

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пензенской области
«Пензенский областной медицинский информационно-аналитический центр»
Научно-медицинская библиотека**

Организация здравоохранения: проблемы и решения
(полнотекстовая тематическая подборка)

Пенза 2014 г.

Содержание

Современные подходы к формированию организационной структуры амбулаторно-поликлинических учреждений	4
Функции врача-терапевта при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи	13
Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи: совершенствование диспансеризации населения	21
Организация оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара: медико-социальная и экономическая эффективность	29
Организация оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения	34
Оптимизация офтальмологической помощи на уровне амбулаторно-поликлинического звена	43
Приоритетные направления совершенствования специализированной онкологической амбулаторной помощи	48
Служба скорой медицинской помощи: заданные направления развития	53
Организация оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой в Красноярском крае	61
Возможность и необходимость организации школ для больных туберкулезом	67
Современные подходы к реабилитации наркозависимых	73
Организация работы дневного стационара при детской поликлинике	80
Организация центра здоровья для детей на базе Республиканской детской клинической больницы	90
Организация перинатальной помощи: современные подходы	98
Опыт использования медицинских и организационных инноваций Рязанским областным клиническим перинатальным центром	104
Основные направления организации стационарной медицинской помощи лицам старших возрастов	110

Актуальные аспекты законодательства, регулирующего порядок оказания психиатрической помощи	115
Назначение лекарственных препаратов в амбулаторных условиях: основные изменения	121
С 2014 года вместо аттестации рабочих мест нужно проводить специальную оценку условий труда	131
Новые требования к организации обработки персональных данных в медицинском учреждении	135

Современные подходы к формированию организационной структуры амбулаторно-поликлинических учреждений

Г.П. Сквирская

Отделение общей врачебной практики

Предлагаемая структурная модель организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений основана в первую очередь на системных изменениях управления и информационного обеспечения поликлиник, оптимизации использования имеющихся ресурсов, внедрении современных алгоритмов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и оказания медико-социальной помощи населению.

Ключевым моментом перехода к новой организационной структуре поликлиники с учетом изменения ее внутренних функций является формирование системы оказания первичной медицинской помощи врачами общей практики (семейными врачами) как единственно возможного варианта наблюдения и лечения пациента единым ответственным лечащим врачом.

С этой целью еще в 1992 г. Минздравом России был утвержден приказ от 26.08.1992 №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)», которым введены специальность и должность врача общей практики (семейного врача), утверждены положения и квалификационные характеристики указанных специалистов, разработаны типовые учебные планы и программы профессиональной подготовки.

Понятие «врач общей практики», на которое мы сейчас ориентируемся, сформулировано Европейским обществом врачей общей практики / семейных врачей (WONKA Europe), региональным подразделением Всемирной организации семейных врачей (WONKA). В соответствии с определением, персональные врачи ответственны главным образом за обеспечение всеобъемлющего, непрерывного ухода за каждым пациентом, обращающимся за медицинской помощью, вне зависимости от возраста, пола и заболевания. Они предоставляют услуги пациенту, учитывая особенности его семьи, окружения и культуры, всегда уважая его право на самостоятельное принятие решений; интегрируют соматический, психологический, социальный, культурный и бытовой факторы. Роль врачей общей практики (семейных врачей) заключается в укреплении здоровья пациента путем профилактических и лечебных мероприятий, предоставления ухода и паллиативной помощи. Это осуществляется либо непосредственно, либо через другие службы в соответствии с потребностями пациента, обеспечивая доступ к этим службам по мере необходимости, а также ресурсами, имеющимися в обществе.

В соответствии с определением Ливенхорста 1974 г., врач общей практики - это дипломированный медицинский специалист, обеспечивающий персональное, первичное и продолжительное ведение как индивидуальных пациентов, так семей и прикрепленного населения, вне зависимости от пола, возраста и вида заболевания.

Система подготовки таких специалистов, организация их работы и степень ответственности должны быть адекватны стоящим перед ними задачам. На переходный период предусматривается гибкая система, при которой врач оказывает медицинскую помощь пациентам с того возраста и по тем направлениям, по которым имеется образовательный сертификат.

Семейные врачи являются, по сути, едиными доверенными ответственными лечащими врачами для пациента и его семьи; в наибольшей степени институт семейных врачей востребован в сельской местности и системе добровольного медицинского страхования. Врачи общей практики, обеспечивающие первичную медицинскую помощь соответственно взрослому или детскому населению по более широкому кругу заболеваний, в свою очередь, более востребованы в городских поликлиниках и системе обязательного медицинского страхования.

Таким образом, врач общей практики (семейный врач) - это специалист нового типа, хорошо подготовленный к профилактической и лечебной работе, освоивший специфику первого контакта и последующей работы с контингентом обслуживаемого населения, в т. ч. на уровне семьи, имеющий достаточные знания и практический опыт оказания неотложной и многопрофильной медицинской помощи, являющийся координатором деятельности своего персонала в области профилактической и медико-социальной помощи, компетентный в вопросах управления, экономики здравоохранения, а также в области современных юридических, финансовых проблем, ответственный за обеспечение медицинской помощи пациенту на всех ее этапах.

