфекции, перечень которых утверждается Правительством РФ, осуществлять в период приостановления (частичного приостановления) их деятельности при принятии мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории РФ в связи с распространением новой коронавирусной инфекции расходы по оплате труда работников учреждений в целях обеспечения уровня оплаты труда, установленного трудовым законодательством РФ, налогов и сборов, страховых взносов, установленных законодательством РФ, и расходов, связанных 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 учреждения, утвержденным в установленном законодательством РФ порядке, независимо от объема оказанных ими государственных услуг (выполненных работ).

Кроме того, Федеральным законом № 327-ФЗ: - приостановлено до 1 января 2021 года действие части 23 статьи 30 Федерального закона от 8 мая 2010 года № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» в части возврата остатков средств бюджетных учреждений при завершении текущего финансового года (часть 1 статьи 5 Федерального закона № 327-ФЗ);

- приостановлено до 1 января 2021 года действие части 3.20 статьи 2 Федерального закона от 3 ноября 2006 года № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» в части возврата остатков средств автономных учреждений при завершении текущего



финансового года (часть 2 статьи 5 Федерального закона № 327-ФЗ)

Заключение

Реализация мер, предусмотренных Федеральным законом № 327-ФЗ – очередной шаг, направленный на адаптацию бюджетной системы

к функционированию в условиях распространения коронавирусной инфекции. Эти меры предусматривают повышение маневренности Правительства в бюджетных вопросах; улучшение инвестиционного климата; поддержку регионов, социальной сферы; улучшение условий деятельности государственных (муниципальных) учреждений.



Литература

1. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базарова И.Н., Ендовицкая Ю.В., Несветайло Н.Я. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 59–69.
2. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базарова И.Н., Ендовицкая Ю.В., Несветайло Н.Я. Российское здравоохранение на фоне коронавируса COVID-19: возможности и угрозы // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 5. – С. 68–78.

UDC 614.2

Kadyrov F.N. *State measures to support the budget and budget institutions at the current stage of the spread of coronavirus infection* (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)

Annotation. Despite the fact that the main source of financial support for health care is currently the means of compulsory medical insurance, the importance of the Federal budget and the budget system as a whole for the functioning of the industry cannot be overestimated.

In the context of the spread of coronavirus infection, budget legislation is undergoing major changes, with many changes being temporary and aimed at ensuring the budget process in specific conditions related to the fight against COVID-19.

Keywords: budget, Federal budget, budgetary institutions, Autonomous institutions, coronavirus infection, COVID-19.

Здравоохранение-2020



МИНЗДРАВ УКАЗАЛ НОРМЫ ВРЕМЕНИ НА ПРИЕМ ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИОНИСТОМ И ДРУГИМИ ВРАЧАМИ

Зарегистрированный в Минюсте Приказ Минздрава № 810н от 06.08.2020 утверждает для гематолога, инфекциониста, онколога, пульмонолога, фтизиатра и хирурга типовые отраслевые нормы времени на профилактический прием пациента и по заболеванию. Документ опубликован на официальном портале правовой информации.

Приказ регламентирует время приема при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

Согласно документу, гематолог и инфекционист должны уделить пациенту (в связи с заболеванием) 20 мин., онколог – 23 мин., пульмонолог и хирург – 26 мин., фтизиатр – 35 мин.

Профилактические приемы у фтизиатра составят 80–90% указанного времени, у других специалистов – 60–70%.

Источник: официальный сайт Минздрава России



От редакции:

В настоящее время государственные (муниципальные) учреждения имеют большое количество источников финансирования. Поэтому нередко возникают ситуации, когда ресурсы (оборудование, медикаменты и т.д.), приобретенные за счет бюджета или обязательного медицинского страхования, используются для оказания платных медицинских услуг. При этом учреждения нередко проводят бухгалтерские процедуры «восстановления» средств. Насколько это является допустимым, рассматривают наши эксперты.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,

заместитель директора «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Москва, Россия, e-mail: kadyrov@mednet.ru

Ю.В. Ендовицкая,

младший научный сотрудник, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: kuftova@mednet.ru

ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ РЕСУРСОВ, ПРИОБРЕТЕННЫХ ЗА СЧЕТ ДРУГИХ ИСТОЧНИКОВ



Проблемы использования медикаментов, расходных материалов и т.д., закупленных на средства обязательного медицинского страхования (ОМС), для оказания платных медицинских услуг.

Согласно пункту 5 части 2 статьи 20 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, нужно в соответствии с программами обязательного медицинского страхования. Иного варианта не предусмотрено. Соответственно, использование при оказании платных медицинских услуг расходных материалов, закупленных на средства ОМС, рассматривается в качестве нецелевого расходования средств ОМС.



