ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№10.2020

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Менеджер здравоохранения

№10 2020

- Издается 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: 258

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 декабря 2020 г.

Общий тираж: 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№10 • 2020

В номере:

НОМИНАЦИИ
Учреждены традиционные номинации Издательского дома «Менеджер здравоохранения» за лучшие публикации 2020 года 3

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
Возможности применения инструментария независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями для анализа эффективности системных преобразований на амбулаторном этапе
И.А. Деев, О.С. Кобякова, С.В. Барановская, В.А. Бойков, И.П. Шибалков, Т.А. Суворова, Л.М. Протасова 4-11

Показатели работы коек круглосуточного пребывания онкологического профиля в Российской Федерации
В.А. Евдаков, М.Н. Бантьева, Е.М. Маношкина, Ю.Ю. Мельников 12-18

Анализ практического опыта разработки и внедрения стандартных операционных процедур в деятельность среднего медицинского персонала
О.А. Бернатович, И.В. Борзунов, А.А. Попов, Э.Р. Прокопьева, Э.Ю. Чернышева 19-25

НАСЕЛЕНИЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
Оценка эпидемиологической ситуации и доступности медицинской помощи пациентам с заболеваниями сетчатки глаза в Российской Федерации
И.В. Ларичева, И.М. Сон, Е.С. Ястребова, В.В. Нероев, О.В. Зайцева, Л.А. Михайлова 26-36

Самооценка здоровья и удовлетворенность медицинской помощью сельским населением возраста 60+ Калининградской области
И.Б. Шикина, И.Ю. Чухриенко, Т.Г. Задоркина, И.А. Михайлов, И.А. Элизов 37-43

Современная проблема младенческой смертности в Российской Федерации, комплексный подход к снижению на примере Республики Ингушетия
Х.Ю. Угурчиева 44-48

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ
Телемедицина в странах ЕАЭС: реальность и перспективы
И.М. Акулин, Е.А. Чеснокова, Р.А. Пресняков, А.Д. Летова, Е.И. Зимина, Н.Е. Гурьянова 49-69

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»
Замена выплат стимулирующего характера за работу с коронавирусной инфекцией Covid-19 на специальные социальные выплаты
Ф.Н. Кадыров 70-77

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
Вопросы, связанные с порядком выделения объёмов медицинской помощи региональным медицинским организациям
О.В. Обухова 78-79

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ В 2020 ГОДУ 80-83

Менеджер здравоохранения

Contents:

NOMINEES
Traditional nominees of «Manager of Health Care» Publishing House for the best publications in 2020 year 3

MANAGEMENT IN HEALTH CARE
Possibilities of application of the toolkit for independent assessment of the quality of service providing conditions by medical organizations for analysis of effectiveness of system transformations at the ambulatory stage
I.A. Deev, O.S. Kobyakova, S.V. Baranovskaya, V.A. Boykov, I.P. Shibalkov, T.A. Suvorova, L.M. Protasova 4-11

Efficiency indicators of the round-the-clock hospital beds of the oncologic profile in the Russian Federation
V.A. Evdakov, M.N. Banteva, E.M. Manoshkina, Y.Y. Melnikov 12-18

Analysis of practical experience in development and implementation of standard operating procedures in the activity of medical personnel
O.A. Bernatovich, I.V. Borzunov, A.A. Popov, E.R. Prokopyeva, E.U. Chernysheva 19-25

POPULATION AND HEALTH
The evaluation of epidemiology and the availability of medical care for patients with retina diseases in the Russian Federation
I.V. Laricheva, I.M. Son, E.S. Yastrebova, V.V. Neroev, O.V. Zaitseva, L.A. Mikhailova 26-36

Self-assessment of health and satisfaction with medical care by country people of age 60+ of the Kaliningrad region
I.B. Shikina, I.Yu. Chukhrienko, T.G. Zadorkina, I.A. Mikhaylov, I.A. Elizov 37-43

The modern problem of infant mortality in the Russian Federation, an integrated approach to reduction on the example of the Republic of Ingushetia
H.U. Ugurchieva 44-48

FOREIGN EXPERIENCE
Telemedicine in the EAEU countries: reality and prospects
I.M. Akulin, E.A. Chesnokova, R.A. Presnyakov, A.D. Letova, E.I. Zimina, N.E. Guryanova 49-69

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS
Issues related to the replacement of incentive payments for work with Covid-19 coronavirus infection with special social payments
F.N. Kadyrov 70-77

QUESTIONS AND ANSWERS
Questions related to the procedure for allocating volumes of medical care to regional medical organizations
O. V. Obukhova 78-79

DIRECTORY OF ARTICLES, PUBLISHED IN THE MAGAZINE IN 2020 YEAR 80-83

УЧРЕЖДЕНЫ ТРАДИЦИОННЫЕ НОМИНАЦИИ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» ЗА ЛУЧШИЕ ПУБЛИКАЦИИ 2020 ГОДА

Номинации учреждены в целях повышения эффективности управленческих решений в здравоохранении и стимулирования заинтересованности организаторов-практиков здравоохранения в свободном распространении информации об организационных инновациях:

- Автор наиболее оригинальной публикации или цикла публикаций за год (с 1 января по 31 декабря 2020 г.).
- Автор наиболее оригинального менеджерского решения в области управления региональным здравоохранением за год (с 1 января по 31 декабря 2020 г.).

После подведения творческих итогов уходящего журнального года мы опубликуем решение редакции и общественного голосования читательской аудитории.

Победителям номинаций будут направлены дипломы, подписанные главным редактором журнала, академиком В.И. Стародубовым, а также годовые подписки на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2021 год и новые книги серии «Менеджмент в здравоохранении» Издательского дома «МЗ».

Просим читателей журнала направлять свои мнения по адресу: idmz@mednet.ru

И.А. Деев,
д.м.н., ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: ivandeyev@yandex.ru
О.С. Кобякова,
д.м.н., профессор, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, e-mail: kobyakovaos@mednet.ru
С.В. Барановская,
к.м.н., ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: sv-baranovskaya@yandex.ru
В.А. Бойков,
к.м.н., ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: boykov85@mail.ru
И.П. Шибалков,
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: shibalkov.ivan@yandex.ru
Т.А. Суворова,
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: arteria_1@mail.ru
Л.М. Протасова,
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: zharmuhambetova.l@gmail.com

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТАРИЯ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА УСЛОВИЙ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ДЛЯ АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

УДК: 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-10-4-11*

Деев И.А., Кобякова О.С., Барановская С.В., Бойков В.А., Шибалков И.П., Суворова Т.А., Протасова Л.М. ***Возможности применения инструментария независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями для анализа эффективности системных преобразований на амбулаторном этапе*** *(ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия; ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Успешное достижение целей национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» невозможно без активного участия субъектов РФ. Особую значимость при этом приобретает выбор оптимальных инструментов оценки осуществляемых в масштабах региона преобразований. Целью исследования явился анализ эффективности внедрения Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области с использованием инструментария независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями. Проанализированы результаты анкетирования пациентов медицинских организаций, участвующих в реализации проекта, до (2018 год, 896 пациентов, 18 медицинских организаций) и после (2019 год, 252 пациента, 5 медицинских организаций) внедрения его мероприятий с использованием утвержденной Минздравом России формы анкеты. Информативность вопросов используемой анкеты для оценки эффективности регионального проекта зависела от их характера. Показано, что результаты анкетирования по вопросам, затрагивающим технические аспекты получения услуг (сроки ожидания записи на прием к врачу, исследования), необходимо интерпретировать комплексно в сочетании с оценкой технологических показателей и данных о ресурсной обеспеченности изучаемых процессов. Вопросы, связанные с различными аспектами удовлетворенности пациентов полученными услугами и условиями их оказания, продемонстрировали положительную динамику по ряду параметров, свидетельствующую об эффективности внедрения проекта. Большую информативность имели вопросы, конкретизирующие объект удовлетворенности или неудовлетворенности, по сравнению с вопросами, предполагающими интегральную оценку учреждения. Данные анкетирования, полученные в ходе проведения независимой оценки качества условий оказания услуг в медицинских организациях, могут стать действенным инструментом интегральной оценки реализации региональных проектов, позволяющим определить правильность выбранных направлений системных преобразований.

Ключевые слова: *независимая оценка качества, анкетирование, оценка эффективности, удовлетворенность пациентов.*

© И.А. Деев, О.С. Кобякова, С.В. Барановская, В.А. Бойков, И.П. Шибалков, Т.А. Суворова, Л.М. Протасова, 2020 г.

Введение

Необходимость достижения актуальных целей развития Российской Федерации, обозначенных Президентом в новом Указе от 21 июня 2020 г. № 474, ставит масштабные задачи, в том числе в сфере охраны здоровья граждан [1]. Успешная реализация национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» невозможна без консолидации усилий всех уровней управления здравоохранением. В данной ситуации возрастает роль субъектов РФ не только по исполнению федеральных мероприятий, но и по реализации региональных инициатив, а одной из ключевых задач становится выбор оптимальных инструментов оценки эффективности осуществляемых системных преобразований.

В условиях современного пациент-ориентированного здравоохранения вопросы оценки эффективности не могут рассматриваться в отрыве от общественного мнения. Различные показатели удовлетворенности населения медицинской помощью в последние годы становятся неотъемлемым элементом комплексной оценки системы здравоохранения в целом и ее отдельных элементов [2]. Вектор научных исследований феномена удовлетворенности направлен на углубленное изучение вклада в его структуру отдельных факторов, совершенствование методик оценки на основе учета максимального числа детерминант и применения дифференцированного подхода к анализу различных медицинских организаций и групп населения [3, 4, 5]. Вместе с тем в практическом здравоохранении для оценки интегральных эффектов реализации проектов в масштабах региона необходим простой, удобный и универсальный инструмент, применение которого не потребует дополнительных ресурсов. С этой позиции представляет интерес инструментарий независимой оценки качества (далее – НОК).

Институт НОК в сфере здравоохранения получил законодательное закрепление в 2014 году. НОК преследует цели предоставления гражданам информации о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями, а также повышения качества их деятельности [6]. На протяжении своего существования НОК претерпела ряд изменений, основным из которых стал переход от оценки качества оказания услуг к оценке качества условий их оказания. То есть сегодня НОК – это система оценки, прежде всего, сервисной составляющей процесса оказания медицинской помощи – клиентоориентированности, отклика системы здравоохранения на запросы пациента [7]. НОК предусматривает оценку условий оказания услуг с позиции открытости и доступности информации о медицинской организации; комфортности условий предоставления медицинских услуг, в том числе времени ожидания предоставления медицинской услуги; доброжелательности, вежливости работников медицинской организации; удовлетворенности условиями оказания услуг; доступности медицинских услуг для инвалидов [6].

Одним из способов получения информации о качестве условий оказания услуг в рамках НОК является выявление мнений пациентов для установления удовлетворенности граждан условиями оказания услуг, в том числе анкетирование [8], которое осуществляется с использованием утвержденных Минздравом России форм анкет [9].

В Томской области в рамках формирования пациент-ориентированной системы здравоохранения разработан и внедрен Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области (далее – Стандарт) – документ, регламентирующий единые подходы к организации деятельности служб первичного звена здравоохранения [10].

Целью данного исследования являлся анализ эффективности внедрения Стандарта с использованием инструментария НОК.

Методы

Стандарт состоит из 14 разделов, описывающих требования к организации деятельности структурных подразделений поликлиники и выстраиванию ключевых процессов с акцентом на сервисный компонент (доступен на официальном сайте Департамента здравоохранения Томской области, https://zdrav.tomsk.ru/storage/111621/Стандарт_АПП.pdf). Внедрение Стандарта осуществлялось в течение 2019 года в 35 медицинских организациях, имеющих поликлинические отделения, и стало ключевым системным преобразованием первичного звена здравоохранения региона в указанный период.

В качестве инструмента оценки эффективности Стандарта с позиции удовлетворенности пациентов полученными услугами и условиями их оказания использована Анкета для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях (далее – Анкета) [10]. Для анализа были отобраны вопросы Анкеты, наиболее корреспондирующие с ключевыми мероприятиями Стандарта и дающие общую оценку учреждения получателями услуг – *таблица 1.*

Проанализированы результаты анкетирования пациентов медицинских организаций, участвующих

Таблица 1

Соответствие вопросов Анкеты разделам Стандарта

№	*Вопрос Анкеты*	*Раздел Стандарта*
1	Что именно Вас не удовлетворяет? Ответы: отсутствие свободных мест ожидания; состояние гардероба; отсутствие питьевой воды; отсутствие санитарно-гигиенических помещений; состояние санитарно-гигиенических помещений; санитарное состояние помещений; отсутствие мест для детских колясок. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в МО?	Приемная зона
2	Удовлетворены ли Вы навигацией внутри МО? Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности МО, размещенной в помещениях МО?	Система навигации и информационные носители
3	Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)? Вы удовлетворены отношением работников МО (доброжелательность, вежливость), к которым Вы обращались (при записи на прием)?	Требования к сотрудникам и обучению сотрудников
4	Время ожидания приема врача-специалиста, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило..? Время ожидания приема врача-терапевта/врача-педиатра/врача общей практики/лечащего врача, к которому Вы записались (вызывали на дом), с момента записи на прием составило..? Вы ожидали проведения лабораторных исследований? Вы удовлетворены отношением работников МО (доброжелательность, вежливость), к которым Вы обращались (при записи на прием)? Что именно Вас не удовлетворяет? Ответ: наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников. Вы ожидали проведения инструментальных исследований (ЭКГ, ЭЭГ, рентген, УЗИ)? Вы ожидали проведения компьютерной томографии (МРТ, ангиографии)?	Регистратура
5	Время ожидания приема врача-терапевта/врача-педиатра/врача общей практики/лечащего врача, к которому Вы записались (вызывали на дом), с момента записи на прием составило..? Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)? Что именно Вас не удовлетворяет? Ответ: наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников.	Участковая служба
6	Время ожидания приема врача-специалиста, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило..? Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)? Что именно Вас не удовлетворяет? Вариант ответа: наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников.	Врачи-специалисты
7	Вы ожидали проведения лабораторных исследований?	Процедурный кабинет
8	Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)? Вы удовлетворены отношением работников МО (доброжелательность, вежливость), к которым Вы обращались (при записи на прием)?	Корпоративная культура, общие принципы профессиональной этики и основные правила поведения
9	Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в МО? Рекомендовали бы Вы данную МО для оказания медицинской помощи? В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной МО?	Все разделы Стандарта

МО – медицинская организация.
Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0. Для сравнительной оценки частот в группах использовался критерий Хи-квадрат. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании был принят равным 0,05 (p – достигнутый уровень значимости).

в реализации Стандарта, до (2018 год, 896 пациентов, 18 медицинских организаций) и после (2019 год, 252 пациента, 5 медицинских организаций) внедрения его основных мероприятий.

В исследовании использованы данные, полученные в ходе процедуры НОК, ежегодно организуемой Департаментом здравоохранения Томской области в рамках исполнения требований Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Результаты

Данные анализа результатов анкетирования пациентов медицинских организаций в динамике на фоне внедрения Стандарта представлены в *таблице 2.*

Динамика показателей, отражающих оценку пациентами сроков записи на прием (исследования), имела различную направленность в зависимости от вида услуги. Так, доля лиц, ожидавших приема врача-специалиста с момента записи на прием менее 7 календарных дней, в 2019 году была достоверно выше, нежели в 2018 году (73,33% против 63,84%; p = 0,002), а доля лиц, ожидавших приема 14 дней и более, сократилась более чем в 2 раза (с 25,25% до 11,85%; p = 0,002). Ситуация с записью на прием к врачам общего профиля (терапевту участковому, педиатру участковому, врачу общей практики), напротив, характеризовалась отрицательной динамикой: достоверное снижение доли лиц, ожидавших приема врача менее 1 часа (с 64,19% в 2018 году до 39,66% в 2019 году; p = 0,0001) и существенное увеличение (с 15,65% до 46,55%; p = 0,0001) доли лиц, ожидавших приема 24 часа и более.

Как положительную можно оценить ситуацию с проведением лабораторных исследований: после внедрения Стандарта доля лиц, ожидавших проведения лабораторных исследований менее 7 календарных дней, увеличилась с 84,16% в 2018 году до 94,41% в 2019 году (p = 0,038).

Достоверных различий в сроках ожидания инструментальных исследований, компьютерной томографии (МРТ, ангиографии) не получено.

Наибольший интерес с позиции оценки пациент-ориентированности внедренного Стандарта представляли вопросы, связанные с различными аспектами удовлетворенности пациентов оказанными услугами. Нами получена убедительная положительная динамика по ряду параметров.

На фоне внедрения Стандарта достоверно увеличилась доля лиц, удовлетворенных отношением работников медицинской организации при записи на прием (с 92,03% в 2018 году до 99,07% в 2019 году; p = 0,002), а также процент пациентов, удовлетворенных отношением к ним врача (91,30% в 2018 году против 97,62% в 2019 году; p = 0,0007).

Что касается вопросов, отражающих оценку пациентом комфортности оказания услуг в медицинской организации, то, несмотря на то, что увеличение доли лиц, в целом удовлетворенных комфортностью предоставления услуг в медицинской организации, не достигало уровня статистической значимости, практически по всем вопросам, уточняющим причину неудовлетворенности пациента, было зафиксировано достоверное снижение процента неудовлетворенных. Так, доля респондентов, неудовлетворенных отсутствием свободных мест ожидания, после внедрения Стандарта снизилась с 8,26% до 1,98% (p = 0,001); состоянием гардероба – с 3,28% до 0,40% (p = 0,012); отсутствием питьевой воды – с 10,41% до 4,37% (p = 0,003); отсутствием санитарно-гигиенических помещений – с 2,38% до 0,40% (p = 0,044); состоянием санитарно-гигиенических помещений – с 2,26% до 1,19% (p = 0,028); санитарным состоянием помещений – с 1,70% до 0% (p = 0,037); отсутствием мест для детских колясок – с 4,30% до 0% (p = 0,001). Единственным вариантом ответа на данный вопрос, по которому выявлено достоверное увеличение доли неудовлетворенных респондентов на фоне внедрения Стандарта, стал ответ «Наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников» (с 9,16% до 13,89%; p = 0,029).

Достоверные позитивные сдвиги в оценке пациентами по итогам внедрения Стандарта зафиксированы также по вопросам «Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации?» (доля удовлетворенных данным параметром пациентов возросла с 85,21% в 2018 году до 90,48% в 2019 году; p = 0,032) и «Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?» (доля пациентов, удовлетворенных элементами доступной среды, увеличилась с 73,04% в 2018 году до 100% в 2019 году; p = 0,036).

Доля пациентов, положительно ответивших на такие вопросы, как «Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?», «Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?» и «В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?» на фоне внедрения Стандарта не претерпела достоверных изменений.

Обсуждение

Для интерпретации результатов вопросы Анкеты, вошедшие в исследование, можно разделить на два блока. К первому блоку мы отнесли вопросы, затрагивающие в большей степени технические аспекты процесса получения услуг (запись к врачу, на исследования). Параметры, которые определяют оценку пациентов по данному блоку вопросов, зависят не только от организационной составляющей, но и от укомплектованности кадрами, площадей, оборудования, иными словами, выходят за пределы влияния мероприятий Стандарта. Данные параметры помимо анкетирования могут быть оценены путем

Таблица 2

Динамика результатов анкетирования пациентов с использованием Анкеты до (2018 г.) и после (2019 г.) внедрения Стандарта

№	Вопрос Анкеты	Анализируемый показатель	2018 г.	2019 г.
1	Время ожидания приема врача-специалиста, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило..?	Доля лиц, ожидавших приема врача-специалиста с момента записи на прием менее 7 календарных дней, %	63,84	73,33*
		Доля лиц, ожидавших приема 14 дней и более, %	25,25	11,85*
2	Время ожидания приема врача-терапевта/врача-педиатра/врача общей практики/лечащего врача, к которому Вы записались (вызывали на дом), с момента записи на прием составило..?	Доля лиц, ожидавших приема врача-терапевта/педиатра/врача общей практики/лечащего врача менее 1 часа, %	64,19	39,66*
		Доля лиц, ожидавших приема врача-терапевта/педиатра/врача общей практики/лечащего врача 24 часа и более, %	15,65	46,55*
3	Вы ожидали проведения лабораторных исследований?	Доля лиц, ожидавших проведения лабораторных исследований менее 7 календарных дней, %	84,16	94,41*
4	Вы ожидали проведения инструментальных исследований (ЭКГ, ЭЭГ, рентген, УЗИ)?	Доля лиц, ожидавших проведения инструментальных исследований менее 7 календарных дней, %	75,60	86,40
5	Вы ожидали проведения компьютерной томографии (МРТ, ангиографии)?	Доля лиц, ожидавших проведения компьютерной томографии (МРТ, ангиографии) менее 15 календарных дней, %	60,00	76,92
6.	Вы удовлетворены отношением работников МО (доброжелательность, вежливость), к которым Вы обращались (при записи на прием)?	Доля лиц, удовлетворенных отношением работников МО (доброжелательность, вежливость) при записи на прием, %	92,03	99,07*
7	Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?	Доля лиц, удовлетворенных отношением врача (доброжелательность, вежливость), %	91,30	97,62*
8	Удовлетворены ли Вы навигацией внутри МО?	Доля лиц, удовлетворенных навигацией внутри МО, %	85,21	90,48*
9	Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности МО, размещенной в помещениях МО?	Доля лиц, удовлетворенных открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности МО, размещенной в помещениях МО, %	96,40	95,19
10	Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в МО?	Доля лиц, удовлетворенных доступностью услуг для инвалидов в МО,%	73,04	100*
11	Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в МО?	Доля лиц, удовлетворенных комфортностью условий предоставления услуг в МО, %	78,62	80,56
12	Что именно Вас не удовлетворяет? Ответ: отсутствие свободных мест ожидания	Доля лиц, неудовлетворенных отсутствием свободных мест ожидания, %	8,26	1,98*
13	Что именно Вас не удовлетворяет? Ответ: состояние гардероба	Доля лиц, неудовлетворенных состоянием гардероба, %	3,28	0,40*
14	Что именно Вас не удовлетворяет? Ответ: отсутствие питьевой воды	Доля лиц, неудовлетворенных отсутствием питьевой воды, %	10,41	4,37*
15	Что именно Вас не удовлетворяет? Ответ: отсутствие санитарно-гигиенических помещений	Доля лиц, неудовлетворенных отсутствием санитарно-гигиенических помещений, %	2,38	0,40*
16	Что именно Вас не удовлетворяет? Ответ: состояние санитарно-гигиенических помещений	Доля лиц, не удовлетворенных состоянием санитарно-гигиенических помещений, %	2,26	1,19*
17	Что именно Вас не удовлетворяет? Ответ: санитарное состояние помещений	Доля лиц, неудовлетворенных санитарным состоянием помещений, %	1,70	0,00*
18	Что именно Вас не удовлетворяет? Ответ: отсутствие мест для детских колясок	Доля лиц, неудовлетворенных отсутствием мест для детских колясок, %	4,30	0,00*
19	Что именно Вас не удовлетворяет? Ответ: наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников	Доля лиц, неудовлетворенных наличием очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников, %	9,16	13,89*
20	Рекомендовали бы Вы данную МО для оказания медицинской помощи?	Доля лиц, рекомендовавших бы данную МО для оказания медицинской помощи, %	87,17	82,54
21	В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной МО?	Доля лиц, в целом удовлетворенных условиями оказания услуг в данной МО, %	87,06	90,48

*$p < 0,05$.

МО – медицинская организация.

анализа различных технологических показателей деятельности поликлиники (время ожидания приема специалистов по данным медицинской информационной системы и т.п.).

В положительную динамику доли лиц, принятых врачами-специалистами и прошедших лабораторные исследования в максимально короткие сроки (менее 7 календарных дней), внесли свой вклад мероприятия разделов «Регистратура», «Процедурный кабинет», «Врачи-специалисты» Стандарта, направленные на оптимизацию потоков движения пациентов и медицинской документации, формирование удобного графика работы подразделений для пациентов и сотрудников, организацию доступной телефонной связи в регистратуре и ее обустройство. Отрицательная же динамика по срокам ожидания приема врачей общего профиля, на наш взгляд, может быть объяснена переходным периодом внедрения в рамках Стандарта новой схемы маршрутизации пациентов (Стандарт предусматривал перераспределение части потока пациентов с участковой службы на кабинеты неотложной помощи с одновременным введением записи к узким специалистам через участкового врача и необходимостью усиления работы с диспансерной группой на участке. Объективное возрастание нагрузки на врачей общего профиля при инертности процесса перенаправления пациентов в кабинет неотложной помощи привели к некоторому увеличению средних сроков ожидания). Кроме того, нельзя исключить ухудшение статистики из-за изменения параметров кадровой обеспеченности и иных, не связанных с внедрением Стандарта, факторов.

Таким образом, результаты анкетирования пациентов по данному блоку вопросов необходимо интерпретировать не только с позиции исследуемых системных преобразований, но и принимать во внимание параметры кадровой и ресурсной обеспеченности, а также сопоставлять их с динамикой объективных процессных показателей.

Во второй блок вошли вопросы, связанные с различными аспектами удовлетворенности пациентов полученными услугами и условиями их оказания. Параметры, отражаемые данными вопросами, носят субъективный характер и могут быть оценены исключительно самими получателями услуги. Отдельные вопросы данного блока поставлены широко, например, «В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?», «Рекомендовали ли бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?», и отражают интегральную оценку пациентом посещенного учреждения. Формулировка других содержит указание на объект удовлетворенности или неудовлетворенности (отсутствие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников; санитарное состояние помещений; отношение врача; навигация внутри медицинской организации и т.д.).

Отчетливая положительная динамика по большинству уточняющих вопросов, а именно: «Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), к которым Вы обращались» (при записи на прием), «Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?», «Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации?» и «Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации», свидетельствует об эффективности реализации соответствующих требований Стандарта.

Вопросы оценки пациентом комфортности предоставления услуг, нуждаются в отдельной трактовке, что связано с логикой построения Анкеты: сначала пациент отвечает на общий вопрос «Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?», в случае отрицательного ответа ему необходимо конкретизировать причину неудовлетворенности из закрытого списка (отсутствие свободных мест ожидания; состояние гардероба; отсутствие питьевой воды; отсутствие санитарно-гигиенических помещений; состояние санитарно-гигиенических помещений; санитарное состояние помещений; отсутствие мест для детских колясок; наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников), причем количество выбираемых причин не ограничено. Неважно, отметит пациент одну, несколько или все восемь причин неудовлетворенности, он в равной степени пополнит статистику в целом неудовлетворенных комфортностью предоставления услуг, в то время как по конкретным причинам вклад каждого выбранного варианта отразится на величине соответствующего показателя. Полученное в нашем исследовании достоверное снижение доли неудовлетворенных по большинству вопросов, уточняющих причины неудовлетворенности, несмотря на сохранившийся на том же уровне процент в целом удовлетворенных комфортностью услуг, подтверждает вывод об эффективности внедрения соответствующих мер Стандарта.

Выпадающая из данной картины динамика показателя – увеличение доли пациентов,

неудовлетворенных наличием очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников – может быть объяснена уже описанным выше изменением схемы маршрутизации пациентов в рамках Стандарта. Напомним, что старт реализации ключевых логистических решений документа сопровождался объективным возрастанием нагрузки на участковую службу. Увеличение числа лиц, требующих активного диспансерного наблюдения, а также необходимость по-прежнему обслуживать часть пациентов, не желающих в силу привычки отказываться от врачебного приема и посещать кабинет неотложной помощи, где традиционно работают фельдшеры, не могли не привести к эпизодическим сбоям в очередности обслуживания пациентов участковыми врачами. Кроме того, ставшие причиной неудовлетворенности пациентов очереди у регистратуры могли быть связаны с временным или постоянным (в единичных медицинских организациях) отсутствием администратора холла, чья значимость особенно возрастает в условиях меняющейся логистики.

Интерпретация того факта, что по наиболее общим вопросам, связанным с оценкой удовлетворенности («В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?», «Рекомендовали ли бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?») достоверных различий в динамике на фоне внедрения Стандарта не получено, по нашему мнению, лежит в плоскости понимания самого феномена удовлетворенности. В настоящее время структура данного параметра и спектр влияющих на него детерминант еще недостаточно изучены [3]. Отсутствие динамики в интегральной оценке пациентами медицинской организации на фоне улучшения более узких показателей может свидельствовать о наличии иных причин, снижающих удовлетворенность, не учтенных в исследовании, что требует дополнительного изучения.

Отсутствие достоверных сдвигов по вопросу «Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?» с учетом высокого исходного уровня удовлетворенности по данному параметру следует считать приемлемым результатом на фоне Стандарта. Ранее в работах нашего коллектива было показано, что удовлетворенность пациентов носит волнообразный характер с подъемами и спадами, при достижении высокого уровня показателя свидетельством эффективной политики руководства становится поддержание «плато» удовлетворенности [11].

Проведенное исследование показало, что анализ данных анкетирования пациентов в рамках НОК как инструмент базовой оценки эффективности реализуемых проектов и осуществляемых системных преобразований, безусловно, заслуживает внимания организаторов здравоохранения.

Выбор вопросов Анкеты для анализа должен определяться спецификой оцениваемого проекта. Следует помнить, что вопросы, касающиеся технических аспектов деятельности медицинской организации, могут быть использованы только в сочетании с комплексной оценкой технологических показателей и данных о ресурсной обеспеченности изучаемых процессов. В первую очередь следует ориентироваться на результаты анкетирования по вопросам, предполагающим оценку различных аспектов удовлетворенности пациентов полученными услугами и условиями их оказания. Большей информативностью обладают вопросы, конкретизирующие объект удовлетворенности, по сравнению с вопросами, предполагающими интегральную оценку учреждения.

Ограниченный перечень вопросов Анкеты не всегда позволяет в полной мере оценить работу узконаправленных служб (в данном исследовании нам не удалось оценить работу кабинетов организации плановой помощи и кабинета медицинской профилактики).

Выводы

Данные анкетирования пациентов, полученные в ходе проведения НОК, могут стать действенным инструментом оценки реализации региональных проектов.

Интегральный анализ эффективности, проводимый с использованием Анкеты, дает возможность оценить правильность выбранных направлений системных преобразований в масштабах региона, а также выявить проблемы, требующие проведения углубленного изучения удовлетворенности на уровне отдельных медицинских организаций с последующей выработкой мер по устранению выявленных недостатков.

Наличие в арсенале НОК Анкеты для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях позволяет распространить данный опыт на анализ преобразований в стационарном звене системы здравоохранения.

Литература

1. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года: Указ Президента РФ от 21 июня 2020 г. № 474. [Интернет]. URL: https://base.garant.ru/74404210/ (Дата обращения: 14.09.2020).

2. *Улумбекова Г.Э., Мокляченко А.В.* Показатели для оценки деятельности медицинских организаций: международный опыт. Оргздрав: новости, мнения, обучение, 2017; (3):23–34.

3. *Шнайдер Г.В., Деев И.А., Кобякова О.С., Бойков В.А., Барановская С.В., Протасова Л.М. и др.* Оценка удовлетворенности населения медицинской помощью. // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2020; 66 (4):4. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1180/30/lang,ru/.

4. *Кондратова Н.В.* Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов в медицинской организации. // В мире научных открытий, 2016; 5 (77):23–37.

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

6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ. [Интернет]. URL: https://base.garant.ru/12191967/ (Дата обращения: 14.09.2020).

7. *Ерошенко А.Ю., Мартиросов В.Ю., Варданян Н.Б., Букарева Н.В.* Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями. История вопроса и некоторые проблемы реализации. // Менеджмент качества в медицине, 2018; (2):22–27.

8. Об утверждении Правил сбора и обобщения информации о качестве условий оказания услуг организациями в сфере культуры, охраны здоровья, образования, социального обслуживания и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы: постановление Правительства РФ от 31 мая 2018 г. № 638. [Интернет]. URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71859160/ (Дата обращения: 14.09.2020).

9. 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: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 июля 2018 г. № 442. [Интернет]. URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71889420/ (Дата обращения: 14.09.2020).

10. *Деев И.А., Барановская С.В., Бойков В.А., Грахов В.Н., Кравченко А.П., Кобякова, и др.* Декларация о пациент-ориентированном здравоохранении Томской области. // Бюллетень сибирской медицины, 2019; 18 (2):175–180.

11. *Садовой М.А., Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Табакаев Н.А., Тюфилин Д.С., и др.* Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? // Бюллетень сибирской медицины, 2017; 16 (1):152–61.

UDC 614.2

Deev I.A., Kobyakova O.S., Baranovskaya S.V., Boykov V.A., Shibalkov I.P., Suvorova T.A., Protasova L.M. ***Possibilities of application of the toolkit for independent assessment of the quality of service providing conditions by medical organizations for analysis of effectiveness of system transformations at the ambulatory stage*** *(Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. Successful achievement of goals of the national projects «Healthcare» and «Demography» is impossible without the active participation of subjects of the Russian Federation. At the same time, choice of optimal tools for assessing the transformations carried out on a regional scale is of particular importance. The aim of the study was to analyze the effectiveness of implementation of the Standard for the organization of outpatient care in the Tomsk region using tools for independent assessment of the quality of conditions for the provision of services by medical organizations. The results of the questionnaire survey of patients of medical organizations participating in the implementation of the project were analyzed before (2018, 896 patients from 18 medical organizations) and after (2019, 252 patients from 5 medical organizations) implementation of its main activities using the Questionnaire approved by the Ministry of Health of Russia. The informativeness of the questions of the questionnaire used to assess the effectiveness of a regional project depended on their nature. It is shown that the results of a questionnaire survey on issues affecting technical aspects of the process of receiving services (waiting times for an appointment with a doctor, research) should be interpreted comprehensively in combination with an assessment of technological indicators and data on the resource availability of the processes under study. Questions related to various aspects of patient satisfaction with the services received and the conditions for their provision showed positive dynamics in a number of parameters, indicating the effectiveness of the project implementation. The questions that concretize the object of satisfaction or dissatisfaction, in comparison with the questions involving an integrated assessment of the institution, were of great information content. The survey data obtained in the course of an independent assessment of the quality of the conditions for the provision of services in medical organizations can become an effective tool for an integrated assessment of the implementation of regional projects, allowing to determine the correctness of the selected directions of systemic transformations.

Keywords: *independent quality assessment, questionnaire survey, effectiveness assessment, patient satisfaction.*

В.А. Евдаков,
д.м.н., ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: evdakov41@mail.ru
М.Н. Бантьева,
к.м.н., ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: ba.mani@yandex.ru
Е.М. Маношкина,
к.м.н., ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: manoshkina@mednet.ru
Ю.Ю. Мельников,
к.м.н., ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: melnikoff16@mail.ru

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ КОЕК КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-10-12-18*

Евдаков В.А., Бантьева М.Н., Маношкина Е.М., Мельников Ю.Ю. ***Показатели работы коек круглосуточного пребывания онкологического профиля в Российской Федерации*** *(ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Устойчивая тенденция роста онкологических заболеваний в России в последние годы требует ответной реакции от системы здравоохранения: развития профилактики, направленной на раннее выявление заболеваний; совершенствования методов диагностики и лечения онкопатологии; повышения качества и эффективности оказываемой помощи.

Цель исследования – выявить тенденции изменений заболеваемости новообразованиями и показателей работы коек онкологического профиля круглосуточного пребывания государственной системы здравоохранения в Российской Федерации, федеральных округах и субъектах Федерации в динамике за 2010–2019 гг.

Материалы и методы. С использованием данных федерального статистического наблюдения (формы №№ 12, 30) методом дескриптивной статистики проанализированы основные показатели заболеваемости населения новообразованиями, а также работы коек круглосуточного пребывания онкологического профиля в Российской Федерации, федеральных округах и субъектах Федерации в динамике за 2010–2019 гг.

Результаты. На фоне роста заболеваемости населения новообразованиями (на 24,9%), в том числе злокачественными (в 1,5 раза), за период 2010–2019 гг. в Российской Федерации выросли: абсолютное число онкологических коек круглосуточного пребывания с 30970 до 36186 (+16,8%), обеспеченность данными койками с 2,17 до 2,47 на 10000 населения (+13,8%), уровень госпитализации на них с 6,1 до 9,6 на 1000 населения (+57,4%), и снизились: средняя длительность пребывания на онкологической койке (с 12,1 дней до 8,4 – на 30,6%), а также средняя занятость койки в году (с 345 до 330 дней – на 4,3%). Крайние значения показателей уровня госпитализации на круглосуточные онкологические койки по субъектам РФ в 2019 г. различаются в 12,8 раза, обеспеченности койками – в 9,2 раза, средней занятости койки в году – в 1,5 раза, средней длительности пребывания на койке – в 2,4 раза. Летальность на онкологических койках увеличилась с 0,76% в 2010 г. до 0,95% в 2019 г. (на 25%).

Заключение. Круглосуточный коечный фонд онкологического профиля, на фоне роста онкологической заболеваемости, закономерно увеличился, но при этом он характеризуется крайней диспропорциональностью развития в ФО и субъектах РФ. Оптимизация коечного фонда должна осуществляться на основании объективных потребностей конкретного региона с учетом его особенностей и с одновременным развитием альтернативных медицинских служб.