Однако численность врачей-терапевтов участковых, работающих по старой схеме, в 2009 г. все еще составляла более 38,7 тыс. чел., а врачей общей практики - около 8,5 тыс. чел. Таким образом, реформирование амбулаторно-поликлинической помощи идет более медленными темпами, чем предполагалось. В определенной степени это связано с отсутствием в обществе и среди работников здравоохранения системной информации о механизме комплексного реформирования поликлиник, позитивных и негативных сторонах процесса и ожидаемых результатах реформ.

Изменение системного управления и информационного обеспечения позволит упорядочить и ускорить реформирование поликлиник, ведущим структурным подразделением которых должны стать отделения общей врачебной практики.

Отделение консультативной помощи

Организация специализированной помощи населению на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений в настоящее время также нуждается в существенных изменениях.

В середине прошлого века, в период расширения объемов оказания специализированной медицинской помощи на догоспитальном этапе, амбулаторно-поликлинические учреждения в большинстве своем были объединены с больничными, а врачи-специалисты осуществляли прием в поликлиниках по скользящему графику, при основной работе в стационаре. Такой подход позволял им сохранять достаточно высокий уровень профессионализма, владеть сложными

и высокотехнологичными методами профилактики и лечения заболеваний по своему профилю, вести отбор больных для лечения в условиях стационара. После разделения больниц и поликлиник уровень квалификации специалистов в поликлиниках резко снизился, специализированные приемы превратились, по существу, в первичные, эффективность их невысока, а уровень затратности поликлинической помощи формируется, в основном, именно на этом этапе.

Для изменения сложившейся ситуации специализированная медицинская помощь на уровне поликлиники должна быть постепенно преобразована из первичной в консультативную, осуществляемую после посещения врача общей практики и, в основном, по его рекомендации. Соответственно, объем обследования пациента и затраты на него будут стремиться к уровню консультативных (25-30 мин на одного пациента и повышение объема лечебно-диагностических мероприятий).

По нашему мнению, врачи-консультанты по ведущим специальностям должны быть квалифицированными специалистами, иметь не менее чем 3-5-летний стаж работы по избранной специальности и сертификат, позволяющий вести амбулаторный прием.

Основные функции врача-консультанта в поликлинике должны включать: прием пациентов по профилю патологии;

осуществление профилактической и лечебной работы, в т. ч. ведение пациентов в условиях дневного стационара;

отбор и направление пациентов на лечение в больничные и другие специализированные медицинские учреждения;

проведение, в пределах компетенции, экспертной оценки тактики, качества и эффективности ведения пациентов на предыдущих этапах оказания медицинской помощи;

повышение квалификации других специалистов по своему профилю;

участие в консилиумах и т. д.

Число и уровень квалификации специалистов, привлекаемых для оказания консультативной поликлинической помощи, зависит от потребностей обслуживаемого контингента, объективной кадровой ситуации, сложившейся в территориальном образовании, и решения администрации поликлиники, несущей ответственность за качество лечебно-диагностического процесса.

Оплата труда врачей-консультантов в поликлинике может быть организована на основе трудовых соглашений по факту выполненной работы или на почасовой основе.

Диагностическое отделение

Существующие до настоящего времени в поликлиниках различного уровня и мощности диагностические кабинеты, как правило, находятся в подчинении заместителя главного врача по лечебной работе и в подавляющем большинстве случаев работают автономно, недостаточно используя современные технологии лечебно-диагностического процесса и принцип комплексности и последовательности при применении диагностических методик.

Несмотря на отмечаемый в последние годы рост оснащенности медицинских учреждений диагностической аппаратурой и увеличение объема

исследований, особенно с учетом мер, принятых в рамках реализации Национального проекта «Здоровье», до настоящего времени объем исследований в ряде случаев зависит не столько от наличия медицинских показаний или ресурсов поликлиники, сколько от возможностей пациента финансово обеспечить проведение необходимых исследований. Сложившуюся ситуацию можно было бы объяснить издержками внедрения рыночных механизмов в систему здравоохранения, если бы не данные научных исследований, свидетельствующие о том, что в среднем каждый пятый пациент поликлиники обследуется недостаточно, в результате чего имеют место неполная или ошибочная диагностика и соответственно неадекватное лечение и негативные результаты - запущенность патологии и неблагоприятные исходы.

Создание диагностических подразделений, руководимых одним заведующим (в крупных объединенных больнично-поликлинических учреждениях эту функцию могут выполнять и заместители руководителя по диагностике, образование которых включает элементы медико-технической подготовки), позволит осуществить комплексирование и интеграцию различных видов диагностических исследований, ускорить внедрение диагностических, в т. ч. скрининговых, алгоритмов и, следовательно, внедрение в практику безопасных, экономически обоснованных, клинически эффективных методов и организационных форм диагностики заболеваний и динамического контроля над эффективностью лечебных мероприятий.

В структуру диагностического отделения поликлиники включаются все имеющиеся подразделения (кабинеты): лучевой, функциональной, эндоскопической диагностики, клиничко-диагностические лаборатории и др.

Как уже отмечалось, в том случае, если поликлиника объединена со стационаром, диагностическое отделение может быть единым, т. е. централизованным.

