

А.Л. ЛИНДЕНБРАТЕН¹, д.м.н., профессор, руководитель научного направления,
lindenbraten13@rambler.ru

В.Я. ГОРБУНКОВ², д.м.н., профессор, заведующий кафедрой
поликлинической хирургии с курсом урологии,
vik.gorbunkov@yandex.ru

И.А. ПАНЧЕНКО³, к.м.н., главный врач,
andromedcentr@yandex.ru

Вопросы эффективности внедрения трехуровневой системы оказания медицинской помощи в Российской Федерации

DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2019-2019-6-36-40>

Ключевые слова: трехуровневая система оказания медицинской помощи; эффективность медицинской деятельности

Lindenbraten A.L., Gorbunkov V.Ya., Panchenko I.A.

Development issues the three-tiered system of medical care

The article discusses the controversial issues of the development of a three-tiered system of medical care, provides examples of individual services and the results of a sociological rapid survey of health workers.

Keywords: three-tiered system of medical care; efficiency of medical activity

В статье рассматриваются дискуссионные вопросы развития трехуровневой системы оказания медицинской помощи, приводятся примеры отдельных служб и результаты социологического экспресс-опроса работников здравоохранения.

¹ ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва

² ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь

³ ГАУЗ СК «Краевой клинический специализированный уроandroлогический центр», г. Ставрополь

Введение

В нашей стране поставлена амбициозная задача существенного увеличения продолжительности жизни, что требует снижения заболеваемости и смертности населения, уровень которых пока остается достаточно высоким, особенно в ряде территорий. В связи с этим одним из наиболее актуальных направлений реформирования российского здравоохранения на современном этапе является создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи, основы которой были заложены в Федеральном законе от 21.11.2011 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (прежде всего, ст. 32-35) и получили дальнейшее развитие

в ряде документов Минздрава России (приказ № 1706 от 29.12.2012⁴, приказ № 358 от 08.06.2016⁵, письмо № 11-7/10/2-8616 от 13.12.2017⁶).

Очевидно, что основной целью создания такой системы должно являться, с одной стороны, обеспечение доступности, преемственности и качества медицинской помощи, а с другой – наиболее рациональное использование имеющихся ресурсов. Достижению этой цели, в свою очередь, должно способствовать распределение функций между медицинскими организациями трех уровней: оказание базовой первичной и специализированной помощи, в т. ч. скорой медицинской помощи, на первом уровне в организациях первичного звена (прежде всего, ФАПы, амбулатории, поликлиники, станции скорой медицинской помощи и т. д.); оказание специализированной помощи на втором уровне (многопрофильные больницы, межрайонные, в т. ч. специализированные,

⁴ Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации"».

⁵ Приказ Минздрава России от 08.06.2016 № 358 «Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения».

⁶ «Письмо Минздрава России от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.»».

центры, диспансеры и др.); оказание специализированной, в т. ч. высокотехнологичной, медицинской помощи, на третьем уровне.

Цель статьи –

рассмотреть дискуссионные вопросы внедрения трехуровневой системы в отдельных территориях страны.

Задачи:

- осветить отдельные примеры организации трехуровневой системы оказания различных видов медицинской помощи;
- рассмотреть влияние различных факторов на особенности организации трехуровневой системы оказания медицинской помощи;
- привести результаты пилотного экспресс-опроса о ходе внедрения трехуровневой системы оказания медицинской помощи.

Результаты изучения имеющегося опыта

За последние годы в ряде субъектов Российской Федерации накоплен положительный опыт организации трехуровневой системы оказания различных видов медицинской помощи.

Так, например, в Воронежской области была предложена трехуровневая модель урологической службы, основными принципами которой явились акцент на активное раннее выявление заболеваний в первичном звене путем проведения опроса прикрепленного здорового населения; последующая маршрутизация пациентов с четким формулированием целей и задач и выработкой единых стандартов обследования и лечения на всех этапах; соответствующая подготовка медицинских работников и населения. Результатом проведенной работы явилось повышение качества и эффективности урологической помощи, о чем свидетельствует целый ряд показателей, в частности, отмечается повышение обобщенной операционной активности и рост количества эндоскопических операций с уменьшением количества послеоперационных осложнений. В области произошло

статистически значимое снижение уровней временной нетрудоспособности, инвалидизации и летальности, связанных с урологическими заболеваниями [1].

Следует отметить, что изложенные принципы справедливы не только для клинических специальностей, но и для диагностических служб.

Так, в Республике Башкортостан предложена и апробирована концептуальная модель трехуровневой системы оказания диагностической помощи, которая предполагает рациональное распределение и использование ресурсов диагностических служб, обеспечивая преемственность диагностических исследований как в составе одной медицинской организации, так и между организациями различного уровня путем их интеграции и комплексирования в единое информационное пространство и стандартизации технологических процедур [2].

Имеются сообщения о том, что накопленный опыт по организации трехуровневой системы оказания медицинской помощи уже дает результаты в плане улучшения состояния здоровья населения.