Ключевые слова: *заболеваемость, онкология, новообразования, коечный фонд, больничная койка, обеспеченность койками, летальность.*

Введение

В последние десятилетия в России, как и в мире, отмечен рост заболеваемости злокачественными новообразованиями как общей, так и впервые выявленной [1, 2, 3]. В 2019 г. по сравнению с 2010 г. общая заболеваемость новообразованиями увеличилась на 24,9%, первичная – на 9,9%. Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями в 2019 г. по сравнению с 2010 г. увеличилась на 20,2%, общая

© В.А. Евдаков, М.Н. Бантьева, Е.М. Маношкина, Ю.Ю. Мельников, 2020 г.

заболеваемость злокачественными новообразованиями за тот же период выросла более, чем в 1,5 раза [1, 2, 4, 5].

Злокачественные новообразования устойчиво занимают второе место в структуре причин смертности населения РФ [2]. Несмотря на ряд мероприятий, предпринимаемых в рамках борьбы с онкологическими заболеваниями, снижения смертности от злокачественных новообразований на данный момент достичь не удается [6, 7]. В соответствии с Указом Президента от 07.05.2018 г № 204 [8] к 2024 году планируется достичь уровня смертности от новообразований 185,0 на 100 000 населения, что ниже уровня 2017 г. (200,6) почти на 8%. Цель достижения данного показателя ставится также в проектах борьбы с онкологическими заболеваниями во всех субъектах Российской Федерации [9].

Для решения проблемы по снижению показателей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований требуется комплексный подход, включающий целенаправленные и скоординированные действия по профилактике, ранней диагностике и эффективному лечению онкологических заболеваний с помощью современных методов на основе новых технологий [3, 10, 11].

Стационарная онкологическая помощь, несмотря на то, что она является наиболее затратной и требует постоянного привлечения большого объема основных видов ресурсов (кадрового, материального, технического, финансового, информационного) [12, 13, 14], по-прежнему остается ведущим видом медицинской помощи. Важную роль играют показатели обеспеченности населения онкологическими койками и эффективность их использования. Фактическое число коек в организациях, оказывающих помощь по профилю онкология, в России превышает нормативное на 34,3%, из чего следует, что утвержденный на 2017–2019 гг. норматив стационарных коек онкологических организаций недопустимо низкий [15]. Несоответствие планово-нормативных показателей стационарной помощи, ниже фактических данных, определяет необходимость внесения соответствующих изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам России медицинской помощи [16].

Опережающий темп роста заболеваемости населения новообразованиями, по сравнению с ростом общих показателей заболеваемости, увеличение инвалидности в связи со злокачественными новообразованиями на фоне снижения общих показателей инвалидности по всем причинам, значительные возрастно-половые различия в составе лиц с впервые установленным диагнозом – все это определяет значимость проблем организации онкологической помощи населению, планирования коечного фонда, численности и нормирования труда персонала, оказывающего данный вид помощи [16]. За период 2010–2019 гг. отмечается улучшение обеспеченности врачебными кадрами круглосуточных коек по профилю «онкология»: при росте числа коек на 16,8% число штатных должностей врачей-онкологов в стационаре возросло за тот же период на 57,2%, а физических лиц – на 65,4%. Укомплектованность штатных должностей занятыми снизилась с 96,9% в 2010 г. до 89,2% в 2019 г., а укомплектованность штатных должностей физическими лицами выросла с 69,1%до 72,7%, коэффициент совместительства снизился с 1,4 до 1,2 [17].

Повышение эффективности использования коечного фонда может осуществляться также путем развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению, перераспределения части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный [12, 18].

Перед здравоохранением РФ стоят задачи, в решении которых должны участвовать не только онкологическая, но и вся система медицинской помощи, особенно ее первичное звено. К таким задачам относятся: развитие и совершенствование системы профилактики, скрининг населения с целью раннего выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний, диспансерное наблюдение за пациентами с предраковыми заболеваниями и злокачественными новообразованиями, снижение смертности от онкологических заболеваний, повышение качества и доступности онкологической помощи, оптимизация планово-нормативных показателей объемов медицинской помощи и численности медицинского персонала с учетом возрастного и полового состава населения на уровне регионов и медицинских организаций [16, 19, 20]. Дальнейшее планирование и осуществление структурно-функциональной оптимизации коечного фонда страны остаётся актуальным.

Цель исследования: выявить тенденции изменений заболеваемости новообразованиями и показателей работы коек онкологического профиля круглосуточного пребывания государственной системы здравоохранения в Российской Федерации, федеральных округах и субъектах Федерации в динамике за 2010–2019 гг.

Материалы и методы

С использованием данных федерального статистического наблюдения (формы №№ 12, 30) методом дескриптивной статистики проанализированы основные показатели заболеваемости населения новообразованиями, а также работы коек круглосуточного пребывания онкологического профиля в Российской Федерации, федеральных округах и субъектах Федерации в динамике за 2010–2019 гг. [21].

Результаты и их обсуждение

Заболеваемость. За период с 2010 по 2019 гг. произошел рост общей заболеваемости всего населения РФ на 3,5% (с 1593,6 до 1648,8 на 1000 населения), в большей степени взрослого [18]. Значительный рост заболеваемости населения отмечен по классу «Новообразования»: показатель общей заболеваемости составил в 2019 г. 5129,3 на 100 000 населения (+24,9% по сравнению с 2010 г.), впервые зарегистрированной – 1188,2 на 100 000 населения (+9,9%). Абсолютное число впервые заболевших злокачественными новообразованиями выросло на 123517 человек (+23,9%), с 516874 в 2010 г. до 640391 в 2019 г. Показатель первичной заболеваемости вырос с 363,0 до 436,3 на 100 000 населения (+ 20,2%). Общая заболеваемость злокачественными новообразованиями за тот же период выросла более, чем в 1,5 раза.

Абсолютное число коек круглосуточного пребывания онкологического профиля в РФ за анализируемый период выросло на 5 216 (+16,8%), с 30970 в 2010 г. до 36186 в 2019 г. Увеличение числа коек за период 2010–2019 гг. наблюдалось во всех ФО: Дальневосточном с 1315 до 1860 (+ 41,4%), Северо-Западном с 3607 до 4515 (+25,2%), Центральном с 8647 до 10574 (+22,3%), Уральском с 2427 до 2808 (+15,7%), Южном с 3199 до 3504 (+9,5%), Сибирском с 3938 до 4282 (+8,7%), Северо-Кавказском с 1306 до 1507 (+15,4%), Приволжском с 6487 до 7028 (+8,3%).

Наиболее выраженный рост числа изучаемых коек за период 2010–2019 гг. наблюдается в следующих субъектах: Республике Ингушетия с 20 до 112 коек (в 5,6 раза), Ямало-Ненецком АО с 25 до 131 койки (в 5,2 раза), Калининградской области с 60 до 205 (в 3,4 раза), Республике Тыва с 25 до 65 (в 2,6 раза), Республике Якутия и Марий Эл в 1,9 раза: со 100 до 194 коек и с 90 до 174 коек, соответственно. Наряду с этим, в некоторых субъектах РФ произошло сокращение числа онкологических коек, максимальная убыль отмечена в Магаданской области – с 65 до 35 коек (–46,2%), Республиках Калмыкия – с 80 до 50 коек (–37,5%) и Карелия – со 184 до 117 коек (–36,4%), Тюменской области – с 588 до 379 коек (–35,5%), Камчатском крае – со137 до 92 (–32,8%).

Обеспеченность койками круглосуточного пребывания онкологического профиля населения РФ выросла с 2,17 на 10000 населения в 2010 г. до 2,47 в 2019 г. (+13,8%). Схожая тенденция прослеживается во всех федеральных округах, кроме Южного. В 2019 году данный показатель выше среднероссийского уровня зарегистрирован в Центральном ФО – 2,69 на 10000 населения (+9,6% за период наблюдения), Северо-Западном ФО – 3,23 (+21,9%), Сибирском ФО – 2,49 (+21,5%), ниже среднего показателя по РФ в Приволжском ФО – 2,39 (+10,1%), Уральском ФО – 2,27 (+12,9%), Южном ФО – 2,13 (убыль на 7,8%), Дальневосточном ФО – 2,27 (+8,6%), и самый низкий – в Северо-Кавказском ФО –1,53 (+10,9%).

Наименее обеспечены онкологическими койками оказались следующие регионы: Республика Дагестан – 0,56 на 10000 населения (убыль на 3,7% за период наблюдения), Воронежская область – 1,35 (–24,2%), Приморский край – 1,66 (+15,3%), Саратовская область – 1,7 (+20,6%), Ставропольский край – 1,77 (–14,5%). Высокая обеспеченность зафиксирована в Иркутской области – 3,22 (+ 27,3%), в г. Москве – 3,44 (+20,7%), Томской области 3,83 (+42,4%) и самая высокая – в Калужской – 5,17 (+86,6%) и Сахалинской – 4,8 (+13,5%) областях, а также г. Санкт-Петербурге 4,26 (+41,5%).

Разница между максимальным и минимальным значениями показателя обеспеченности койками по субъектам РФ составляет 9,2 раза.

Уровень госпитализации на круглосуточные онкологические койки увеличился в РФ с 6,1 на 1000 населения в 2010 г. до 9,6 в 2019 г.(+ 57,4%). Аналогичная тенденция роста показателя наблюдается во всех ФО: Центральном с 6,3 до 10,8 (+71,4%), Сибирском с 5,4 до 8,5 (+57,4%), Уральском с 5,8 до 9,7 (+67,2%), Южном с 7,0 до 9,8 (+40,0%), Северо-Западном с 7,2 до 11,5 (+59,7%), Северо-Кавказском с 4,2 до 5,7 (+35,7%), Приволжском с 6,4 до 9,3 (+45,3%), Дальневосточном с 5,4 до 7,1 (+31,5%). Абсолютное число пролеченных пациентов с новообразованиями в 2019 г. по сравнению с 2010 г. выросло на 32,1%, что составило 590 917 пациентов (2 429 724 – в 2019 г. и 1 838 807 пациентов в 2010 г.).

Рост уровня госпитализации за период наблюдения отмечен во всех субъектах РФ, за исключением 4-х регионов, где зафиксирована убыль показателя: Камчатского края с 10,3 до 8,3 на 1000 населения (–19,4%), Магаданской с 9,5 до 8,4 (–11,6%), Амурской – с 5,2 до 5,12 (–11,5%) и Ульяновской с 9,4 до 8,9 (–5,3%) областей. Наиболее высокий уровень госпитализации в 2019 г. зарегистрирован в следующих субъектах: Калужской области – 23,1 на 1000 населения (рост в 3,4 раза за исследуемый период), г. Санкт-Петербурге – 16,4 (прирост на 80,2%), Сахалинской – 15,3 (+ 35,4%) и Липецкой – 14,8 (+80,5%) областях, г. Москве 13,9 (рост в 2,2 раза). Наименьшее значение показателя отмечено в: Воронежской области – 6,1 на 1000 населения (прирост + 41,9%), Республике Саха (Якутия) и Красноярском крае – 5,8 (рост в 2,3 раза и на 38,1%, соответственно), Тамбовской – 5,7 (+1,8%) и Амурской– 4,6 (убыль 11,5%) областях, республике Дагестан – 1,8 (+28,6%).

Средняя занятость койки круглосуточного пребывания онкологического профиля в целом по стране за период 2010–2019 гг. снизилась с 345 до 330 дней в году (–4,3%). Во всех ФО за данный период времени наблюдалась аналогичная тенденция. Выше среднероссийского этот показатель зафиксирован в: Северо-Западном ФО – 344 дня (убыль на 3,9% за период изучения), Приволжском ФО – 335 дней (–3,2%), Северо-Кавказском ФО – 333 дня (–11,7%), Сибирском ФО – 331 день (–7,5%). Ниже среднероссийского показатель отмечен в Уральском ФО – 326 дней (–5,5%), Дальневосточном ФО – 325 дней (–6,1%), Центральном ФО – 324 дня (– 3,9%).

В субъектах РФ максимальное значение средней занятости онкологической койки в 2019 г. составило в Республике Калмыкия и Рязанской области 387 и 386 дней, соответственно. Столь высокий показатель может свидетельствовать о недостаточном количестве коек данного профиля наряду с высоким уровнем онкологической заболеваемости в указанных регионах. Высокие значения показателя в 2019 г. зафиксированы также в Ульяновской области – 365 дней (прирост на 7,7% за период 2010–2019 гг.), Воронежской области – 361 день (+7,8), Ставропольском крае – 358 дней (–21,3%), Курской, Новгородской и Курганской областях – по 357 дней (–9,2%, +9,5%, +1,4%, соответственно). Минимальные значения показателя – в Республике Марий Эл – 289 дней (–14,7%), г. Севастополе – 287 дней (–10,0%), Костромской области – 284 дня (–8,7%), Кабардино-Балкарской Республике – 282 дня (–16,3%), Вологодской области – 275 дней (–22,5%), Ямало-Ненецком АО – 260 дней (+20,4%).

Средняя длительность пребывания пациента на круглосуточной онкологической койке в целом по стране сократилась с 12,1 дня в 2010 г. до 8,4 в 2019 г. (– 30,6%) при нормативе 10,8 дня [22]. Аналогичная динамика данного показателя наблюдается во всех ФО.

Средняя длительность пребывания на круглосуточной онкологической койке в 2019 г. выше среднероссийского значения отмечена в пяти ФО: Дальневосточном – 10,6 дней (убыль на 20,9% за изучаемый период), Сибирском – 9,7 дней (–29,2%), Северо-Западном – 9,6 дней (–26,7%), Северо-Кавказском – 8,6 дней (–25,2%), Приволжском – 8,5 (–26,7%). Ниже среднероссийского показатель в трех ФО: Центральном – 7,9 дней (–34,7%), Уральском – 7,8 дней (–35,0%) и Южном – 7,1 дней (–31,7%).

В 80 субъектах страны (94,1%) за период 2010–2019 гг. отмечено снижение средней длительности пребывания пациента на онкологической койке, и только в 5 субъектах (5,9%) выявлен рост данного показателя: Ямало-Ненецком АО – 8,5 дней (прирост на 51,8%), Калининградской области – 9,4 дня (+6,8%), Республике Ингушетия – 10,7 дня (+11,5%), Республике Бурятия – 12,0 дней (+0,8%), Амурской области – 13,7 дня (+16,1%). Наибольшие значения данного показателя в 2019 г. отмечены в Калужской области – 12,3 дня (убыль за период исследования на 25,0%), Забайкальском крае – 11,6 дня (–24,2%), Хабаровском крае – 11,5 дня (–24,8%), Томской области и Республике Коми – по 11,4 дня (–58,4% и –24,8%, соответственно), Сахалинской и Архангельской областях – по 11,0 дней (–18,5% и –26,7%, соответственно). Наименьшая средняя длительность пребывания на онкологической койке в 2019 г. зафиксирована в Липецкой области – 5,2 дня (–40,9% за период 2010–2019 гг.), Краснодарском крае – 5,7 дней (–17,4%), Саратовской области – 6,4 дня (–5,9%), Костромской области – 6,5 дней (–35,6%), Чувашской Республике, Брянской и Свердловской областях – по 6,9 дня (–34,9%, –35,5% и –37,8%, соответственно).

Летальность на койках онкологического профиля круглосуточного пребывания, являющаяся одним из показателей качества стационарной помощи, повторяет тенденцию общебольничной летальности. В среднем по РФ показатель вырос с 0,76% в 2010 г.

до 0,99% в 2018 г. (на 30,26%), а в 2019 несколько снизился – до 0,95% на фоне роста общебольничной летальности с 1,90 в 2018 г. до 1,97% в 2019 г.

В 2019 г. показатель летальности на онкологических койках в двух ФО превышал аналогичный показатель по РФ: в Северо-Западном – 2,92% (рост в 2,6 раза за период 2010–2019 гг.) и Дальневосточном – 1,06 (+21,8%), при этом максимальное значение, отмеченное в Северо-Западном ФО, в 3,1 раза больше среднего по России. В шести федеральных округах данный показатель меньше, чем в среднем по России: Сибирском – 0,77 (без изменений по сравнению с 2010 г.), Центральном – 0,66% (–35,9%), Южном – 0,61% (+90,6%), Северо-Кавказском – 0,43 (+72,0%), Приволжском – 0,89% (+61,8%), и самое низкое значение – в Уральском ФО – 0,39% (–50,0%), что в 2,4 раза ниже среднего по РФ.

Максимальные значения показателя в 2019 г. отмечены в следующих субъектах: г. Севастополе – 8,6% (+5,4% за период 2014–2019 гг.), Псковской области – 5,93% (в 11 раз выше показателя 2010 г.), Ленинградской области – 4,46% (рост в 17,8 раза), г. Санкт-Петербурге – 3,81% (рост в 2,7 раза), Республике Тыва – 3,37 (–71,5%). Минимальные значения показателя в 2019 г. отмечены в следующих субъектах: Липецкой области – 0,03 (в 8,7 раза ниже показателя 2010 г.), Владимирской области, Краснодарском и Ставропольском краях – по 0,04% (в 13 и в 3,8 раза ниже и в 2 раза выше показателя 2010 г., соответственно), Республике Хакасия и г. Москве – по 0,09% (в 7,4 и в 6,2 раза ниже показателя 2010 г., соответственно).

Заключение

При росте абсолютного числа онкологических коек круглосуточного пребывания в РФ в целом на 16,8% за анализируемый период (с 30970 в 2010 г. до 36186 в 2019 г.), обеспеченность населения онкологическими койками выросла лишь на 13,8%.

При снижении уровня госпитализации на все круглосуточные койки в целом по РФ на 9,7% (с 223,5 на 1000 населения в 2010 году до 201,7 в 2019 году), данный показатель для онкологических коек вырос на 57,4%. Показатели уровня госпитализации на круглосуточные онкологические койки по субъектам РФ различаются в 12,8 раза, от 1,8 на 1000 населения в Республике Дагестан до 23,1 – в Калужской области.

Показатели средней занятости круглосуточной онкологической койки в году и средней длительности пребывания на ней за исследуемый период в целом по РФ уменьшились на 4,3% (с 345 до 330 дней) и 30,6% (с 12,1 до 8,4 дня), соответственно. В результате в 2019 г. абсолютное число пролеченных пациентов с новообразованиями выросло на 32,1% по сравнению с 2010 г. (+ 590 917 пациентов, 2 429 724 в 2019 г. и 1 838 807 в 2010 г.). Сокращение средней длительности пребывания на койке круглосуточного пребывания является результатом рационального использования коечного фонда и отражением интенсификации лечебно-диагностического процесса вследствие внедрения новых медицинских технологий, развития стационарозамещения и улучшения этапа долечивания.

Показатели средней длительности пребывания на койке среди субъектов РФ различаются в 2,4 раза (от 5,2 дня – в Липецкой области до 12,3 дня – в Ивановской), а средней занятости койки в году в 1,5 раза (от 260 дней – в Ямало-Ненецком АО против 387 и 386 дней в Республике Калмыкия и Рязанской области, соответственно). Столь высокое значение последнего показателя может свидетельствовать о недостаточном количестве коек данного профиля наряду с высоким уровнем онкологической заболеваемости в указанных регионах.

Летальность на койках онкологического профиля в круглосуточных стационарах в среднем по России в 2019 г., несмотря на рост на 25% по сравнению с 2010 г., остается относительно невысокой (0,95%) по сравнению с другими профилями.

Оптимизация численности и структуры коечного фонда должны осуществляться на основании объективных потребностей конкретного субъекта с учетом его особенностей, уровня и структуры заболеваемости с одновременным развитием альтернативных медицинских и социальных служб.

Основные резервы государственной системы здравоохранения в снижении заболеваемости и смертности населения РФ от злокачественных новообразований кроются в реформировании организации первичной медико-санитарной помощи путем создания эффективной системы выявления факторов риска развития онкологических заболеваний и их ранней диагностики, разработке и внедрении эффективной системы диспансерного наблюдения пациентов с факторами риска развития злокачественных новообразований и пациентов с верифицированными диагнозами онкопатологии. Действующая в стране с 2013 г. программа диспансеризации определенных групп взрослого

населения, очевидно, решает эту проблему пока недостаточно эффективно. Задача государства в снижении заболеваемости и смертности населения от онкологических заболеваний заключается, прежде всего, в создании условий для ведения здорового образа жизни и обеспечения для населения реальной доступности первичной медико-санитарной помощи.

Литература

1. *Давыдов М.И., Аксель Е.М.* Стандартизованные показатели онкоэпидемиологической ситуации 2015 г. // Евразийский онкологический журнал. – 2017. – № 2. – С. 298–318.

2. *Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред.* Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. – 250 с.

3. *Татарников М.В.* Рост онкологической заболеваемости в развивающихся странах за рубежом. // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2008. – № 12. – С. 71.

4. *Муханова И.Ф.* Организация онкологической помощи больным со злокачественными новообразованиями в Российской Федерации. // Оренбургский медицинский вестник. – 2017. – Т. 17. – № 1. – С. 64–67.

5. *Александрова Г.А., Голубев Н.А., Тюрина Е.М. и др.* М.: 2020. 77с. Социально – значимые заболевания населения России в 2019 году (статистические материалы). М: РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России», 2020.

6. *Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред.* Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2019.

7. *Каприн А.Д., Старинский В.В., Александрова Л.М., Чиссов В.И., Балашов П.Ю., Лутковский А.С., Савинов В.В.* Развитие онкологической помощи в Российской Федерации в свете выполнения государственных программ. Российский медицинский журнал. – 2015. – Т. 21. – № 2. – С. 4–9.

8. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Режим доступа: http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027. Ссылка активна на 10.07.2020.

9. Паспорт Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Режим доступа: // https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/046/709/original/FP_Bor'ba_s_onkologicheskimi_ zabolevaniyami.pdf?1565344164. Ссылка активна на 10.07.2020.

10. *Нечаева О.Б., Шикина И.Б., Чухриенко И.Ю. и др.* Ресурсное обеспечение медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю «онкология». // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 2. – С. 269–277.

11. *Чиссов В.И.* Модернизация онкологической службы – важнейшее направление системного совершенствования онкологической помощи населению России. // Терапевтический архив. – 2014. – Т. 84. – № 10. – С. 4–8.

12. *Бантьева М.Н., Маношкина Е.М., Мельников Ю.Ю.* Коечный фонд Российской Федерации: динамика основных показателей. // Клиническая медицина и фармакология. – 2019. – Т. 5. – № 4. – С. 50–56. DOI: 10.12737/2409-3750-2020-5-4-50-56.

13. *Щепин В.О.* Структурно-функциональный анализ коечного фонда лечебно-профилактических организаций государственной системы здравоохранения Российской Федерации. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 1. – С. 15–19.

14. *Бантьева М.Н., Маношкина Е.М., Кузнецова В.П.* Динамика основных показателей работы коек онкологического профиля круглосуточного и дневного пребывания в Российской Федерации и её субъектах. // Клиническая медицина и фармакология. – 2019. – Т. 5. – № 4. – С. 34–42. DOI: 10.12737/2409-3750-2020-5-4-34-42.

15. *Нечаева О.Б.* Сеть онкологических медицинских организаций. 2017. https://mednet.ru/images/stories/files/CMT/2016onko.pdf. Ссылка активна на 10.07.2020.

16. *Шипова В.М., Казанцева М.В.* Планово-нормативное обеспечение онкологической помощи населению. // Заместитель главного врача. – 2013. – № 11(90). – С. 20–30.

17. *Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И., Меньшикова Л.И.* Проблемы организации стационарной медицинской помощи и подходы к ее модернизации. // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2020. – Т. 66. – № 1. Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1128/30/lang, ru/. Ссылка активна на 10.07.2020.

18. *Федоткина С.А., Карайланов М.Г., Русев И.Т.* Рациональное использование стационарозамещающих технологий и форм оказания медицинской помощи. // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2017. – Т. 12. – Вып. 2. – С. 179–189.

19. *Казанцева М.В.* Актуальные проблемы и пути совершенствования онкологической службы Краснодарского края. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – Т. 22. – № 1. – С. 22–23.
20. *Бантьева М.Н., Маношкина Е.М., Кузнецова В.П.* Динамика основных показателей работы коек онкологического профиля круглосуточного и дневного пребывания в Российской Федерации и её субъектах. // Клиническая медицина и фармакология. – 2019. – Т. 5. – № 4. – С. 34–42.
21. *Александрова Г.А., Голубев Н.А., Тюрина Е.М., Огрызко Е.В., Шелепова Е.А.* Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных специальностей). Часть 3. М: РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России», 2019. – 56 с.
22. Письмо Минздрава России от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». Приложения №№ 11 и 14. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_341859/f30a75093f022bb96beb9a84b66930d58d74545c/. Ссылка активна на 10.07.2020.

Дополнительная информация [Additional Information].
Источник финансирования. Нет [***Financing of study.*** absent].
Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи [***Conflict of interests.*** The authors declare no actual and potential conflict of interests which should be stated in connection with publication of the article].

UDC 614.2

Evdakov V.A., Banteva M.N., Manoshkina E.M., Melnikov Y.Y. ***Efficiency indicators of the round-the-clock hospital beds of the oncologic profile in the Russian Federation*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. The steady growth trend of oncological diseases in Russia in recent years requires a response from the health care system: development of prevention aimed at early detection of diseases; improvement of methods of diagnostics and treatment of oncopathology; improving the quality and effectiveness of medical care.
Aim: to identify trends in changes of the neoplasms incidence and performance indicators of oncological beds for round-the-clock stay of the state health care system in the Russian Federation, federal districts and regions of the Russian Federation in dynamics for 2010–2019.
Materials and methods. Using the data of federal statistical observation (forms NoNo. 12, 30) by the method of descriptive statistics, the main indicators of the neoplasms incidence in the population are analyzed, as well as the work of round-the-clock oncological beds in the Russian Federation, federal districts and regions of the Russian Federation in dynamics for 2010–2019.
Results. On the background of an increase in the neoplasms incidence in the population (by 24.9%), including malignant (1.5 times), for the period 2010–2019 in the Russian Federation increased: the absolute number of oncology beds of round-the-clock stay from 30,970 to 36,186 (+ 16.8%), the provision with these beds from 2.17 to 2.47 per 10,000 population (+ 13.8%), hospitalization rate from 6.1 to 9.6 per 1000 population (+ 57.4%), and decreased: the average length of stay in an oncological bed (from 12.1 days to 8.4 – by 30.6%), as well as the average bed occupancy per year (from 345 to 330 days – by 4.3%). The extreme values of the indicators of the hospitalization rate for round-the-clock oncological beds in the regions of the Russian Federation in 2019 differ 12.8 times, the provision of these beds – 9.2 times, the average bed occupancy per year – 1.5 times, the average length of stay in a bed – 2.4 times. Mortality in oncological hospital beds increased from 0.76% in 2010 to 0.95% in 2019 (by 25%).
Conclusion. The 24-hour oncological bed capacity, against the background of the growth of oncological morbidity, has naturally increased, but at the same time it is characterized by an extreme disproportionality of development in the Federal Districts and the regions of the Russian Federation. Optimization of the bed fund should be carried out based on the objective needs of a particular region, taking into account its characteristics and with the simultaneous development of alternative medical services.

Keywords: *morbidity, oncology, neoplasms, bed fund, hospital bed, provision with hospital beds, mortality.*

О.А. Бернатович,
Центральная городская клиническая больница № 6, г. Екатеринбург, Россия; Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия, e-mail: boa1970@rambler.ru
И.В. Борзунов,
д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия, e-mail: i.borzunov@egov66.ru
А.А. Попов,
д.м.н., доцент, ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия, e-mail: art_popov@mail.ru
Э.Р. Прокопьева,
к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части, Центральная городская клиническая больница № 6, г. Екатеринбург, Россия, e-mail: nachmed@cgkb6.ru
Э.Ю. Чернышева,
главная медицинская сестра, Центральная городская клиническая больница № 6, г. Екатеринбург, Россия, e-mail: elviracher@e1.ru

АНАЛИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

УДК: 616-082.6 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-10-19-25*

Бернатович О.А., Борзунов И.В., Попов А.А. Прокопьева Э.Р., Чернышева Э.Ю. ***Анализ практического опыты разработки и внедрения стандартных операционных процедур в деятельность среднего медицинского персонала*** *(ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия; Центральная городская клиническая больница № 6, г. Екатеринбург, Россия)*

Аннотация. Применение инновационных технологий в ежедневной практической деятельности медицинской сестры делает ее работу более профессиональной, комфортной, обеспечивает безопасность и удобство выполнения основных профессиональных обязанностей, сокращает трудозатраты, позволяет быстро и качественно обеспечить реализацию лечебно-диагностического процесса.

Цель работы: анализ опыта разработки и внедрения стандартных операционных процедур (СОП) для медицинских сестер за 2018–2019 гг. в МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга.

Материалы и методы. В работе анализировались отчетные документы (журналы внедрения СОП для каждого подразделения МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга за 2018–2019 гг.), характеризующие количество, разновидность разработанных СОПов в зависимости от их предназначения, сроки их внедрения.

Результаты. За период 2018–2019 гг. были разработаны и внедрены в практическую деятельность медицинских сестер СОПы по основным номенклатурам. Проанализированы основные этапы разработки СОПов, приведены наглядные примеры, рассмотрены трудности, с которыми столкнулся коллектив данного лечебного учреждения при разработке и внедрении СОПов, определены основные направления деятельности в данной сфере.

Вывод. На базе МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга были выполнены успешная разработка и внедрение СОПов для новых видов деятельности среднего медицинского персонала.

Ключевые слова: *стандартные операционные процедуры, медицинские сестры, качество медицинской помощи.*

Введение

Под качеством медицинской помощи в большинстве случаев подразумевается уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, которые утверждены уполномоченным органом, и установленным на основе современного уровня развития медицинской науки и технологии [1, 2, 3].

Стандартные операционные процедуры (СОП) (Standard Operation Procedures/SOP) являются одной из составляющих характеристик менеджмента качества и представляют собой документально оформленный

© О.А. Бернатович, И.В. Борзунов, А.А. Попов, Э.Р. Прокопьева, Э.Ю. Чернышева, 2020 г.

набор инструкций или пошаговых действий, выполнение которых является строго необходимым для осуществления той или иной работы [4].

Вопросы внедрения сестринской документации и СОПов тесно связаны с определением функциональных обязанностей специалистов сестринского дела [4, 5].

В последние годы инновации в сестринском деле стали рассматриваться в качестве основы, которая способствует, в свою очередь, повышению качества ухода за пациентами и снижению стоимости услуг системы здравоохранения [5].

В связи с тем, что происходит постоянное усовершенствование задач, которые ставятся для средних медицинских работников в медицинских организациях, происходит изменение задач, которые ставятся перед лечебными учреждениями. На сестринский персонал возлагаются большие функции, его деятельность должна соответствовать меняющимся требованиям населения к качеству медицинской помощи [5, 6].

Основные функции СОПов для медицинских сестер: обучение медицинского персонала; проведение экспертизы и оценки качества оказываемой помощи; планирование мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи; для защиты прав пациента и персонала при разрешении спорных, конфликтных ситуаций [4, 6].

Стандартизованный сестринский уход признан во всем мире одним из важнейших элементов безопасного и качественного медицинского обслуживания; однако очень мало исследований посвящено изучению одного из его ключевых инструментов: стандартных операционных процедур, связанных с сестринским уходом [7]. В связи с этим особую актуальность представляет опыт разработки и внедрения СОПов для медицинских сестер на примере одного из лечебных учреждений.

Цель работы: анализ опыта разработки и внедрения СОП для медицинских сестер за 2018–2019 гг. в МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга.

Материалы и методы

В работе анализировались отчетные документы (журналы внедрения СОП для каждого подразделения МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга за 2018–2019 гг.), характеризующие количество, разновидность разработанных СОПов в зависимости от их предназначения, сроки их внедрения.

Результаты:

МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее неотложную и плановую медицинскую помощь взрослому населению Ленинского района, ряд специализированных отделений обслуживают также жителей других городских районов. Являясь муниципальным бюджетным учреждением, ЦГКБ № 6 может служить моделью организации медицинской помощи для большей части лечебных организаций страны.

Внедрение СОП в МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга было разделено на несколько этапов *(см. таблицу 1).*

Таблица 1

Основные этапы внедрения СОП и выполненные мероприятия, характеризующие данные этапы

Основные этапы	*Мероприятия, характеризующие этапы*
I – подготовительный этап	Внутрибольничная конференция, посвященная вопросам стандартизации в деятельности медицинской сестры.
	Отбор и обучение персонала, который будет разрабатывать СОП.
	Приказ главного врача от 22.02.2018 г. № 118 «О внедрении стандартных операционных процедур в работу среднего медицинского персонала».
II – собственно разработка СОП	Процесс изучения нормативно-правовых документов и медицинской литературы, посвященной теме каждых разрабатываемых СОП.
	Пошаговое составление СОП по утвержденному наблюдению.
	Период осуществления пробного внедрения СОП в деятельность медицинских сестер.
III этап – осуществление внедрения разработанных СОП в деятельность медицинской сестры.	СОП, утвержденные Главным врачом больницы, выложены на защищенном служебном сервере учреждения в папке «Совет старших медицинских сестер».
	Старшие сестры структурных подразделений сформировали папки СОП.
	Старшими сестрами проведена учеба с медицинскими сестрами по СОП.
	Медицинские сестры ознакомились с разработанными СОП, расписались в листе ознакомления.

Таблица 2

Сравнительная характеристика СОП, разработанных на базе МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга согласно номенклатуре

Порядковый номер СОПа	*Номенклатура*
01	СОП, регламентирующие выполнение работ по Системе менеджмента качества.
02	СОП, характеризующие процесс обращения с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.
03	СОП, характеризующие соблюдение санитарно-противоэпидемического режима.
04	СОП инвазивных манипуляций.
05	СОП. Манипуляции сестринского ухода.
06	СОП. Подготовка к лабораторным и инструментальным методам исследования.
07	СОП. Манипуляции сестринского персонала офтальмологического отделения.
08	СОП. Манипуляции сестринского персонала оториноларинголоческого отделения.
09	СОП. Манипуляции сестринского персонала реанимационного отделения.
10	СОП. Манипуляции сестринского персонала отделения функциональной диагностики.
11	СОП. Манипуляции сестринского персонала отделения лучевой диагностики.
12	СОП. Манипуляции персонала физиотерапевтического отделения.
13	СОП. Манипуляции сестринского персонала отделения психиатрии.
14	СОП. Лабораторная диагностика.
15	СОП. АПС. Участковые медицинские сестры и фельдшера.
16	СОП. АПС. Медицинские сестры узких специалистов.
17	СОП. АПС. Женские консультации.

В МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга СОП были разработаны согласно номенклатуре, представленной в *таблице 2.*

При разработке СОП учитывалась необходимость отразить следующие моменты [6, 7]:

– дать краткую информацию о данной манипуляции;

– дать информацию: кто, когда и где выполняет данную манипуляцию, кто ответственен за качественно выполненное вмешательство, и кто осуществляет контроль;

– перечислить нормативно-правовую и справочную литературу, использованную при написании СОП;

– перечислить все ресурсы, использующиеся персоналом при выполнении данной процедуры, не забывая указывать необходимое количество расходного материала, его особенности (например, перчатки – стерильные или нестерильные, стерильные ватные шарики – 7 шт. и т.п.);

– обязательно включить в СОП информацию о том, как медсестра должна взаимодействовать с пациентом при выполнении манипуляции (идентификация пациента по двум признакам, объяснение сути и хода манипуляции и т.п.);

– пошагово написать алгоритм выполнения данной манипуляции, при возможности дополняя или заменяя некоторые шаги картинками, это обеспечивает наглядность и понятность некоторых моментов;

– написать критерии качества выполнения манипуляции, желательно написать возможные осложнения;

– указать в какую документацию заносится результат выполнения манипуляции.

Несмотря на кажущуюся очевидность перечня и порядка необходимых действий, сразу же возникла проблема, с которой может столкнуться большинство разработчиков СОП для специализированного отделения – отсутствие ГОСТ и отраслевых стандартов на конкретную манипуляцию. Поэтому разработка СОП для специализированных отделений нашей медицинской организации стала действительно актуальной задачей.

Условно этапы разработки СОП для специализированных отделений можно разделить на несколько этапов [7]:

1 – Составить перечень манипуляций, проводимых в отделении, разделив их на две группы: проводимые самостоятельно медицинской сестрой и проводимые совместно с врачом.

2 – Изучение отечественной и зарубежной научной литературы по выполнению манипуляций по специфике отделения.

3 – Хронометраж каждой процедуры и составление алгоритма.

Например, при разработке СОП для оториноларинголоческого отделения мы учитывали такие важные моменты как [8]:

– положение пациента во время процедуры;

– наклон головы;

– количество и температура вводимого препарата;

– в каком случае требуется создание вакуума в носовых ходах;

– на какую глубину вводить турунду или ватную палочку в ухо или нос;

– с какой стороны от пациента стоит медсестра и др.

Теперь, имея четко описанный процесс всей процедуры, оставалось соединить всю информацию в конкретный СОП [7].

На *рис. 1,2* представлены примеры разработанных СОП для специализированных отделений на базе МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга [7, 8, 9, 10].

Мероприятия, выполненные в 2018–2019 гг. на базе данного лечебного учреждения, представлены в *таблице 3*.

Обсуждение

Модернизация системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности данного лечебного учреждения, заключающаяся во внедрении СОПов, была выполнена на основе современных разработок в сфере организации здравоохранения [1–6].