Переход к таким организационным технологиям обеспечения диагностического процесса позволит также повысить уровень метрологического контроля над работой оборудования, использованием качественных расходных материалов, применением метрологически аттестованных методик медицинских исследований и, следовательно, в большей степени гарантировать точность и достоверность диагностики. Об этом свидетельствует более чем 15-летний опыт функционирования диагностических центров и отделений в ряде лечебно-профилактических учреждений Тульской, Воронежской и других областей России.

Отделение восстановительного лечения (медицинской реабилитации)

Подразделения восстановительного лечения, как и диагностические, в настоящее время представлены самостоятельно функционирующими отделениями (кабинетами) - физиотерапии, лечебной физкультуры, иглорефлексотерапии, массажа, мануальной терапии, лечебными бассейнами, саунами и т. д. В данном случае организационные технологии основаны на принципе использования различных оздоровительных и восстановительных методик. Следует отметить, что круг знаний и уровень подготовки специалистов подобных подразделений ограничивается, в основном, применяемыми ими методиками.

Между тем опыт создания и функционирования в стране более 200 медицинских реабилитационных центров и отделений поликлиник свидетельствует о существенном повышении эффективности восстановительного лечения в том случае, если реабилитация пациента, имеющего отклонения в состоянии здоровья, одно или несколько заболеваний, осуществляется путем комплексного алгоритмического восстановительного лечения, с использованием определенного сочетания и последовательности необходимых методик. В качестве примера алгоритмического восстановительного лечения можно привести проведение комплексной медико-социальной реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями (постинсультные состояния, осложненные заболевания периферических сосудов нижних конечностей), лиц с последствиями детского церебрального паралича, спинальной травмы и др.

Организация в поликлиниках отделений восстановительного лечения, или медицинской реабилитации, возглавляемых единым заведующим, использующих унифицированные адаптированные медицинские технологии реабилитации, безусловно, позволит значительно повысить качество и эффективность оздоровления лиц из групп повышенного риска заболеваемости, лечения больных и инвалидов.

Дневной стационар

Формирование в поликлиниках дневных стационаров началось с конца XX в. после издания приказа Минздрава России от 09.12.1999 №438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях». Только за период с 2000 по 2010 г. численность коек дневных стационаров в амбулаторно-поликлинических учреждениях страны существенно возросла и составила 135,5 тыс., средняя занятость койки - 322 дня в году. Такая организация медицинской помощи обеспечивает значительное снижение потребности в круглосуточной стационарной помощи, удешевление лечения.

К сожалению, до настоящего времени в условиях дневных стационаров достаточно редко применяются комплексные методики проведения курсовой профилактики осложнений заболеваний сердечно-сосудистой системы, обострений легочных заболеваний и болезней желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и др.

Организация дневных стационаров должна значительно увеличить объем и качество проводимого на догоспитальном этапе курсового комплексного лечения с применением современных системных стационарзамещающих технологий, не требующих круглосуточного наблюдения пациента.

Отделение медико-социальной помощи

Еще одним важным структурным подразделением современной поликлиники должно стать отделение медико-социальной помощи, положение об организации его деятельности утверждено приказом Минздрава России от 28.07.1999 №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации».

Демографическая ситуация в Российской Федерации складывается таким образом, что население страны в целом и в большинстве регионов может быть охарактеризовано как демографически старое, т. к. доля лиц пожилого возраста

составляет более 20%. Преобладание пожилых, одиноких людей особенно характерно для сельской местности. Велика проблема преждевременного постарения населения.

Результаты научных исследований отечественных и зарубежных ученых, статистические данные свидетельствуют о том, что лица в возрасте от 55 до 65 лет имеют 3-5 хронических заболеваний, в возрасте старше 65 лет - 5-7 и более хронических заболеваний, многие пожилые люди утрачивают способность к адаптации в социальной среде и уходу за собой. Такие пациенты потребляют значительный объем медицинских и медико-социальных услуг, часто нуждаются во врачебной помощи в поликлинике и на дому, скорой медицинской помощи в связи с развитием острых и неотложных состояний, госпитализации в стационары различного уровня.

При этом степень удовлетворенности пациентов пожилого возраста медицинской и медико-социальной помощью низкая, запущенность патологии отмечается чаще, чем в других группах.

Организация в поликлинике отделения медико-социальной помощи, руководство которым осуществляет врач-гериатр или медицинская сестра с высшим сестринским образованием, укомплектованного средними медицинскими работниками, имеющими специальную последипломную подготовку и работающими в тесном контакте с лечащими врачами и социальными работниками, может значительно снизить напряженность на этом участке - работы поликлиник и улучшить качество медицинского обеспечения пожилых и одиноких граждан, инвалидов.

В функции такого подразделения входит:

постоянный патронаж на дому обслуживаемого контингента;

оказание неотложной помощи в пределах компетенции;

проведение профилактических, лечебных и оздоровительных мероприятий;

оказание содействия в лекарственном обеспечении пациентов, осуществлении обоснованных и своевременных врачебных консультаций и госпитализации.