Имеются сообщения о том, что накопленный опыт по организации трехуровневой системы оказания медицинской помощи уже дает результаты в плане улучшения состояния здоровья населения. Так, в Липецкой области в результате проведенных мероприятий стала выявляться четкая тенденция к снижению смертности от инфаркта миокарда, снижению больницы летальности от острого нарушения мозгового кровообращения и др. [3].

В то же время к решению вопроса об оптимальной организации различных видов медицинской помощи, на наш взгляд, следует подходить более дифференцированно, учитывая влияние тех или иных факторов, которые могут быть связаны с экономико-географическим положением региона, численностью населения и особенностями его расселения, ресурсным

обеспечением, сложившейся сетью медицинских организаций и др.

В ряде регионов страны нет медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, что приводит к наличию на территории фактически двухуровневой системы.

В ряде регионов страны нет медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, что приводит к наличию на территории фактически двухуровневой системы.

Своеобразная ситуация описана в Чеченской Республике на примере оказания нейрохирургической помощи [4]. Географической особенностью республики является то, что она занимает относительно небольшую территорию (радиус около ста километров), поэтому в случае аварии или происшествия, в результате которых пострадавшим требуется нейрохирургическая помощь, их за короткий промежуток времени (30–40 минут) можно доставить в г. Грозный в специализированное отделение республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи, где имеются все условия для проведения соответствующей консультации, а при необходимости и госпитализации.

Наконец, своеобразный опыт оказания многоуровневой помощи по принципу «одного окна» накоплен в г. Ставрополе, где в 2008 г. силами администрации и медицинской общественности был создан и начал работу ГАУЗ СК «Краевой клинический специализированный уроandroлогический центр» (ККСУЦ).

Учреждение имеет в своем составе следующие основные структурные подразделения:

- консультативно-диагностическое отделение с кабинетами амбулаторного приема взрослых и детских урологов-андрологов, эндокринолога, сексолога; уродинамических исследований; ультразвуковой диагностики;

- круглосуточный урологический стационар с операционным блоком, оснащенный видеохирургическими стойками для проведения лапароскопической и трансуретральной хирургии; оптическим оборудованием для микрохирургии; инструментарием для проведения открытой и пластической хирургии на органах мужской репродуктивной сферы; биопсийными системами с УЗИ-контролем;
- дневной урологический стационар с кабинетами физиотерапии и реабилитационным комплексом;
- клиничко-диагностическая лаборатория.

Таким образом, в работе центра достигается многовекторная преемственность.

1. «Горизонтальная» преемственность: пациент в стенах центра может получить полный спектр клиничко-диагностических и лечебных услуг в сфере уроandroлогии – от первичной консультации через весь лечебно-диагностический процесс (первичная, специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь) к диспансерному наблюдению и реабилитации.
2. Вертикальная» преемственность с трехуровневой медицинской профилактикой: активная пропаганда цивилизованного отношения к своему здоровью; перинатальный скрининг врожденной патологии мочеполовой системы; активное выявление заболеваний на ранних стадиях с дальнейшим своевременным лечением, когда в стенах одного учреждения пациент может получать специализированную помощь в любом возрасте, то есть, возрастная преемственность (дети – взрослые).
3. «Диагональная» преемственность: один больной – один врач от первой консультации до послеоперационной реабилитации и динамического наблюдения, включая ведение документации, листка временной нетрудоспособности и др. по принципу «одного окна» в медицине.

В целом ККСУЦ – одно из первых в России полноценное муниципальное автономное учреждение, работающее в системе ОМС и осуществляющее уроandroлогическую помощь детскому и взрослому населению,

являясь своего рода примером мужской консультации.

Результаты социологического экспресс-опроса

Учитывая различный опыт внедрения трехуровневой системы оказания медицинской помощи в разных регионах и дискуссионность ряда вопросов по ее организации, нами с целью сбора дополнительной информации был проведен пилотный экспресс-опрос работников здравоохранения в 4-х субъектах Российской Федерации.

Всего было опрошено 297 респондентов, среди которых около 90% составляли работники медицинских организаций (преимущественно врачи), а остальные были сотрудниками органов управления здравоохранением, страховых структур и др. Порядка 80% респондентов составляли лица в возрасте от 30 до 59 лет с достаточно равномерным распределением, остальные также примерно поровну относились к возрастным группам до 30 и старше 60 лет. При этом, забегая вперед, можно отметить, что принадлежность к той или иной возрастной группе практически не влияла на содержание ответов.

В трех регионах более 90% респондентов знают, что такое трехуровневая система, и только в одном этот показатель составил несколько более 70%. При этом в среднем около 90% относятся к ней положительно или скорее положительно, чем отрицательно; характерно, что наибольшее число отрицательных ответов – около 10%, и еще 25% затруднились ответить на этот вопрос на территории, где о ней меньше всего знают. Любопытно, что наибольшее число респондентов, которые не знают, что такое трехуровневая система, отмечалось среди преподавателей вузов (16,7%) и работников страховых структур 18,2%.