Следует отметить, что разработка СОП была достаточно сложной, поскольку на этапах разработки и внедрения возникали следующие проблемы [7, 8, 9]:

1. Недопонимание необходимости разработки СОП при наличии ГОСТов сестринских манипуляций.
2. В процессе проверки разработанных СОП выявлялось определенное количество манипуляций, которые были критичны для осуществления выполнения данных манипуляций.
3. Указывались ресурсы, методики и техники выполнения процедур, которые не выполнялись медицинскими сестрами МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга.
4. Правильность оформления СОП.
5. Пробное внедрение СОП продемонстрировало их сложность, некоторые разделы СОП были написаны сложно, непонятно.

Данные проблемы решались при коллективном (медицинские сестры, старшая медицинская сестра, главная медицинская сестра) анализе разрабатываемых СОП путем устранения видимых недочетов, а также на основе обратной связи при анкетировании персонала. По результатам анализа разрабатывались коррекционные мероприятия, сроки их выполнения и ответственные исполнители.

В *таблице 4* представлены трудности и проблемы, а также возможные пути решения.

Имеющиеся трудности на данном этапе требуют планирования деятельности медицинских работников среднего звена в сфере СОП на 2020 год [9, 10, 11].

Наиболее приоритетными направлениями являются следующие [6, 12]:

1. Ежемесячное проведение аудита по разработанным чек-листам с целью коллективного анализа.
2. Разработка новых СОП.

Таблица 3

Сравнительная характеристика мероприятий, выполненных в 2018–2019 гг. на базе МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга

Номер мероприятия	*Характеристика мероприятия*
1	Разработаны новые СОПы (клинико-диагностическое отделение).
2	Откорректированы СОПы для специалистов КДЛ в связи с внедрением ЛИС.
3	Внедренные СОПы регистрируются в журнале, в каждом структурном подразделении сформированы папки с СОП на каждом рабочем месте.
4	Внутренний аудит выполнения инвазивных манипуляций.
5	Выборочная проверка медицинской документации.
6	Проведены мастер-классы «Профилактика пролежней», «Энтеральное зондовое питание».

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница №6» г. Екатеринбурга	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 14-012 ЛИСТ: 1 ВСЕГО: 3
НАЗВАНИЕ: Маркировка биологического материала в процедурном кабинете		ОТДЕЛ: Процедурный кабинет амбулаторно-поликлинической службы и отделений круглосуточного стационара
ДЕЙСТВУЕТ С: 01.01.2019 г. / ЗАМЕНЯЕТ: Вводится впервые	ПРИЧИНА ПЕРЕСМОТРА:	ДАТА СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕСМОТРА:
СОСТАВИЛ: заведующий отделения лабораторной диагностики Захарова И.В. «15» декабря 2018 г.	УТВЕРДИЛ: Главный врач МБУ «ЦГКБ №6» _____/Степанов А.Н./ «___» _____20___г.	

Маркировка биологического материала (пробирки с кровью) производится при помощи штрих-кодирования. Штрих-код – это последовательность монохромных полос разной ширины, в которой закодирована последовательность цифр или букв.

Цель: стандартизация порядка идентификации пробы биологического материала.

Область применения:
Где: Процедурный кабинет амбулаторно-поликлинической службы и отделений круглосуточного стационара.
Когда: по назначению врача.
Ответственность: Ответственным лицом за проведение манипуляции в соответствии с требованиями СОП является процедурная медицинская сестра отделения. Контроль над соблюдением СОП осуществляет старшая медицинская сестра структурного подразделения

Нормативно-справочная документация
- ГОСТ Р ИСО 15189 – 2009 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности»
- ГОСТ Р 52905-2007 «Лаборатории медицинские. Требования безопасности»
- ГОСТ Р 53079.4—2008. Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований. Часть 4. Правила ведения преаналитического этапа.

Ресурсы:
- Термо-лента с нанесенными дубликат штрих-кодом, с указанным подразделением (стационар, 1 поликлиника, 2 поликлиника, 3 поликлиника, 4 поликлиника, Рябинина, о/сов, 1 ЖК, 2 ЖК).
- Вакуумная пробирка.
- Вакутейнер

Процедурный кабинет оборудован и оснащен согласно требованиям СанПиН 2.1.3.2630-10: кожный антисептик и жидкое мыло в локтевых дозаторах, диспенсер с одноразовыми полотенцами, непрокалываемый контейнер для мед. отходов класса Б, тележка-стойка с закрепленным пакетом для мед. отходов класса Б, педальное ведро с пакетом для медицинских отходов класса А, многоразовый диспенсер со сменными рулонами салфеток для дезинфекции поверхностей.

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница №6» г. Екатеринбурга	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 14-012 ЛИСТ: 2 ВСЕГО: 3
НАЗВАНИЕ: Маркировка биологического материала в процедурном кабинете		ОТДЕЛ: процедурный кабинет АПС и КСС

Основная часть СОП
1. Перед забором крови на лабораторные исследования процедурная медсестра должна подготовить пробирки согласно направлениям для конкретного пациента.
2. На пробирку и соответствующее её направление наклеить по штрих-коду с термо-ленты с одинаковым шестизначным числовым значением.
3. На электронное направление штрих-код наносится в выделенное поле «штрих-код материала».

4. На «обычное» направление штрих-код наносится на лицевую сторону, не закрывая информацию о пациенте, отделении, требуемом исследовании.

5. На пробирку штрих-код наносится примерно на 1,0 см выше дна пробирки, текст располагается вертикально сверху вниз, читается правильно, если держать пробирку за крышку в левой руке.

2

Рис. 1. **Схематичное изображение СОП 14-012: маркировка биологического материала в процедурном кабинете**

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница №6» г. Екатеринбурга	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 07-003 ЛИСТ: 1 ВСЕГО: 3
НАЗВАНИЕ: Инстилляция глазных капель в конъюнктивальный мешок		ОТДЕЛ: Процедурный кабинет АПС, офтальмологического отделения
ДЕЙСТВУЕТ С: 01.07.2018 г. / ЗАМЕНЯЕТ: Вводится впервые	ПРИЧИНА ПЕРЕСМОТРА:	ДАТА СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕСМОТРА:
СОСТАВИЛ: старшая медсестра офтальмологического отделения Шишкина Т.М. «___» _____20__г.	УТВЕРДИЛ: Главный врач МБУ «ЦГКБ №6» _____/Степанов А.Н./ «___» _____20___г.	

Инстилляция лекарственных веществ (капельное введение лекарственных препаратов) применяется в офтальмологии при острых и хронических заболеваниях глаз. Основная цель инстилляций лекарственных препаратов – преодоление гематоофтальмического барьера (между оболочками глаза и кровью).

Цель: Стандартизация процедуры инстилляции глазных капель в конъюнктивальный мешок
Область применения: офтальмологии
Где: процедурный кабинет в поликлинике; офтальмологическое отделение в стационаре.
Когда: по назначению врача-офтальмолога при лечении заболеваний глаза, его придаточного аппарата и орбиты
Ответственность: Ответственным лицом за проведение манипуляции в соответствии с требованиями СОП является медицинская сестра отделения. Контроль над соблюдением СОП осуществляет старшая медицинская сестра структурного подразделения

Нормативно-справочная документация
- СанПиН 2.1.3.2630 -10 «Санитарно - эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
- СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»
- ГОСТ Р 52623.4-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств»
- Сестринское дело в офтальмологии / Э.Д. Рубан, И.К. Гайнутдинов. — Изд. 4-е, стер. — Ростов н/Д: Феникс, 2012. — 352 с., ил.
- Сборник технологий медицинских услуг / Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» / Общ. руководство В.А. Саркисовой. – СПб: ИПК «Береста», 2014. – 388 с.

Ресурсы
Подготовить набор инструментов и расходных материалов:
- стерильный марлевый шарик – 2 шт.
- стерильные глазные пипетки – 1-2 шт.
- стерильный пинцет – 1 шт.
- перчатки – 1 пара
- глазные капли

Процедурный кабинет оборудован и оснащен согласно требованиям СанПиН 2.1.3.2630-10: кожный антисептик и жидкое мыло в локтевых дозаторах, диспенсер с одноразовыми полотенцами, непрокалываемый контейнер для мед. отходов класса Б, тележка-стойка с закрепленным пакетом для мед. отходов класса Б, педальное ведро с пакетом для медицинских отходов класса А, многоразовый диспенсер со сменными рулонами салфеток для дезинфекции поверхностей

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница №6» г. Екатеринбурга	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР 07-003 ЛИСТ: 2 ВСЕГО: 3
НАЗВАНИЕ: Инстилляция глазных капель в конъюнктивальный мешок		ОТДЕЛ: процедурный кабинет АПС, офтальмологического отделения

Основная часть СОП
Подготовительные операции
1.Представиться, провести идентификацию пациента на основании медицинской документации (спросить ФИО полностью, дату рождения).
2. Проверить наличие у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
3. Выяснить у пациента аллергологический анамнез. В случае наличия аллергии — обратиться к врачу.
4. Предупредить пациента о возможных ощущениях в глазу после введения лекарственного средства в конъюнктивальный мешок (пощипывание, жжение, боль, слезотечение, дискомфорт).
5. Усадить пациента на стул (кушетку) лицом к источнику света.
6. Подготовить лекарственное средство: проверить срок годности; внешний вид; название и соответствие лекарственного препарата назначению врача; уточнить дозировку. Хранящиеся в холодильнике капли предварительно согреть до комнатной температуры
7. На этикетке флакона указать дату вскрытия и дату окончания использования глазных капель.
8. Провести гигиеническую обработку рук.
9. Надеть перчатки.

Выполнение процедуры:
1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение.
2. Набрать в пипетку нужное количество лекарственного вещества, взять в левую руку марлевый шарик.
3. Попросить пациента слегка запрокинуть голову назад и посмотреть вверх.

4. Большим пальцем левой руки, с помощью стерильного ватного шарика оттянуть нижнее веко пациента вниз.
5. Держа пипетку под углом 45°, на расстоянии около 1-2 см от глазного яблока, не касаясь век и ресниц, закапать 1-2 капли лекарственного средства в нижний свод конъюнктивального мешка.
6. Стерильным ватным шариком промокнуть избыток лекарственного средства и прижать его к внутреннему углу глаза возле спинки носа.
7. Предложить пациенту прижать пальцем, к спинке носа оставленный в углу глаза шарик на 2-3 минуты.
8. При необходимости аналогично закапать лекарственное вещество в другой глаз.

Рис. 2. **Схематичное изображение СОП 07-005: инстилляция глазных капель в конъюнктивальный мешок**

Таблица 4

Пути решения проблем при разработке и внедрении СОП

Разделы СОП	*Проблемы и трудности*	*Пути решения*
Соблюдение технологии выполнения манипуляции и обеспечение инф. безопасности проведения процедуры	Кто и как будет оценивать?! Как исключить предвзятость? Многие сотрудники «теряются», когда их оценивают.	Кто – в СОП прописано, что контроль осуществляет старшая медсестра. Как – необходимо разработать по каждому СОП чек-лист. Когда – во время рабочего процесса. Создавать несколько комиссий для проведения внутреннего аудита для исключения предвзятости.
Своевременность выполнения процедуры	Как определить своевременность?	Определить временные рамки для выполнения манипуляций в неотложном порядке и в рабочем режиме. В некоторых рекомендациях по разработке предлагают указывать время, требуемое на выполнение манипуляции. Время можно определить путем проведения хронометража.
Отсутствие осложнений	Не во всех СОП прописаны возможные осложнения. Регистрация ИСМП*.	Возможные осложнения можно представить в приложении в виде таблицы, в которой указаны причины возникновения конкретного осложнения и действия медицинской сестры при его возникновении.
Наличие записи о выполнении назначения в медицинской документации	Не прописано конкретно, в какой документации отмечать результаты выполнения.	Для многих манипуляций нет унифицированных форм документации. Рекомендуется разработать формы сестринских документов и утвердить их локальным актом.
Удовлетворенность пациента/врача качеством проведения процедуры	Как оценить удовлетворенность?!	Возможные пути: – количество жалоб; – анкетирование или опрос пациентов/персонала.

**ИСМП – инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи.*

3. Пересмотр имеющихся СОП, внесение корректировок.
4. Проведение мастер-классов.

Таким образом, опыт работы коллектива МБУ ЦГКБ № 6 показал реальную возможность создания и успешной адаптации к локальным условиям СОП для каждого лечебного-профилактического учреждения. Основными задачами коллектива на 2020 и последующие годы являются регулярное обновление и усовершенствование имеющихся СОПов, разработка новых и их внедрение в практическую деятельность для повышения качества оказываемой медицинской помощи на базе МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга.

Выводы:

1. Коллективом МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга были выполнены успешная разработка и внедрение СОП для разных видов деятельности среднего медицинского персонала.
2. Возникающие в процессе разработки и внедрения проблемы решались созданием коррекционных мероприятий посредством коллегиального анализа, с учетом обратной связи от коллектива.
3. Предложенная технология и примеры документов могут быть использованы в качестве модели большинством лечебно-профилактических учреждений страны.

Литература

1. *Брызгалова О.О.* Стандарты и клинические рекомендации сестринской практики. Москва: Современное сестринское дело, 2018: 80.

2. Сестринские манипуляции: СОПы, алгоритмы и инструкции [Электронный ресурс] / И.С. Мыльникова и др. Москва, 2018: 48 on-line.

3. *Давлетшина Г.А.* Переход сестринской службы на стандарты JCI. // Главная медицинская сестра, 2016; 5: 14–25.

4. Методические рекомендации по составлению стандартных операционных процедур / *Эмануэль А.В., Евсеенко О.В., Иванов Г.А., Чередниченко Д.В.* // Справочник заведующего КДЛ, 2012; 7: 10–16.

5. Теория сестринского дела. Учебное пособие для студентов факультета высшего сестринского образования/ С.И. Двойников, Л.А. Карасева, Л.А. Пономарева. Под ред. член корр. АМН РФ, проф. Г.П. Котельникова. Самара: ГП «Перспектива», 2002: 160 с.
6. *Мыльникова И.С.* Новые требования к проведению подготовительного этапа сестринских вмешательств. // Старшая медицинская сестра, 2017; 1: 33–37.
7. *Бернатович О.А.* Как разработать и внедрить СОПы для сестринской службы: комплект документов. // Главная медицинская сестра. 2018; 8: 14–23.
8. *Бернатович О.А., Руслякова Н.Н.* Как стандартизировать работу медсестер лор-отделения: опыт больницы и образцы СОПов. // Главная медицинская сестра. 2019; 2: 98–111.
9. *Бернатович О.А., Векшина И.Б.* Как подготовить комплект СОПов для медсестер отделения анестезиологии и реанимации. Главная медицинская сестра. 2019; 4: 44–59.
10. *Бернатович О.А., Королёва Л.М.* Как стандартизировать работу медсестер физиотерапевтического отделения: опыт больницы и комплект локальных документов. // Главная медицинская сестра. 2019; 5: 76–93
11. *Бернатович О.А.* Как стандартизировать работу медсестер отделения лучевой диагностики+образцы СОПов. Главная медицинская сестра. 2019; 10: 38–53.
12. *Бернатович О.А., Захарова И.В.* Как внедрить систему внутрилабораторного контроля качества. Роль СОПов. // Справочник заведующего КДЛ, 2019; 5: 18–26.
13. *Бернатович О.А., Захарова И.В.* Система штрихкодирования материала как инструмент снижения лабораторных ошибок. // Справочник заведующего КДЛ, 2019; 10: 67–71.

UDC 616-082.6

Bernatovich O.A., Borzunov I.V., Popov A.A., Prokopyeva E.R., Chernysheva E.U. ***Analysis of practical experience in development and implementation of standard operating procedures in the activity of medical personnel*** *(Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia; Central City Clinical Hospital № 6, Yekaterinburg, Ekaterinburg, Russia)*

Annotation. Innovative technologies use in the daily nurse practice makes their work more professional, comfortable, ensures safety and convenience of performing basic professional duties, reduces labor costs, and allows to quickly and efficiently ensure the implementation of new diagnostic and treatment process.
Aim: analysis of the experience in the development and implementation of SOPs for nurses for 2018–2019. in Central City Clinical Hospital № 6, Yekaterinburg.
Methods. The work analyzed reporting documents (SOP implementation logs for each subdivision of Central City Clinical Hospital № 6, Yekaterinburg during 2018–2019 period), characterizing the number, type of developed SOPs, depending on their purpose, the timing of their implementation.
Results. During 2018–2019 period there have been all main nomenclatures SOPs developed and implemented into the nursing practice. The main stages of the development of SOPs are analyzed, illustrative examples are given. Encountered by the staff of the medical institution SOPs development and implementation related difficulties are discussed. Main prospective activity directions in the field are determined.
Conclusion. On the basis of municipal Central City Clinical Hospital № 6, Yekaterinburg, SOPs development and implementation for various types of nursing activities have been successfully carried out.

Keywords: *standard operating procedures, nurses, quality of medical care.*

И.В. Ларичева,
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения России, г. Москва, Россия, e-mail: laricheva@mednet.ru
И.М. Сон,
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения России, г. Москва, Россия
Е.С. Ястребова,
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения России, г. Москва, Россия
В.В. Нероев,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, Москва, Россия; ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, Россия
О.В. Зайцева,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, Москва, Россия; ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, Россия
Л.А. Михайлова,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, г. Москва, Россия

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕТЧАТКИ ГЛАЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК: 615.036.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-10-26-36*

Ларичева И.В.[1], Сон И.М.[1], Ястребова Е.С.[1], Нероев В.В.[2–3], Зайцева О.В.[2–3], Михайлова Л.А.[2] ***Оценка эпидемиологической ситуации и доступности медицинской помощи пациентам с заболеваниями сетчатки глаза в Российской Федерации*** *([1]ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения», г. Москва, Россия; [2]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, г. Москва, Россия; [3]ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Заболевания сетчатки являются значимой причиной слепоты и слабовидения и занимают второе место в структуре инвалидности по причине потери зрения в России. *Цель* исследования заключалась в анализе данных государственной статистики по заболеваемости и доступности оказания медицинской помощи пациентам с возрастной макулярной дегенерацией (ВМД) и диабетической ретинопатией (ДР) в интравитреальном введении лекарственных препаратов (ИВВ ЛП), как методе первой линии терапии у пациентов при влажной форме и диабетическом макулярном отеке соответственно. *Материалы и методы:* Эпидемиологические показатели оценивали по данным формы статистического учета № 12 за период 2018–2019 гг. Анализ доступности ИВВ ЛП проводили по регистрируемой информации согласно форме статистического учета № 14 в течение 2016–2019 гг. с пересчетом на 1000 чел. взрослого населения. *Результаты:* в 2019 году в Российской Федерации учтено 330 тыс. пациентов с ВМД (0,45% среди населения старше 40 лет). Показатель распространенности оказался значительно меньше, чем в других странах (8,69%). Число пациентов с ДР недоступно в рамках сбора статистической информации ввиду отсутствия кода МКБ-10 H36.0 в форме № 12. Однако, согласно федеральному регистру сахарного диабета общее число случаев ДР может достигать 760 тыс. чел. по всей России. Доступность ИВВ ЛП в рамках круглосуточного стационара составила 0,39 инъекции на 1000 чел. взрослого населения, в 26 субъектах была отмечена доступность выше среднероссийского уровня, тогда как на остальной территории России (59 субъектов) значения были ниже. Данные по числу ИВВ ЛП, проведенных в условиях дневного стационара, на текущий момент не подлежат статистическому учету.
Выводы: Текущий уровень применения метода ИВВ ЛП в России с учетом выявленных проблем регистрации и учета пациентов с ВМД и ДР можно оценить, в целом, как низкий. Отсутствие возможности сбора данных по проведенным ИВВ ЛП в условиях дневного стационара не позволяет в полной мере оценить уровень обеспеченности данным методом лечения населения России в рамках обязательного медицинского страхования. Для рационального планирования объемов оказания медицинской помощи пациентам с ВМД и ДР необходимо включить в формы по сбору статистической информации данные о применении ИВВ ЛП в дневном стационаре на уровне субъектов.

Ключевые слова: *заболевания сетчатки, диабетическая ретинопатия, возрастная макулярная дегенерация, интравитреальное введение лекарственных препаратов, ингибиторы ангиогенеза, федеральная статистика, формы федерального статистического наблюдения, эпидемиология.*

© И.В. Ларичева, И.М. Сон, Е.С. Ястребова, В.В. Нероев, О.В. Зайцева, Л.А. Михайлова, 2020 г.

Введение

За последние два десятилетия заболевания сетчатки стали одной из основных проблем слабовидения и потери зрения среди взрослого населения Российской Федерации, достигнув доли 25% в структуре инвалидности по зрению. Развитие слепоты и слабовидения среди пациентов с заболеваниями сетчатки происходит в 12,5% случаев вследствие возрастной макулярной дегенерации (ВМД) и в 8% случаев из-за развития диабетической ретинопатии (ДР) [1, 2]. До 80% случаев потери зрения могут быть предотвращены при обеспечении ранней диагностики и доступности своевременного лечения [3].

Согласно национальным и зарубежным клиническим рекомендациям метод интравитреального введения ингибиторов ангиогенеза признан медицинским сообществом в качестве первой линии терапии у пациентов с влажной формой ВМД и клинически значимым отеком макулы при ДР по результатам многочисленных клинических исследований, показавшим не только сохранение зрения, но и его улучшение у пациентов, получавшим терапию ингибиторами ангиогенеза. При непереносимости или неэффективности ингибиторов ангиогенеза пациентам может быть назначен альтернативный вариант терапии – имплантат дексаметазона [4, 5].

Применение метода интравитреального введения лекарственных препаратов (ИВВ ЛП) требует многократного введения лекарственных препаратов, так как данные заболевания имеют хроническое течение, а также часто сопровождаются билатеральным поражением глаз [6, 7]. При несвоевременном лечении и несоблюдении режима терапии влажной формы ВМД и диабетического макулярного отека (ДМО) возможна необратимая потеря зрения пациентом [8, 9, 10]. При этом следует отметить, что внедрение метода интравитреального введения ингибиторов ангиогенеза в клиническую практику привело к снижению слепоты среди населения некоторых стран практически вдвое [11].

Согласно Приказу МЗ России № 804н[1] данная медицинская услуга («интравитреальное введение лекарственных препаратов») включена в утвержденную номенклатуру и может быть оказана в рамках круглосуточного стационара, дневного стационара и в амбулаторных условиях [4, 5]. Однако, в настоящее время, формы статистического наблюдения за деятельностью медицинских организаций в части лечения ряда офтальмологических заболеваний учитывают только данные по проведенным ИВВ ЛП в рамках круглосуточного стационара[2] и не производят сбор данных об ИВВ ЛП, проведенных в условиях дневного стационара[3].

В ряде исследований было отмечено, что выделяемых объемов медицинской помощи по профилю «офтальмология» в целом и по медицинской услуге ИВВ ЛП в частности недостаточно. По данным обзора литературы, опубликованного в 2019 году, в Российской Федерации показатель обеспеченности методом интравитреального введения лекарственных препаратов в 13–70 раз ниже по сравнению с другими странами [12].

Целью данного исследования являлся анализ заболеваемости и распространенности ВМД и ДР, а также текущих объемов медицинской помощи методом ИВВ ЛП, проводимых пациентам в условиях круглосуточного стационара в субъектах Российской Федерации по данным за 2019 г. и в динамике за 2016–2019 гг. для оценки текущего состояния медицинской помощи пациентам с влажной формой ВМД и клинически значимым отеком макулы при ДР, а также перспектив ее совершенствования.

Материалы и методы:

Показатели заболеваемости и распространенности оценивали по форме статистического учета № 12 за период 2018–2019 гг., которые ежегодно в установленном порядке направляются государственными медицинскими учреждениями для учета данных.

Анализ доступности в ИВВ ЛП проводили по данным формы статистического учета № 14 за период 2016–2019 гг. и на основании данных по численности взрослого населения с пересчетом на 1 000 чел. согласно формуле:

$$I = \frac{N \times 1\,000}{P}, \text{ где}$$

I – число ИВВ ЛП на 10 тыс. населения, случаев;

N – численность взрослого населения в субъекте, чел.;

[1] Приказ Минздрава России от 13 октября 2017 г. № 804Н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

[2] Приказ Росстата от 19.11.2018 № 679 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

[3] Форма отраслевого наблюдения № 14дс «Сведения о деятельности дневного стационара» утверждена приказом Росстата от 31.12.2002 № 413.

P – число ИВВ ЛП, проведенных на данной территории, случаев.

Результаты

Анализ заболеваемости и распространенности возрастной макулярной дегенерации.

Согласно данным формы статистического наблюдения № 12[4] в России диагноз дегенерации макулы и заднего полюса (МКБ-10: H35.3) в 2019 году впервые установлен 49 тыс. пациентам, что на 3% выше, чем в 2018 году (47,24 тыс.). У лиц старше трудоспособного возраста[5] аналогичный диагноз был установлен в 28,3 тыс. случаях в 2018 году, что несколько ниже, чем в 2019 году (28,7 тыс. случаях), при этом, стандартизованный показатель заболеваемости на 1 тыс. населения в 2018 году оказался выше (0,76 случаев/1000 человек) показателя 2019 года (0,75 случаев/1000 человек).

В 2019 году рост числа зарегистрированных случаев ВМД в России среди всех возрастных групп составил 2,8% относительно данных 2018 года, достигнув 319,34 тыс. чел.; среди населения старшей возрастной группы прирост составил 4,5% – от 223,38 тыс. чел. в 2018 г. до 233,39 тыс. чел в 2019 г. Тем не менее, несмотря на прирост числа выявленных случаев, общая распространенность ВМД в России достигает 0,46% среди взрослого населения (328,3 тыс. случаев из 72697,9 тыс. чел.) [14], что значительно ниже данных по распространенности данной патологии в других странах, где распространенность находится на уровне 8,69% среди населения старше 40 лет или 5,15% среди взрослого населения [15]. Можно предположить, что при среднемировой распространенности ВМД число пациентов с таким диагнозом в России должно было составить в 2019 году 6317 448 вместо 328,3 тыс. случаев.

Подобная ситуация связана, по-видимому, с недостатками первичной диагностики и\или регистрации заболевания в медицинских организациях. Кроме того, здесь следует учесть, что несмотря на внедрение нового порядка по диспансеризации взрослого населения (Приказ МЗ России № 124н), меры по диагностике заболеваний сетчатки глаза недостаточны. Так, например, применение сетки Амслера, которая позволяет заподозрить развитие влажной формы ВМД, отсутствует в перечне мероприятий по диспансеризации.

Анализ первичной заболеваемости и распространенности диабетической ретинопатии

Согласно данным формы статистического наблюдения № 12 в России сведения о заболеваемости ДР суммарно собираются по кодам МКБ-10 E10.3, E11.3, E12.3, E13.3, E14.3, включающим все диабетические поражения глаз, такие как: ДР, диабетическая катаракта и т.д. В 2019 году было выявлено на 14% больше подобных диагнозов по сравнению с предыдущим периодом (в 2018 г. – 19970 случаев, в 2019 г. – 21016).

Следует отметить, что среди числа диагнозов «сахарный диабет с поражением глаз» невозможно однозначно выделить число случаев с кодом H36.0 (ДР), что не позволяет произвести корректный расчет числа таких случаев на основании официальной статистической формы, в том числе для планирования необходимых объемов медицинской помощи на уровне субъектов. Таким образом, очевидно, что существует проблема отслеживания осложнений СД, а именно ДР, по данным федеральной статистики.

В 2019 г. распространенность поражений глаз при СД – 438,6 тыс. человек. За анализируемый период времени рост составил 13,4% среди всей популяции взрослого населения и 15,0% – среди старшей возрастной группы. Показатель распространенности поражений глаз при СД – 36,3 чел. на 10 тыс. населения среди совокупного взрослого населения, 74,1 чел. на 10 тыс. населения среди лиц старше трудоспособного населения.

Такой динамике способствует совершенствование методов диагностики, внедрение нового порядка проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения взрослого населения[6], а также значительные усилия профессионального сообщества врачей-эндокринологов и профильного ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России в части повышения

[4] Утверждена приказом от 21 июля 2016 года № 355 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» Федеральной службы государственной статистики. Форма составляется всеми медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В форму ежегодно включают сведения об основном, фоновом, конкурирующем и сопутствующем заболеваниях.

[5] Мужчины старше 60 лет, женщины старше 55 лет, согласно методическим рекомендациям по заполнению формы статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности стационара».

[6] Приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

доступности и качества диагностики как сахарного диабета, так и его основных осложнений.

Анализ доступности ИВВ ЛП для пациентов с заболеваниями сетчатки в рамках круглосуточного стационара

Средний прирост числа хирургических вмешательств на органе зрения в круглосуточном стационаре за последние 4 года составил 2,8% (по данным формы статистического наблюдения № 14[7] за период 2016–2019 гг). При этом общее число операций на органе зрения в 2019 году – 893 тыс. случаев, из них: 466,5 тыс. (52,2%) – операции по поводу катаракты (в т.ч. 410 тыс. с применением факоэмульсификации); 64,5 тыс. (7,2%) – операции по поводу глаукомы; 46,8 тыс. (5,2%) – ИВВ ЛП; 42,8 тыс. (4,8%) – задняя витрэктомия; 5,7 тыс. (0,6%) – кератопластика.

Следует отметить, что в качестве первой линии терапии пациентам с влажной формой ВМД и клинически значимым отеком макулы при ДР, согласно клиническим рекомендациям профессионального сообщества «Ассоциация врачей-офтальмологов», показано назначение: интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза [4, 5].

Анализируя долю ИВВ ЛП в структуре всех офтальмологических операций, проведенных в условиях круглосуточного стационара по федеральным округам, следует отметить следующее *(рис. 1)*: доля ИВВ ЛП среди всех операций на органе зрения, проведенных в стационаре, неоднородна по федеральным округам и варьирует от 2,0% до 9,6%; наиболее значительна доля ИВВ ЛП в Дальневосточном (9,6%), Приволжском (8,5%) и Уральском (5,7%) федеральных округах; менее 5% (значения доли ИВВ ЛП среди всех операций на органе зрения в России) составляет доля ИВВ ЛП в Сибирском (4,8%), Северокавказском (4,1%), Южном (4,0%), Центральном (3,4%) и Северо-западном (2,0%) федеральных округах.

Наибольшая доля ИВВ ЛП в структуре всех офтальмологических операций, проведенных в условиях круглосуточного стационара, в 2019 году среди всех субъектов России была отмечена в Камчатском крае – 26%, Томской области – 24% и ЯНАО – 22%. В 15 субъектах доля ИВВ ЛП составила ≥10% в структуре офтальмологических операций (Камчатский край; Томская область; Ямало-Ненецкий АО; Самарская область; Пензенская область; Республика Марий Эл; Республика Саха (Якутия); Чувашская Республика; Ханты-Мансийский АО; Мурманская область; Сахалинская область; Хабаровский край; Тверская область; Забайкальский край; Оренбургская область). В это же время в 70 субъектах доля ИВВ ЛП была менее 10% от всех хирургических операций, проводимых в круглосуточном стационаре офтальмологического профиля.

Отмеченные различия в распределении хирургических операций можно объяснить проведением данной манипуляции в условиях дневного стационара в ряде субъектов, хотя достоверных сведений о числе таких процедур в формах федерального статистического наблюдения нет.

Согласно данным формы статистического наблюдения № 14, число ИВВ ЛП в России выросло за 4-х летний период и составило в 2019 году 46,8 тыс. вмешательств, тогда как в 2016 г. – 14,2 тыс., в 2017 г. – 28,5 тыс., в 2018 – 35,12 тыс. случаев.

Прирост объемов ИВВ ЛП в 2019 году был отмечен в 44 субъектах, при этом в 19 субъектах прирост был более 50%, а в 11 субъектах – более 100% (Волгоградская обл., Брянская обл., Курганская обл.,

[7] Утверждена приказом Федеральной службы государственной статистики от 27 декабря 2016 года № 866 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья». Сведения Формы ежегодно подаются бюджетными медицинскими организациями, оказывающими помощь в стационарных условиях.

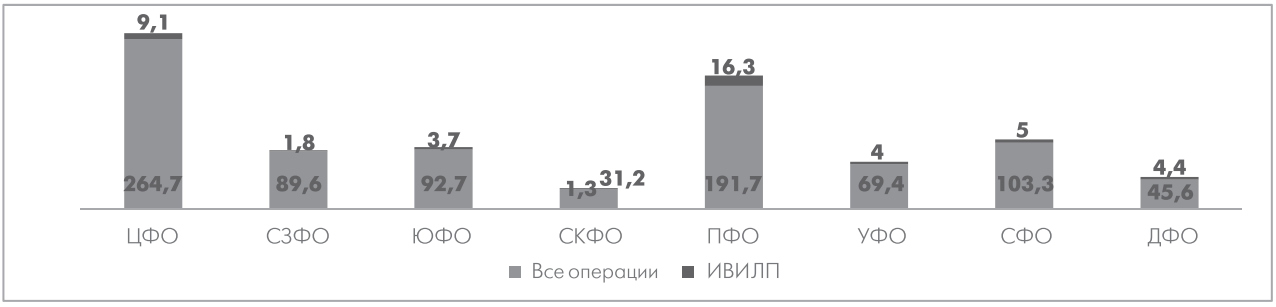
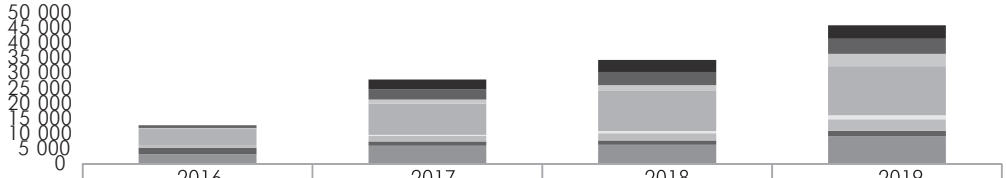


Рис. 1. **Число ИВВ ЛП и всех операций на органе зрения, выполненных в круглосуточном стационаре по федеральным округам, тыс., 2019 г.**

Республика Дагестан, Приморский край, Саратовская обл., Нижегородская обл., Томская обл., Орловская и Челябинская обл.). В то же время наблюдалось снижение объемов ИВВ ЛП в 11 субъектах, а в 23 субъектах в 2019 году не было проведено ни одной процедуры ИВВ ЛП в рамках круглосуточного стационара. Впервые с 2016 года были отмечены случаи проведения ИВИ ЛП в круглосуточных стационарах Белгородской области, Кабардино-Балкарской Республики, Карачаево-Черкесской Республики, Республики Марий Эл, Тюменской области и Республики Хакасия.

В разрезе федеральных округов наибольший прирост объемов был отмечен в Уральском (+2 182 случая) и Северо-Кавказском федеральных округах (+548%) *(рис. 2)*.

Различия в динамике объемов медицинской услуги ИВВ ЛП по федеральным округам и субъектам можно объяснить возможным применением данного метода лечения в рамках дневного стационара, а также возможностью реализации медицинскими организациями права на подачу запроса дополнительных объемов медицинской помощи в случае полного их использования в Комиссию по разработке



	2016	2017	2018	2019
Дальневосточнй	0	3 168	3 972	4 421
Сибирский	937	3 450	4 371	5 007
Уральский	110	1 354	1 895	4 077
Приволжский	5 570	10 328	13 262	16 262
Северо-Кавказский	0	318	762	1 310
Южный	818	1 832	2 377	3 766
Северо-Западный	2 150	1 468	1 409	1 818
Центральный	3 158	5 905	6 252	9 077

Рис. 2. **Динамика числа ИВВ ЛП, проведенных в условиях круглосуточного стационара, по федеральным округам за период 2016–2019 гг.**

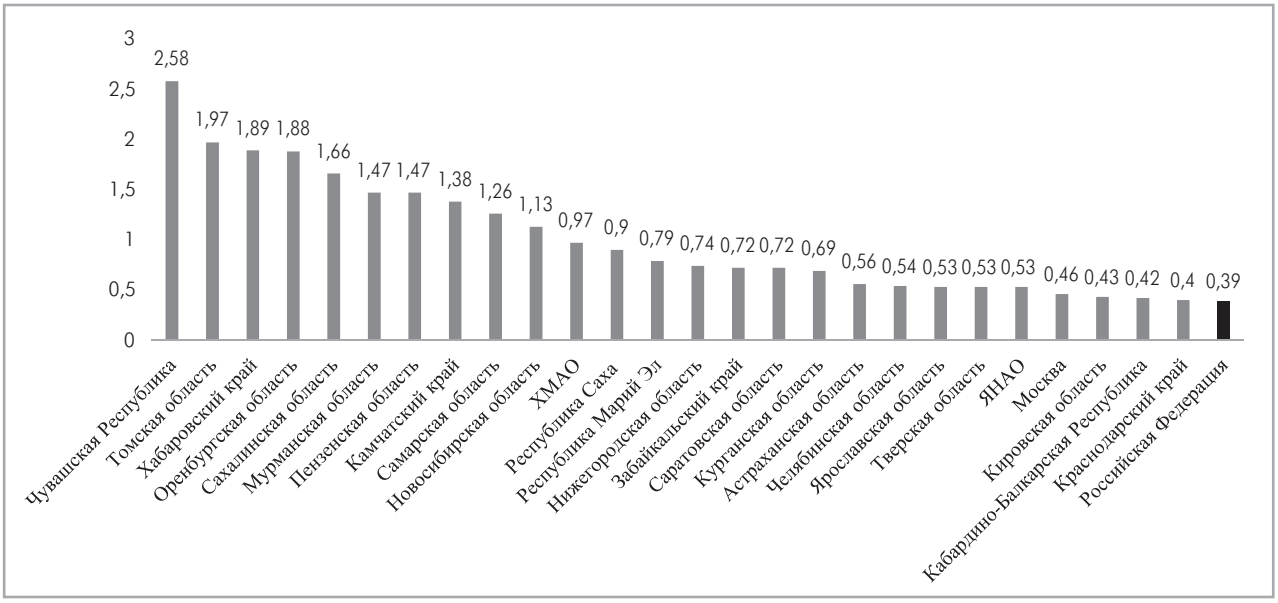


Рис. 3. **Обеспеченность ИВВ ЛП населения субъектов в 2019 году выше среднероссийского уровня (ед. на 1000 чел.)**

территориальной программы обязательного медицинского страхования[8].