Отделение (кабинет) профилактики

В современной поликлинике координация деятельности всех подразделений и служб в части проведения профилактики возлагается на отделение (кабинет) профилактики. Руководит отделением (кабинетом), в зависимости от мощности поликлиники, врач или медицинская сестра с высшим сестринским образованием, имеющие специальную последипломную подготовку.

Основными задачами данного подразделения являются:

координация деятельности всех специалистов и служб системы здравоохранения и заинтересованных ведомств и организаций по вопросам программно-целевого планирования профилактической деятельности, снижения влияния вредных факторов на организм человека, формирования среди населения и отдельных групп мотивации к ведению здорового образа жизни;

создание системы повышения уровня знаний населения по вопросам общественного здоровья и общественного здравоохранения;

санитарно-гигиеническое воспитание, направленное на снижение распространенности курения и потребления алкоголя, профилактику потребления наркотиков, привлечение населения к занятиям физической культурой и спортом; осуществление контроля над проведением профилактических и оздоровительных мероприятий в различных социальных, возрастных и профессиональных группах населения в соответствии с принятыми регламентами; проведение мероприятий по медико-психологической адаптации к изменению состояния здоровья больных и инвалидов.

Примером реализации подобного подхода может служить следующая структура отделения профилактики.

Предлагаемая структура может быть дополнена смотровыми кабинетами (мужским и женским), кабинетом оптометрии, вакцинопрофилактики и др.

Изменение управленческой структуры поликлиники

Предлагаемая система организации амбулаторно-поликлинической помощи предполагает и изменения в управлении поликлиникой. При этом большинство функций, выполняемых руководителями поликлиники в предыдущий период, сохраняется.

Так, по-прежнему возглавляет поликлинику главный врач, который осуществляет руководство деятельностью учреждения, несет ответственность за планирование и организацию, реализацию качественной и эффективной медицинской помощи, финансовое, кадровое и иное ресурсное обеспечение деятельности учреждения.

В структуру управления, кроме главного врача, заместителей по лечебной, клинико-экспертной работе и экономике, главного бухгалтера и иных традиционных специалистов, необходимо включить менеджеров по маркетингу и по труду. Последние могут иметь как врачебное, так и высшее сестринское образование и должны пройти обязательную последипломную подготовку по курируемому разделу работы, включая правовые, экономические и иные необходимые знания.

Какие же функции, отсутствующие сегодня в управлении поликлиникой, должны выполнять указанные специалисты?

Менеджер по маркетингу должен изучать медико-демографическую и экономическую ситуацию, имеющиеся риски для здоровья потенциальных потребителей медицинских услуг и возможный спрос на медицинские, медико-социальные, оздоровительные, санитарно-гигиенические и иные услуги здравоохранения, потребность в использовании различных медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, осуществлять активный поиск возможных потребителей указанных услуг, как в сфере обязательной деятельности, так и в сфере платных медицинских услуг в рамках действующего законодательства. Таким образом, этот специалист обеспечивает конкурентоспособность учреждения в условиях внедрения элементов рыночного механизма в здравоохранение. Кроме того, его работа способствует постоянной и оперативной оптимизации профиля, объемов и качества оказываемой медицинской помощи.

Менеджер по труду призван решать проблемы определения потребности учреждения в специалистах различного профиля и уровня, необходимости их переподготовки и повышения квалификации, совместно с другими руководителями осуществлять разработку моделей конечных результатов деятельности специалистов и служб, направленную в т. ч. на повышение качества медицинской помощи и оптимизацию расходов учреждения при оказании медицинских услуг, оценку объемов и качества работы специалистов, в соответствии с которой должны приниматься кадровые решения, осуществляться оплата труда.

Привлечение к работе в учреждениях здравоохранения, и в первую очередь в поликлиниках, таких специалистов будет, по нашему мнению, способствовать совершенствованию применения экономических методов управления здравоохранением и может оказать решающее влияние на ускорение внедрения в практику современных организационных и медицинских технологий.

Заключение

Безусловно, для ускорения реформы первичной медицинской помощи требуется утверждение новой нормативной базы и осуществление постоянного мониторинга этого процесса.

Необходимость совершенствования работы амбулаторно-поликлинических учреждений и медицинских специалистов требует принятия соответствующих решений и реализации адекватных мер по ее улучшению как на управленческом, так и на научно-методическом и практическом уровнях. По нашему мнению, такие преобразования должны осуществляться ускоренными темпами и именно в рамках проводимой в настоящее время модернизации здравоохранения.

//Заместитель главного врача.-2013.-№1.-С.18.

Дополнительная литература

Андреев А.Е. Протоколы ведения больных/А.Е. Андреев //Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи.-2012.-№12.-С.35-47.

Бравве Ю.И. Резервы развития консультативно-диагностической помощи в государственном здравоохранении/Ю.И. Бравве //Проблемы социальной медицины, здравоохранения и истории медицины.-2012.-№1.-С.32-37.

Гехт И.А. Основные направления организации стационарной медицинской помощи лицам старших возрастов/И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения.-2012.-№7.-С.20-24.

Додонов А. Г. Контроль соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности в медицинских организациях в соответствии с приказом Минздрава России от 21.12.2012 №1345н / А. Г. Додонов //Заместитель главного врача.-2013.-№6.-С.68-75.