Судебная практика по вопросу использования ресурсов, приобретенных за счет средств ОМС, для оказания медицинской помощи по другим источникам

Определением Верховного Суда РФ от 25.04.2019 № 308-ЭС19-1152 по делу № А15-123/2018 было установлено, что приобретенные медицинской организацией за счет средств ОМС расходные материалы были использованы в деятельности медицинской организации, не входящей в базовую программу ОМС. Данное действие было признано нецелевым использованием медицинской организацией средств ОМС.

Общехозяйственные расходы, не включённые в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, не предусмотренные территориальной программой ОМС, также подлежат оплате за счет собственных средств (средств от предпринимательской деятельности). Данные

© Ф.Н. Кадыров, Ю.В. Ендовицкая, 2020 г.



решения были вынесены Постановлением Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 24.05.2018 № Ф08-3532/2018 по делу № А63-9422/2017, а также Постановлением Одиннадцатого арбитражного апелляционного суда от 28.04.2018 № 11АП-4918/2018 по делу № А55-29363/2017.



Санкции к медицинским организациям при нецелевом расходовании средств ОМС

Санкции, накладываемые на медицинскую организацию при нецелевом использовании средств ОМС, определены частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ. В этом случае медицинская организация должна вернуть в бюджет территориального фонда средства, использованные не по целевому назначению, в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования, а также уплатить штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка РФ, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки.



К медицинским организациям могут быть применены санкции за использование не по целевому назначению средств ОМС, даже если организация сама обнаружила ошибку и восстановила расходы за счет средств от приносящей доход деятельности до проверки

Ответственность медицинской организации наступает за сам факт использования средств ОМС не по целевому назначению. То есть, если медицинская организация сама обнаружила нарушение и восстановила расходы, все равно могут быть применены санкции.

Последующее устранение совершенного правонарушения не может служить основанием для освобождения от ответственности. Это подтверждается судебной практикой (например, постановлением Арбитражного суда Приволжского округа от 26.02.2016 № Ф06-6171/2016 по делу № А55-10292/2015).

Логика суда примерно следующая: да, нарушение было устранено, но нарушение-то было, следовательно, нужно наказать.



Обязательно ли учитывать в ценах на платные медицинские услуги расходы на коммунальные расходы, арендные платежи и т.д., если они все равно оплачиваются из других источников?

Вопрос не праздный. Действительно, если учреждение вообще не оказывает платных медицинских услуг, то все коммунальные расходы, аренда и т.д. все равно будут оплачиваться из других источников (бюджет или ОМС).

К сожалению, нормативными правовыми актами данные вопросы включения ресурсов, финансируемых за счет различных источников, урегулированы лишь частично (только применительно к ряду ситуаций). В большинстве случаев полномочия по решению данного вопроса передаются либо учредителю (органу, осуществляющему функции и полномочия учредителя), либо самой медицинской организации.

Так, пунктом 4 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» устанавливается: «Бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственно-го (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его





основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом...для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях. **Порядок определения указанной платы устанавливается соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, если иное не предусмотрено федеральным законом.**

В соответствии с пунктом 31 «Требований к составлению и утверждению плана финансово-хозяйственной деятельности государственного (муниципального) учреждения» расчет расходов (за исключением расходов на закупку товаров, работ, услуг) осуществляется раздельно по источникам их финансового обеспечения в случае принятия органом – учредителем решения о планировании указанных выплат раздельно по источникам их финансового обеспечения¹.

В случае если федеральное бюджетное или автономное учреждение оказывает сверх установленного государственного задания государственные услуги (выполняет работы) для физических и юридических лиц за плату, а также осуществляет иную приносящую доход деятельность, затраты на уплату налогов рассчитываются с применением коэффициента платной деятельности².

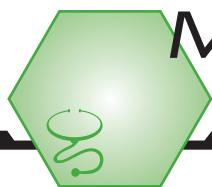
Критерии распределения затрат по различным источникам финансирования в разрезе видов деятельности приводятся в письме Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 23 июля 2013 г. № 5423/21-и «О направлении материалов научно-исследовательской работы и информации по опыту перехода субъектов РФ на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в 2008–2012 г.г.».

Вопросы распределения косвенных расходов рассматриваются в статье 318 Налогового кодекса.

Исходя из логики перечисленных документов, учредитель либо медицинская организация самостоятельно определяют порядок отнесения коммунальных расходов, арендной платы, других расходов, относящихся к косвенным расходом по источникам финансирования. Но сама процедура разнесения расходов по источникам финансирования является обязательной. Например, если определенные помещения медицинской организации используются для оказания платных медицинских услуг, то затраты, связанные с содержанием этих помещений, нельзя покрывать за счет бюджета или ОМС.

¹ Приказ Минфина России от 31 августа 2018 г. № 186н «О Требованиях к составлению и утверждению плана финансово-хозяйственной деятельности государственного (муниципального) учреждения» (с изменениями и дополнениями).

² Постановление Правительства Российской Федерации от 26 июня 2015 года № 640 «О порядке формирования государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в отношении федеральных государственных учреждений и финансового обеспечения выполнения государственного задания».



Менеджер
здравоохранения