Среднероссийский показатель обеспеченности ИВВ ЛП населения России в 2019 году в рамках круглосуточного стационара достигает 0,39 единицы на 1000 человек взрослого населения. Ниже представлены субъекты, где был отмечен уровень обеспеченности процедурой выше, чем в среднем по России *(рис. 3)*[9].

В 2019 году пациентам в медицинских организациях 23-х субъектов Российской Федерации ИВВ ЛП не проводились в условиях круглосуточного стационара.

Среди субъектов, где были отмечены случаи проведения ИВВ ЛП, наименьшие показатели проведения ИВВ ЛП за 2019 г. наблюдались в субъектах, представленных на *рис. 4.*

В разрезе федеральных округов наибольший показатель обеспеченности был отмечен в 2019 году в Дальневосточном (0,68 единиц на 1000 чел. населения) и Приволжском (0,68 ед./ 1000 чел.) федеральных округах. При этом в пяти федеральных округах был выявлен показатель обеспечения ниже среднероссийского (Центральный, Северо-Кавказский, Северо-Западный, Сибирский и Южный), *рис. 5.*

Следует отметить неоднородный уровень обеспеченности процедурой ИВВ ЛП взрослого населения в стационарах медицинских организаций разных федеральных округов. Наибольший уровень обеспечения ИВВ ЛП наблюдался в медицинских организациях следующих субъектов Центрального Федерального округа: Ярославской (0,53 ед./ 1000 чел. населения) и Тверской областях (0,53 ед./ 1000 чел. населения), г. Москве (0,46 ед./ 1000 чел. населения). Во всех остальных субъектах Центрального федерального округа отмечался уровень обеспечения ниже среднероссийского показателя.

Обеспеченность взрослого населения ИВВ ЛП в Северо-западном федеральном округе в 2019 году была на уровне 0,16 ед./1000 чел. населения. Наибольший уровень обеспеченности ИВВ ЛП наблюдался в Мурманской области (1,47 ед./ 1000 чел. населения). Во всех остальных субъектах Северо-Западного федерального округа отмечался уровень

[8] Согласно положениям Приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» медицинские организации, при необходимости, вправе запрашивать дополнительные объемы медицинской помощи.

[9] Приведенные данные необходимо интерпретировать с осторожностью, так данные статистических отчетов учитывают информацию по хирургической активности стационарных отделений, включая операции, которые были проведены пациентам из других субъектов.

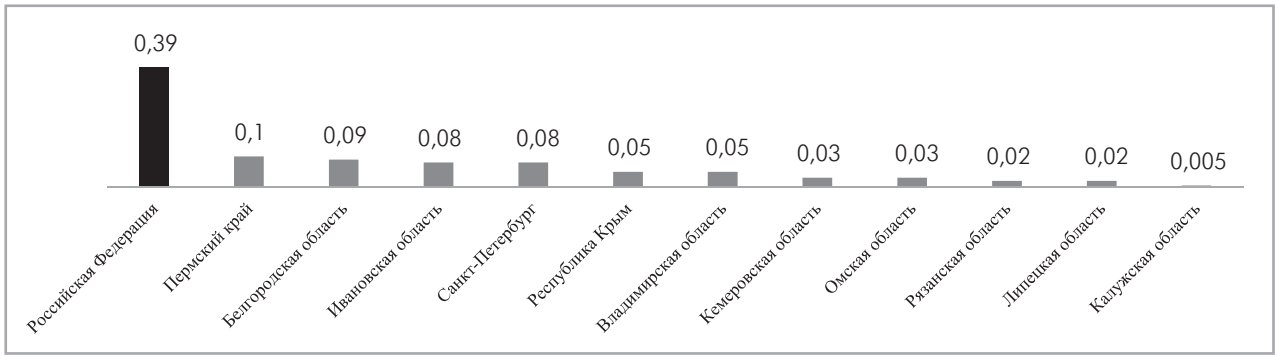


Рис. 4. **Обеспеченность ИВВ ЛП населения субъектов в 2019 году значительно ниже среднероссийского уровня (ед. на 1000 чел.)**

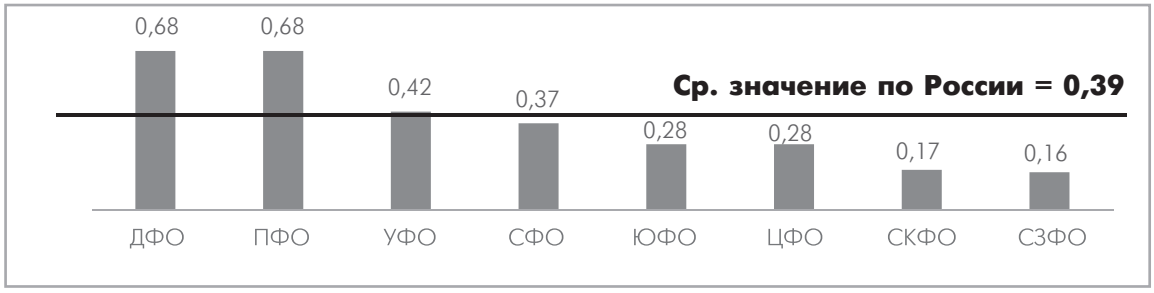


Рис. 5. **Показатели обеспеченности ИВВ ЛП на 1000 чел. взрослого населения в 2019 по федеральным округам (ед. на 1000 чел.)**

обеспечения существенно ниже среднероссийского показателя, а в 6 субъектах в условиях круглосуточного стационара ИВВ ЛП в 2019 году не проводились.

Средний уровень обеспеченности ИВВ ЛП в Сибирском федеральном округе в 2019 году составил 0,37 ед./1000 чел. населения. Однако, показатель обеспеченности данной медицинской услугой сильно варьируется по субъектам. Наибольший уровень ИВВ ЛП наблюдался в трех субъектах: Томской области (1,97 ед./ 1000 чел. населения), Новосибирской области (1,13) и Республике Хакасия (0,35). Во всех остальных субъектах Сибирского федерального округа отмечался уровень обеспечения ниже среднероссийского показателя, и в 3 субъектах не было отмечено проведения ИВВ ЛП в 2019 году в круглосуточном стационаре (Республика Алтай, Республика Тыва, Красноярский край).

Средний уровень обеспеченности ИВВ ЛП взрослого населения Уральского федерального округа в 2019 году достиг 0,42 ед./1000 чел. населения (выше среднероссийского уровня). Наименьший уровень обеспеченности ИВВ ЛП отмечался в стационарах медицинских организаций Тюменской и Свердловской областей (0,23 и 0,1 ед./ 1000 чел. населения). Тогда во всех остальных субъектах был отмечен уровень обеспечения выше среднероссийского.

Средний уровень обеспеченности ИВВ ЛП в Дальневосточном федеральном округе в 2019 году составил 0,68 ед./1000 чел. населения (существенно выше среднероссийского уровня). Наибольший уровень обеспечения ИВВ ЛП отмечался в Хабаровском крае (1,89), Сахалинской области – 1,66 и Камчатском крае – 1,38. В то же время в пяти субъектах не проводились ИВВ ЛП в условиях круглосуточного стационара.

В Приволжском федеральном округе средний уровень обеспеченности взрослого населения ИВВ ЛП в 2019 году был 0,68 ед./1000 чел. населения. Наибольший уровень обеспеченности ИВВ ЛП отмечался в Чувашской Республике (2,58), Оренбургской области – 1,88 и Пензенской области – 1,47. В то же время в трех субъектах ИВВ ЛП в условиях круглосуточного стационара не проводились.

Средний уровень обеспеченности ИВВ ЛП в Северо-Кавказском федеральном округе в 2019 году достиг показателя – 0,17 ед./1000 чел. населения. Наибольший уровень обеспечения ИВВ ЛП отмечался в Кабардино-Балкарской Республике (0,42). В то же время в двух субъектах не проводились ИВВ ЛП в условиях круглосуточного стационара.

Средний уровень обеспеченности взрослого населения ИВВ ЛП в Южном федеральном округе в 2019 году составил 0,28 ед./1000 чел. населения. Наибольший уровень обеспеченности ИВВ ЛП отмечался в Астраханской области (0,56). В то же время в медицинских организациях двух субъектов не проводились ИВВ ЛП в условиях круглосуточного стационара.

Более детальные данные по субъектам Российской Федерации представлены в *таблице 1.*

Обсуждение

Полученные результаты показывают, что в Российской Федерации заболеваемость ВМД ниже почти в 5 раз, чем в других странах. Так, например, в сравнении с США, где годовая заболеваемость поздней ВМД составляла 3,5 / 1000 человек в возрасте ≥50 лет (95% вероятный интервал 2,5, 4,7 /1000 человек), что эквивалентно 293 000 новых случаев в год (95% вероятный интервал 207 000, 400 000) [17]. Таким образом, такое несоответствие может свидетельствовать о недостаточной диагностике и дефектах регистрации и учета данного заболевания в России.

Данные по заболеваемости и распространенности ДР также выявили недостаточную диагностику среди пациентов с указанной нозологией. Согласно опубликованным данным федерального регистра пациентов с сахарным диабетом, общая численность пациентов с ДР по России достигает 766,6 тыс. человек [16, 17], что почти в два раза больше, чем данные статистического наблюдения – 438,6 тыс. человек со всеми поражениями глаз при СД в 2019 г, включая ДР, диабетическую катаракту и др. Таким образом, показатель распространенности ДР в общей популяции населения России должен составить 52,2 на 10 тыс., что значительно выше значений официальной статистики.

Полученный показатель обеспечения ИВВ ЛП выявил, что ситуация сильно различается по субъектам и федеральным округам. Тем не менее уровень применения ИВВ ЛП на текущий момент оценивается как низкий, что также подтверждается данными статьи Липатова Д.В., 2019 г., согласно которой, в России общий показатель обеспеченности процедурой интравитреального введения лекарственных препаратов в 2018 г. составил 0,3 флакона на 1 000 чел. взрослого населения, что значительно ниже, чем в других странах (3,8 флакона на 1 000 чел. взрослого населения в Турции, 4,0 – в Норвегии, 4,6 – в Финляндии, 4,9 – в Италии, 5,0 – в Испании, 6,5 – в Ирландии, 7,9 – в Германии, 8,0 – в Словакии,

Таблица 1

Показатель обеспеченности интравитреальным введением лекарственных препаратов на 1000 взрослого населения в 2019 г.

Субъект	*Численность взрослого населения*[1]	*Число ИВВ ЛП в круглосуточном стационаре*[2]	*Обеспеченность ИВВ ЛП на 1000 чел. населения*[3]
Российская Федерация	119 306 219	46 823	0,39
Алтайский край	1 877 084	195	0,10
Амурская область	629 753	-	-
Архангельская область	889 617	250	0,28
Астраханская область	799 363	449	0,56
Белгородская область	1 287 360	120	0,09
Брянская область	989 150	199	0,20
Владимирская область	1 132 839	61	0,05
Волгоградская область	2 063 235	638	0,31
Вологодская область	935 042	-	-
Воронежская область	1 954 851	471	0,24
Еврейская автономная область	125 265	-	-
Забайкальский край	818 607	590	0,72
Ивановская область	832 571	67	0,08
Иркутская область	1 866 332	274	0,15
Кабардино-Балкарская Республика	681 061	287	0,42
Калининградская область	832 326	-	-
Калужская область	832 992	4	0,00
Камчатский край	253 962	351	1,38
Карачаево-Черкесская Республика	370 802	67	0,18
Кемеровская область	2 139 503	73	0,03
Кировская область	1 032 435	441	0,43
Костромская область	516 570	-	-
Краснодарский край	4 604 652	1 855	0,40
Красноярский край	2 294 663	-	-
Курганская область	666 761	462	0,69
Курская область	917 803	232	0,25
Ленинградская область	1 584 132	227	0,14
Липецкая область	943 922	15	0,02
Магаданская область	113 851	-	-
г. Москва	10 715 805	4 880	0,46
Московская область	6 301 941	1 335	0,21
Мурманская область	602 845	889	1,47
Ненецкий автономный округ	33 315	-	-
Нижегородская область	2 654 254	1 959	0,74
Новгородская область	490 529	-	-
Новосибирская область	2 265 651	2 554	1,13
Омская область	1 548 649	42	0,03
Оренбургская область	1 562 515	2 943	1,88
Орловская область	612 861	166	0,27
Пензенская область	1 096 740	1 617	1,47
Пермский край	2 070 268	203	0,10
Приморский край	1 556 758	164	0,11
Псковская область	521 783	-	-
Республика Адыгея	371 583	-	-
Республика Алтай	158 888	-	-

Республика Башкортостан	3213 486	389	0,12
Республика Бурятия	744034	-	-
Республика Дагестан	2318 510	322	0,14
Республика Ингушетия	365006	-	-
Республика Калмыкия	212390	-	-
Республика Карелия	501264	-	-
Республика Коми	654937	108	0,16
Республика Крым	1561 581	94	0,06
Республика Марий Эл	545091	429	0,79
Республика Мордовия	670872	-	-
Республика Саха (Якутия)	733672	659	0,90
Республика Северная Осетия – Алания	549093	202	0,37
Республика Татарстан	3137 155	1009	0,32
Республика Тыва	215439	-	-
Республика Хакасия	417257	146	0,35
Ростовская область	3483 700	593	0,17
Рязанская область	931591	22	0,02
Самарская область	2623 339	3293	1,26
Санкт-Петербург	4533 254	344	0,08
Саратовская область	2016 475	1444	0,72
Сахалинская область	391635	651	1,66
Свердловская область	3460 211	363	0,10
Севастополь	371031	137	0,37
Смоленская область	788771	-	-
Ставропольский край	2275 255	432	0,19
Тамбовская область	854587	233	0,27
Тверская область	1048 008	553	0,53
Томская область	873238	1723	1,97
Тульская область	1246 345	168	0,13
Тюменская область	1201 875	282	0,23
Удмуртская Республика	1193 625	-	-
Ульяновская область	1025 025	-	-
Хабаровский край	1062 688	2006	1,89
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	1288 520	1244	0,97
Челябинская область	2789 802	1508	0,54
Чеченская Республика	984279	-	-
Чувашская Республика	983574	2535	2,58
Чукотский автономный округ	39006	-	-
Ямало-Ненецкий автономный округ	414520	218	0,53
Ярославская область	1035 189	551	0,53
Дальневосточный федеральный округ	6469 231	4421	0,68
Приволжский федеральный округ	23824 854	16262	0,68
Северо-Западный федеральный округ	11579 044	1818	0,16
Северо-Кавказский федеральный округ	7544 006	1310	0,17
Сибирский федеральный округ	13656 704	5007	0,37
Уральский федеральный округ	9821 689	4077	0,42
Центральный федеральный округ	32943 156	9077	0,28
Южный федеральный округ	13467 535	3766	0,28

Источники: [1] – Распределение населения по возрастным группам. Данные Фед. Службы Государственной статистики (Электронный ресурс: https://fedstat. ru/indicator/31548 *(Мужчины);* https://fedstat. ru/indicator/33459 *(Женщины)).*

[2] – Данные статистической формы № 14, утвержденной Приказом Росстата от 19.11.2018 № 679.

[3] – Расчетные значения (Показатель обеспеченности ИВВ ЛП на 1000 чел. населения = Число ИВВ ЛП Х 1000 чел. населения / Численность взрослого населения).

10,6 – в Швеции, 13,6 – в Словении, 13,8 – в Великобритании и 21,3 – в Швейцарии) [12].

Выводы

По итогам анализа заболеваемости и распространенности ВМД и ДР можно сделать вывод, что первичная заболеваемость и распространенность данных заболеваний в Российской Федерации значительно ниже среднемировых показателей. Причиной этого может быть как недостаточная первичная диагностика, формальный подход в ходе проведения профилактических осмотров и диспансеризации взрослого населения, недостаточность ресурсов офтальмологической службы, так и дефекты регистрации и учета пациентов с ВМД и ДР.

Анализ уровня применения медицинской услуги ИВВ ЛП, которая является стандартом терапии влажной формы ВМД и ДМО показал, что объемы предоставления данной медицинской услуги в условиях круглосуточного стационара существенно различаются по субъектам и федеральным округам. Такое различие может быть обусловлено качеством сбора данных (в том числе, отсутствием данных официальной статистики по использованию ИВВ ЛП в условиях дневного стационара), а также различиями в возможностях корректного планирования необходимых объемов данной медицинской услуги, что входит в полномочия Комиссии по разработке территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи[10].

Текущий уровень применения метода ИВВ ЛП в России с учетом выявленных проблем регистрации и учета пациентов с ВМД и ДР и необходимого многократного проведения лечения этих заболеваний можно оценить, в целом, как низкий. Таким образом, несвоевременная диагностика и ограниченная доступность метода ИВВ ЛП для пациентов с ВМД и ДМО в России может быть причиной роста инвалидизации взрослого населения, приводить к слабовидению и слепоте, снижению качества жизни граждан, в том числе старшей возрастной группы.

Кроме того, отсутствие возможности сбора данных по проведенным ИВВ ЛП в условиях дневного стационара не позволяет в полной мере оценить уровень обеспеченности данным методом лечения населения России в рамках ОМС. Для рационального планирования объемов оказания медицинской помощи пациентам с ВМД и ДМО необходимо включить в формы по сбору статистической информации данные о применении ИВВ ЛП в дневном стационаре на уровне субъектов.

[10] Письмо ФФОМС № 7343/30-5/и «О Методических указаниях» от 24.11.2015 года.

Литература

1. *Нероев В.В.* Работа Российского национального комитета по ликвидации устранимой слепоты в рамках программы ВОЗ «Зрение 2020». Доклад РООФ. Москва, 2014. URL: https://helmholtzeyeinstitute.ru/photo/02-Neroev-Doklad-na-ROOF-2014-VOZ.pdf.

2. *Нероев В.В.* Инвалидность по зрению в Российской Федерации. Доклад Общественной общероссийской организации «Ассоциация врачей-офтальмологов», Москва, 2017. URL: http://avo-portal.ru/events/reports/item/266-invalidnost-po-.

3. Всемирная организация здравоохранения. Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014–2019 гг. 2013. URL: https://www.who.int/blindness/AP2014_19_Russian.pdf?ua=1.

4. Клинические рекомендации: Возрастная макулряная дегенрация. Ассоциация врачей офтальмологов, 2020. avo-portal.ru/doc/fkr/approved/item/261-vozrastnaya-makulyarnaya-degeneratsiya.

5. Клинические рекомендации: сахарный диабет: ретинопатия диабетическая, макулярный диабетический отек. Ассоциация врачей офтальмологов, 2020. avo-portal.ru/doc/fkr/approved/item/368-saharnyy-diabet-retinopatiya-diabeticheskaya-makulyarnyy-otek-diabeticheski.

6. *Elaraoud I., Attawan A., Quhill F.* Case series investigating the effi cacy and safety of bilateral fl uocinolone acetonide (Iluvien®) in patients with diabetic macular edema. Ophthalmol Th er. 2016 Jun; 5(1):95–104. DOI: 10.1007/s40123-016-0045-7.

7. *Giocanti-Auregan A., Tadayoni R., Grenet T. et al.* Estimation of the need for bilateral intravitreal anti-VEGF injections in clinical practice. BMC Ophthalmol. 2016 Aug 9; 16:142. DOI: 10.1186/s12886-016-0317-y.

8. *Lim J.H. et al.* Am J Ophthalmol 2012; 153: 678–686.

9. *Ying G.S., Huang J., Maguire M.G. et al.* Ophthalmology. 2013 Jan; 120(1):122–9.

10. *Muether P.S. et al.* Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2013 Feb; 251(2):453–8.

11. *Finger R.P. et al.* Anti-vascular endothelial growth factor in neovascular age-related macular degeneration–a systematic review of the impact of anti-VEGF on patient outcomes and healthcare systems //BMC ophthalmology. – 2020. – Vol. 20. – № . 1. – P. 1–14.
12. *Липатов Д.В. и Лышканец О.И.* «Интравитреальная терапия диабетического макулярного отека в России: современное состояние проблемы». // Вестник офтальмологии 135.4 (2019): 128–139.
13. Инструкция по медицинскому применению Эйлеа: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=eb488980-f977–4c90-a7e5–0e4ff4010f4f&t=".
14. Распределение населения по возрастным группам. Данные Федеральной Службы Государственной статистики URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#).
15. *Wong W.L., Su X., Li X., Cheung C.M.G., Klein R., Cheng C.-Y., & Wong T.Y.* (2014). Global prevalence of age-related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta-analysis).
16. *Липатов Д.В. и др.* Эпидемиология диабетической ретинопатии в Российской Федерации по данным Федерального регистра пациентов с сахарным диабетом (2013–2016 гг.) //Сахарный диабет. – 2018. – Т. 21. – № 4.
17. Данные федерального регитра пациентов с сахарным дибаетом (по сост. 02.07.2019). http://diaregistry.ru/content/o-proekte.html#content.
18. *Sabanayagam Ch., Banu R., Chee M.L., Lee R., Wang Y.X. et al.* Incidence and progression of diabetic retinopathy: a systematic review. The Lancet. Diabetes and endocrinology, 2018.

UDC 615.036.2

Laricheva I.V.[1], Son I.M.[1], Yastrebova E.S.[1], Neroev V.V.[2-3], Zaitseva O.V.[2-3], Mikhailova L.A.[2] ***The evaluation of epidemiology and the availability of medical care for patients with retina diseases in the Russian Federation*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; FSBI National Medical Research Center for Eye Diseases named after Helmholtz, Moscow, Russia; A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia)*

Abstract. Retinal diseases are significant causes of blindness and vision loss and they take the second place in the structure of disabilities due to blindness in Russia. *Objective:* analysis of the official statistical data on the disease and availability of health care to patients with age-related macular degeneration (AMD) and diabetic retinopathy (DR) that are prescribed intravitreal injection of drugs (IVD) as the first-line therapy for wet age-related macular degeneration and diabetic macular edema, respectively. *Materials and methods:* Epidemiological parameters were assessed by the data obtained from the form of statistical records № 12 for 2018–2019 years. The availability of IVD was analyzed by the information registered in the form of statistical records № 14 for 2016–2019 with a recalculation per 1000 population. *Results:* In 2019 in the Russian Federation 330 thousand patients with AMD were registered (0.45% among the population older than 40 years old). The incidence rate was significantly lower than in other countries (8.69%). The data on the number of patients with DR was unavailable for statistical recording because of the absence of the code H36.0 IDC-10 in form № 12. However, according to the federal register of diabetes mellitus, the total rate of DR can reach 760 thousand people all over Russia. The availability of IVD for all-day inpatient health care was 0.39 injections per 1000 population. In 26 subjects of the Russian Federation, the availability was higher than the average in Russia, while in the rest 59 subjects, the availability was lower than the average. Presently, there are no data on the number of IVD performed in day-time inpatient facilities. Conclusions: The current rate of application of IVD in Russia can be estimated as low considering the revealed problems with the registration and accounting of patients with AMD and DR. It is impossible to perform a complete evaluation of the availability of IVD for the Russian population within obligatory medical health insurance because of the lack of data on the provision of IVD in day-time inpatient facilities. For the rational planning of the volumes of medical care provision to patients with AMD and DR, the form of statistical records should include the data on the indication of IVD in the day-time inpatient facilities in the subjects of the Russian Federation.

Keywords: *retinal diseases, diabetic retinopathy, age-related macular degeneration, intravitreal injection of drugs, angiogenesis inhibitors, federal statistics, forms of federal statistical observation, epidemiology.*

И.Б. Шикина,
д.м.н., доцент, ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия; ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва, Россия, e-mail: shikina@mednet.ru, ORCID: 0000-0003-1744-9528

И.Ю. Чухриенко,
ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, e-mail: irina_chuhrienko@mail.ru, ORCID: 0000-0002-956-0727

Т.Г. Задоркина,
к.м.н., ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, e-mail: zadorkina_ast@mail.ru, ORCID: 0000-0002-2905-2635

И.А. Михайлов,
ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, e-mail: imikhaylovv@gmail.com, ORCID: 0000-0001-8802-4557

И.А. Элизов,
ГБУЗ Калининградской области «Центральная районная больница Зеленоградского района», Калининградская область, Зеленоградский район, Россия, e-mail: igor.elizov@gmail.com, ORCID: 0000-0002-6588-5714

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ СЕЛЬСКИМ НАСЕЛЕНИЕМ ВОЗРАСТА 60+ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК: 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-10-37-43*

Шикина И.Б.[1,2], Чухриенко И.Ю.[1], Задоркина Т.Г.[1], Михайлов И.А.[1], Элизов И.А.[3] ***Самооценка здоровья и удовлетворенность медицинской помощью сельским населением возраста 60+ Калининградской области*** *([1]ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия; [2]ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации; г. Москва, Россия; [3]ГБУЗ Калининградской области «Центральная районная больница Зеленоградского района», Калининградская область, Зеленоградский район, Россия)*

Аннотация. С возрастом состояние здоровья ухудшается, чаще приходится обращаться к врачам. Доступность и качество оказываемой медицинской помощи, набор медицинских услуг могут различаться в зависимости от места ее оказания. Цель работы – изучить самооценку здоровья пациентами возраста 60+ сельской амбулатории Зеленоградского района Калининградской области и их отношение к организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и удовлетворенность ею. Проведен опрос среди 211 пациентов сельской врачебной амбулатории в возрасте от 60 до 88 лет, в рамках проекта Партнерства «Северное измерение» в области здравоохранения и социального благополучия (далее по тексту – Проект). Изучены предложенные в анкете факторы, оказывающие наибольшее влияние на здоровье, по мнению пациентов, и удовлетворенность организацией ПМСП. Пациенты, проживающие в сельской местности, часто посещают медицинские организации с лечебно-диагностической и консультативной целями, уделяют внимание прохождению диспансеризации, что может свидетельствовать об активной позиции врача общей практики, работающего в Проекте, так как в ответах о факторах, оказывающих наибольшее влияние на здоровье, вопросам профилактики при опросе досталось последнее место. Удовлетворенность организацией ПМСП составила в целом 3,6 балла по пятибалльной системе.

Ключевые слова: *пациенты возраста 60+, сельское население, социологическое исследование, самооценка здоровья, удовлетворенность медицинской помощью, первичная медико-санитарная помощь.*

© И.Б. Шикина, И.Ю. Чухриенко, Т.Г. Задоркина, И.А. Михайлов, И.А. Элизов, 2020 г.

Введение

Сегодня, впервые в истории, можно ожидать, что большинство людей будет жить до 60 лет и больше. Более продолжительная жизнь означает больше возможностей не только для пожилых людей и их семей, но и для общества в целом. Однако масштабы этих возможностей в значительной степени зависят от главного фактора – здоровья [1].

Изучение самооценки здоровья у граждан возраста 60+ позволяет более скрупулезно заниматься проблемами, связанными с организацией услуг по сохранению и укреплению их здоровья, повышению качества жизни [2].

Шансы лиц старшего поколения провести последующие годы жизни, сохраняя хорошее здоровье и высокий уровень благополучия, различаются как внутри стран, так и между странами [3], что говорит об отсутствии равного доступа к медицинской помощи всех категорий граждан [4].

В российском здравоохранении и за рубежом идет поиск новых механизмов оценки повышения качества и доступности медицинской помощи, удовлетворенности медицинской помощью населения [5, 6]. Одним из таких механизмов является повышение роли ПМСП. Эмпирические оценки демонстрируют закономерность: в странах с сильной первичной помощью относительно ниже общая смертность и смертность от наиболее распространенных заболеваний [7].

На 69 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, состоявшейся в Копенгагене (Дания), 16–19 сентября 2019 г. была принята резолюция, в которой государства-члены настоятельно призываются:

1. придавать, в рамках укрепления систем здравоохранения, приоритетное значение подходу, в основе которого лежит ПМСП, включая меры всеобщего и целевого характера по укреплению здоровья и профилактике болезней, лечению, реабилитации...;

2. ориентировать системы здравоохранения на нужды людей, акцентируя внимание на: определение потребностей в отношении здоровья и адаптацию предоставления услуг к проактивному и равноправному обеспечению этих потребностей на всех этапах жизни;

3. проводить оценки и мониторинг оказываемого воздействия, эффективности работы и имеющегося потенциала ПМСП для удовлетворения потребностей населения в отношении здоровья, и способствовать обогащению аналитической информации здравоохранения на национальном и региональном уровне [8].

Калининградская область является пилотным регионом России в Партнерстве «Северное измерение» в области здравоохранения и социального благополучия, где проводят исследования в сотрудничестве с другими странами [9], в том числе в рамках оказания ПМСП в амбулаторных условиях сельскому населению возраста 60+ в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Зеленоградская центральная районная больница» (ГБУЗ КО ЗЦРБ) [10].

Цель исследования: изучить самооценку здоровья пациентами возраста 60+ сельской амбулатории Зеленоградского района Калининградской области, их отношение к организации ПМСП и удовлетворенность ею.

Методы

Анонимное анкетирование проведено среди 211 пациентов в возрасте от 60 до 88 лет (169 женщин и 36 мужчин, 6 респондентов ответ «пол» проигнорировали), прикрепленных для оказания ПМСП в амбулаторных условиях к медицинской организации ГБУЗ КО ЗЦРБ во время посещения ими врачебной амбулатории поселка Коврово, в которой реализуется проект «Оценка и разработка рекомендаций по совершенствованию амбулаторной медико-социальной помощи больным с сочетанными хроническими неинфекционными заболеваниями в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации в сотрудничестве с другими странами, входящими в Партнерство «Северное измерение» в области здравоохранения и социального благополучия». Отбор респондентов носил случайный характер.

Размер выборки репрезентативен, составил 193 от генеральной совокупности (385 жителя возраста 60+) при ДИ±5,0% и точности 95,0%. Проведен статистический анализ с расчетами частоты распространения исследуемых признаков, получены интенсивные и экстенсивные показатели по всему контингенту респондентов в целом. Сравнивали относительные величины с помощью t-критерия Стьюдента, при $p < 0,05$. На основании корреляционного анализа, в определении факторов, оказывающих влияние на самооценку здоровья и удовлетворенность медицинской помощью, использован Хи-квадрат Пирсона с оценкой силы влияния на основе критерия Крамера (v) и ранжирование факторов по значимости.

Результаты

Распределение по возрасту и полу пациентов возраста 60+ отражают общемировые тенденции [1]. Среди ответивших можно выделить две возрастные группы лиц возраста 60+ – 60–74 года (151 пациент – 71,9%) и 75–89 лет (59 пациентов – 28,1%). Из них 169 женщин (82,4%) и 41 мужчина (17,6%). Продолжают на момент проведения опроса свою трудовую деятельность 48 пенсионеров (23,0%), не работают после наступления пенсионного возраста – 161 человек (77,0%).

Самооценка состояния здоровья

Состояние здоровья определяет качество жизни и при самооценке пациентами возраста 60+ его оценивали, как «хорошее» только в 15,7% случаев, как «удовлетворительное» – в 68,7%, как «плохое» – в 9,0% случаев. 6,6% респондентов затруднились с ответом или проигнорировали вопрос.

Среди предложенных в анкете факторов, оказывающих наибольшее влияние на здоровье, пациентами (выборка 201 респондент, 10 человек проигнорировали вопрос) выделены по степени важности: возраст (56,2 на 100 ответивших); эмоциональное состояние и стрессы (40,8%); доступность качественных лекарств (39,8%); качество продуктов питания (36,8%) *(таблица 1)*.

Только каждый пятый опрошенный указал ответ «доступность квалифицированной медицинской помощи» (20,4%) и далее – состояние экологии (18,9%). К сожалению, ответы на вопросы о вредных привычках (12,9%) и профилактике заболеваний (8,5%) были немногочисленными *(таблица 1)*.

В целях решения проблем со здоровьем, подавляющее большинство опрошенных пациентов (90,0%) обращается к врачу за медицинской помощью. Вместе с тем, каждый пятый занимается самолечением (21,5%), каждый третий использует неофициальные методы лечения – народную медицину (12,5% случаев). В 6 анкетах (4,8% опрошенных) ответ на данный вопрос был проигнорирован *(рис. 1)*.

Среди объективных факторов, оказывающих влияние на самооценку здоровья среди лиц возраста 60+, ощутимо наличие социальной поддержки (льгот, доплат и пр.), нахождение в браке и проживание с супругом(й). Потеря супруга(и) и проживание в одиночестве входят в перечень приоритетных факторов влияния, но влияние их негативное *(таблица 2)*.

Мнение пациентов о состоянии медицинской помощи

Частота обращения за медицинской помощью для большинства опрошенных пациентов возраста 60+ (10 человек не ответили на вопрос) составила: 1–2 раза в три месяца (42,7%); один раз в полгода (25,7%) и 1 раз в год (16,0%). Еще 2,0% вообще не обращались в медицинские организации. На долю лиц, наиболее часто обращавшихся (1 и более раз в месяц) к врачу, приходится 13,6% респондентов *(таблица 3)*.

Диагностика и лечение является основной целью посещения медицинских организаций (76,3%). Приблизительно одинаковое количество ответов (респонденты, при желании, могли отвечать на несколько вопросов сразу) распределилось между получением консультативной помощи (36,2%) и прохождением профилактических мероприятий (35,3%), однако эти цели посещения в два с лишним раза уступали диагностике и лечению (76,3%), еще реже целью посещения было прохождение

Таблица 1

Мнение пациентов, проживающих в сельской местности, о составе факторов, оказывающих влияние на состояние их здоровья (на 100 ответивших)

Варианты ответов на вопрос: «Что, по Вашему мнению, прежде всего влияет на состояние Вашего здоровья?»	*Врачебная амбулатория поселка Коврово (n = 201)*	
	абс. число ответов	*% полученных ответов*
Возраст	112	56,2
Эмоциональное состояние, стрессы	82	40,8
Доступность качественных лекарств	80	39,8
Качество продуктов питания	74	36,8
Доступность квалифицированной медицинской помощи	41	20,4
Экологическая обстановка	38	18,9
Вредные привычки	18	9,0
Профилактика заболеваний	17	8,5

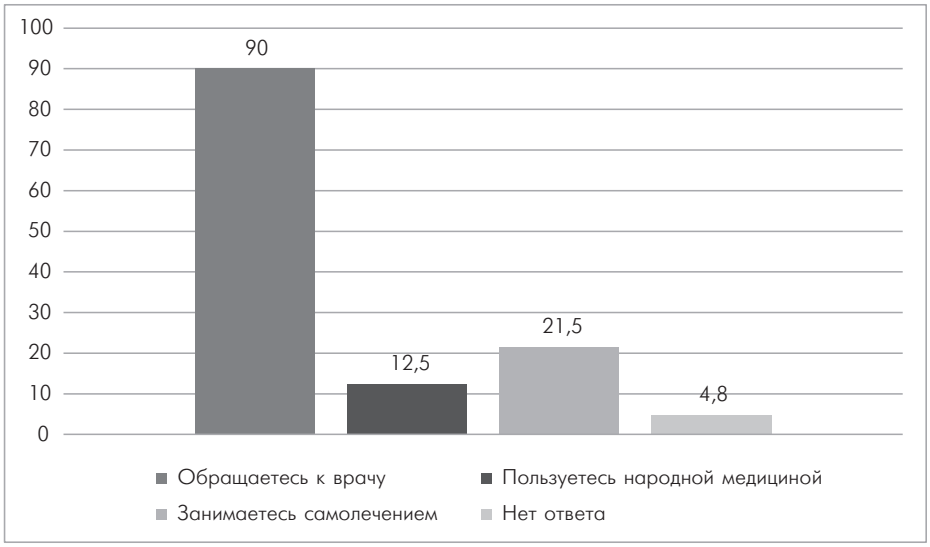


Рис. 1. **Способы решения проблем со здоровьем среди лиц возраста 60+, проживающих в сельской местности (%)**

Таблица 2

Факторы, влияющие на самооценку здоровья у пациентов возраста 60+, проживающих в сельской местности (10 приоритетных)

Факторы, оказывающие влияние на самооценку здоровья	*Меры связи*		
	Хи-квадрат Пирсона (x^2)	*V Кра-мера*	*Ранг*
Отношение к здоровью, как к значимой жизненной ценности	4,019	0,105	1
Отношение к материальному положению, как к значимой жизненной ценности	3,232	0,094	2
Место проживания	2,468	0,082	3
Социальная инфраструктура, как жизненно значимая ценность	2,435	0,081	4
Досуг, как жизненно важная ценность	2,368	0,080	5
Наличие льготной категории	1,985	0,075	6
Проживание с супругом	3,045	0,064	7
Нахождение в браке	0,895	0,060	8
Потеря супруга	1,301	0,060	8
Проживание в одиночестве	1,064	0,055	9
Возможность общения с друзьями, близкими	0,953	0,051	10

Таблица 3

Распределение обращений за медицинской помощью лиц возраста 60+, проживающих в сельской местности (в %)

Варианты ответов на вопрос: «Частота обращений за медицинской помощью?»	*Врачебная амбулатория*	
	абс. число ответов	*% полученных ответов*
Не обращался	4	2,0
1 раз в год	33	16,0
1 раз в полгода	53	25,7
1–2 раза в 3 месяца	88	42,7
1 и более раз в месяц	28	13,6
Всего	206	100,0

диспансеризации, на что указали 21,3% опрошенных. На основании полученных результатов очевидно, что приоритет в посещаемости медицинских организаций сохраняется за проведением лечебно-диагностических мероприятий, а роль профилактических мер остается менее значимой. В то же время 35,3% профилактических посещений и 21,3% по поводу диспансеризации является обнадеживающим фактором в изменении подходов к ведению пациентов возраста 60+ *(таблица 4)*.