Додонов А.Г. Порядок отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение: современные проблемы/А.Г. Додонов //Заместитель главного врача.-2012.-№4.-С.17-23.

Додонов А.Г. Осуществление контроля над порядком получения, учета, распределения и хранения бланков листков нетрудоспособности в медицинских организациях/А.Г. Додонов //Заместитель главного врача.-2012.-№11.-С.64-73.

Доютова М. В. Функции врача-терапевта при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи / М. В. Доютова, И. А. Пудова, Н. Г. Волкова // Заместитель главного врача. - 2013. - №9. - С. 22-28.

Доютова М.В. Организационно-методические подходы к совершенствованию оказания амбулаторно-поликлинической помощи/М.В. Доютова //Медицинский альманах.-2012.-№1.-С.17-20.

Ефимова Е. В. Оказание психиатрической помощи пациентам соматических ЛПУ / Е. В. Ефимова, М. А. Елфимов //Заместитель главного врача.-2013.-№6.-С.14-25.

Козырев В.А. Единый стандартизированный подход к оформлению медицинской карты больного при летальном исходе/В.А. Козырев // Заместитель главного врача.-2012.-№5.-С.30-37.

Кочубей А. В. Организация оказания медицинской помощи: нормативно-правовое регулирование / А. В. Кочубей // Здоровоохранение. - 2013. - №12. - С. 50-54.

Майорова О.А. Оптимизация трудозатрат в клинико-диагностической лаборатории/О.А. Майорова //Здоровоохранение.-2012.-№6.-С.98-101.

Мураховский А.Г. Реализация диагностических и лечебных технологий оздоровления населения в амбулаторно-поликлинических условиях/А.Г. Мураховский//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2012.-№5.-С.25-27.

Павлова С.Г. Школы ухода за тяжелобольными пациентами в ЛПУ/С.Г. Павлова//Заместитель главного врача.-2012.-№10.-С.31-33.

Панов А.В. О возложении на фельдшера (акушерку) функций лечащего врача /А.В. Панов, К.Г. Хасикян //Справочник фельдшера и акушерки.-2013.-№2.-С.8-17.

Плутницкий А. Н. Анализ организации оказания основных видов амбулаторно-поликлинической помощи в сельской местности / А. Н. Плутницкий, А. А. Загоруйченко // Заместитель главного врача. - 2012. - №9. - С. 30-39.

Сквирская Г. П. Актуальные проблемы модернизации амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации / Г. П. Сквирская // Заместитель главного врача. - 2012. - №8. - С. 16-26.

Сквирская Г. П. Современные подходы к формированию организационной структуры амбулаторно-поликлинических учреждений / Г. П. Сквирская // Заместитель главного врача. - 2013. - №1. - С. 18-26.

Шипова В.М. Нормирование труда фельдшеров для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению/ В.М. Шипова, О.Г. Минин //Справочник фельдшера и акушерки.-2013.-№7.-С.80-86.

Шипова В. М. Определение численности должностей для обеспечения разных режимов работы в медицинских организациях / В. М. Шипова, З. Б. Киндаров // Здоровоохранение. - 2013. - №12. - С. 92-96.

Шипова В.М. Планирование численности должностей для обеспечения работы круглосуточного поста/В.М. Шипова, О.Г.Минин //Заместитель главного врача.-2012.-№3.-С.17-23.

Шипова В.М. Планирование объема медицинской помощи и численности медицинского персонала в современных условиях/В.М. Шипова, А.Н. Плутницкий //Заместитель главного врача.-2012.-№4.-С.12-16; №5.-С.18-24; №6.-С.14-18.

Щепин В. О. Объем и структура амбулаторно-поликлинических посещений у врачей в Российской Федерации в 2009-2011 гг. / В. О. Щепин, О. В. Миргородская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2013. - №3. - С. 9-14.

Функции врача-терапевта при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи

М.В. Доютова, И.А. Пудова, Н.Г. Волкова

Большинство действующих в настоящее время порядков оказания медицинской помощи, утвержденных приказами Минздрава России, имеют один важный общий подход: они определяют этапность оказания определенного вида медицинской помощи, начиная с амбулаторного уровня, и дальнейшую маршрутизацию больных - до получения высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой и неотложной формах и предусматривает:

первичную доврачебную медико-санитарную помощь;

первичную врачебную медико-санитарную помощь;

первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-терапевтами участковыми цехового врачебного участка по территориально-участковому принципу.

Для всех профилей больных в порядках оказания отдельных видов медицинской помощи (по профилям) определен уровень оказания первичной врачебной помощи. Так, в рамках первичной врачебной медико-санитарной помощи врач-терапевт участковый:

проводит мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара;

при наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи, не требующей ее оказания в стационарных условиях, направляет больного в кабинет врача-специалиста медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи;

при невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний направляет больного в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по соответствующему профилю. Однако в ряде случаев предусмотрено оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи врачами-терапевтами участковыми. Так, в Порядке оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденном приказом Минздрава России от 15.11.2012 №918н, указано: «В случае отсутствия в медицинской организации кардиологического кабинета первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в терапевтическом кабинете врачом-терапевтом участковым, прошедшим в установленном порядке повышение квалификации по специальности «кардиология». В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты, утвержденном приказом Минздрава России от 12.11.2012 №902н, в обязанности врачей-терапевтов вменено также оказание неотложной помощи больным офтальмологического профиля.