Следует также отметить, что в среднем 76,4% (от 46,2 до 87,7% по отдельным регионам) респондентов считают, что на их территории реально внедрена трехуровневая система, 8,8% (от 5,6 до 17,3) считают, что нет, и 14,8% (от 4,9 до 36,5) затруднились ответить.

Гораздо больший разброс мнений отмечается при оценке эффективности функционирования этой системы: в среднем 36,7% респондентов считают, что она работает эффективно на их территории, 23,6% – неэффективно, 39,7% опрошенных затруднились ответить на этот вопрос. При этом, независимо от общей оценки эффективности, среди причин неэффективного функционирования трехуровневой системы респонденты единодушно отмечали низкую обеспеченность медицинскими кадрами – в среднем 32,3 на 100 опрошенных, и недостаточную материально-техническую оснащенность в большинстве территорий, затем – пассивность органов управления и отсутствие заинтересованности медицинских работников, а также другие причины.

Достаточно единодушным было мнение о масштабах использования трехуровневой системы: в среднем 60% респондентов считают, что трехуровневая система подходит для всех видов медицинской помощи, и примерно по 20% – для оказания медицинской помощи по определенным специальностям или при определенных заболеваниях.

Заключение

Таким образом, взятый в российском здравоохранении курс на создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи, основной целью которой является повышение эффективности медицинской деятельности, основанной на улучшении доступности и качества медицинской помощи при более рациональном использовании имеющихся ресурсов, представляется вполне обоснованным.

В то же время, очевидно, требуется не формальное решение этого вопроса по единому шаблону для всех территорий, а дифференцированный творческий подход на основе провозглашенного в свое время ВОЗ принципа регионализации или идеи децентрализации управления с учетом влияния различных факторов: экономико-географического положения региона, особенностей расселения населения, имеющейся сети медицинских организаций и др.

Заслуживает в этом плане внимания использование при компактном расселении населения и хорошей транспортной доступности принципа «одного окна», который может способствовать более высокому качеству и преемственности в оказании медицинской помощи и рациональному использованию ресурсов.

Важнейшую роль при организации оказания медицинской помощи на различных уровнях играет соответствующая обеспеченность кадрами надлежащей квалификации,

совершенствование их информационного обеспечения и максимальное использование механизмов мотивации.

Большое значение имеет и такой принцип инновационной деятельности как повышение информированности о проводимых мероприятиях всех заинтересованных субъектов: населения, медицинских работников, представителей страховых структур, преподавателей медицинских образовательных учреждений и др.

ИСТОЧНИКИ

1. Золотухин О.В. Оптимизация региональной урологической службы на основе внедрения трехуровневой системы оказания медицинской помощи. – Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2018. – Т. 17, № 1. – С. 196–203.
2. Билалов Ф.С., Сквирская Г.П., Шарафутдинова Н.Х. Доступность медицинской диагностической помощи на примере медицинских организаций Республики Башкортостан. – Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 1. – С. 42–51.
3. Фролов А.С. Первые результаты реализации Национального проекта «Здравоохранение» на территории Липецкой области. – Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 88–93.
4. Юсупова М.М., Киндаров З.Б., Умаров Р.М., Идалов М.М., Мунтаев Я.Р., Музышев А.Э. Организация медицинской помощи больным с черепно-мозговой травмой в Чеченской Республике (по материалам РКБ СМП). – Вестник ЧГУ – г. Грозный. – 2013. – С. 21–24.

НОВОСТИ

Эксперты PIC/S работают над выявлением примесей нитрозаминов в лекарственных препаратах

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения информирует о результатах участия в 9-ом заседании экспертной группы PIC/S по фармацевтическим субстанциям (9th API Expert Circle Meeting), которое состоялось 7–9 октября 2019 г. в Мадриде (Испания).

Всего в работе заседания приняли участие более 80 экспертов из 35 стран, включая представителей Совета Европы, США, Канады, Австралии и др.

Основной темой заседания стал вопрос выявления в препаратах сартанов примесей нитрозодиэтиламина (NDEA), нитрозодиметиламина (NDMA) и других нитрозаминов. Включая оценку образования третичных и четвертичных аминов в фармацевтических субстанциях, в частности, в субстанции сартанов, и возможности их выявления на этапе регистрации

лекарственного средства и последующих этапах обращения.

Представителем FDA было отмечено, что в настоящее время в связи с возникшей проблемой изучены 37 мастер-файлов на препараты сартанов, присутствующих в обращении в США, в части технологии производства, проанализировано около 100 образцов, определены субстанции, технология производства которых не приводит к образованию нитрозаминов. Кроме того, установлено, что возникновение данных примесей, как правило, происходит при масштабировании производства и не может быть оценено на лабораторных установках.

Тем не менее, изучение наличия примесей NDMA и NDEA в образцах лекарственных препаратов выявило наличие данных примесей в препаратах, произведенных