Таким образом, пациенты, проживающие в сельской местности, часто посещают медицинские организации с лечебно-диагностической и консультативной целями, уделяют внимание прохождению диспансеризации. Данное обстоятельство может свидетельствовать об активной позиции врача общей практики, работающего в Проекте [9, 10].

Уровень медицинского обслуживания во врачебной амбулатории поселка Коврово достаточно высоко оценен всеми пациентами проекта и составил 57,4% «отличных» и «хороших» оценок, 41,2% «удовлетворительных» и только 1,4% «плохих». Полученное распределение оценок при превалировании «хороших» и «отличных» над «удовлетворительными» выбивается из общих известных показателей удовлетворенности населения медицинской помощью, зарегистрированных в России. По данным различных исследований этот показатель составлял от 30 до 40% [12, 13].

Так, по данным исследования Новокрещеновой Н.Г. с соавт., удовлетворенность медицинским обслуживанием лиц старше пенсионного возраста составила 38,4% «хороших» и 8,2% «отличных» оценок, притом что в составе респондентов 52,5% приходилось на лиц в возрасте 80 лет и старше, демонстрирующих склонность к снижению требовательности к организации медицинской помощи [9].

Вероятно, что проводимый организационный эксперимент в рамках Проекта длительностью в два года, нацеленный на повышение качества и доступности медицинской помощи лицам возраста 60+, сыграл определенную роль в признании пациентами предоставленных им дополнительных возможностей [14] *(таблица 5)*.

Подтверждением высокой удовлетворенности медицинской помощью пациентов возраста 60+ является показатель отсутствия каких-либо проблем в доступности получения медицинской помощи, на

Таблица 4

Причины обращения за медицинской помощью пациентов возраста 60+, проживающих в сельской местности

Варианты ответов на вопрос: «Цель Вашего обращения за медицинской помощью?»	*Врачебная амбулатория, n = 201*	
	абс. число ответов	*% полученных ответов*
Для диагностики или лечения заболевания	158	76,3
Для консультации	75	36,2
Профилактическая цель	73	35,3
Диспансеризация	44	21,2
Получение справки (для водительского удостоверения и др.)	4	2,0

Таблица 5

Удовлетворенность лиц возраста 60+, проживающих в сельской местности, медицинским обслуживанием по месту жительства

Варианты ответов на вопрос: «Как Вы оцениваете уровень медицинского обслуживания в районе Вашего проживания?»	*Врачебная амбулатория, n = 201*	
	абс. число ответов	*% полученных ответов*
Отлично	14	6,9
Хорошо	103	50,5
Удовлетворительно	84	41,2
Плохо	3	1,4
Всего	204	100,0
Средний балл по пятибалльной системе	3,6	-

Таблица 6

Проблемы при получении медицинской помощи у пациентов возраста 60+, проживающих в сельской местности, в медицинских организациях (на 100 ответивших)

Варианты ответов на вопрос: «С какими проблемами Вы сталкиваетесь при обращении в медицинские учреждения?»	*Врачебная амбулатория поселка Коврово*	
	абс. число ответов	*% полученных ответов*
Нет никаких проблем	92	47,5
Длинные очереди на прием	57	29,4
Отсутствие нужных специалистов	36	18,1
Удаленность медицинского учреждения	23	11,9
Неудобный график приема специалистов	12	6,2

что указали 47,5% опрошенных. Вместе с тем, выявлены проблемы, связанные с организацией работы медицинских организаций. Это прежде всего: длительные очереди на прием к врачу (29,4%) и отсутствие необходимых специалистов (18,1%). Менее значимую роль играли факторы транспортной доступности медицинской организации от места жительства пациентов (11,9%) и график работы специалистов (6,2%). Другими словами, все нарекания пациентов в адрес медицинских организаций обусловлены наличием проблем в области организации их работы *(таблица 6)*.

Выводы

1. Среди факторов, оказывающих влияние на уровень здоровья, пациенты возраста 60+ выделили: возраст, эмоциональное состояние, доступность лекарственных препаратов, качество продуктов питания. Только каждый пятый респондент посчитал значимым фактор – доступность медицинской помощи.

2. Корреляционный анализ доказал, что состояние здоровья лиц возраста 60+ зависит от наличия и состава целевых установок, т.е. наличие цели в жизни оберегает их от многих проблем, в т.ч. связанных со здоровьем.

3. Другим важным фактором сохранения здоровья для респондентов является семейное благополучие, выражающееся в наличии супруга (ги), проживании с супругом. В то время как одиночество и смерть одного из супругов негативно сказывается на здоровье.

4. В целях сохранения и поддержания здоровья большинство опрошенных пациентов возраста 60+ обращаются в медицинские организации (76,3%), но, вместе с тем, каждый пятый респондент занимался самолечением, а 12,4% опрошенных обращались к методам народной медицины.

5. Проведенный анализ состояния медицинского обслуживания показал, что наибольшее число пациентов возраста 60+ (42,7%) обращались в медицинские организации с частотой 1–2 раза в течение трех месяцев, еще 13,6% опрошенных 1 и более раз в месяц, на долю пациентов с меньшей частотой обращений за медицинской помощью приходилось 25,7% (1 раз в полгода) и 16,0% (один раз в год), т е. наблюдалось превалирование часто обращающихся лиц (56,3%) над теми, кто совершал визиты 1 раз в полгода и реже (41,7%). Более частая обращаемость в медицинские организации на сельском участке может быть связана с активностью медицинского персонала, участвующего в Проекте.

6. Подтверждением высокой удовлетворенности медицинской помощью пациентов возраста 60+ – 3,6 балла – является показатель отсутствия каких-либо проблем в доступности получения медицинской помощи, на что указали 47,5% опрошенных. Вместе с тем, выявлены организационные проблемы в работе медицинских организаций: длительные очереди на прием к врачу (29,4%) и отсутствие необходимых специалистов (18,1%).

Литература

1. ВОЗ: 10 фактов о старении и здоровье. 2017. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.who.int/features/factfiles/ageing/ru/

2. *Щанина Е.В.* Здоровье как фактор социального самочувствия пожилых люде. // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. 2014; 3(31): 130–141.

3. ВОЗ: [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.who.int/ageing/ru

4. *Амлаев К.Р., Курбатов А.В.* Современное состояние проблемы неравенства в здоровье (обзор). // Профилактическая медицина. 2012; 1; 10–15.
5. ВОЗ: К 2050 г. число людей старше 60 лет удвоится: необходимы кардинальные социальные перемены. 2015. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/ru/
6. *Machinko J., Starfield B., Shi I.* The Contribution of Primary Care Providers to Health Outcomes within OECD Countries, 1970–1998. Health Services Research. 2004; 38: 831–865.
7. *Михайлова Ю.В., Сон И.М., Поликарпов А.В., Шикина И.Б., Вечорко В.И., Иванов И.В., Голубев Н.А.* Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия показателей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – 5 (51):1. DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-1
8. Резолюция EUR/RC69/R8 на русском языке на сайте Европейского регионального комитета: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/413833/69rs08r_PHC_Resolution_190595.pdf
9. *Chernyavskiy V., Mikhailova J.* Russia: A key partner in the Northern Dimension Partnership. South Eastern European Journal of Public Health (SEEJPH). 2019;12. DOI 10.4119/UNIBI/SEEJPH-2019–218
10. *Шикина И.Б., Чухриенко И.Ю., Андреева О.М., Элизов И.А., Жирова Е.В.* Опыт оказания медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам 60+ с сочетанными хроническими неинфекционными заболеваниями. // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». 2019; 5 [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://healthproblem.ru/magazines?text=428 (Дата обращения: 25.07.2020).
11. СПРАВКА Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://mzdrav.rk.gov.ru/rus/file/obobschennie_rezuljtati_sotsiologicheskih_issledovaniy_otnosheniya_naseleniya_k_sisteme_zdravoohraneniya.pdf (Дата обращения 25.07.20).
12. *Бузин В.Н., Михайлова Ю.В., Бузина Т.С., Чухриенко И.Ю., Шикина И.Б., Михайлов А.Ю.* Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006–2019): обзор социологических исследований. // Профилактическая медицина. 2020; 23(3):42–47. http://dx.doi.org/10.17116/profmed20202303142 (Дата обращения: 25.07.20)
13. *Новокрещенова И.Г., Сенченко И.К.* Качество оказания медицинской помощи пожилым в амбулаторно-поликлинических условиях: по данным социологического исследования. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – №10(1). – С. 21–26.
14. Всемирный доклад о старении и здоровье. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2015: 310 стр. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf

UDC 614.2

Shikina I.B.[1,2], Chukhrienko I.Yu.[1], Zadorkina T.G.[1], Mikhaylov I.A.[1], Elizov I.A.[3] ***Self-assessment of health and satisfaction with medical care by country people of age 60+ of the Kaliningrad region*** *([1]Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; [2]Central State Medical Academy Office of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia; [3]State-funded health institution of the Kaliningrad region "Central district hospital of the Zelenograd district", Kaliningrad region, Zelenograd district)*

Abstract. With age the state of health worsens, it is necessary to see doctors more often. Availability and quality of the provided medical care, a set of medical services can differ depending on the place of its rendering. The work purpose – to study a self-assessment of a zdorovyapatsiyentama of age 60+ of rural out-patient clinic of the Zelenograd district of the Kaliningrad region and their relation to the organization of the primary health care (PHC) and satisfaction with it. Survey among 211 patients of rural medical out-patient clinic aged from 60 up to 88 years, within the project of Partnership "Northern measurement" in the field of health care and social wellbeing is conducted (further in the text – the Project). The factors offered in the questionnaire having the greatest impact on health, according to patients, and satisfaction with the PHC organization are studied. The patients living in rural areas often visit the medical organizations with the medical and diagnostic and advisory purposes, pay attention to medical examination passing that can testify to an active position of the general practitioner working in the Project as in answers about the factors having the greatest impact on health, questions of prevention at poll got the last place. The satisfaction with the PHC organization made in general 3.6 points on a five-point system.

Keywords: *patients of age 60+, country people, sociological research, health self-assessment, satisfaction with medical care, primary health care.*

Х.Ю. Угурчиева,
заместитель главного врача по лечебной работе, Детская Республиканская клиническая больница, г. Назрань, Республика Ингушетия, Россия, e-mail: ugurchieva2014@mail.ru

СОВРЕМЕННАЯ ПРОБЛЕМА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К СНИЖЕНИЮ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ИНГУШЕТИЯ

УДК: 314.4 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-10-44-48*

Угурчиева Х.Ю. ***Современная проблема младенческой смертности в Российской Федерации, комплексный подход к снижению на примере Республики Ингушетия*** *(Детская Республиканская клиническая больница; г. Назрань, Республика Ингушетия, Россия)*

Аннотация. Младенческая смертность является важным индикатором социального благополучия общества и отражает состояние национальной системы здравоохранения в целом. По данным официальной статистики уровень младенческой смертности в Российской Федерации за последние годы достиг значительного снижения, но в сравнении с ведущими странами мира все еще остается высоким.

В исследовании было установлено, что в Российской Федерации младенческая смертность имеет территориальную дифференциацию, что говорит о различной политике органов исполнительной власти регионов в направлении, связанном со снижением младенческой смертности.

Статья содержит данные динамики показателя младенческой смертности в Республике Ингушетия и других республиках Северо-Кавказского федерального округа. Показано значительное снижение уровня младенческой смертности в Республике Ингушетия в результате эффективного взаимодействия органов государственной власти на всех уровнях. Доказана необходимость комплексного подхода в системе управленческих решений развития перинатальной службы в регионах Российской Федерации.

Ключевые слова: *общественное здоровье, медико-демографические показатели, младенческая смертность.*

Введение

Младенческая смертность – одна из важнейших медико-социальных характеристик общества. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) относит младенческую смертность к числу глобальных индикаторов здоровья и социального благополучия общества [1]. Показатель младенческой смертности аккумулирует на себе множество медико-социальных характеристик:

1) уровень и доступность медицинской помощи;
2) характер загрязнения окружающей среды;
3) уровень образования и санитарной грамотности населения;
4) место здравоохранения в системе сформировавшихся ценностей общества, распределение в нем материальных и социальных благ и другие характеристики.

Младенческая смертность оказывает большое влияние на среднюю продолжительность жизни населения. Известно, что, в конечном итоге, по величине показателя младенческой смертности и тенденций его изменения судят об уровне жизни страны [2, С. 4].

Цель исследования – выявление тенденции младенческой смертности в Российской Федерации и ее субъектах, сравнение ее с другими странами. Оценка влияния комплекса управленческих мер, реализованных органами управления здравоохранением и учреждениями службы родовспоможения, на динамику показателя младенческой смертности в Республике Ингушетия.

© Х.Ю. Угурчиева, 2020 г.

Методика исследования

Изучены данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, Национального статистического комитета, Республики Беларусь и данные межведомственной группы ООН по оценке младенческой смертности в динамике с 2015 по 2019 г. Сопоставлены статистические данные по регионам России, проведено ранжирование показателя в структуре Северо-Кавказского федерального округа, изучены показатели младенческой смертности с 2015 г. по 2018 г. Проведен подробный анализ деятельности государственных структур и комплекса мер, направленных на снижение младенческой смертности в Республике Ингушетия.

Результаты исследования и их обсуждение

Задача охраны здоровья поколения родившихся детей, сведения до минимума показателей их заболеваемости, инвалидизации и смертности должна ставиться в разряд приоритетных на всех уровнях управления здравоохранением и социальным обеспечением [3, С. 17]. Так, в странах-лидерах в области снижения младенческой смертности в 2019 г. коэффициент младенческой смертности составил: в Японии (1,8%), Германии (3,22%), Италии (2,68%) [11], Республике Беларусь (2,4%) [4], что почти в 2 раза ниже, чем в Российской Федерации (4,6%) [5] *(рис. 1)*. Это говорит об эффективной работе органов управления здравоохранением этих государств.

Проводимые на протяжении десятилетий в Российской Федерации социально-экономические и медико-санитарные меры, направленные на охрану здоровья матери и ребенка, дали положительные результаты [6, 7, 8]. За последние 5 лет наметилась динамика снижения показателя младенческой смертности во всех федеральных округах Российской Федерации. По данным Росстата, в 2019 году показатель младенческой смертности в стране достиг уровня 4,6 на 1000 родившимися живыми [5].

Главные усилия системы здравоохранения страны направлены на снижение смертности детей до 1 года. Утвержден Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» [9]. Реализуются национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография». Правительством разработан Федеральный проект «Развитие детского

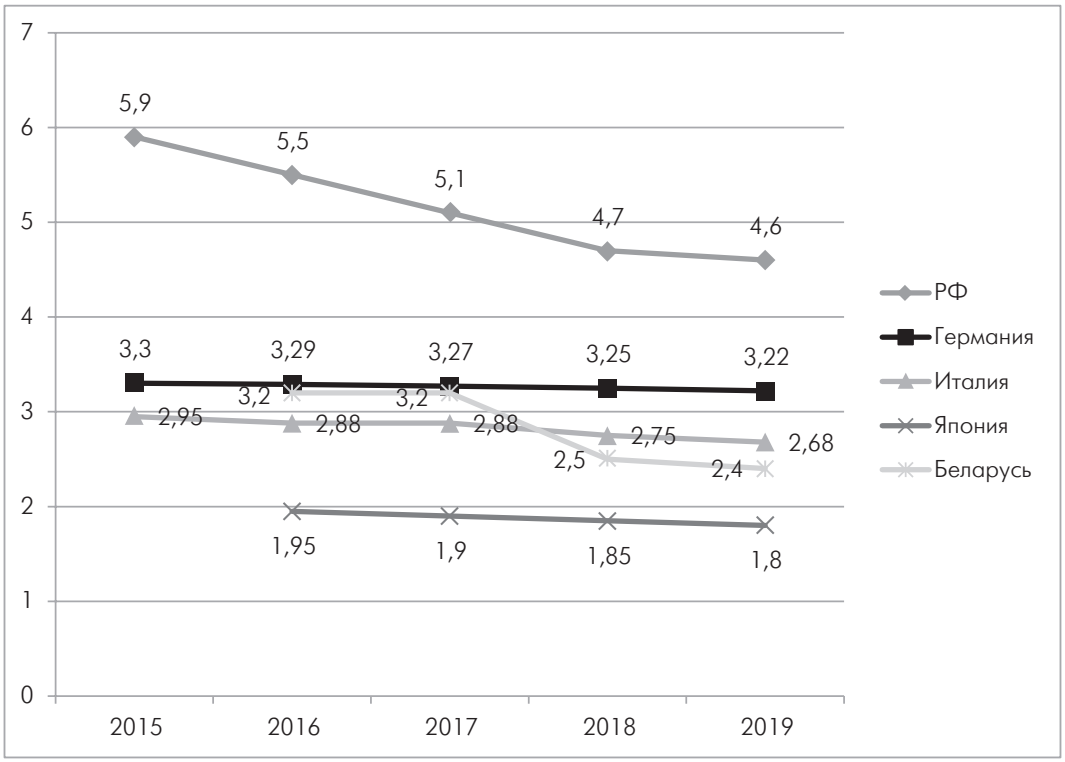


Рис. 1. **Динамика показателей младенческой смертности в Российской Федерации и странах мира за 2015–2019 гг. ‰‰**

здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» [10], основной задачей которого является снижение младенческой смертности.

Несмотря на принятые меры, смертность детей до 1 года остается высокой.

Проведенный анализ показал наличие различий младенческой смертности в федеральных округах *(таблица 1)*. Самым высоким он был в Северо-Кавказском федеральном округе – 6,9‰ в 2018 г., что примерно на 2,0‰ выше, чем в целом по России [5].

В Северо-Кавказском федеральном округе ситуация на уровне регионов также различна *(таблица 2, таблица 3)*. В Карачаево-Черкесской республике наблюдались негативные тенденции, сопровождавшиеся ростом младенческой смертности в 2018 г. на

Таблица 1

Показатели младенческой смертности по федеральным округам РФ за 2016–2018 гг. (‰‰)

Федеральные округа	*2016*	*2017*	*2018*
Российская Федерация	5,5	5,1	4,7
Центральный федеральный округ	5,6	5,1	4,8
Северо-Западный федеральный округ	4,8	4,6	4,2
Южный федеральный округ	4,5	5,1	4,6
Северо-Кавказский федеральный округ	**9,2**	**8,0**	**6,9**
Приволжский федеральный округ	5,7	5,3	4,8
Уральский федеральный округ	5,5	5,1	4,8
Сибирский федеральный округ	6,6	6,4	6,1
Дальневосточный федеральный округ	6,5	5,8	5,4

Таблица 2

Показатели коэффициента младенческой смертности в регионах Северо-Кавказского федерального округа: 2016–2018 гг. (‰‰)

Регионы	*2016*	*2017*	*2018*
Чеченская республика	10,1	8,8	7,8
Ставропольский край	8,5	7,9	6,7
Республика Дагестан	10,1	8,9	7,8
Республика Ингушетия	10,9	7,4	6,1
Кабардино-Балкарская республика	6,7	4,8	4,8
Карачаево-Черкесская республика	8,9	6,7	8,2
Республика Северная Осетия – Алания	6,8	5,5	4,6

Таблица 3

Ранжирование регионов Северо-Кавказского федерального округа по уровню младенческой смертности: 2016–2018 гг.

	2016	*2017*	*2018*
Чеченская республика	2	2	2
Ставропольский край	5	3	4
Республика Дагестан	3	1	3
Республика Ингушетия	1	4	5
Кабардино-Балкарская республика	7	7	6
Карачаево-Черкесская республика	4	5	1
Республика Северная Осетия – Алания	6	6	7

1,5‰ в сравнении с 2017 г. В Чеченской республике фиксировалась медленная положительная динамика снижения показателя, однако уровень оставался высоким, составляя 7,8‰ в 2018 г.

По данным Общественной палаты Российской Федерации, Республика Ингушетия вошла в число лидеров Национального рейтинга рождаемости. При ранжировании регионов Северо-Кавказского федерального округа Республика Ингушетия в 2018 г. заняла 5-ое место, хотя еще в 2016 году была худшей из регионов данного Федерального округа. Благодаря усилиям органов исполнительной власти Республика Ингушетия за 2016–2018 гг. улучшила показатель младенческой смертности почти в 2 раза: с 10,9‰ до 6,1‰.

Для достижения отмеченного результата в Республике Ингушетия использовались комплексные организационные и научные подходы, направленные:

– на решение проблемы формирования репродуктивного здоровья женщин (целенаправленное наблюдение беременных, ведение родов, послеродового периода, работа с новорожденными);

– на разработку теоретических и организационно-управленческих механизмов региональной системы родовспоможения, что обеспечило снижение числа преждевременных родов, выявление пороков развития плода, предупреждение общих потерь со стороны матери и новорожденного в период родов и постнеонатальном периоде, и снижало материнскую, перинатальную и раннюю неонатальную смертность;

– на разработку системы ухода за новорожденными и внедрения в практику здравоохранения медико-организационной модели охраны и поддержки грудного вскармливания;

– на реализацию мероприятий по совершенствованию системы родовспоможения посредством активного внедрения политики родов, ориентированных на участие семьи с целью формирования благоприятного психоэмоционального фона.

В Республиканской детской клинической больнице Республики Ингушетия снижение младенческой смертности обеспечивается внедрением экспертизы качества медицинской помощи и медицинской деятельности 3-х уровней, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Ингушетия:

• I уровень – клинические отделения, – осуществляемый заведующими отделениями;

• II уровень, проводимый заместителями главного врача: по клинико-экспертной работе (председатель КЭК) и по медицинской работе (председатель ВК);

• III уровень –контроль качества медицинской помощи и медицинской деятельности, проводимый клинико-экспертной комиссией и врачебной комиссией.

С помощью экспертизы в клинике проводится не только качественная оценка контроля медицинской помощи и медицинской деятельности, но и количественная оценка в баллах, с расчетом коэффициента качества и использования дефектурного классификатора:

1. Уровень диагностических мероприятий.

2. Обоснованность диагноза и соответствие его клинико-функциональной характеристике.

3. Своевременность и полнота лечебно-диагностических мероприятий.

4. Сроки оказания медицинской помощи (соответствие их стандартам и протоколам: занижены, завышены).

5. Оформление медицинской документации и оформления диагноза (с учетом разграничения его на рубрики).

С целью проведения экспертизы, привлекались все ведущие специалисты учреждения: неонатологи, педиатры, детские хирурги, травматологи, анестезиологи. Особое внимание уделялось случаям ятрогенных осложнений, проводились коллективные разборы, предпринимались меры по их устранению и недопущению.

Выводы

Младенческая смертность в современных условиях все чаще рассматривается специалистами в качестве одного из критериев социально-экономического благополучия общества. Сегодняшние возможности медицинской науки достаточны, чтобы свести к минимуму количество младенческих смертей. России необходимо перенимать опыт стран лидеров с самым низким показателем младенческой смертности.

Для улучшения ситуации по снижению младенческой смертности необходимо эффективное взаимодействие не только на федеральном, отраслевом, но и на региональном и семейном уровне. В каждом регионе должны быть разработаны и внедрены специальные программы, направленные на улучшение здоровья матери и ребенка.

Необходимо обеспечить равный доступ к высококвалифицированной перинатальной помощи и дальнейшее расширение сети перинатальных центров с непрерывной системой подготовки медицинских кадров.

Учитывая тот факт, что показатель младенческой смертности является критерием благополучия региона и качества работы органов исполнительной власти, возникают риски интерпретации статистических данных только с позитивной коннотацией. В связи с этим необходим использовать строгий алгоритм мониторинга и контроля показателя младенческой смертности.

Устойчивая динамика снижения младенческой смертности в Республике Ингушетия позволяет сделать вывод о том, что принимаемые в сфере здравоохранения адекватные управленческие решения и системно проводимые организационно – методические мероприятия являются основой положительных изменений в сфере оказания медицинской помощи матерям и детям.

Литература

1. *Шаповалова М.А.* Воспроизводство населения как медико-экономическая проблема: диссертация ... доктора медицинских наук: 14.00.33/ Шаповалова Марина Александровна. [Место защиты: государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет»]. Москва, 2004. – 341с.

2. *Римашевская Н.М., Каткова И.П., Ермаков С.П., Лешкевич И.А., Плавунов Н.Ф., Бойко Ю.П.* Младенческая смертность в г. Москве.// Приложение к журналу «Народонаселение». М.: Издательство ИСЭПН, 2000. – С. 4.

3. *Каткова И.П., Цыбульская И.С., Андрюшина Е.В., Бойко Ю.П., Плавунов Н.Ф.* Проблемы охраны здоровья детей. // Приложение к журналу «Народонаселение». М.: Издательство РУДН, 2002. – С. 17.

4. Беларусь в цифрах, 2020 [Электронный ресурс]// Национальный статистический комитет Республики Беларусь. URL: https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public_compilation/index_16711/

5. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gks.ru

6. *Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н.* Закономерности и тенденции младенческой смертности в Российской Федерации// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23. – № 1. – С. 35–41.

7. *Стародубов В.И., Суханова Л.П.* Репродуктивные проблемы демографического развития России. М.: Менеджер здравоохранения, 2012. – С. 320.

8. *Черкасов С.Н., Камаев Ю.О., Черкасова С.В.* Анализ заболеваемости детей первого года жизни в Российской Федерации //Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2017. – Т. 19. – № 10. – С. 198–200.

9. Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 (ред. от 01.07.2014 г.) «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

10. Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография» [Электронный ресурс]// Министерство здравоохранения Российской Федерации. URL: https://www.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie

11. Stillbirth and child mortality estimates [Электронный ресурс]// IGMI. URL: http://childmortality.org (Дата обращения: 20.10.2020 г.)

UDC 314.4

Ugurchieva H.U. ***The modern problem of infant mortality in the Russian Federation, an integrated approach to reduction on the example of the Republic of Ingushetia*** *(Children's Republican Clinical Hospital, Nazran, Republic of Ingushetia, Russia)*

Abstract. Infant mortality is an important indicator of the social well-being of society and reflects the state of the national health system as a whole.

According to official statistics, the infant mortality rate in the Russian Federation has reached a significant decrease in recent years, but in comparison with the leading countries of the world it still remains high.

The study found that in the Russian Federation infant mortality has a territorial differentiation, which indicates different policies of the executive authorities of the regions in the direction related to the reduction of infant mortality.

The review article contains data on the dynamics of infant mortality in the Republic of Ingushetia and other republics of the North Caucasus Federal District. A significant decrease in the infant mortality rate in the Republic of Ingushetia is shown as a result of the effective interaction of state authorities at all levels. The need for an integrated approach in the system of management decisions for the development of the perinatal service in the regions of the Russian Federation has been proved.

Keywords: *public health, medical-demographic indicators, infant mortality.*

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., LLM, 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.Д. Летова,
Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург, Россия

Е.И. Зимина,
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

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В СТРАНАХ ЕАЭС: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ[1]

УДК: 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-10-49-69*

Акулин И.М.[1], Чеснокова Е.А.[1], Пресняков Р.А.[2], Летова А.Д.[1], Зимина Е.И.[3], Гурьянова Н.Е.[3] ***Телемедицина в странах ЕАЭС: реальность и перспективы*** *([1]Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия; [2]Ассоциация медицинского права Санкт-Петербурга, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация; [3]Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Настоящая статья посвящена всестороннему анализу телемедицины в странах Евразийского экономического союза: её правовому регулированию, способам реализации и перспективам развития. Авторы уделяют внимание не только сравнительно-правовому анализу регулирования телемедицины в странах ЕАЭС, но также и определению возможности создания общего соглашения о телемедицине между Российской Федерацией, Республикой Беларусь, Республикой Армения, Республикой Казахстан и Кыргызской Республикой. Выявляя пробелы национального регулирования телемедицины в указанных странах, авторы указывают на аспекты, в которых необходима гармонизация нормативной базы телемедицинского консультирования, а также предусматривают те положения, которые должны быть обязательно раскрыты в соглашении о телемедицине в рамках ЕАЭС.

Ключевые слова: *телемедицина, телемедицинские технологии, телемедицинская консультация, трансграничная телемедицина, Евразийский экономический союз.*

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

© И.М. Акулин, Е.А. Чеснокова, Р.А. Пресняков, А.Д. Летова, Е.И. Зимина, Н.Е. Гурьянова, 2020 г.

1. Введение

Стремительное развитие информационных технологий породило возникновение телемедицины как явления, позволяющего осуществлять оказание медицинской помощи вне зависимости от дистанции, разделяющей медицинского работника и его пациента. Российская Федерация, как страна, ориентированная на развитие высоких технологий в здравоохранении и заинтересованная в дальнейшем развитии сотрудничества в рамках Евразийского экономического союза (далее – ЕАЭС), в перспективе в качестве одной из своих задач может рассматривать осуществление консультирования с использованием информационных телекоммуникационных технологий на трансграничном уровне на всей территории ЕАЭС. Такое взаимодействие будет способствовать не только росту экспорта российских медицинских услуг на международном рынке, но и приобретению российским медицинским сообществом бесценного опыта взаимодействия с зарубежными коллегами, развивая и повышая отечественный научный и практический потенциал в области медицины.

Тем не менее, для законодательного урегулирования (а также для дальнейшего грамотного практического применения) института телемедицины на наднациональном уровне предварительно требуется детально рассмотреть пути разработки и реализации, внедрения и текущего применения телемедицинских технологий в странах ЕАЭС, чтобы понять вектор развития телемедицинского консультирования в данных странах, проанализировать то, какие меры государства ЕАЭС считают для себя возможными и допустимыми в данном вопросе, а также то, какой политики в части телемедицинских технологий они придерживаются[2]. Во многом, ответы на данные вопросы нам дает изучение нормативно-правовой базы данных стран.

В рамках данной статьи мы не будем подробно останавливаться на телемедицине в Российской Федерации, так как цель данного научного труда состоит в том, чтобы проанализировать подходы к правовому регулированию телемедицины в других странах-участницах ЕАЭС с целью определения возможности и целесообразности разработки и принятия соглашения о трансграничной телемедицине государствами ЕАЭС, выявить, какие пробелы в законодательствах существуют на данный момент, какие особенности государственного регулирования в данных странах необходимо учитывать при подготовке соглашения, а также определить, какая форма сотрудничества в целом может являться наиболее предпочтительной с учётом как целей и задач ЕАЭС, так и национальных интересов его членов.

2. Нормативно-правовое регулирование телемедицины в Республике Беларусь

Еще в 2002 году Совет Министров Республики Беларусь утвердил проект Государственной программы информатизации республики на 2003–2005 годы и на перспективу до 2010 года под названием «Электронная Беларусь» (далее – ГП «Электронная Беларусь»)[3], в результате выполнения которого был разработан ряд многофункциональных общегосударственных и ведомственных информационных систем, в том числе в сфере здравоохранения. Роль ведомственных проектов по информатизации для развития телемедицины была отмечена в Постановлении Совета Министров Республики Беларусь от 28 марта 2011 года № 384 «Об утверждении Национальной программы ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 годы» (далее – Постановление № 384 от 28 марта 2011 года): «Ведомственные проекты по информатизации ГП «Электронная Беларусь» были направлены на совершенствование деятельности государственных органов и органов местного управления на основе ИКТ и на развитие процессов информатизации в реальных секторах экономики, образования, здравоохранения, культуры, торговли, логистики. В настоящее время на основе ведомственных информационных систем оказываются услуги по поиску работы в центрах занятости населения, медицинские услуги (информация о наличии мест в больницах, запись на прием, телемедицина)...». Таким образом, телемедицина в Белоруссии по состоянию на 2011 год уже получила реализацию на платформе ведомственных информационных систем.

[2] *И.М. Акулин, Е.А. Чеснокова, Р.А. Пресняков, М.И. Медяник, Н.Е. Гурьянова.* Итоги первого рабочего совещания представителей стран-участников содружества независимых государств по подготовке модельного закона по общественному здравоохранению // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – 2019. – № 4, http://healthproblem.ru/magazines?text=299

[3] Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 27 декабря 2002 года № 1819 «О Государственной программе информатизации Республики Беларусь на 2003–2005 годы и на перспективу до 2010 года «Электронная Беларусь».

Охват клиник, оказывающих телемедицинские услуги (и, следовательно, использующих данные ведомственные информационные системы), который белорусское правительство рассчитывало иметь к 2015 году, упомянут в Постановлении Совета Министров Республики Беларусь от 1 октября 2010 года № 1420 «Об утверждении стратегии технологического развития Республики Беларусь на период до 2015 года», в котором четко была поставлена задача «довести к 2015 году охват клиник страны телемедицинскими системами для удаленных консультаций до 90 процентов»[4]. Спустя примерно полтора года Совет Министров Республики Беларусь несколько конкретизировал свои ожидания в данной области, выделив в качестве одной из приоритетных задач и направлений научно-технического, технологического и инновационного развития доведение в 2015 году охвата клиник страны телемедицинскими системами для удаленных консультаций на областном уровне до 100%, а на районном – до 60%[5]. Тем не менее, не совсем ясным является употребление в данных актах формулировки «клиник»: имелись ли в виду в данных документах только государственные медицинские организации, или же в категорию «клиники» были включены и медицинские организации частной формы собственности? Ни один из двух упомянутых выше документов ответ на данный вопрос не даёт.

В любом случае, постепенное увеличение охвата клиник страны телемедицинскими системами обозначено довольно детально в *таблице 3* уже упомянутого ранее Постановления № 384 от 28 марта 2011 года, где Совет Министров Республики Беларусь не только прогнозирует постепенное увеличение числа клиник, охваченных телемедицинскими системами, по годам, расписывая предполагаемое количество таких клиник в каждом году, с 2011 по 2015, но и указывает, какова доля организаций здравоохранения, использующих, получающих и/или оказывающих услуги удаленного (телемедицинского) консультирования по данным на 2010 год. Так, оценка организаций республиканского уровня составляет 39%, областного – 11%, а районного – всего 4%. Тем не менее, на наш взгляд, для 2010 года данные показатели являются неплохими, тем более, учитывая планы развития охвата телемедицинскими системами организаций здравоохранения, нацеленные на увеличение показателей до 100% на республиканском уровне, до 40% – на районном, и не менее, чем до 70% – на областном уровне[6].

Нельзя не заметить, что данные цифры все же отличаются от обозначенных в том же Постановлении Совета Министров Республики Беларусь от 26 мая 2011 года № 669 «О Государственной программе инновационного развития Республики Беларусь на 2011–2015 годы», рассмотренном нами ранее, но, принимая во внимание общеправовой принцип приоритета более позднего акта над более ранним, можно утверждать, что республика Беларусь все же подняла планку своих ожиданий по охвату организаций здравоохранения телемедицинскими системами с 50% до 100% на областном уровне и с 40% до 60% на районном уровне, что, безусловно, нельзя не признать положительной тенденцией белорусской политики в области телемедицины.

Указ Президента Республики Беларусь от 15 декабря 2016 года № 466 «Об утверждении Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы» определяет следующее направление в развитии телемедицинских технологий: «(В сфере здравоохранения – *прим. автора*) предусматривается развитие средств телемедицины для улучшения качества диагностики, проведение мониторинга состояния здоровья. В 2017 году в полном объеме заработает единая республиканская система телемедицинского консультирования»[7]. В дальнейшем, в 2017 году

[4] Раздел «Информационно-коммуникационные технологии» Стратегии технологического развития Республики Беларусь на период до 2015 года, утвержденной Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 1 октября 2010 года № 1420 «Об утверждении стратегии технологического развития Республики Беларусь на период до 2015 года».

[5] Раздел «Приоритетные задачи и направления научно-технического, технологического и инновационного развития» Государственной Программы инновационного развития Республики Беларусь на 2011–2015 годы, утвержденной Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 26 мая 2011 года № 669 «О Государственной программе инновационного развития Республики Беларусь на 2011–2015 годы».

[6] Таблица 3 раздела «Ожидаемые результаты» подпрограммы «Электронное Здравоохранение» главы 10 Национальной программы ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 годы, утвержденной Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 марта 2011 года № 384 «Об утверждении Национальной программы ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 годы».