Таким образом, врач-терапевт участковый (врач общей практики, врач-терапевт цехового врачебного участка) наделяется ранее несвойственными ему функциями. В связи с этим возникает необходимость уточнить функции врача-терапевта в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов медицинской помощи (по профилям). Однако

большинство утвержденных порядков оказания медицинской помощи не содержат обязанностей, которые выполняет врач-терапевт участковый, и перечня заболеваний, с которыми больные наблюдаются и лечатся у данного специалиста. Вместе с тем в приказе Минздрава России от 21.12.2012 №1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» приведен Перечень заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом.

Анализ порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и Порядка проведения диспансерного наблюдения позволил сформулировать перечень функций врача-терапевта участкового территориальной поликлиники при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи (таблица).

Перечень функций врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи

Профиль оказываемой медицинской помощи	Нормативные документы, регламентирующие оказание медицинской помощи	Функции врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача) при выполнении порядков оказания отдельных видов медицинской помощи
1	2	3
Ппульмонология	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "пульмонология"»	Лечение и наблюдение (с учетом консультации врача-пульмонолога) пациентов: с рецидивирующим и хроническим бронхитом; хронической обструктивной болезнью легких нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии; посттуберкулезными и постпневмоническими изменениями в легких без дыхательной недостаточности; состояниями после перенесенного плеврита; бронхиальной астмой (контролируемой на фоне приема лекарственных препаратов)

Кардиология	<p>Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями»</p>	<p>Ведение пациентов: с хронической ишемической болезнью сердца без жизнеугрожающих нарушений ритма, хронической сердечной недостаточностью не более II функционального класса; состоянием после перенесенного инфаркта миокарда по прошествии более 12 мес., при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии 1-11 функционального класса со стабильным течением, хронической сердечной недостаточностью не более II функционального класса; стенокардией напряжения 1-11 функционального класса со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста; стенокардией напряжения 1—IV функционального класса со стабильным течением у лиц пенсионного возраста; артериальной гипертонией 1—3-й степени у лиц с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов; легочной гипертензией 1-11 функционального класса со стабильным течением; состоянием после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии 6 мес. от даты операции; состоянием после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии более 12 мес. от даты операции; хронической сердечной недостаточностью I-III функционального класса, стабильное состояние; фибрилляцией и (или) трепетанием предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии); фибрилляцией и (или) трепетанием предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем частоты сердечных сокращений на фоне приема лекарственных препаратов); предсердной и желудочковой экстрасистолией, наджелудочковой и желудочковой тахикардией на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии</p>
Гастроэнтерология	<p>Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 906н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология"»</p>	<p>Лечение и наблюдение пациентов со следующими заболеваниями: - эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный); - гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроэктолической метаплазии пищевода Баррета); - язвенная болезнь желудка, неосложненное течение; - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; - хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит; - полипы (полипоз) желудка; - дивертикулярная болезнь кишечника, легкое течение; - полипоз кишечника, семейный полипоз толстой кишки; - синдром Гартнера, синдром Пейца - Егерса, синдром Турко; - состояние после резекции желудка (по прошествии более 2 лет после операции); - рубцовая стриктура пищевода, не требующая оперативного лечения</p>

Колопроктология	<p>Приказ Минздравсоцразвития России от 02.04.2010 № 206н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля»</p>	<p>Выявление лиц с риском развития заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности и их осложнений;</p> <p>при подозрении или выявлении заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности и их осложнений направление больных на консультацию к врачу-колопроктологу амбулаторное лечение больных с колопроктологическими заболеваниями в соответствии со стандартами медицинской помощи, с учетом рекомендаций врачей-колопроктологов;</p> <p>при подозрении онкологических заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности направление больных в онкологический диспансер для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения пациента;</p> <p>при выявлении онкологических заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности, лечение и наблюдение пациента осуществляется на основе взаимодействия врачей-специалистов: колопроктолога, прошедшего усовершенствование по вопросам онкологии, и онколога;</p> <p>наблюдение и лечение пациентов со следующими заболеваниями и состояниями: воспалительные заболевания толстой кишки (язвенный колит, болезнь Крона), синдром раздраженного кишечника, функциональный запор, дивертикулярная болезнь толстой кишки, кишечные стомы, недержание кала, хронические заболевания аноскопической области</p>
Ревматология	<p>Приказ Минздрава России от 12.11.2012 №900н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "ревматология"»</p>	<p>Лечение больных:</p> <p>с остеоартрозом мелких и средних суставов, а также остеоартрозом крупных суставов без синовита, не нуждающихся в эндопротезировании, - после консультации врача-ревматолога;</p> <p>воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника и системными заболеваниями соединительной ткани вне обострения - по рекомендации врача-ревматолога;</p> <p>метаболическими заболеваниями суставов (подагра, псевдоподагра, охроноз и другие) - по рекомендации врача-ревматолога;</p> <p>хроническими ревматическими заболеваниями сердца (пороки) без признаков воспалительной активности; первичным остео- порозом (постменопаузальный и сенильный) - по рекомендации врача-ревматолога или другого врача-специалиста.</p> <p>При наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи, не требующей ее оказания в стационарных условиях, направление больного в кабинет врача-ревматолога медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи с предоставлением выписки из медицинской документации больного, содержащей диагноз заболевания (состояния), сведения о состоянии здоровья больного, проведенных диагностике и лечении, с приложением результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований.</p>