[7] Раздел 8.1. главы 8 Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы, утвержденной Указом Президента Республики Беларусь от 15 декабря 2016 года № 466 «Об утверждении Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы».

в качестве меры по реализации внедрения единой республиканской системы телемедицинского консультирования было указано, тем не менее, лишь создание проекта нормативного правового акта в срок до декабря 2017 г., возложенное на Министерство здравоохранения Республики Беларусь[8], что с учетом системного толкования белорусского права выглядит несколько странно, так как упоминание о данной телемедицинской системе можно наблюдать в более ранних актах. Еще в п. 37 Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2011 года № 120 «Об утверждении Инструкции о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в эндопротезировании крупных суставов» указано, например, что «при необходимости для оказания консультативной помощи пациент может быть направлен в организацию здравоохранения, где было выполнено эндопротезирование, в установленном порядке с обоснованием направления, либо может быть использована республиканская система телемедицинского консультирования». Таким образом, республиканская система телемедицинского консультирования упоминается еще в акте 2011 года, но, правда, только лишь в контексте взаимодействия с пациентами, нуждающимися в эндопротезировании крупных суставов. Более того, в 2002 году Постановлением Совета Министров Республики Беларусь на Министерство здравоохранения возлагалась обязанность по разработке технологии и программно-аппаратных средств и создании на их базе автоматизированной республиканской телемедицинской системы унифицированного электронного консультирования (под названием РС ТЭК)[9]. Срок выполнения данной задачи был установлен на 2006–2009 годы, а объем выделенных на реализацию данной задумки денежных средств детально прописывался в указанном постановлении. Учитывая это, можно заключить, что республиканская система телемедицинского консультирования, скорее всего, до 2017 года работала не в полном объеме и не регулировалась на уровне нормативных правовых актов, но, тем не менее, могла эксплуатироваться при определенных обстоятельствах.

В 2011 году также был намечен очень интересный вектор развития телемедицины в Белоруссии, касавшийся вопросов лечения онкологических заболеваний. Так, Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 9 февраля 2011 года № 163 «О Государственной комплексной программе профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний на 2011–2014 годы» указывало, что предусматривается планомерная информатизация онкологический службы республики, заключающаяся в последовательной компьютеризации всех отделений государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова» с перспективой создания единой компьютерной сети онкологических организаций здравоохранения[10]. В Постановлении также отмечалось, что это позволит контролировать распределение ресурсов, интенсифицировать процесс лечения, осуществлять телемедицинское консультирование пациентов. Безусловно, мысль о создании подобной единой системы онкологических организаций является благой как для онкологических больных, так и для государства в целом: не только потому, что облегчает вопрос получения консультаций по вопросам онкологии теми людьми, которые, например, не могут или испытывают затруднения в самостоятельном передвижении в силу онкологического заболевания, но и потому что это во многом помогает обеспечить некое функционирование единого онкологического сообщества, снимает нагрузку с иных технических систем и образует новую, узконаправленную, самостоятельно функционирующую систему, не перегруженную иными, не относящимися к теме онкологии данными.

Помимо упомянутых выше сфер онкологии и эндопротезирования крупных суставов, телемедицина отдельно фигурирует также в сфере неврологии: в Постановлении Совета Министров Республики Беларусь от 23 мая 2011 года № 656 «О Национальной программе развития экспорта Республики

[8] П. 293 Комплекса мер по реализации Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы, утвержденного Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 12 января 2017 года № 18 «Об утверждении комплекса мер по реализации Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы».

[9] П. 62 Приложения к Государственной программе информатизации Республики Беларусь на 2003–2005 годы и на перспективу до 2010 года «Электронная Беларусь», утвержденной Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 декабря 2002 года № 1819 «О Государственной программе информатизации Республики Беларусь на 2003–2005 годы и на перспективу до 2010 года «Электронная Беларусь».

[10] Глава 2 Государственной комплексной программы профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний на 2011–2014 годы, утвержденная Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 9 февраля 2011 года № 163 «О Государственной комплексной программе профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний на 2011–2014 годы».

Беларусь на 2011–2015 годы», где, конечно, большое количество задач связано с экспортом услуг иностранным гражданам, обозначено, что планируется внедрение «телемедицинской системы неврологического профиля, что обеспечит оказание скорой высококачественной медицинской помощи пациентам в различных районах республики»[11]. Конечно, от такого нововведения улучшится положение не только иностранных, но и белорусских неврологических больных, так что нельзя оставить без внимания данное направление белорусской телемедицинской политики, особенно учитывая, что в данной сфере опять же предполагается создание отдельной информационной системы по профилю неврологии.

Кардиологии также было уделено особое внимание со стороны белорусского правительства. В частности, Государственная программа «Кардиология» на 2011–2015 годы[12] (далее – белорусская государственная программа «Кардиология») предусматривала не только создание и развитие телемедицины в сфере кардиологии, но и источники и объемы финансирования для реализации такого развития, а именно: белорусская государственная программа «Кардиология» предусматривала повышение качества диагностики и лечения цереброваскулярных заболеваний путем внедрения телемедицинских систем (по 1 системе для областей и г. Минска). Источником финансирования данного внедрения являлись местные бюджеты, и конкретный размер финансовых затрат определялся отдельно для каждого из городов, с 2011 по 2015[13]. Белорусская государственная программа «Кардиология» даже отдельно регламентировала закупку телемедицинских систем для диагностики и лечения цереброваскулярных заболеваний импортного производства, опять же детально регламентируя и объем затрат на данные системы[14].

Следует отметить, что белорусское законодательство допускает телемедицинские консультации не только по модели «врач-пациент», но и по модели «врач-врач», что следует из Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2008 года № 224 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения врачебных консультаций (консилиумов) и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июня 2002 г. № 34». Данный акт, регламентируя порядок проведения врачебных консультаций (консилиумов), указывает, что допускается проведение врачебной консультации (консилиума) в режиме телемедицинской конференции[15], и, таким образом, фактически устанавливает для врачей возможность дистанционного консультирования со своими коллегами.

Говоря о финансовой стороне телемедицинских консультаций для пациентов, необходимо сказать, что в Белоруссии при отсутствии медицинских показаний или без направления врача телемедицинские консультации проводятся на платной основе. Это следует из Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 10 февраля 2009 года № 182 «Об оказании платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения», где в перечне платных медицинских услуг, оказываемых гражданам Республики Беларусь государственными учреждениями здравоохранения, фигурируют под п. 21 консультации, включая телемедицинские и на дому, врачей-специалистов (в том числе сотрудников кафедр государственных учреждений высшего образования, осуществляющих обучение по профилю образования «Здравоохранение», научно-исследовательских институтов, республиканских научно-практических центров) при отсутствии медицинских показаний или без направления врача.

Таким образом, в отношении Республики Беларусь можно резюмировать, что регулирование телемедицины в данном государстве происходит на уровне подзаконных актов, в частности отдельно посвященных конкретным сферам медицины: онкологии, кардиологии, неврологии, эндопротезированию крупных суставов. Сами медицинские консультации происходят в рамках двух моделей: как

[11] Раздел «Министерство здравоохранения» главы 4 Национальной программы развития экспорта Республики Беларусь на 2011–2015 годы, утвержденной Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 мая 2011 года № 656 «О Национальной программе развития экспорта Республики Беларусь на 2011–2015 годы».

[12] Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 4 марта 2011 года № 268 «О Государственной программе «Кардиология» на 2011–2015 годы».

[13] П. 24 Приложения 1 к Государственной программе «Кардиология» на 2011–2015 годы, утвержденной Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 4 марта 2011 года № 268 «О Государственной программе «Кардиология» на 2011–2015 годы».

[14] П. 22 Приложения 3 к Государственной программе «Кардиология» на 2011–2015 годы, утвержденной Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 4 марта 2011 года № 268 «О Государственной программе «Кардиология» на 2011–2015 годы».

[15] П. 10 Инструкции о порядке проведения врачебных консультаций (консилиумов), утвержденной Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2008 года № 224 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения врачебных консультаций (консилиумов) и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июня 2002 г. № 34».

«врач-пациент», так и «врач-врач» (но в контексте проведения консилиума), а финансирование телемедицинских систем происходит из местных бюджетов. Нельзя не отметить грамотное построение белорусским правительством плана развития телемедицины на трех уровнях: республиканском, областном и районном, а также общее стремление Республики Беларусь к развитию телемедицины. Тем не менее, довольно затруднительными остаются ответы на вопросы о том, кто несет ответственность за осуществление телемедицинских консультаций, как юридически оформляются и где хранятся документы, составляемые по их итогам, а также то, как регулируется трансграничная телемедицина в Республике Беларусь, что особенно необходимо учитывать при построении международного сотрудничества в сфере медицины с данным государством.

3. Нормативно-правовое регулирование телемедицины в Республике Армения

Обращаясь к законодательству Армении, стоит отметить, что в данной стране вопрос телемедицины урегулирован на уровне закона, а именно в Законе Республики Армения от 4 апреля 1996 года № ЗР-42 «О медицинской помощи и обслуживании населения» (далее Закон Республики Армения № ЗР-42). Определение телемедицины раскрывается в статье 2 данного закона, вводящего употребляемые в нем основные понятия, среди которых под п. 18 дано определение телемедицины как медицинской практики осуществления дистанционной консультации между врачами, а также между врачом и пациентом с использованием информационных технологий. Более детально телемедицина описана в статье 5 указанного закона, которая содержит достаточно важные положения о данном институте. Так, часть 1 статьи 5 Закона Республики Армения № ЗР-42 устанавливает, что порядок осуществления телемедицины, в том числе обязательные требования, включаемые в процедуру, устанавливаются уполномоченным органом. А часть 2 данной статьи вносит ясность в вопросы ответственности за оказание телемедицинских консультаций: «Оказание медицинской помощи, осуществленной организацией, предоставляющей консультации с помощью телемедицины, которое осуществляется между лечащим врачом, пациентом и врачом, предоставляющим консультации с помощью телемедицины, носит характер консультации, и ответственность за состояние здоровья пациента несет его лечащий врач, а в случае предоставления консультации с помощью телемедицины между врачом и пациентом ответственность за состояние здоровья пациента несет врач, предоставивший консультацию».

Таким образом, армянское законодательство достаточно четко устанавливает две модели телемедицинских консультаций, а именно модели «врач-врач» и «врач-пациент» и определяет пределы ответственности не только телемедицинского консультанта, но и лечащего врача в контексте телемедицинских консультаций. Вопросы трансграничной телемедицины в Республике Армения так же, как и в Республике Беларусь, на данный момент все же остаются неясными.

4. Нормативно-правовое регулирование телемедицины в Республике Казахстан

Переходя к рассмотрению регулирования телемедицины в Республике Казахстан, следует заметить, что телемедицина на уровне законодательных актов упоминалась в п. 99–3 статьи 1 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс Казахстана о здоровье народа от 18 сентября 2009 года), который фактически устанавливал законодательное определение телемедицины, определяя её как комплекс организационных, финансовых и технологических мероприятий, обеспечивающих осуществление дистанционной консультационной медицинской услуги, при которой пациент или врач, непосредственно проводящий обследование или лечение пациента, получает дистанционную консультацию другого врача с использованием информационно-коммуникационных технологий, не противоречащих национальным стандартам. Также статьи 40 и 41 Кодекса Казахстана о здоровье народа от 18 сентября 2009 года, определяя понятия квалифицированной и специализированной медицинской помощи, отдельно подчеркивали, что данные виды медицинской помощи могут быть оказаны в том числе с использованием средств телемедицины. Глава 7 Кодекса Казахстана о здоровье народа от 18 сентября 2009 года была полностью посвящена информатизации в области здравоохранения и раскрывала состав субъектов и объектов информатизации в области здравоохранения (выделяя в круге объектов электронные услуги здравоохранения, которые

как раз включают в себя телемедицинские консультации), устанавливала принципы информатизации и отдельное внимание уделяла обеспечению защиты персональных данных физических лиц (пациентов) именно с точки зрения использования тех или иных электронных ресурсов, хранящих данные пациентов.

Тем не менее, Кодекс Казахстана о здоровье народа от 18 сентября 2009 года утратил силу в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс Казахстана о здоровье народа от 7 июля 2020 года или новый Кодекс Казахстана о здоровье народа), вступающим в силу с 18 июля 2020 года. В новом кодексе понятие «телемедицина» уже не фигурирует, но появились многие связанные с ней определения: телемедицинская сеть, телездравоохранение, дистанционные медицинские услуги и др. Глава 7 Кодекса Казахстана о здоровье народа от 7 июля 2020 года всецело посвящена цифровому здравоохранению, и как раз в ней и содержится раскрытие нововведенных понятий. Так, «дистанционные медицинские услуги» определяются как предоставление медицинских услуг в целях диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок посредством цифровых технологий, обеспечивающее дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с физическими лицами и (или) их законными представителями, идентификацию указанных лиц, а также документирование совершаемых ими действий[16]; а «телездравоохранение» представлено как дистанционные медицинские услуги, включающие постановку клинического диагноза и мониторинг состояния физического лица на расстоянии, а также другие неклинические функции, такие как профилактика заболеваний, укрепление здоровья, поддержка общественного здравоохранения, медико-санитарное просвещение и научные медицинские исследования[17]. На наш взгляд, введенное новым Кодексом о здоровье народа определение дистанционных услуг во многом видится согласованным не только с определением медицинской помощи как таковой, но и с законодательством о персональных данных, ведь в нем отдельно подчеркнута идентификация пациентов. На наш взгляд, подобное уточнение не является обязательным для определения дистанционного медицинского консультирования, раскрытия его сути и т.п., поэтому мы видим в этом своеобразную дань законодательству о персональных данных.

Нельзя не отметить, что намеренное исключение законодателем из нового Кодекса Казахстана о здоровье народа именно словосочетания «телемедицинские консультации» и слова «телемедицина» в чем-то все же идет вразрез с терминологией подзаконных актов, оперирующих именно данными формулировками, и в какой-то мере такой подход подрывает единообразие юридической техники. Но, понимая тождественность значения данных терминов, на практике такое различие вряд ли вызовет много проблем.

Следует подчеркнуть, что новый Кодекс Казахстана о здоровье народа от 7 июля 2020 года, как и ныне не действующий Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения», признает модель взаимодействия в рамках телемедицинских (или дистанционных) консультаций как врача и пациента, так и врача и врача. А глава 7 нового Кодекса Казахстана о здоровье народа вводит принципы цифрового здравоохранения, множество связанных с цифровым здравоохранением понятий, раскрывает некоторые аспекты ответственности субъектов цифрового здравоохранения и пр.

Тем не менее, нельзя не отметить, что глава 7 усиленное внимание уделяет все же режиму доступа и работе именно с персональными данными пациентов, но не вопросам защиты виртуальных консультаций в режиме реального времени, не определению круга субъектов, ответственных за такие консультации и утечку информации в результате взлома сети и несанкционированного подключения к ней и т.п. Статьи 60, 61 и 62 Кодекса Казахстана о здоровье народа от 7 июля 2020 года все же сопряжены именно с законодательством о персональных данных в контексте цифрового здравоохранения, нежели с процессом осуществления дистанционного консультирования и доступом к нему. Единственное, что говорит нам глава 7 о неких аспектах безопасности в процессе оказания дистанционных медицинских услуг, это то, что электронные информационные ресурсы, посредством которых оказываются дистанционные

[16] П. 6 статьи 58 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения».

[17] П. 10 статьи 58 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения».

медицинские услуги, должны соответствовать требованиям уполномоченного органа[18].

Конечно, возможно, на уровне законодательства обозначенные нами вопросы и не должны регулироваться детально, а ответственность за дистанционные медицинские услуги и утечку информации именно в режиме реального времени (в случае несанкционированного подключения стороннего субъекта к консультации) должна определяться в общем порядке с учетом всех обстоятельств того или иного дела, но всё же, на наш взгляд, ввиду многоаспектности данных вопросов, их лучше детализировано определять на уровне законов.

Тем не менее, нельзя не отметить статью 129 Кодекса Казахстана о здоровье народа от 7 июля 2020 года, всецело посвященную особенностям оказания дистанционных медицинских услуг. Так, ч. 1 ст. 129 данного Кодекса устанавливает закрытый перечень того, в каких случаях предоставляются дистанционные медицинские услуги, а именно она гласит: «Дистанционные медицинские услуги предоставляются для:

1) оказания консультативной помощи, в том числе специалистами научно-исследовательских институтов, научных центров, университетских больниц, а также зарубежными клиниками;

2) целесообразности направления пациента на очную консультацию в вышестоящие уровни оказания медицинской помощи;

3) оказания практической помощи специалистами вторичного и третичного уровней специалистам первичного уровня и сельского здравоохранения;

4) оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

5) уточнения диагноза, корректировки и определения дальнейшей тактики ведения пациента и назначения лечебно-диагностических мероприятий;

6) определения возможности транспортировки пациента на вышестоящие уровни оказания медицинской помощи, в том числе целесообразности использования средств медицинской авиации;

7) организации дистанционных консилиумов;

8) оказания услуг медицинской реабилитации».

На изложенном выше перечне следует остановиться подробнее, так как частично данный список является закреплением тех положений, которые уже были прописаны на уровне подзаконных актов Республики Казахстан.

Для начала отметим, например, что телемедицина упомянута в Приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан», устанавливающем, что при организации оказания акушерско-гинекологической помощи на стационарном уровне в случае возникновения критических ситуаций у женщин местные органы управления здравоохранением областей и гг. Алматы и Астана, а также медицинские организации республиканского уровня обеспечивают своевременное проведение телемедицинских консультаций, при этом медицинские организации республиканского уровня обеспечивают также и направление квалифицированных специалистов для оказания медицинской помощи в форме санитарной авиации в течение первых суток после поступления вызова[19]. П. 124 того же Приказа (а точнее, Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан, утвержденного данным Приказом) устанавливает, что при организации оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в критических состояниях в Республиканском центре критического акушерства организацию телемедицинских консультаций осуществляет санитарная авиация. Проведение телемедицинских консультаций и направление квалифицированных специалистов для оказания медицинской помощи в форме санитарной авиации также фигурирует в контексте оказания детской хирургической помощи на стационарном уровне[20]. С введением в действие нового Кодекса Казахстана о здоровье народа, мы можем видеть закрепление данных положений (правда, без конкретизации сфер медицины) в п. 6 ч. 1

[18] Ч. 2 статьи 59 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения».

[19] Пп. 3 и 4 п. 112 Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан, утвержденного Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан».

[20] П. 82 Стандарта организации оказания детской хирургической помощи в Республике Казахстан, утвержденного Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2019 года № КР ДСМ-152 «Об утверждении Стандарта организации оказания детской хирургической помощи в Республике Казахстан».

ст. 129 данного Кодекса, а именно упоминание того, что дистанционные услуги предоставляются для «определения возможности транспортировки пациента на вышестоящие уровни оказания медицинской помощи, в том числе целесообразности использования средств медицинской авиации».

П. 8 ч. 1 ст. 129 нового Кодекса Казахстана о здоровье народа устанавливает в перечне целей оказания дистанционных медицинских услуг оказание услуг медицинской реабилитации. Медицинская реабилитация с использованием телемедицинских и информационных технологий упоминается в Приказе Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года № 98 «Об утверждении Правил восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в том числе детской медицинской реабилитации», и рассматривается в качестве уровня оказания реабилитации, предоставляемом пациентам, которые имеют реабилитационный потенциал, но не могут самостоятельно передвигаться (в том числе по социальным показаниям) и нуждаются в продолжении или длительном проведении мероприятий по медицинской реабилитации[21]. Более того, Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 февраля 2019 года № КР ДСМ-4 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи» (далее – Приказ № КР ДСМ-4) устанавливает, что с применением телемедицинских и информационных технологий первичной медико-санитарной помощи (далее – ПСМП) врачами ПСМП (врачом общей практики, участковым врачом терапевтом/ участковым педиатром) пациенту предоставляются услуги:

1) по медицинской реабилитации с заболеванием опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы;

2) по медицинской реабилитации пациенту с заболеванием сердечно-сосудистой системы;

3) по медицинской реабилитации пациенту с поражением центральной нервной системы;

4) по медицинской реабилитации детям, перенесшим заболевания в перинатальном периоде;

5) по медицинской реабилитации пациенту после оперативного лечения с врожденными пороками развития сердечно-сосудистой системы;

6) по медицинской реабилитации пациенту после оперативного лечения с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта;

7) по медицинской реабилитации пациенту после оперативного лечения с врожденными пороками легких;

8) по медицинской реабилитации пациенту после оперативного лечения с врожденными пороками мочеполовой системы;

9) по медицинской реабилитации детям, после оперативного лечения с нарушениями слуха[22].

Указанные услуги, как было продемонстрировано выше, выделены приказом № КР ДСМ-4 отдельно, они имеют установленный для каждой из них код, но нельзя не заметить, что под такой же отдельно выделенной услугой идут «услуги с использованием телемедицинских и информационных технологий»[23] в виде некой обобщенной, не конкретизированной в зависимости от болезни(–ей) услуги, которую вправе осуществлять те же лица: врач общей практики, участковый врач терапевт или участковый педиатр. Таким образом, услуги по предоставлению реабилитации (с применением дистанционного взаимодействия) выделяются в отдельную категорию услуг и на уровне подзаконных актов классифицируются в зависимости от болезней, связанных с реабилитационным периодом.

Затрагивая тему обеспечения телемедицинскими услугами упомянутых выше областей акушерства, гинекологии и медицинской реабилитации, следует сказать, что курс на усовершенствование данных сфер телемедицинскими услугами был взят Республикой Казахстан еще в 2014 году в Постановлении

[21] П. 10 и 12 Правил восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в том числе и детской медицинской реабилитации, установленных Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года № 98 «Об утверждении Правил восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в том числе детской медицинской реабилитации».

[22] Приложение 2 к Правилам оказания первичной медико-санитарной помощи в редакции Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 февраля 2019 года № КР ДСМ-4 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи».

[23] П. 226 Приложения № 2 к Правилам оказания первичной медико-санитарной помощи в редакции Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 февраля 2019 года № КР ДСМ-4 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи».

Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2014 года № 1394 «Об утверждении Концепции вхождения столицы в рейтинг 10-ти лучших городов мира до 2050 года». Сама Концепция, изложенная в данном Постановлении, в разделе 4 под названием «Принципы и общие подходы развития Астаны до 2050 года» указывала, что одним из ключевых направлений развития в сфере здравоохранения является оказание поддержки в рамках реабилитационных мероприятий для пациентов после операций, а также реабилитация и телемедицинские услуги для женщин в предродовой и послеродовой период. Учитывая все вышесказанное в совокупности с положениями нового Кодекса Казахстана о здоровье народа, можно сказать, что отдельное внимание Республики Казахстан именно к вопросу применения телемедицины в контексте оказания реабилитационной помощи пациентам получило в 2020 году свое закрепление на законодательном уровне в п. 8 ч. 1 статьи 129 нового Кодекса Казахстана о здоровье народа.

П. 1. ч. 1 статьи 129 Кодекса Казахстана о здоровье народа от 7 июля 2020 года гласит, что дистанционные медицинские услуги предоставляются для оказания консультативной помощи, в том числе и зарубежными клиниками. Данное нововведение выглядит довольно интересно в контексте вопросов трансграничной телемедицины и все же сформулировано очень обобщенно и требует конкретики. Если обратиться к подзаконным актам Республики Казахстан, можно сказать, что вопрос трансграничной телемедицины в Казахстане урегулирован лишь в контексте направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств[24]. Направление граждан Республики Казахстан на лечение в зарубежные медицинские организации осуществляется в соответствии с определенной процедурой, утвержденной Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июня 2015 года № 544 «Об утверждении Правил направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств»[25] и, конечно, такое направление предусмотрено для отдельных категорий лиц, которые либо имеют определенные данным Приказом заболевания, либо попадают под перечень отдельных категорий граждан, которые данный Приказ также перечисляет. Решение о направлении гражданина Республики Казахстан на лечение в зарубежные медицинские организации выносит комиссия по направлению граждан Республики Казахстан на лечение в зарубежные медицинские организации, но для принятия данного решения рабочий (координирующий) орган этой комиссии предоставляет соответствующее заключение. И именно для вынесения заключения рабочий орган не только рассматривает предоставленные ему документы, запрашивает у зарубежных медицинских организаций программу лечения пациента и калькуляцию расходов на ее оказание и др., но и организует телемедицинские консультации с зарубежными медицинскими организациями в случае запроса специалистов зарубежных медицинских организаций дополнительной информации о состоянии пациента в течение 3 (трех) рабочих дней со дня поступления запроса[26]. Таким образом, мы можем видеть, что законодательство Республики Казахстан вводит довольно необычную модель телемедицинской консультации между врачом(–ами) зарубежной медицинской организации и уполномоченным органом Республики Казахстан по вынесению заключения о направлении граждан на лечение за рубежом. Но, конечно, данной моделью зарубежное телемедицинское консультирование в Республике Казахстан не ограничивается.

Вопросы трансграничной телемедицины также решены Казахстаном в контексте предоставления медицинских услуг онкологическим больным. Так, в частности, Правительством Республики Казахстан был разработан комплексный план по борьбе с онкологическими заболеваниями на 2018–2022 годы[27], который, помимо всего прочего, включает в себя меры по обеспечению трансграничной телемедицины, а именно: п. 19 данного плана предписывает

[24] Данному вопросу уделено внимание в пп. 4 п. 16 Приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июня 2015 года № 544 «Об утверждении Правил направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств», и следует отметить, что данные Правила не распространяются на случаи, при которых пациенты за счет личных средств самостоятельно выезжают на лечение в зарубежные медицинские организации.

[25] С учетом изменений, внесенных Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 мая 2020 года № КР ДСМ-46/2020 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июня 2015 года № 544 «Об утверждении Правил направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств».

[26] Пп. 1, 2, 3, 4 п. 16 Приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июня 2015 года № 544 «Об утверждении Правил направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств».

[27] Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2019 года № 1029 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 29 июня 2018 года № 395 «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с онкологическими заболеваниями в Республике Казахстан на 2018–2022 годы»».

«организовать телемедицинское консультирование онкологических больных во всех регионах путем оснащения онкологических организаций оборудованием для телеконсультаций (второе мнение, заочное консультирование, телескрининг и т.д.), в том числе международное телеконсультирование» с целью высокой эффективности ранней диагностики онкологических заболеваний. Таким образом, можно уверенно заключить, что Республика Казахстан взяла курс не только на телемедицинское консультирование внутри самой республики, но и на обеспечение трансграничной телемедицины, логическим продолжением чего и явилось закрепление в п. 1 ч. 1 статьи 129 нового Кодекса Казахстана о здоровье народа, оказания консультативной помощи, в том числе специалистами научно-исследовательских институтов, научных центров, университетских больниц, а также зарубежными клиниками.

Принимая во внимание все вышесказанное, можно сказать, что некоторые положения ч. 1 ст. 129 Кодекса Казахстана о здоровье народа от 7 июля 2020 года вобрали в себя уже ранее закрепленные в подзаконных актах аспекты оказания телемедицинского консультирования и во многом явились продолжением избранной Республикой Казахстан политики в области телемедицины.

Вообще, политика развития телемедицины в Казахстане прослеживается на протяжении довольно длительного периода времени, а сама Республика Казахстан демонстрирует грамотное построение планов по её усовершенствованию, а также их успешную реализацию. К примеру, с 2004 года в Республике Казахстан осуществлялись работы по реализации инвестиционного проекта «Развитие мобильной и телемедицины в здравоохранении аульной (сельской) местности», в рамках которых в телемедицинские кабинеты на базе центральных районных больниц и телемедицинские центры на базе больниц областного и республиканского уровней поставлялось телемедицинское оборудование, оборудование видеоконференцсвязи и интегрированные комплексы ввода, обработки и передачи видео и аудиоинформации, а также предоставлялись услуги по обеспечению каналов передачи данных для проведения телемедицинских консультаций и технической поддержки аппаратно-программного обеспечения Национальной сети телемедицины[28]. Вообще, программа «Развитие мобильной и телемедицины в здравоохранении аульной (сельской) местности» также фигурирует и в других актах Республики Казахстан, в частности, в Приложении 281 к Постановлению Правительства Республики Казахстан от 12 декабря 2007 года № 1224 «Об утверждении паспортов республиканских бюджетных программ на 2008 год», из которого мы можем узнать, что в 2008 году в рамках данной программы предусматривалось приобретение, инсталляция телемедицинского, телекоммуникационного, компьютерного и прочего оборудования, инсталляция программного обеспечения телемедицины, обучение клиническим и техническим аспектам телемедицины, работе с программным комплексом телемедицины, проведение телемедицинских консультаций для 7 районов Актюбинской области, 8 районов Жамбылской области и 4 районов Мангистауской области, а также для больниц областного уровня в городах Актюбинск, Тараз и Актау. Данные мероприятия финансировались за счет средств республиканского бюджета и имели цель улучшения диагностических и лечебных возможностей сельских медицинских учреждений, а также обеспечения доступа сельских жителей Казахстана к качественному медицинскому обслуживанию. О состоянии телемедицины на 2011 год можно сказать, что: «...к Национальной сети телемедицины подключены 125 телемедицинских кабинетов, 14 телемедицинских центров областного уровня, 3 телемедицинских центра республиканского уровня, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Центр развития телемедицины и 14 областных управлений здравоохранения»[29].

План социальной модернизации на период до 2016 года, утвержденный Постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 апреля 2014 года № 396 «Об утверждении Концепции социального развития Республики Казахстан до 2030 года и Плана социальной модернизации на период до 2016 года» вводил в качестве одной из составляющих развития здравоохранения увеличение количества телемедицинских консультаций, возлагая ответственность за исполнение данного плана на Министерство здравоохранения Республики

[28] Часть 2 раздела 2 Стратегического плана Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы, утвержденного Постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 февраля 2011 года № 183 «О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы».

[29] Часть 2 раздела 2 Стратегического плана Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы, утвержденного Постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 февраля 2011 года № 183 «О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы».

Казахстан, акимы областей[30] и городов Астаны и Алматы, что, безусловно, говорит о тенденции Республики Казахстан к развитию телемедицины.

В перечне государственных заданий Республики Казахстан на 2019 год фигурировало обеспечение эксплуатации национальной телемедицинской сети Республики Казахстан, ответственность за которое возлагалась на Министерство здравоохранения Республики Казахстан, как на администратора республиканской бюджетной программы, и на республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр электронного здравоохранения», как на юридическое лицо, ответственное за выполнение данного государственного задания[31]. Интересно заметить, что точь-в-точь такое же задание с теми же ответственными лицами[32] содержалось в перечне государственных заданий на 2015[33], 2016[34] и на 2018 год[35], что говорит о том, что эксплуатация (и, соответственно, обеспечение) национальной телемедицинской сети не является экспериментальной или новой для Республики Казахстан по меньшей мере с 2015 года. К тому же, еще в Постановлении Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2013 года № 1443 «О проекте Указа Президента Республики Казахстан «Об Общенациональной концепции социального развития Республики Казахстан до 2030 года» в разделе 3 под названием «Стратегия социальной модернизации Казахстана» упоминалось, что к 2015 году будет обеспечен 100% охват всей территории страны Национальной телемедицинской сетью, что при системном толковании с более поздними, упомянутыми нами выше актами, позволяет заключить, что данный план в Республике Казахстан был осуществлен успешно. Стоит также заметить, что теперь определение национальной телемедицинской сети Республики Казахстан закреплено на уровне закона, ведь п. 5 ст. 58 Кодекса Казахстана о здоровье народа от 7 июля 2020 года вводит данное понятие, определяя национальную телемедицинскую сеть Республики Казахстан как сеть стационарных и мобильных телемедицинских центров организаций здравоохранения, находящихся в ведении уполномоченного органа, объединенных защищенной телекоммуникационной инфраструктурой и оснащенных аппаратно-программными комплексами. Таким образом, мы опять можем наблюдать законодательное закрепление ранее известных подзаконным актам Казахстана понятий в новом Кодексе Казахстана о здоровье народа, демонстрирующее осуществление Казахстаном задуманных им планов по развитию телемедицины.

Говоря о понятии «телемедицинская сеть», следует заметить, что оно также вводится Кодексом Республики Казахстан от 7 июля 2020 года и отличается от понятия «национальной телемедицинской сети Республики Казахстан». Так, в п. 11 ст. 58 нового Кодекса Казахстана о здоровье народа телемедицинская сеть определяется как «сеть стационарных и мобильных телемедицинских центров, оснащенных медицинским оборудованием и объединенных посредством информационно-коммуникационных технологий в единое информационное пространство для предоставления дистанционных медицинских услуг, обучения и обмена медицинской информацией в электронном формате». Перечень объектов телемедицинской сети, в свою очередь, размещается на Интернет-портале открытых данных и подлежит актуализации каждые полгода, за что несет ответственность департамент цифровизации здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан[36].

[30] Аким области – глава областного исполнительного органа власти в Республике Казахстан.

[31] П. 110 Приложения 44 к Постановлению Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2018 года № 808 «О реализации Закона Республики Казахстан «О республиканском бюджете на 2019–2021 годы».

[32] С единственным отличием в том, что в перечнях государственных заданий на 2015 и 2016 годы администратор республиканской бюджетной программы именовался не «Министерство здравоохранения республики Казахстан», а «Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан».

[33] П. 32 Приложения 21 к Постановлению Правительства Республики Казахстан от 13 марта 2015 года № 139 «Об увеличении годовых плановых назначений соответствующих бюджетных программ за счет остатков бюджетных средств 2014 года и использовании (доиспользовании) в 2015 году неиспользованных (недоиспользованных) сумм целевых трансфертов на развитие, выделенных из республиканского бюджета в 2014 году, внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 11 декабря 2014 года № 1300 «О реализации Закона Республики Казахстан «О республиканском бюджете на 2015–2017 годы».

[34] П. 46 Приложения 42 к Постановлению Правительства Республики Казахстан от 8 декабря 2015 года № 972 «О реализации Закона Республики Казахстан «О республиканском бюджете на 2016–2018 годы».

[35] П. 76 Приложения 33 к Постановлению Правительства Республики Казахстан от 2 ноября 2018 года № 707 «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2017 года № 823 «О реализации Закона Республики Казахстан «О республиканском бюджете на 2018–2020 годы».

[36] П. 30 Перечня открытых данных, размещаемых на Интернет-портале открытых данных, утвержденного Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 апреля 2018 года № 166 «Об утверждении перечня открытых данных, размещаемых на Интернет-портале открытых данных».

Рассматривая финансовый аспект телемедицинских услуг для пациентов, желающих получить телемедицинскую консультацию, необходимо сказать, что услуги с использованием телемедицинских и информационных технологий входят в Республике Казахстан в перечень медицинских услуг, оказываемых на уровне консультативно-диагностической помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования[37], что, конечно, обеспечивает их доступность для пациентов.

Возвращаясь к статье 129 Кодекса Казахстана о здоровье народа от 7 июля 2020 года и к особенностям оказания дистанционных медицинских услуг, следует отметить, что часть 2 данной статьи устанавливает важный аспект оформления медицинской документации по итогам телемедицинской консультации, а именно указывает, что заключение врачей о состоянии здоровья и диагнозе пациента, предоставляющих дистанционные медицинские услуги, является официальным документом и подлежит внесению в электронный паспорт здоровья[38] пациента с использованием электронной цифровой подписи врача, а в случаях оказания услуг медицинской реабилитации – с использованием электронной цифровой подписи специалиста, оказавшего услуги медицинской реабилитации. Части 4 и 5 ст. 129 нового Кодекса Казахстана о здоровье народа также устанавливают, что дистанционные медицинские услуги осуществляются с соблюдением требований, установленных законодательством Республики Казахстан в области защиты персональных данных, и соблюдением тайны медицинского работника, а организация, порядок предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг определяются уполномоченным органом.

Принимая во внимание все вышенаписанное, можно заключить, что в Казахстане телемедицина регулируется как на уровне закона, так и в рамках подзаконных актов, а также, что в рамках телемедицинских консультаций может происходить не только консультирование врача и пациента, но и консультирование врача врачом. Нормативная база Республики Казахстан по вопросам телемедицинского консультирования частично дает ответы на вопросы о документальном оформлении документов по итогам такого консультирования (но все же не отвечает на все связанные с этим вопросы) и недостаточно регламентирует вопросы ответственности за проведение телемедицинских консультаций и нарушение передачи данных в процессе их осуществления. Тем не менее, необходимо отметить, что Республика Казахстан стремится к международному сотрудничеству, имеет тенденцию к развитию трансграничной медицины и во многом переносит вопросы, связанные с телемедициной, с уровня подзаконного регулирования на уровень законов, придерживаясь и успешно реализуя политику развития телемедицины во многих аспектах.

5. Нормативно-правовое регулирование телемедицины в Кыргызской Республике

Рассматривая регулирование вопроса телемедицины в Кыргызской Республике, в первую очередь следует отметить статью 19 Закона Кыргызской Республики от 9 января 2005 года № 6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» (далее – Закон Кыргызской Республики об охране здоровья), посвященную информационным технологиям в здравоохранении, причём само слово «телемедицина» или однокоренные с ним слова в данной статье не используются – закон оперирует широким понятием «информационных технологий в здравоохранении». Так, он гласит: «Применение информационных технологий в здравоохранении направлено на обеспечение граждан в Кыргызской Республике доступной и качественной медико-санитарной помощью, разработку стратегических программ по сохранению и укреплению здоровья граждан, обеспечение государственных гарантий граждан по предоставлению медико-санитарной и медико-социальной помощи. Данные систем информационного обеспечения не могут быть использованы в интересах третьих лиц, если они носят конфиденциальный характер

[37] П. 1787 Приложения № 2 к Правилам оказания консультативно-диагностической помощи, являющимся Приложением к Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 апреля 2020 года № КР ДСМ-24/2020 «О внесении изменения в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 626 «Об утверждении Правил оказания консультативно-диагностической помощи».

[38] Электронный паспорт здоровья – набор структурированных персональных медицинских данных о состоянии здоровья физического лица и оказываемой ему медицинской помощи, формируемых субъектами цифрового здравоохранения из электронных источников на протяжении всей жизни и доступных как физическому лицу, так и работникам здравоохранения в соответствии с правилами, утвержденными уполномоченным органом (п. 16 статьи 58 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

и их использование может нанести ущерб гражданам»[39].

На данный момент на уровне законов регулирование телемедицины (а точнее, информационных технологий в здравоохранении, включающих в себя телемедицину) осуществляется лишь в указанном Законе Кыргызской Республики об охране здоровья, но нельзя не отметить, что еще в 2013 году в Кыргызской Республике решался вопрос о принятии отдельного закона о телемедицинских услугах, инициированный депутатом Жогорку Кенеша Кыргызской Республики (Жогорку Кенеш – название парламента Киргизской Республики, законодательный орган государства – *прим. автора*). Но Заключение Правительства Кыргызской Республики на проект такого закона, раскрыв детально все недостатки предложенного проекта, резюмировало, что принятие проекта Закона Кыргызской Республики «О телемедицинских услугах» в настоящее время Правительство считает нецелесообразным[40]. Более того, годом ранее еще один проект закона о телемедицинских услугах был предложен тремя депутатами Жогорку Кенеша Кыргызской Республики, но также с учетом критики Правительства был отвергнут ввиду нецелесообразности его принятия[41].

Говоря об общей политике Кыргызской Республикой в отношении телемедицины, конечно, нельзя не отметить стремление Кыргызской Республикой развивать систему телемедицинского консультирования. В 2016 году Кыргызской Республикой была принята Программа электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2016–2020 годы[42] (далее – Программа), в которой, например, раздел 3 обозначал, что главная цель Программы состоит в переходе к эффективному, открытому и демократическому управлению системой здравоохранения и оказанию медицинской помощи населению на основе широкомасштабного использования информационно-коммуникационных технологий. Результатом внедрения электронного здравоохранения являлось, по замыслу Программы, создание Единой информационной системы здравоохранения, которая позволяла бы обеспечить решение комплекса задач по различным направлениям, включая внедрение и развитие телемедицинских технологий. Ввиду этого, в плане мероприятий по реализации Программы предусматривалось внедрение телемедицинских услуг и технологий мобильного здравоохранения, результатом которого должно было стать создание «сети дистанционных консультационных центров организаций здравоохранения, предоставляющих телемедицинские и диагностические услуги»[43]. Крайним сроком для исполнения данной задачи являлся июнь 2018 года, её финансирование осуществлялось в рамках бюджета государственных органов и с помощью донорских средств, а ответственность за выполнение данной задачи возлагалась на Министерство здравоохранения Кыргызской Республики и Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики.

Принятый в 2015 году Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 24 августа 2015 года № 496 «Об утверждении Стратегии электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2015–2020 годы» предусматривал создание дистанционного медицинского консультационного центра (далее -ДМКЦ) в Бишкеке и расширение ДМКЦ на проект телемониторинга больных с хроническими заболеваниями, используя технологию мобильного электронного здравоохранения, позволяющую, по замыслу такого развития, предоставлять телемедицинские услуги больным диабетом, беременным женщинам и детям, больным туберкулезом и другими заболеваниями[44]. Также в данном приказе отмечалось, что «в первоочередном порядке должны быть регламентированы вопросы автоматизированной обработки персональных данных пациентов, ведения первичной медицинской документации и медицинских архивов в электронном виде, перехода к электронному документообороту в здравоохранении, обеспечения

[39] Статья 19 Закона Кыргызской Республики от 9 января 2005 года № 6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

[40] Заключение Правительства Кыргызской Республики на проект Закона Кыргызской Республики «О телемедицинских услугах», одобренное Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 10 июня 2013 года № 320 «О заключении Правительства Кыргызской Республики на проект Закона Кыргызской Республики «О телемедицинских услугах», инициированный депутатом Жогорку Кенеша Кыргызской Республики К.К. Иманалиевым».

[41] Приложение к Постановлению Правительства Кыргызской Республики от 28 марта 2012 года № 211 «О заключении Правительства Кыргызской Республики на проект Закона Кыргызской Республики «О телемедицинских услугах».

[42] Постановление Правительства Кыргызской Республики от 18 марта 2016 года № 134 «Об утверждении Программы электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2016–2020 годы».

[43] П. 22 Приложения 2 к Постановлению Правительства Кыргызской Республики от 18 марта 2016 года № 134 «Об утверждении Программы электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2016–2020 годы».

[44] П. 15, 16 раздела 4 Приложения 1 к Приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 24 августа 2015 года № 496 «Об утверждении Стратегии электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2015–2020 годы».

информационной безопасности при использовании электронных медицинских документов. Должен быть закреплен статус и механизм проведения телемедицинских консультаций и организации консилиумов, в том числе с использованием мобильных устройств»[45], что само по себе говорит не только о желании Кыргызской Республики частично перейти на своего рода «электронное здравоохранение», но и о желании улучшить доступность телемедицины до уровня простого использования на мобильных устройствах.

Кыргызская Республика также уделяет внимание вопросам телемедицинского консультирования в конкретных областях медицины. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 2 июня 2014 года № 291 «Об утверждении Устава Кыргызского научного центра репродукции человека при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики» приводит Устав Кыргызского научного центра репродукции человека при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики – государственного учреждения, учредителем которого является Правительство Кыргызской Республики[46]. Целью деятельности данного центра является охрана репродуктивного здоровья, оказание качественной лечебно-профилактической помощи населению и осуществление научно-исследовательской деятельности в области акушерства, гинекологии, перинатологии, медицинской генетики и вспомогательных репродуктивных технологий, а в числе задач центра приводится, в частности, оказание консультативных, консультативно-методических (в том числе телемедицинских), информационных услуг[47].

Кыргызская Республика, как и Республика Беларусь, большое внимание уделяет вопросам развития телемедицинского консультирования в области сердечно-сосудистых заболеваний. Так, одно из ключевых мероприятий по приоритетным направлениям развития системы здравоохранения в рамках Национальной программы «Ден соолук» определялось именно по направлению сердечно-сосудистых заболеваний. Отмечалось, что для обеспечения плановых и экстренных кардиологических телемедицинских консультаций, с целью оказания своевременной медицинской помощи пациентам с патологией сердечно-сосудистой системы, необходимо на базе Национального центра кардиологии и терапии или кардиологического отделения одной из больниц организовать консультационный центр, соединенный через существующие телекоммуникационные каналы (фиксированные и мобильные) с организациями здравоохранения[48]. Основная задача данного консультационного центра состояла в проведении круглосуточного телекардиологического консультирования, состоящего в основном из: подготовки пациента, регистрации ЭКГ, трансляции ЭКГ с помощью телемедицинской системы, предоставления врачу-эксперту дополнительных данных о пациенте, получения рекомендаций от врачей-экспертов и, конечно, протоколирования консультации[49].

Национальная программа «Ден соолук», являясь программой, нацеленной на реформирование здравоохранения, отмечала необходимость создания телемедицинской сети, Интернет-сайтов и ресурсов в области телемедицины, обучения с последующей сертификацией специалистов в данной области[50]. Кстати говоря, сама программа «Ден соолук» является логическим продолжением предыдущих национальных программ реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики – «Манас» (1996–2005 гг.) и «Манас таалими» (2006–2011 гг.), и как раз в рамках программы «Манас таалими» в 2011 году было предусмотрено внедрение телемедицинских технологий в пилотных регионах[51]. Исходя из этого, можно говорить о том, что внедрение

[45] П. 3.6. раздела 3 Приложения 1 к Приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 24 августа 2015 года № 496 «Об утверждении Стратегии электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2015–2020 годы».

[46] П. 2 и 3 Устава Кыргызского научного центра репродукции человека при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, утвержденного Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 2 июня 2014 года № 291 «Об утверждении Устава Кыргызского научного центра репродукции человека при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики».

[47] П. 12 и 13 Устава Кыргызского научного центра репродукции человека при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, утвержденного Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 2 июня 2014 года № 291 «Об утверждении Устава Кыргызского научного центра репродукции человека при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики».

[48] П. 2.4.1. раздела 2 Приложения 1 к Приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 24 августа 2015 года № 496 «Об утверждении Стратегии электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2015–2020 годы».

[49] П. 2.4.1. раздела 2 Приложения 1 к Приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 24 августа 2015 года № 496 «Об утверждении Стратегии электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2015–2020 годы».

[50] Пп. б) п. 2 параграфа 3 подраздела 15 раздела IV Приложения к Постановлению Правительства Кыргызской Республики от 24 мая 2012 года № 309 «О Национальной программе реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012–2018 годы».

[51] Пп. А4 п. 4.3.1.1. Приложения 1 к Приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 31 марта 2011 года № 128 «Об утверждении плана мероприятий на 2011 год Национальной программы реформы здравоохранения «Манас таалими».

данных технологий прошло довольно успешно, так как последующие документы уже начинали освещать вопрос создания именно телемедицинской сети.

В Кыргызской Республике существует Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 6 октября 2015 года № 574 «Об утверждении Типового Положения о системе телемедицинского консультирования», вводящий типовое положение, определяющее организационную структуру, принципы функционирования системы телемедицинского консультирования в Кыргызской Республике, круг участников этого процесса, их взаимоотношения, права, обязанности и ответственность. Данное типовое положение также раскрывает вопросы того, как оформляются результаты телемедицинской консультации, а именно п. 5.4. устанавливает, что заключения и рекомендации консультанта (консилиума) вносятся в медицинскую карту стационарного (амбулаторного) пациента и включают в себя:

1) дату и время проведения телемедицинской консультации (консилиума), сведения о консультанте (членах консилиума) с указанием фамилии, имени, отчества, специальности, занимаемой должности, при наличии – квалификационной категории, ученого звания, ученой степени;

2) установленный или предполагаемый диагноз;

3) рекомендации по дальнейшему лечению, в том числе и необходимые диагностические мероприятия;

4) фиксируется необходимость проведения повторной телемедицинской консультации (консилиума), если таковая требуется.

Положение предусматривает перечень мероприятий, необходимых для обеспечения прав пациентов при предоставлении им телемедицинской услуги (объяснение врачом пациенту вопросов, касающихся возможностей и ограничений телемедицинских консультаций; получение письменного согласия пациента на отправку по телекоммуникационным каналам информации о состоянии его здоровья; необходимость заботиться о соблюдении врачебной тайны при пересылке (размещении в компьютерной сети) медицинской информации)[52] и даже описывает сценарии телемедицинского консультирования[53].

Нельзя не остановиться подробно на вопросе ответственности за проведение телемедицинских консультаций. Так, ответственность за вынесенное заключение и адекватность назначенного лечения по результатам телемедицинской консультации возлагается на консультанта (членов телеконсилиума)[54], но решение о применении методов диагностики и лечения, содержащихся в заключении консультанта (консилиума), должен принимать лечащий врач и заведующий отделением, вследствие чего ответственность за изменения в состоянии здоровья пациента, наступившие из-за использования/неиспользования рекомендаций телеконсультанта, несут лечащий врач и заведующий отделением[55].

Конечно, в общем кыргызское законодательство вводит именно модель телемедицинской консультации «врач-пациент», но все же модель «врач-врач» определенно в данной системе существует, и не только в контексте упомянутого ранее телеконсилиума. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 21 июля 2010 года № 380 раскрывает аспекты дистанционного обучения при непрерывном профессиональном развитии (образовании) медицинских работников Кыргызской Республики, провозглашая создание для реализации данной цели центров дистанционного обучения[56] и выделяя в качестве одной из задач данных центров «предоставление видеоконференцсвязи, обеспечивающей аудио/видео обмен в реальном времени (телемедицинская консультация, телемониторинг, телемедицинская лекция или совещание)»[57]. Таким образом, модель телемедицинских консультаций «врач-врач» осуществляется в Кыргызской Республике при консультации врача, реализующего

[52] П. 6.1. Приложения 1 к Приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 6 октября 2015 года № 574 «Об утверждении Типового Положения о системе телемедицинского консультирования».

[53] Глава 7 Приложения 1 к Приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 6 октября 2015 года № 574 «Об утверждении Типового Положения о системе телемедицинского консультирования».

[54] П. 5.3. Приложения 1 к Приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 6 октября 2015 года № 574 «Об утверждении Типового Положения о системе телемедицинского консультирования».

[55] П. 5.5. Приложения 1 к Приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 6 октября 2015 года № 574 «Об утверждении Типового Положения о системе телемедицинского консультирования».

[56] П. 1.3. Положения об использовании дистанционного обучения в непрерывном профессиональном развитии (образовании) медицинских работников КР, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 21 июля 2010 года № 380 «Об утверждении Положения «Об использовании дистанционного обучения в непрерывном профессиональном развитии (образовании) медицинских работников Кыргызской Республики».

[57] П. 2.3.5. Положения об использовании дистанционного обучения в непрерывном профессиональном развитии (образовании) медицинских работников Кыргызской Республики, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 21 июля 2010 года № 380 «Об утверждении Положения «Об использовании дистанционного обучения в непрерывном профессиональном развитии (образовании) медицинских работников Кыргызской Республики».

профессиональное (послевузовское и дополнительное) образование, и проходит она именно с врачом-преподавателем в контексте освоения той или иной образовательной программы.

Таким образом, можно резюмировать, что в общем и целом Кыргызская Республика стремится к развитию телемедицины и обеспечению её доступности для своих граждан. Хоть вектор политики Кыргызской Республики в данной области, на наш взгляд, не нацелен на развитие трансграничной медицины и больше сконцентрирован на её развитии внутри страны, нельзя не отметить то, как детально регламентированы многие аспекты телемедицинского консультирования внутри республики: ответственность участников телемедицинской консультации, оформление составляемых по итогам телемедицинских консультаций документов и пр. Основной моделью реализации телемедицины в Кыргызской Республике является модель «врач-пациент», но модель «врач-врач» также реализуется в Кыргызской Республике в контексте непрерывного образования медицинских работников, а также проведения телеконсилиумов.

6. Заключение

Анализируя результаты выполненного нами сравнительно-правового исследования нормативного регулирования телемедицины в четырех рассмотренных выше государствах, можно сделать заключение, что все страны-участницы ЕАЭС прикладывают усилия к развитию медицинских информационных телекоммуникационных технологий, хотя ни одно из государств ЕАЭС не имеет отдельно посвященного телемедицине закона. Тем не менее, в рамках Содружества Независимых Государств, участниками которого являются все вышеупомянутые страны, был принят Модельный закон «О телемедицинских услугах»[58], отдельные положения которого могут служить ориентиром для гармонизации национальных законодательств в вопросах применения медицинских телекоммуникационных технологий. Вообще, необходимость гармонизации нормативных баз стран ЕАЭС широко отмечается в научной литературе, посвященной праву ЕАЭС[59], и мы не можем не отметить, что в области телемедицины необходимость гармонизации также не является исключением.

Рассуждая о возможности создания соглашения о телемедицинских услугах в рамках ЕАЭС, необходимо понимать, что такое соглашение является не только взаимовыгодным для обеспечения экспорта медицинских услуг внутри ЕАЭС, но и для обеспечения здоровья человеческого капитала как одного из факторов экономического развития, не говоря уже о развитии здравоохранения как сектора экономики и развитии медицины в результате взаимодействия с зарубежными коллегами. Более того, если данное соглашение будет предусматривать создание единой для ЕАЭС телемедицинской сети, имеет смысл рассмотрение перспективы выхода ЕАЭС, как самостоятельного субъекта международного права, на мировой рынок медицинских услуг, ведь пациенты и врачи со всего мира смогут легко обращаться к данной сети посредством использования телекоммуникационных технологий, и «создание трансграничного медицинского обслуживания и телемедицины может повлечь за собой такие позитивные воздействия, как оказание узкоспециализированной медицинской помощи, медицинских услуг на приграничных территориях и медицинской помощи зарубежным пациентам»[60].

Учитывая стремление всех государств ЕАЭС обеспечивать развитие телемедицины и принимая во внимание особенности национального регулирования данного института каждым из государств, в целом разработать такое соглашение на основе уже существующего регулирования телемедицины в данных странах представляется возможным, но, безусловно, необходимо учитывать следующее:

1. Несмотря на то, что каждая из стран-участниц ЕАЭС регулирует вопросы осуществления телемедицинских консультаций, нельзя забывать, что на законодательном уровне телемедицина регулируется во всех странах ЕАЭС, кроме Республики Беларусь, где её регулирование осуществляется на подзаконном уровне, что, конечно, приводит нас к мысли

[58] Модельный закон «О телемедицинских услугах», принятый на тридцать пятом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств – участников СНГ (постановлением № 35–7 от 28 октября 2010 года).

[59] *Смирнов А.Л.* ЕАЭС: Гармонизация экспортного кредитования // Вестник Владимирского государственного университета имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых. Серия: Экономические науки. – 2015. – № 3. – С. 105.

Абдулазизова Э.А., Магомедова Х.А., Хатуиева Х.И. ЕАЭС: гармонизация нормативно-правовой базы малого и среднего предпринимательства // Инновационные технологии в науке и образовании. – 2015. – № 4. – С. 388–390.

Сандоян Э.М., Восканян М.А., Мнацаканян Л.А. О необходимости гармонизации подходов к валютному регулированию в странах ЕАЭС // Институциональный механизм преодоления рецессии. – 2015. – С. 192.

[60] *Городнова Н.В., Клевцов В.В., Овчинников Е.Н.* Перспективы развития телемедицины в условиях цифровизации экономики России // Вопросы инновационной экономики. – 2019. – Т. 9. – № 3. – С. 1062.

о необходимости гармонизации юридической техники внутри всех стран ЕАЭС и подготовки соглашения с учётом занятой Белоруссией позицией по вопросу целесообразности выведения регулирования телемедицины на законодательный уровень.

2. Следует отметить, что в тех странах, где телемедицинское консультирование на данный момент регулируется на уровне законов, сами законы не оперируют понятием «телемедицина», а используют понятия «медицинская помощь, оказываемая с применением телемедицинских технологий», «телездравоохранение», «дистанционные медицинские услуги», «информационные технологии в здравоохранении» и пр., что, безусловно, в целях гармонизации и недопущения споров в понимании терминологии, должно быть упразднено. Государствам-участникам надлежит в рамках соглашения принять единые дефиниции в сфере регулирования медицинских дистанционных технологий.

3. Не каждое государство ЕАЭС регламентирует в нормативных актах все возможные модели взаимодействия в рамках применения телемедицинских технологий: так, например, модель «врач-пациент» признают все страны-участницы ЕАЭС, а модель «врач-врач» во многом понимается в указанных государствах по-разному: в Российской Федерации и Республике Беларусь данная модель реализуется лишь в контексте проведения врачебных консилиумов, в Кыргызской Республике – в контексте организации телемедицинских консилиумов и непрерывного образования медицинских работников, а в Казахстане – в контексте оказания практической помощи специалистами вторичного и третичного уровней специалистам первичного уровня и сельского здравоохранения, проведения врачебных консилиумов, а также для осуществления взаимодействия между врачом(-ами) зарубежной медицинской организации и уполномоченным органом Республики Казахстан по вынесению заключения о направлении граждан на лечение за рубежом. Опять же, государствам для гармонизации национальных законодательств в рамках ЕАЭС желательно было бы придерживаться одного понимания модели «врач-врач», опираясь, например, на определение, данное Всемирной организацией здравоохранения, о том, что телемедицина – это предоставление услуг здравоохранения в условиях, когда расстояние является критическим фактором, работниками здравоохранения, использующими информационно-коммуникационные технологии для обмена необходимой информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок, а также для непрерывного образования медицинских работников в интересах улучшения здоровья населения и развития местных сообществ[61].

4. Регулирование трансграничной медицины также присутствует не во всех упомянутых странах, хотя, безусловно, для организации единой для ЕАЭС телемедицинской сети оно должно быть предусмотрено национальным законодательством стран-участниц. Фактически трансграничное телеконсультирование осуществляется только Республикой Казахстан. Более того, хоть детально процесс, механизм и ответственность за такое консультирование не освящены ни в законодательстве, ни на уровне подзаконных актов Республики Казахстан, на уровне закона Республикой Казахстан закреплено, что дистанционные медицинские услуги предоставляются для оказания консультативной помощи, в том числе и зарубежными клиниками, а подзаконные акты Казахстана упоминают консультирование с зарубежными клиниками в контексте направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств, а также в контексте организации зарубежного телемедицинского консультирования для онкологических больных. Также можно сказать, что курс на развитие трансграничной телемедицины был взят Республикой Беларусь: в контексте развития экспорта услуг Совет Министров Республики Беларусь упоминал внедрение телемедицинской системы неврологического профиля, что говорит о стремлении Белоруссии реализовывать услуги по телемедицине на внешнем рынке.

В Российской Федерации, Республике Армения и Кыргызской Республике вопрос трансграничной телемедицины остается неясным ввиду отсутствия его регулирования в данных странах как на законодательном, так и на подзаконном уровне. Более того, непонятным остается политика данных стран в этой сфере, так как актов, раскрывающих её, также нет.

5. Вопросы ответственности за оказание телемедицинских консультаций, а также вопросы оформления и хранения документации по их итогам регламентируются не во всех странах ЕАЭС. Так, лишь в Российской Федерации, Республике Армения и Кыргызской Республике частично

[61] WHO. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva, 1997. URL: http://apps.who.int/ (Дата обращения: 21.07.2020).

регулируется вопрос ответственности за телемедицинское консультации (причем, довольно схожим образом), в то время как в остальных странах-участницах ЕАЭС он остается неясным. Вопросы же оформления документации по результатам телемедицинских консультаций и её хранения регламентируются, но все же не исчерпывающе, лишь в Кыргызской Республике, Российской Федерации и Республике Казахстан, в то время как в остальных государствах данный вопрос продолжает оставаться неопределенным. Ввиду этого, конечно, странам-участницам ЕАЭС следует детальнее обратиться к данной проблеме.

Таким образом, в целях гармонизации законодательства стран ЕАЭС, конечно, странам-участницам ЕАЭС следует совершенствовать национальное законодательство в области телемедицины, обращая внимание на упомянутые выше аспекты, но отсутствие достаточного внутреннего регулирования не является препятствием для заключения международного соглашения в данной сфере. В соглашении о трансграничной телемедицине в рамках ЕАЭС, безусловно, необходимо будет предусмотреть создание единой телемедицинской сети, продумав механизмы её защиты и установив параметры доступа к ней, аспекты оформления документации с возможностью её перевода на один избранный всеми государствами язык (или на несколько языков), определённые модели взаимодействия как между врачом и пациентом, так и между врачом и врачом, ответственность за безопасность и конфиденциальность телемедицинской консультации, за её результаты, последствия для здоровья пациента и др. Иными словами, соглашение об осуществлении телемедицинских консультаций в пространстве ЕАЭС должно будет содержать в себе много аспектов, регулирующих практически весь механизм осуществления такого консультирования в трансграничном пространстве, что потребует серьезного подхода к его разработке и общего труда всех стран-участниц ЕАЭС.

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.*

Литература

1. *Абдулазизова Э.А., Магомедова Х.А., Хатуиева Х.И.* ЕАЭС: гармонизация нормативно-правовой базы малого и среднего предпринимательства //Инновационные технологии в науке и образовании. – 2015. – № 4. – С. 388–390.

2. *Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Медяник М.И., Гурьянова Н.Е.* Итоги первого рабочего совещания представителей стран-участников содружества независимых государств по подготовке модельного закона по общественному здравоохранению // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – 2019. – № 4. http://healthproblem.ru/magazines?text=299

3. *Городнова Н.В., Клевцов В.В., Овчинников Е.Н.* Перспективы развития телемедицины в условиях цифровизации экономики России // Вопросы инновационной экономики. – 2019. – Том 9. – № 3. – С. 1062.

4. *Сандоян Э.М., Восканян М.А., Мнацаканян Л.А.* О необходимости гармонизации подходов к валютному регулированию в странах ЕАЭС //Институциональный механизм преодоления рецессии. – 2015. – С. 192.

5. *Смирнов А.Л.* ЕАЭС: Гармонизация экспортного кредитования //Вестник Владимирского государственного университета имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых. Серия: Экономические науки. – 2015. – № 3. – С. 105.

6. WHO. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva, 1997. URL: http://apps.who.int/ (Дата обращения: 21.07.2020).

7. Государственная комплексная программа профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний на 2011–2014 годы, утвержденная Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 9 февраля 2011 года № 163 «О Государственной комплексной программе профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний на 2011–2014 годы».

8. Государственная программа «Кардиология» на 2011–2015 годы, утвержденная Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 4 марта 2011 года № 268 «О Государственной программе «Кардиология» на 2011–2015 годы».

9. Государственная Программа инновационного развития Республики Беларусь на 2011–2015 годы, утвержденная Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 26 мая 2011 года № 669 «О Государственной программе инновационного развития Республики Беларусь на 2011–2015 годы».
10. Государственная программа информатизации Республики Беларусь на 2003–2005 годы и на перспективу до 2010 года «Электронная Беларусь», утвержденная Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 декабря 2002 года № 1819 «О Государственной программе информатизации Республики Беларусь на 2003–2005 годы и на перспективу до 2010 года «Электронная Беларусь».
11. Заключение Правительства Кыргызской Республики на проект Закона Кыргызской Республики «О телемедицинских услугах», одобренное Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 10 июня 2013 года № 320 «О заключении Правительства Кыргызской Республики на проект Закона Кыргызской Республики «О телемедицинских услугах», инициированный депутатом Жогорку Кенеша Кыргызской Республики К.К. Иманалиевым»».
12. Закон Кыргызской Республики от 9 января 2005 года № 6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».
13. Инструкции о порядке проведения врачебных консультаций (консилиумов), утвержденные Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2008 года № 224 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения врачебных консультаций (консилиумов) и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июня 2002 г. № 34».
14. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения».
15. Комплекс мер по реализации Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы, утвержденный Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 12 января 2017 года № 18 «Об утверждении комплекса мер по реализации Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы».
16. Модельный закон «О телемедицинских услугах», принятый на тридцать пятом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств – участников СНГ (постановлением № 35–7 от 28 октября 2010 года).
17. Национальная программа развития экспорта Республики Беларусь на 2011–2015 годы, утвержденная Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 мая 2011 года № 656 «О Национальной программе развития экспорта Республики Беларусь на 2011–2015 годы».
18. Национальная программа ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 годы, утвержденная Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 марта 2011 года № 384 «Об утверждении Национальной программы ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 годы».
19. Перечень открытых данных, размещаемых на Интернет-портале открытых данных, утвержденный Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 апреля 2018 года № 166 «Об утверждении перечня открытых данных, размещаемых на Интернет-портале открытых данных».
20. Положение об использовании дистанционного обучения в непрерывном профессиональном развитии (образовании) медицинских работников КР, утвержденное Приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 21 июля 2010 года № 380 «Об утверждении Положения «Об использовании дистанционного обучения в непрерывном профессиональном развитии (образовании) медицинских работников Кыргызской Республики»».
21. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 18 марта 2016 года № 134 «Об утверждении Программы электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2016–2020 годы».
22. Постановление Правительства Республики Казахстан от 13 марта 2015 года № 139 «Об увеличении годовых плановых назначений соответствующих бюджетных программ за счет остатков бюджетных средств 2014 года и использовании (доиспользовании) в 2015 году неиспользованных (недоиспользованных) сумм целевых трансфертов на развитие, выделенных из республиканского бюджета в 2014 году, внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 11 декабря 2014 года № 1300 «О реализации Закона Республики Казахстан «О республиканском бюджете на 2015–2017 годы»».
23. Постановление Правительства Республики Казахстан от 2 ноября 2018 года № 707 «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2017 года № 823 «О реализации Закона Республики Казахстан «О республиканском бюджете на 2018–2020 годы»».
24. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 июня 2018 года № 395 «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с онкологическими заболеваниями в Республике Казахстан на 2018–2022 годы».
25. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2019 года № 1029.
26. Постановление Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2018 года № 808 «О реализации Закона Республики Казахстан «О республиканском бюджете на 2019–2021 годы»».
27. Постановление Правительства Республики Казахстан от 8 декабря 2015 года № 972 «О реализации Закона Республики Казахстан «О республиканском бюджете на 2016–2018 годы»».
28. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 27 декабря 2002 года № 1819 «О Государственной программе информатизации Республики Беларусь на 2003–2005 годы и на перспективу до 2010 года «Электронная Беларусь»».
29. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 4 марта 2011 года № 268 «О Государственной программе «Кардиология» на 2011–2015 годы».

30. Правила восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в том числе и детской медицинской реабилитации, установленные Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года № 98 «Об утверждении Правил восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в том числе детской медицинской реабилитации».
31. Правила оказания консультативно-диагностической помощи, являющиеся Приложением к Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 апреля 2020 года № КР ДСМ-24/2020 «О внесении изменения в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 626 «Об утверждении Правил оказания консультативно-диагностической помощи»».
32. Правила оказания первичной медико-санитарной помощи в редакции Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 февраля 2019 года № КР ДСМ-4 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи».
33. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 24 августа 2015 года № 496 «Об утверждении Стратегии электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2015–2020 годы».
34. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 31 марта 2011 года № 128 «Об утверждении плана мероприятий на 2011 год Национальной программы реформы здравоохранения «Манас таалими»».
35. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 6 октября 2015 года № 574 «Об утверждении Типового Положения о системе телемедицинского консультирования».
36. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июня 2015 года № 544 «Об утверждении Правил направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств».
37. Приложение к Постановлению Правительства Кыргызской Республики от 24 мая 2012 года № 309 «О Национальной программе реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012–2018 годы».
38. Приложение к Постановлению Правительства Кыргызской Республики от 28 марта 2012 года № 211 «О заключении Правительства Кыргызской Республики на проект Закона Кыргызской Республики «О телемедицинских услугах»».
39. Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы, утвержденная Указом Президента Республики Беларусь от 15 декабря 2016 года № 466 «Об утверждении Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы».
40. Стандарт организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан, утвержденный Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан».
41. Стандарт организации оказания детской хирургической помощи в Республике Казахстан, утвержденный Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2019 года № КР ДСМ-152 «Об утверждении Стандарта организации оказания детской хирургической помощи в Республике Казахстан».
42. Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы, утвержденного Постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 февраля 2011 года № 183 «О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы».
43. Стратегия технологического развития Республики Беларусь на период до 2015 года, утвержденная Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 1 октября 2010 года № 1420 «Об утверждении стратегии технологического развития Республики Беларусь на период до 2015 года».
44. Устав Кыргызского научного центра репродукции человека при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, утвержденный Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 2 июня 2014 года № 291 «Об утверждении Устава Кыргызского научного центра репродукции человека при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики».

UDC 614.2

Akulin I.M.[1], Chesnokova E.A.[1], Presnyakov R.A.[2], Letova A.D.[1], Zimina E.I.[3], Guryanova N.E.[3] ***Telemedicine in the EAEU countries: reality and prospects*** *([1]Saint Petersburg University, St. Petersburg, Russia; [2]Association of Medical Law to St. Petersburg, St. Petersburg, Russia; [3]Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. This article is devoted to a comprehensive analysis of telemedicine in the countries of the Eurasian Economic Union: its legal regulation, methods of implementation and development prospects. The authors pay attention not only to a comparative legal analysis of telemedicine regulation in the EAEU countries, but also to determining the possibility of creating a general agreement on telemedicine between the Russian Federation, the Republic of Belarus, the Republic of Armenia, the Republic of Kazakhstan and the Kyrgyz Republic. Identifying gaps in the national regulation of telemedicine in these countries, the authors point out the aspects in which it is necessary to harmonize the regulatory framework for telemedicine consulting, and also provide for those provisions that must be necessarily disclosed in the agreement on telemedicine within the EAEU.

Keywords: *telemedicine, telemedicine technologies, telemedicine consultation, cross-border telemedicine, the Eurasian Economic Union.*

От редакции:

Наш журнал не первый раз обращается к вопросам, связанным с осуществлением мер государственной поддержки медицинских и иных работников, связанных с лечением коронавирусной инфекции COVID19, и в первую очередь – к выплатам стимулирующего характера. Это связано как с наличием большого числа вопросов по поводу порядка осуществления этих выплат, так и с тем, что в этот порядок несколько раз вносились изменения.

Поводом же для данной публикации послужило кардинальное изменение порядка осуществление выплат, точнее, их замена на специальные социальные выплаты. Ждем от наших читателей вопросы по поводу порядка осуществления новых выплат, с которыми им пришлось столкнуться на практике.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,
заместитель директора «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия;
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: kadyrov@mednet.ru

ЗАМЕНА ВЫПЛАТ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ХАРАКТЕРА ЗА РАБОТУ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 НА СПЕЦИАЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ

УДК: 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-10-70-77*

Кадыров Ф.Н. ***Замена выплат стимулирующего характера за работу с коронавирусной инфекцией Covid-19 на специальные социальные выплаты*** *(«ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия; ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия)*

Аннотация. Приход новой волны распространения коронавирусной инфекции COVID-19 сделал очевидным, что борьба с коронавирусной инфекцией растянется еще на достаточно длительное время. В силу целого ряда причин выплаты стимулирующего характера для работников, связанных с лечением коронавирусной инфекции COVID-19 не устраивали в полной мере ни работников, ни государство. Поэтому государство пошло на серьезную трансформацию системы выплат, которые из элемента заработной платы превратились в «незарплатный» элемент социальной поддержки.

Ключевые слова: *здравоохранение, коронавирусная инфекция COVID-19, специальные социальные выплаты, социальная поддержка, медицинские работники.*

Введение

Новый этап социальной поддержки медицинских работников, связанных с лечением коронавирусной инфекции COVID-19, обусловлен принятием Постановления Правительства Российской Федерации от 30 октября 2020 г. № 1762 «О государственной социальной поддержке в 2020–2021 годах медицинских и иных работников медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь (участвующих в оказании, обеспечивающих оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), медицинских работников, контактирующих с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19), внесении изменений во Временные правила учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и признании утратившими силу отдельных актов Правительства Российской Федерации» (далее – Постановление № 1762).

Речь идет о замене всей системы федеральных выплат стимулирующего характера за работу с коронавирусной инфекцией COVID-19 на специальные социальные выплаты.

© Ф.Н. Кадыров, 2020 г.

Какие выплаты прекращены?

Постановлением № 1762 признано утратившим силу Постановление Правительства Российской Федерации от 02.04.2020 № 415 «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, на осуществление выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией» (далее – Постановление № 415).

Но при этом ничего не говорится о Постановлении Правительства Российской Федерации от 12.04.2020 № 484 «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования в полном объеме расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19» (далее – Постановление № 484).

Какова его судьба? Вправе ли работники ожидать осуществление выплат в соответствии с Постановлением № 484 и далее?

Нет, не вправе. Постановление Правительства № 484 тоже утратило силу. По причине истечения срока его действия. Срок действия Постановления № 484 неоднократно продлевался. Последний раз до 31 октября 2020 года. И больше не продлевался. Поэтому с 1 ноября 2020 года Постановление № 484 больше не действует, выплаты, предусмотренные эти постановлением, прекращаются.

Почему отменили Постановления № 415 и 484?

Основные причины замены выплат стимулирующего характера на специальные социальные выплаты заключаются в следующем:

1. Постановления № 415 и № 484 за работу с COVID-19 устанавливали выплаты стимулирующего характера, хотя за работу с инфекцией (в том числе коронавирусной) должны устанавливаться выплаты компенсационного характера. Но компенсационные выплаты устанавливаются по итогам специальной оценки условий труда (СОУТ), с проведением которой в условиях распространения коронавирусной инфекции и введения ограничительных мер возникали серьезные сложности.

2. Выплаты стимулирующего характера в соответствии с Постановлением № 484 из категории зарплатных выплат де-факто превратились в ежемесячные социальные выплаты [2]. Наряду с позитивными моментами это приводило и к некоторым негативным последствиям. Например, для получения стимулирующей выплаты в полном объеме за месяц достаточно было отработать одну смену. Это, естественно, не устраивало тех, кто отрабатывал все смены, предусмотренные графиком.

3. Выплаты по Постановлениям № 415 и № 484 вызывали много вопросов, однозначные ответы на многие из которых так и не были получены:

- Кто относится к группе риска?
- Следует ли устанавливать выплаты тем медицинским работникам, которые лечат пациента с подтвержденным диагнозом COVID-19, но не в ковидном отделении или по другому профилю (например, врачу травматологу-ортопеду, который

оказывает травматологическую помощь пациенту с выявленной коронавирусной инфекцией)?

- и т.д.

Особенности новой системы выплат

Новые выплаты – это не выплаты стимулирующего характера. Это вообще, не элемент заработной платы. Это специальные социальные выплаты. Это форма социальной поддержки, но имеющая связь с показателями труда – с отработанным временем и занимаемой должностью.