1	2	3
Урология	<p>Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология"»</p>	<p>Наблюдение и лечение пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - перенесших острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью 1 -й стадии; - страдающих хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), в стабильном состоянии с хронической почечной недостаточностью 1 -й стадии; - относящихся к группам риска поражения почек
Онкология	<p>Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "онкология"»</p>	<p>Выявление риска развития онкологических заболеваний.</p> <p>При подозрении или выявлении опухолевого заболевания пациента направляют в первичный онкологический кабинет (отделение), после чего врач-специалист первичного онкологического кабинета направляет пациента в онкологический диспансер, онкологическую больницу для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения пациента</p>
Эндокринология	<p>Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 899н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология"»</p>	<p>Осуществление диагностики с целью выявления эндокринных заболеваний, а также определения риска развития эндокринных заболеваний и их осложнений;</p> <p>разработка плана мероприятий по профилактике эндокринных заболеваний и их осложнений;</p> <p>оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях на основе стандартов медицинской помощи;</p> <p>при наличии медицинских показаний направление больных с риском развития эндокринных заболеваний и их осложнений на обследование к врачам-эндокринологам отделений эндокринологии или эндокринологического центра;</p> <p>учет и отбор больных, нуждающихся в оказании специализированной, в т. ч. высокотехнологичной, медицинской помощи;</p> <p>в амбулаторных условиях выявление признаков поражения эндокринных органов, а также риска развития эндокринных заболеваний и их осложнений с применением общеклинических, гормональных и инструментальных исследований в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи;</p> <p>при отсутствии лабораторно-инструментальных данных, подтверждающих наличие эндокринных заболеваний, регулярное, не реже 1 раза в год, наблюдение больных, входящих в группы риска;</p> <p>наблюдение пациентов, имеющих инсулиннезависимый сахарный диабет (2-й тип), инсулинзависимый сахарный диабет (2-й тип) с подобранной дозой инсулина и стабильным течением</p>

1	2	3
---	---	---

Оториноларингология	Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 905н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "оториноларингология"»	<p>- Оказание медицинской помощи больным с заболеваниями ЛОР-органов легкой степени тяжести клинического течения заболевания, с учетом рекомендаций врачей-оториноларингологов;</p> <p>- выявление риска развития заболеваний ЛОР-органов и их осложнений;</p> <p>- при выявлении у больного высокого риска развития заболевания ЛОР-органов и (или) его осложнения направление на консультацию в кабинет врача-оториноларинголога с выпиской из амбулаторной карты (истории болезни), с указанием предварительного (или заключительного) диагноза, сопутствующих заболеваний, а также имеющихся данных лабораторных и функциональных исследований</p>
Инфекционный профиль	Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 №69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных	<p>Оказание медицинской помощи больным инфекционными заболеваниями, не представляющими опасности для окружающих, легкой степени или при подозрении на такие заболевания;</p> <p>проведение комплекса лечебно-диагностических мероприятий, в т. ч. направленных на установление возбудителя инфекционных заболеваний;</p> <p>проведение первичных противоэпидемических мероприятий</p>
Офтальмология	Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 902н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты»	<p>Направление больных на консультацию к врачу-офтальмологу при подозрении или выявлении у больных заболеваний глаза, его придаточного аппарата и орбиты;</p> <p>оказание в амбулаторных условиях неотложной медицинской помощи в объеме первичного осмотра и обработки раны (после оказания неотложной медицинской помощи и при отсутствии медицинских показаний к госпитализации) больные направляются в офтальмологический кабинет) при возникших внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний глаза, его придаточного аппарата и орбиты без явных признаков угрозы жизни больного</p>
Нефрология	Приказ Минздравсоцразвития России от 18.01.2012 №17н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "нефрология"»	<p>Выявление больных с признаками поражений почек, а также с риском развития нефрологических заболеваний и их осложнений;</p> <p>разработка плана мероприятий по профилактике хронических болезней почек для больных с признаками поражений почек, а также с риском развития нефрологических заболеваний и их осложнений;</p> <p>осуществление амбулаторного лечения больных с нефрологическими заболеваниями в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи;</p> <p>направление при необходимости больных с риском развития нефрологических заболеваний и их осложнений к врачам-нефрологам нефрологического центра;</p> <p>ведение учета больных, страдающих хронической почечной недостаточностью, в т. ч. нуждающихся в начале лечения диализом, а также получающих специализированную медицинскую помощь методами заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) и высокотехнологичную медицинскую помощь (трансплантация почки);</p> <p>- динамическое наблюдение и лечение с регулярным контролем не менее 4 раз в год состояния функции почек следующих категорий больных: перенесших острую почечную недостаточность; страдающих хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии); относящихся к группам риска поражения почек; реципиентов трансплантированной почки; страдающих хронической почечной недостаточностью;</p> <p>- оценка риска нефрологических заболеваний у больных старше 45 лет</p>