Кто получает выплаты?

По Постановлениям № 415 и № 484 выплаты полгались работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, ***у которых выявлена новая коронавирусная инфекция*** (в соответствии с Постановлением № 415 – еще и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией).

В этих постановлениях не говорилось о том, что выплаты полагаются только тем, кто лечит COVID-19.

В соответствии же с Постановлением № 1762 выплаты получают две категории работников:

а) оказывающие медицинскую помощь (участвующие в оказании, обеспечивающие оказание медицинской помощи) ***по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции*** (COVID-19) в соответствии с установленным Минздравом России временным порядком организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Что это за временный порядок? Это приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

б) врачи и медицинские работники с высшим (немедицинским) образованием, средний медицинский персонал, младший медицинский персонал, не оказывающие медицинскую помощь по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), но ***контактирующие с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19) при выполнении должностных обязанностей.***

Общая логика – выплаты должны получить все, кто раньше получал по Постановлению № 415 либо № 484. Но перечень за счет контактирующих может расшириться.

В более конкретном виде категории работников, имеющих право на выплаты, выглядят следующим образом:

а) оказывающие медицинскую помощь (участвующие в оказании, обеспечивающие оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации временным порядком организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19):

- врачи, оказывающие скорую медицинскую помощь, средний медицинский персонал, участвующий в оказании скорой медицинской помощи, младший медицинский персонал, обеспечивающий оказание скорой медицинской помощи, выездных бригад скорой медицинской помощи – 2430 рублей, 1215 рублей, 950 рублей соответственно за одну нормативную смену;

• фельдшеры (медицинские сестры) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи – 600 рублей за одну нормативную смену;

• врачи и медицинские работники с высшим (немедицинским) образованием, оказывающие специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, средний медицинский персонал, участвующий в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, младший медицинский персонал, обеспечивающий оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, – 3880 рублей, 2430 рублей и 1215 рублей соответственно за одну нормативную смену;

• врачи и медицинские работники с высшим (немедицинским) образованием, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, средний медицинский персонал, участвующий в оказании первичной медико-санитарной помощи, младший медицинский персонал, обеспечивающий оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, – 2430 рублей, 1215 рублей и 600 рублей соответственно за одну нормативную смену;

• врачи и медицинские работники с высшим (немедицинским) образованием, средний медицинский персонал, младший медицинский персонал патологоанатомических бюро и отделений медицинских организаций, проводящих (обеспечивающих проведение) патологоанатомические исследования, связанные с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), – 3880 рублей, 2430 рублей и 1215 рублей соответственно за одну нормативную смену;

• водители машин выездных бригад скорой медицинской помощи, в том числе занятые в организациях, предоставляющих транспортные услуги, при осуществлении медицинской эвакуации пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) – 1215 рублей за одну нормативную смену;

• члены летных экипажей воздушных судов санитарной авиации, в том числе занятые в организациях, предоставляющих транспортные услуги, при осуществлении медицинской эвакуации пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) – 1215 рублей за одну нормативную смену;

б) врачи и медицинские работники с высшим (немедицинским) образованием, средний медицинский персонал, младший медицинский персонал, не оказывающие медицинскую помощь по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), но контактирующие с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19) при выполнении должностных обязанностей, – 2430 рублей, 1215 рублей, 600 рублей соответственно за одну нормативную смену.

Работники каких организаций имеют право на выплаты?

Перечень медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), работники которых имеют право на специальные социальные выплаты, формируется:

- соответствующими федеральными органами исполнительной власти в отношении организаций, находящихся в их ведении;
- федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»;
- федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»;
- органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья в отношении находящихся в их ведении организаций, иных организаций независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности.

Как видим, это не обязательно государственные учреждения – это могут быть и частные медицинские организации.

Основное требование к организациям: участие в информационном ресурсе учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции

(COVID-19) в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2020 г. № 373 «Об утверждении Временных правил учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

Кто осуществляет выплаты и за счет каких средств?

Специальная социальная выплата осуществляется Фондом социального страхования Российской Федерации за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации.

То есть, медицинские организации выплаты осуществлять больше не будут.

Период, в течение которого будут осуществляться выплаты:

Специальные социальные выплаты будут производиться ежемесячно в период с 1 ноября 2020 г. по 31 декабря 2021 г.

За что (за какие показатели) и в каком порядке производятся выплаты?

Специальные социальные выплаты производятся за нормативную смену, определяемую как одна пятая продолжительности рабочего времени в неделю, установленную для соответствующей категории работников в организации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Специальная социальная выплата производится ежемесячно и рассчитывается как сумма специальных социальных выплат за фактическое число нормативных смен в календарном месяце.

Расчет специальной социальной выплаты по основной работе и при работе на условиях внешнего и внутреннего совместительства производится раздельно.

Фактическое число нормативных смен в календарном месяце определяется путем деления суммарного отработанного времени по табелю учета рабочего времени за дни работы в соответствующем календарном месяце, в которые работник привлекался к оказанию медицинской помощи (участию в оказании, обеспечению оказания медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), контактировал с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19) при выполнении должностных обязанностей независимо от длительности контакта с пациентом в эти дни, на нормативную смену.

Итак, в учет берутся дни работы в соответствующем календарном месяце, в которые работник контактировал с пациентами с установленным диагнозом (COVID-19) независимо от длительности контакта с пациентом в эти дни. Это означает следующее:

- Для сотрудников ковидных отделений и других работников, оказывающих медицинскую помощь (участвующих в оказании, обеспечивающие оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и имеющих право на получение выплат в соответствии с подпунктом а), не имеет значение время работы в течение смены непосредственно в «красной зоне».
- Для сотрудников, контактирующих с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19) при выполнении должностных обязанностей и имеющих право на получение выплат в соответствии с подпунктом б), не имеет значения длительность контакта с пациентом в дни (смены), когда имел место контакт. Даже если был всего 1 контакт в смену – смена засчитывается полностью (число часов в эту смену). Если смена длится 24 часа, то логика та же. Если был хоть 1 контакт, учитывается вся смена в 24 часа.

Расчет ведется с округлением до десятой части числа нормативных смен.

Размер специальной социальной выплаты определяется с учетом размеров районных коэффициентов, коэффициентов за работу в пустынных и безводных местностях, коэффициентов за работу в высокогорных районах.

Пример расчета выплат за нормативные смены в ноябре 2020 г.

Продолжительность рабочей недели врача-инфекциониста составляет 36 часов (Постановление Правительства от 14.02.2003 № 101).

Таким образом, его нормативная смена составит 36/5 = 7,2 часа.

Рассчитаем по формуле фактическое число нормативных смен, которое врач-инфекционист стационара ковидного отделения отработал в ноябре.

Одна нормативная смена по Постановлению № 1762 оплачивается в размере 3880 руб. Однако, если он отработал в ноябре все 20 рабочих дней, то размер его выплаты составит не 3880 руб. х 20 = 77600 руб., а в соответствии со следующим алгоритмом:

- находим норму часов в ноябре: 20 дней по 7,2 часа по 5-дневной неделе с учетом сокращённого рабочего дня перед праздничным днем 4 ноября – это будет 143 часа;
- если работник отработал всю норму времени за ноябрь (143 часа), то 143 часа делим на 7,2 часа и получаем 19,9 нормативных смен (расчет ведется с округлением до десятой части числа нормативных смен);
- сумма выплат определяется путем умножения числа нормативных смен на размер оплаты одной нормативной смены. Суммы выплаты считаем следующим образом:

19,9 смен х 3880 руб. = 77212 руб.

Как и когда работник получит специальную социальную выплату?

Специальная социальная выплата осуществляется путем перечисления на банковскую карту или счет работника Фондом социального страхования (далее также – Фонд).

Для получения специальной социальной выплаты организации направляют ежемесячно, не позднее 10-го рабочего дня после окончания отчетного месяца, в территориальный орган Фонда по месту своего нахождения реестр работников, имеющих право на получение специальной социальной выплаты. В декабре реестр представляется организациями в территориальный орган Фонда до 25-го числа, исходя из ожидаемого (предполагаемого) рабочего времени полного месяца.

Реестр в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица, направляется в федеральную государственную информационную систему «Единая интегрированная информационная система «Соцстрах» Фонда организацией с использованием информационных систем, применяемых организацией для автоматизации своей деятельности, либо с помощью программного обеспечения, предоставляемого Фондом на безвозмездной основе, посредством внешних сервисов информационного взаимодействия.

Реестр формируется с указанием сведений об организации (наименование, идентификационный номер налогоплательщика, код причины постановки на учет, основной государственный регистрационный номер), периода, за который осуществляется специальная социальная выплата (календарный месяц), а также следующих сведений по каждому работнику:

а) категория, должность (профессия);

б) фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования;

в) реквизиты для перечисления специальной социальной выплаты (наименование банка, банковский идентификационный код, номер счета или номер банковской карты, являющейся национальным платежным инструментом);

г) фактическое число нормативных смен;

д) размер районного коэффициента, коэффициента за работу в пустынных и безводных местностях, коэффициента за работу в высокогорных районах.

Фондом осуществляется идентификация работников, указанных в реестрах, и проверка факта их трудоустройства в организации, в том числе с использованием страхового номера индивидуального лицевого счета работника в системе обязательного пенсионного страхования, посредством направления запроса в информационную систему Пенсионного фонда Российской Федерации.

Специальная социальная выплата осуществляется территориальным органом Фонда в течение 7 рабочих дней со дня получения территориальным органом Фонда реестра путем перечисления на банковскую карту или счет работника.

Как видим, с учетом прописанных в Постановлении № 1762 сроков, работники могут получить выплаты гораздо позже, чем сроки выплаты зарплаты – это может оказаться конец следующего месяца. Поэтому работники должны быть предупреждены об этом.

В случае неполучения (несвоевременного получения, получения в неполном размере) специальной социальной выплаты работник может подать жалобу в Фонд или территориальный орган Фонда, в том числе в электронном виде посредством личного кабинета получателя социальных услуг на официальном сайте Фонда в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

Некоторые практические аспекты осуществления выплат

В локальных нормативных актах, в Положении об оплате труда, в трудовом договоре специальные социальные выплаты отражать не требуется – их платит не медицинская организация, а Фонд социального страхования. Нужно внести изменения, касающиеся отмены выплат в соответствии с Постановлениями № 415 и 484. Работники должны быть оповещены об изменении порядка осуществления выплат.

При этом целесообразно издать приказ, регламентирующий учет рабочего времени, включаемого в расчет нормативных смен, и порядок расчета нормативных смен.

Отдельные категории работников, которые имеют право на осуществление выплат

На практике возникает достаточно большое число вопросов по поводу осуществления специальных социальных выплат. Рассмотрим только некоторые (мы будем рассматривать эти вопросы и в следующих публикациях).

• В реестры данные о внешних совместителях не включаются – информацию о них должны подавать организации, в которых работник трудоустроен по другой должности.

• Право на выплаты имеют все сотрудники диагностических служб ковидных стационаров, поскольку в Постановлении № 1762 речь идет о лицах, оказывающих медицинскую помощь (участвующие в оказании, обеспечивающие оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

• В каком размере платить сотрудникам диагностических служб, например, КДЛ и т.д.? Если речь идет о КДЛ стационара, то врач получит 3880 руб. за нормативную смену. Если это КДЛ поликлиники, то врач получит 2430 рублей за нормативную смену. А если речь идет о КДЛ ЦРБ, межрайонной больницы и т.д., где есть и стационар, и поликлиника? Постановлением № 1762 этот вопрос не урегулирован. Поэтому придется дожидаться разъяснений.

• Должно ли вообще медицинскую организацию волновать то, какой размер выплат за нормативную смену будет применен к конкретному работнику, если выплаты производит не она? Да! Хотя выплаты осуществляет не сама организация, а Фонд социального страхования, организация должна правильно отнести работника к соответствующей категории, имеющей право на конкретный размер выплат, отразив это в реестре.

Постановлением № 1762 Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации предписано давать разъяснения по применению данного постановления. Обращаем внимание на то, что соответствующие разъяснения будут носить официальный характер (в отличие от разъяснений, которые давались по поводу Постановлений № 415 и № 484).

Литература

1. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении. Аналитический доклад / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, И.Н. Базарова, Ю.В. Ендовицкая, Н.Я. Несветайло; Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, под общ. ред. академика РАН В.И. Стародубова, 2020. «https://mednet.ru/images/materials/news/doklad_cniioiz_po_COVID-19-2020_04_26.pdf.

2. Меры государственной поддержки лиц, связанных с лечением коронавирусной инфекции COVID-19. Аналитический доклад / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, И.Н. Базарова, Ю.В. Ендовицкая, А.М. Чилилов; Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, под общ. ред. академика РАН В.И. Стародубова, Москва: Издательство «Экономика», 2020.

3. *Кадыров Ф.Н.* Изменения в порядке осуществления стимулирующих выплат медицинским работникам за работу с коронавирусом // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 6. – С. 79–80.

4. *Кадыров Ф.Н., Ендовицкая Ю.В., Панов А.В., Чилилов А.М.* Стимулирующие выплаты медицинским работникам, занятым лечением коронавируса // Менеджер здравоохранения, 2020. – № 4. – С. 70–77.

5. *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.

6. *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.

7. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базарова И.Н., Ендовицкая Ю.В.* Оценка государственной политики в отношении отдельных вопросов функционирования здравоохранения в период распространения коронавируса COVID-19 // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 6. – С. 71–78.

UDC 614.2

Kadyrov F.N. ***Issues related to the replacement of incentive payments for work with Covid-19 coronavirus infection with special social payments*** *(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)*

Abstract. The arrival of a new wave of the spread of COVID-19 coronavirus infection made it obvious that the fight against coronavirus infection will last for quite a long time. For a number of reasons, incentive payments for employees related to the treatment OF covid-19 coronavirus infection did not fully suit either employees or the state. Therefore, the state has made a serious transformation of the system of payments, which have turned from a salary element into a "non-salary" element of social support.

Keywords: *health care, COVID-19 coronavirus infection, special social payments, social support, medical workers.*

От редакции:

Вопросы, связанные с порядком выделения объёмов медицинской помощи региональным медицинским организациям, приобретают все большую актуальность. На них отвечает наш эксперт, Обухова Ольга Валерьевна, заведующая отделом экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

DOI: 10.37690/1811-0185-2020-10-78-79

О.В. Обухова,
заведующая отделом экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: obuhova@mednet.ru

ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПОРЯДКОМ ВЫДЕЛЕНИЯ ОБЪЁМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕГИОНАЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ

1. Ольга Валерьевна, поясните пожалуйста, каким образом выделяются объёмы медицинской помощи региональным медицинским организациям? Как субъектом регулируются запрошенные в ТФОМС объёмы помощи и фактически полученные? В случае превышения объёмов медицинской помощи в ЛПУ, как происходит урегулирование?

На уровне каждой территории главным органом, в функции которого входит распределение объемов медицинской помощи и финансовых ресурсов на ее оказание, а также формирование подходов к оплате медицинской помощи в системе ОМС и многие другие вопросы, является комиссия по разработке территориальной Программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия). Общий объем медицинской помощи и финансовые параметры утверждаются в рамках Территориальной программы ОМС, являющейся часть территориальной программы государственных гарантий на уровне конкретного субъекта Российской Федерации, а распределение объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями осуществляется Комиссией в соответствии с Правилами ОМС.

Объемы медицинской помощи выделяются в начале года и распределяются на год. Комиссия имеет возможность корректировать объёмы, постоянно мониторирует их выполнение медицинскими организациями, а при необходимости перераспределяет их между медицинскими организациями. Пересмотр объёмов медицинской помощи осуществляется в рамках работы Комиссии, которая собирается не реже 1 раза в месяц.

Очень важным моментом работы Комиссии является то, что распределение объемов медицинской помощи осуществляется Комиссией в объемах, не превышающих предложения медицинской организации, после оценки объемов медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации. Правилами ОМС устанавливаются критерии распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, среди которых: показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц; количество диагностических

© О.В. Обухова, 2020 г.

и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг; наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи и другие.

Одним из дефектов оказания медицинской помощи, установленных Правилами ОМС, который приводит к неоплате оказанной медицинской организацией медицинской помощи, является предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии. В настоящее время решение спорных вопросов в данной области осуществляется в судебных инстанциях. Верховный суд Российской Федерации отказал в удовлетворении требования о признании недействующим пункта 5.3.2 Приложения 8 к «Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утв. приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 г. № 36, так как счел, что предъявление к оплате медпомощи сверх распределенного Комиссией по разработке ТПОМС объема правомерно отнесено к нарушениям в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, являющихся основанием для отказа в оплате медпомощи, и соответствует законодательству об ОМС.

При этом содержание спорной нормы не допускает неоказания, несвоевременного оказания или оказания медпомощи ненадлежащего качества медицинской организацией. А если административный истец не согласен с конкретным отказом в оплате медицинской помощи, оказанной им сверх установленных объемов, то ему следует обращаться в арбитражный суд за защитой своих прав.

По вопросу оплаты «сверхобъемной» медпомощи из средств ОМС Верховный Суд РФ в 2018 году постановил, что при отсутствии доказательств того, что оказанные медуслуги не входят в программу ОМС, и при отсутствии фактов нарушения медицинской организацией требований, предъявляемых к предоставлению медпомощи, медицинские услуги, оказанные сверх объема, установленного решением Комиссии, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по ОМС и подлежащими оплате в полном объеме в соответствии с установленными тарифами.

Соответственно, проблема оплаты «сверхобъемов» остается нерешенной, упирается в финансовую состоятельность системы ОМС, которая, в свою очередь, зависит не только от доходной части ОМС, но и от эффективного и рационального использования средств.

2. Ольга Валерьевна, опишите, пожалуйста, пошаговый алгоритм подачи/получения заявки и принципы увеличения объёмов медицинской помощи в системе ОМС.

Прежде всего медицинская организация направляет в Комиссию предложение по внесению изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи своей медицинской организации с обоснованиями необходимых изменений в сроки, установленные регламентом обращений в Комиссию. Форма предложения, как правило, разработана и утверждена Комиссией, и доступна на сайте ТФОМС.

В предложении, наряду со стандартной информацией, следует подробно изложить обоснование необходимости коррекции объемов медицинской помощи, в том числе включая возросшую потребность в лекарственном обеспечении пациентов в соответствии с положениями клинических рекомендаций.

В установленные регламентом обращений в Комиссию сроки медицинская организация должна получить мотивированный ответ на свое предложение. При неудовлетворительном и немотивированном ответе медицинская организация вправе обращаться в иные инстанции вплоть до судебных.

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ В 2020 Г.

МЗ-1–2020

Номинации

Определены победители в номинации «Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2019 года» журнала «Менеджер здравоохранения» 6–8

Фокус проблемы

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Обязана ли медицинская организация при обращении пациента за получением платных медицинских услуг спрашивать у него документ, удостоверяющий личность? 9–14

Менеджмент в здравоохранении

Латуха О.А., Калиниченко А.В., Соколов С.В., Толстова К.С. Новая модель работы поликлиники как форма устойчивого развития медицинской организации. 15–21

Баранкина Т.А., Фетисов А.О., Якименко О.Н. Реализация принципов бережливого производства в медицинской организации при оказании платных услуг 22–29

Ходжаев Н.С., Чупров А.Д., Лосицкий А.О., Трубников В.А. Оценка потребности населения с заболеванием катаракта в специализированной медицинской помощи 30–34

Белостоцкий А.В., Тер-Исраелян А.Ю., Гришина Н.К., Загоруйченко А.А. Аспекты медицинской реабилитации в формате реформ психиатрической службы 35–41

Шакуров И.Г., Калининская А.А., Мерекина М.Д., Морозова Е.В. Эффективность реорганизации дерматовенерологической помощи в Самарской области в условиях «бережливого производства» 42–46

Информационный менеджмент

Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Свиркин М.В., Балыкина Ю.Ф., Пресняков Р.А., Васин А.Г., Гурьянова Н.Е. Применение технологии распределенного реестра и смарт-контрактов в медицине 47–55

Медицинская наука

Стародубов В.И., Перхов В.И., Сон И.М. Планирование тематики диссертаций по специальности «общественное здоровье и здравоохранение»: проблемы и решения 56–61

Консультирует «МЗ»

Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, Базарова И.Н. Финансирование здравоохранения в 2020 году: приоритеты в рамках национального проекта «Здравоохранение». 62–72

Вопросы и ответы

Ф.Н. Кадыров, А.В. Панов, Чилилов А.М. Выплаты стимулирующего характера за выявление онкологических заболеваний 73–77

Кадыров Ф.Н. Возможные варианты оказания на платной основе услуг по индивидуальному ведению родов 78–80

МЗ-2–2020

Фокус проблемы

Кицул И.С., Пивень Д.В. Феномены формирования и функционирования современных руководителей в российском здравоохранении 6–12

Менеджмент в здравоохранении

Бантьева М.Н., Маношкина Е.М., Мельников Ю.Ю. Динамика показателей коечного фонда круглосуточного и дневного пребывания в Российской Федерации 13–30

Соловьева И.Н., Марченко Т.В., Полякова Ю.В. Организация экстракорпоральной помощи в многопрофильной медицинской организации 21–26

Калининская А.А., Баянова Н.А., Муфтахова А.В., Кизеев М.В., Сулькина Ф.А. Оценка организации и транспортной доступности медицинской помощи жителям села 27–34

Гришина Н.К., Гордова Л.Д. Совершенствование качества организации и оказания медицинской помощи детям с травмами с целью снижения их инвалидизации 35–42

Миц А.Н., Бондарев А.А., Гонтарев С.Н. Клиническая значимость взаимоотношения врача и пациента (обзор литературы) 43–49

Технологический менеджмент

Голубев Н.А., Муравьева А.А., Михайлов А.Ю., Сорокин В.Н. Техническое оснащение отделений анестезиологии и реанимации 50–56

Кадровый менеджмент

Камашева А.В., Жаворонков В.В. Оценка персонала медицинской организации по модели компетенций 57–65

Консультирует «МЗ»

Кадыров Ф.Н., Чилилов А.М., Обухова О.В. Основные подходы к оценке эффективности реализации «эффективного контракта» в здравоохранении 66–74

Вопросы и ответы

Кадыров Ф.Н., Ендовицкая Ю.В., Чилилов А.М. Порядок перехода на электронные трудовые книжки. 75–77

Дайджест

Врачебные ошибки: новый этап дискуссий 78–80

МЗ-3–2020

Фокус проблемы

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности, и их анализ по приказу Минздрава России от 07.06.2019 г. № 381н: что и как должна собирать и анализировать медицинская организация. 6–12

Менеджмент в здравоохранении

Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Трикоменас Н.Н., Шеенкова М.В., Байгазина Е.Н. Современные подходы к анализу формирования патологии у детей. 13–22

Хайруллин Р.Н., Куприянов Р.В. Организация труда клининговой службы в современной больнице (на примере МКДЦ) . . 23–30

Бернатович О.А., Борзунов И.В., Попов А.А., Шкиндер Н.Л. Стандартные операционные процедуры как компонент системы обеспечения качества и безопасности сестринской деятельности 31–36

Гришина Н.К., Тер-Исраелян А.Ю., Евдокимова Т.Е., Загоруйченко А.А. К вопросу внедрения амбулаторного психиатрического модуля при оказании специализированной помощи больным 37–43

Право

Прилипко Н.С., Турбинский В.В., Бобровницкий И.П. Совершенствование нормативно-правовой базы по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению в сфере профилактики неинфекционных заболеваний и проведению мероприятий по формированию здорового образа жизни. 44–52

Социология здравоохранения

Китаева Э.А., Суетина Т.А., Сабитов Ш.Р., Китаев М.Р. Исследование отношения населения к здоровому образу жизни

(на примере Рыбно-слободского района Республики Татарстан) 53–63

Кадровый менеджмент

Светличная Т.Г., Смирнова Е.А., Тасова З.Б., Пошехонова О.Д. Планирование рабочего времени в деятельности руководителей сестринских служб. 64–68

Консультирует «МЗ»

Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Ендовицкая Ю.В. Проблемы оплаты медицинской помощи, оказанной жителям других субъектов Российской Федерации, в рамках обязательного медицинского страхования 69–77

Вопросы и ответы

Кадыров Ф.Н. Вопросы ценообразования на платные медицинские услуги 78–80

МЗ-4–2020

Юбилей

В.И. Стародубову – 70 лет! 6–7

Фокус проблемы

Пивень Д.В. Риски, которые необходимо учесть в работе по внедрению новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь 8–14

Менеджмент в здравоохранении

Царанов К.Н., Жильцов В.А., Климова Е.М., Тарбастаев А.Г. Восприятие угрозы личной безопасности специалистов-медиков в условиях пандемии COVID19 15–19

Рязапова Е.В., Наркевич А.Н., Виноградов К.А., Гржибовский А.М. Структура госпитализированной заболеваемости пациентов пожилого и старческого возраста 20–27

Огнева Е.Ю., Гамеева Е.В. Анализ причин неудовлетворенности населения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями в Московской области. 28–36

Медицинская статистика

Огрызко Е.В., Шелепова Е.А., Тюрина Е.М. Статистика ожирения у детей в Российской Федерации за 2014–2018 годы . . 37–42

Кадровый менеджмент

Карякин Н.Н., Переслегина И.А., Горский М.Д., Леванов В.М. Обучение клиническим рекомендациям и оценка уровня знаний врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, с применением дистанционных образовательных технологий. 43–51

Медицинская наука

Кураков Ф.А., Цветкова Л.А. Оценка перспектив разработки вакцины от коронавирусной инфекции средствами патентного анализа. 52–57

Консультирует «МЗ»

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 58–71

Вопросы и ответы

Кадыров Ф.Н., Панов А.В., Чилилов А.М. Стимулирующие выплаты медицинским работникам, занятым лечением коронавируса 72–79

МЗ-5–2020

Фокус проблемы

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Обязана ли медицинская организация представлять для ознакомления медицинские документов умершего пациента по требованию его супруга (супруги), близких родственников 6–10

Менеджмент в здравоохранении

Карсанов А.М., Хасигов А.В., Кульчиев А.А. Основы программного подхода к обеспечению качества и безопасности противоопухолевого лечения 11–17

Калининская А.А., Мерекина М.Д. Анализ деятельности многопрофильного дневного стационара в условиях города . . 18–23

Мухамадеева О.Р., Шарафутдинова Н.Х., Шарафутдинов М.А. Ресурсы дерматовенерологической службы в Республике Башкортостан 24–30

Е.В. Гамеева, Габай П.Г., Костин А.А., Зеленова О.В., Пашигорова Л.В. Медицинская реабилитация: проблемы лицензирования на примере Научно-исследовательского онкологического института 31–39

Кузнецов С.И., Кудинова Е.В., Жибурт Е.Б. Заготовка крови в период инфекции COVID-19 40–43

Ульянов Ю.А., Мингазова Э.Н. Анализ удовлетворенности медицинского персонала деятельностью стоматологических клиник, объединенных в научно-производственную сеть 44–47

Кадровый менеджмент

Гурьянова Н.Е. Обеспеченность и укомплектованность врачами-гастроэнтерологами в Российской Федерации и в пилотных субъектах, 2013–2017 гг. 48–53

Технологический менеджмент

Герцик Ю.Г. Новая модель повышения качества сервиса: контракты жизненного цикла на закупку и техническое обслуживание медицинских изделий . . . . . 54–59.

Медицинская статистика

Сачек О.И., Оськова Л.П., Шевченко А.А., Оськов Ю.И., Голубев Н.А., Огрызко Е.В. Заболеваемость микроспорией и трихофитией в Российской Федерации в 2013–2018 гг. 60–67

Консультирует «МЗ»

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 68–78

Вопросы и ответы

Кадыров Ф.Н., Панов А.В., Чилилов А.М. Вопросы применения трудового законодательства в период борьбы с коронавирусом 79–80

МЗ-6–2020

Фокус проблемы

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

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

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

Социологические аспекты здравоохранения

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

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

Информационный менеджмент

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

Кузнецов С.И., Аверьянов Е.Г., Шестаков Е.А., Жибурт Е.Б. Цифровой мониторинг отношения к донорству крови в период пандемии COVID-19 50–57

Зарубежный опыт

Мингазова Э.Н., Власов Я.В., Гуреев С.А. Международный опыт реализации программ обогащения витаминами и минералами рационов питания для различных социальных групп населения 58–62

Право

Нагибин О.А., Селявина О.Н., Караушева Л.Е. Анализ нормативно-правовых актов по организации лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на меры социальной поддержки 63–70

Консультирует «МЗ»

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

Вопросы и ответы

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

МЗ-7–2020

Особое мнение

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Нормативно-правовое регулирование недобровольной госпитализации лиц с коронавирусной инфекцией: что необходимо сделать. 6–11

Менеджмент здравоохранения

Гриднев О.В., Перхов В.И., Калиев М.Т. Пандемия Covid-19: реализованные решения и предстоящие задачи в сфере общественного здравоохранения. 12–16

Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Трикоменас Н.Н., Шеенкова М.В., Байгазина Е.Н. Современные подходы к построению эффективной модели профилактической работы с детьми 17–26

Белостоцкий А.В., Тер-Исраелян А.Ю., Гришина Н.К., Загоруйченко А.А. К вопросу об организации внебольничной психиатрической помощи в г. Москве 27–31

Мельников Ю.Ю, Бантьева М.Н., Смышляев А.В. Показатели деятельности коечного фонда дневного пребывания в Российской Федерации 32–35

Финансовый менеджмент

Иванова Н.В., Кузьмина Т.В. Фармакоэпидемиологический анализ безопасности терапии хронических заболеваний психической группы как инструмент повышения эффективности системы государственных закупок 36–44

Право

Мингазова Э.Н., Самойлова А.В., Загоруйченко А.А., Шигабутдинова Т.Н., Железова П.В. К вопросу о правовом обеспечении охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков 45–52

Медицинская наука

Пономаренко Г.Н., Сокуров А.В., Смирнова Л.М., Серебряк Т.В., Ермоленко Т.В., Иванова Н.В. Медицинская реабилитация: состояние отечественного потока научных публикаций 53–59

Зарубежный опыт

Герцик Ю.Г., Плутницкий А.Н., Рощин Д.О. Отдельные вопросы регулирования обращения медицинских изделий на рынках евразийского экономического союза. 60–64

Информационный менеджмент

Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Гурьянова Н.Е., Пресняков Р.А., Летова А.Д. Возможность трансграничной передачи связанных со здоровьем персональных данных в рамках ЕАЭС: реальность, перспективы 65–73

Мохначева Т.Е., Моногарова Ю.Ю., Варакина Ж.Л. Готовность медицинского персонала к работе с медицинскими информационными системами 74–80

МЗ-8–2020

Менеджмент здравоохранения

Хальфин Р.А., Авксентьева М.В., Муравьев Д.Н., Орлов С.А. Модель взаимодействия между медицинскими организациями на принципах фондодержания – способ повышения эффективности деятельности первичного звена здравоохранения . . . 3–11

Трегубов В.Н., Бовина А.А. Медико-социальные аспекты развития ресурсов здравоохранения федеральных округов России . 12–19

Бакирова Э.А., Мингазова Э.Н. Совершенствование медицинской помощи сельскому населению посредством управления бизнес-процессами 20–26

Хатьков И.Е., Ли И.А., Минаева О.А., Ермакова М.А., Слезингер В.М. Особенности организации работы многопрофильного стационара в условиях пандемии, вызванной новым коронавирусом COVID-19 27–34

Социальные аспекты в здравоохранении

Деев И.А., Кобякова О.С., Бойков В.А., Шибалков И.П., Барановская С.В., Протасова Л.М., Шнайдер Г.В., Суворова Т.А. Удовлетворенность граждан как индикатор эффективности организационных моделей оказания медицинской помощи в амбулаторном звене 35–40

Михайлова Ю.В., Шикина И.Б., Чухриенко И.Ю., Михайлов А.Ю., Элизов И.А. Основные жизненные ценности и потребности, определяющие качество жизни сельского населения старше трудоспособного возраста Калининградской области 41–48

Кадровый менеджмент

Волчегорский И.А., Москвичева М.Г., Шумакова О.А., Полинов М.М. Изучение мнения выпускников медицинского ВУЗа о факторах, определяющих выбор места работы 49–56

Зарубежный опыт

Шматко А.Д., Щербук А.Ю., Черепанова Е.В., Щукин А.Н. Проблемы релевантных рынков медицинских услуг: исследование отечественного и зарубежного опыта 57–66

Консультирует «МЗ»

Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Чилилов А.М. Изменения в порядке финансового обеспечения медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования на современном этапе распространения коронавирусной инфекции. 67–74

Вопросы и ответы

Ендовицкая Ю.В., Кадыров Ф.Н. Вопросы осуществления выплат стимулирующего характера за выявление онкологических заболеваний. 75–78

МЗ-9–2020

Фокус проблемы

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. О реализации в законодательстве РФ отдельных «медицинских» поправок к Конституции Российской Федерации 3–8

Менеджмент здравоохранения

Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С. Совершенствование технологии работы заведующих терапевтическими отделениями центральных районных больниц. 9–18

Данилов А.В. Методика анализа субъективных и объективных характеристик медицинских услуг для целей дизайна качества медицинских услуг 19–25

Ульянов Ю.А., Зарипова Э.М., Щепин В.О., Мингазова Э.Н. От пациентоориентированной медицины к 4п-медицине: семантический аспект тренда 26–29

Соловьева И.Н., Полякова Ю.В., Черкасов Г.Э., Трекова Н.А. Организация, современное состояние и ближайшие перспективы проблемы «бескровная хирургия». 30–36

Косс В.В., Елизаров М.В., Леонов Д.Ю. Организация ортопедо-неврологической службы в практике врача-геронтолога. 37–44

Кузнецов С.И., Кудинова Е.В., Жибурт Е.Б. Заготовка донорских тромбоцитов в условиях пандемии инфекции COVID-19 . .45–48

Информационный мнеджмент

Зуенкова Ю.А., Хавторин А.М. Возможности и перспективы технологии распределенного реестра в управлении «опытом пациента» 49–56

Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Прядко А.Е., Зимина Е.И., Гурьянова Н.Е. Региональные медицинские информационные системы в сфере здравоохранения: направления развития и правовые проблемы 57–64

Социальные аспекты здравоохранения

Царанов К.Н., Климова Е.М., Акимов Т.В., Званский А.Б., Тарбастаев А.Г. Ценностные ориентации врача как предиктор эффективности деятельности медицинской организации . . . 65–72

Зарубежный опыт

Харин А.Д., Сон И.М., Койчубеков Б.К., Омаркулов Б.К. Прогнозирование трудовых ресурсов в системе первичной медико-санитарной помощи Казахстана 73–82

Особое мнение

Старченко А.А. COVID-19 с летальным исходом: методология, формулировки и обоснования дефектов качества 83–93

Консультирует «МЗ»

Кадыров Ф.Н. Государственные меры по поддержке бюджета и бюджетных учреждений на современном этапе распространения коронавирусной инфекции 94–97

Вопросы и ответы

Кадыров Ф.Н., Ендовицкая Ю.В. Вопросы использования для оказания платных медицинских услуг ресурсов, приобретенных за счет других источников 98–100

МЗ-10–2020

Номинации

Учреждены традиционные номинации Издательского дома «Менеджер здравоохранения» за лучшие публикации 2020 года 3

Менеджмент в здравоохранении

Деев И.А., Кобякова О.С., Барановская С.В., Бойков В.А., Шибалков И.П., Суворова Т.А., Протасова Л.М. Возможности применения инструментария независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями для анализа эффективности системных преобразований на амбулаторном этапе. 4–11

Евдаков В.А., Бантьева М.Н., Маношкина Е.М., Мельников Ю.Ю. Показатели работы коек круглосуточного пребывания онкологического профиля в Российской Федерации. 12–18

Бернатович О.А., Борзунов И.В., Попов А.А. Прокопьева Э.Р., Чернышева Э.Ю. Анализ практического опыты разработки и внедрения стандартных операционных процедур в деятельность среднего медицинского персонала 19–25

Население и здравоохранение

Ларичева И.В., Сон И.М., Ястребова Е.С., Нероев В.В., Зайцева О.В., Михайлова Л.А. Оценка эпидемиологической ситуации и доступности медицинской помощи пациентам с заболеваниями сетчатки глаза в Российской Федерации. 26–36

Шикина И.Б., Чухриенко И.Ю., Задоркина Т.Г., Михайлов И.А., Элизов И.А. Самооценка здоровья и удовлетворенность медицинской помощью сельским населением возраста 60+ Калининградской области 37–43

Угурчиева Х.Ю. Современная проблема младенческой смертности в Российской Федерации, комплексный подход к снижению на примере Республики Ингушетия 44–48

Зарубежный опыт

Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Летова А.Д., Зимина Е.И., Гурьянова Н.Е. Телемедицина в странах ЕАЭС: реальность и перспективы 49–69

Консультирует «МЗ»

Кадыров Ф.Н. Замена выплат стимулирующего характера за работу с коронавирусной инфекцией Covid-19 на специальные социальные выплаты 70–77

Вопросы и ответы

Обухова О.В. Вопросы, связанные с порядком выделения объёмов медицинской помощи региональным медицинским организациям. 78-79

Указатель статей, опубликованных в журнале в 2020 году 80–83

Менеджер здравоохранения