Неврология	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 926н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению в учреждениях здравоохранения при заболеваниях нервной системы»	Наблюдение пациентов: с последствиями перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 мес. после острого периода; деменциями, иными состояниями, сопровождающимися когнитивными нарушениями, со стабильным течением; последствиями легких черепно-мозговых травм, не сопровождавшихся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по прошествии 6 мес. после травмы; последствиями травмы нервной системы, сопровождавшейся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по истечении 6 мес. после операции; стенозом внутренней сонной артерии от 40 до 70%
------------	--	---

Таким образом, общими функциями врача-терапевта при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в соответствии с вышеуказанными непрофильными порядками оказания медицинской помощи являются:

выявление риска развития заболеваний и их осложнений и дальнейшее направление больных на обследование к врачам-специалистам;

осуществление амбулаторного лечения больных с легкой степенью тяжести заболевания;

проведение диспансерного наблюдения;

ведение учета граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

информирование гражданина о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;

организацию и проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), обследований, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в т. ч. на дому в случае невозможности посещения гражданином, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций.

Заключение

Заместителям главного врача по медицинской части и клинико-экспертной работе необходимо организовывать деятельность участковой службы территориальной поликлиники с учетом ее роли в оказании первичной специализированной медицинской помощи с целью выполнения порядков оказания медицинской помощи; разработать и утвердить приказом типовые внутриучрежденческие маршруты движения потока больных, нуждающихся в первичной специализированной помощи; внести изменения в должностные инструкции врачей-терапевтов в части обязанностей, функций по выполнению непрофильных порядков оказания медицинской помощи.

//Заместитель главного врача.-2013.-№9.-С.22.

Дополнительная литература

Авдеева М. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи / М. Авдеева, Ю. Лобзин, В. Лучкевич // Врач. - 2013. - №11. - С. 83-85.

Александрова О. Ю. Проблемы реализации права гражданина на выбор медицинской организации и врача для получения первичной медико-санитарной помощи / О. Ю. Александрова, О. А. Нагибин, М. В. Горелов // *Здравоохранение*. - 2013. - №5. - С. 80-89.

Боев В. С. Деятельность фельдшерско-акушерских пунктов / В. С. Боев, Л. В. Ушакова // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. - 2012. - №3. - С. 41-44.

Боев В. С. Пути повышения доступности первичной медико-санитарной помощи сельским жителям / В. С. Боев // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. - 2013. - №6. - С. 32-35.

Ибрагимов А. Ю. Характеристика деятельности врача общей практики в Узбекистане / А. Ю. Ибрагимов, М. П. Менликулов, А. А. Жуманов // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. - 2012. - №3. - С. 52-53.

Калининская А.А. Анализ деятельности общих врачебных практик в условиях села // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. - 2012. - №2. - С. 35-39.

Хайдарова Т. С. Совершенствование профилактической деятельности в системе первичной медико-санитарной помощи / Т. С. Хайдарова, Р. Н. Нурмуханбетова // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. - 2011. - №3. - С. 44-46.

Шильникова Н. Ф. Экспертная оценка эффективности первичной медико-санитарной помощи, оказываемой амбулаторно-поликлиническим учреждением / Н. Ф. Шильникова, О. В. Ходакова, И. В. Богатова // *Экономика здравоохранения*. - 2011. - №9. - С. 10-13.

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи: совершенствование диспансеризации населения

С.А. Бойцов, П.В. Ипатов, А.М. Калинина

Снижение смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний (далее - ХНИЗ), как показывает опыт многих зарубежных стран, более чем на 50% обусловлено комплексными мерами профилактики как на государственном уровне (популяционная стратегия профилактики), так и в рамках системы здравоохранения (стратегия высокого риска, вторичная профилактика, реабилитация).

Стратегия высокого риска подразумевает раннее выявление лиц с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском по системе SCORE (при отсутствии

доказанных заболеваний атеросклеротического генеза и сахарного диабета) и снижение этого риска посредством коррекции биологических и поведенческих факторов риска ХНИЗ. Одно из ключевых мест в реализации стратегии высокого риска в учреждениях здравоохранения принадлежит первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП).

Вторичная профилактика - это предотвращение развития первичных или повторных осложнений у лиц, имеющих доказанные ХНИЗ, посредством применения эффективных лечебных мер - медикаментозных, интервенционных или хирургических.

При реализации стратегий медицинской профилактики (высокого риска, вторичной профилактики) неизбежно потребуется увеличение общих затрат на здравоохранение, главным образом за счет дополнительных инвестиций в мероприятия по раннему выявлению лиц с высоким риском заболеваний.

С 2013 г. в нашей стране под эгидой Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан начинается системная работа по реализации на федеральном уровне стратегии популяционной профилактики на межведомственной основе с привлечением целого ряда министерств, ведомств, общественных и религиозных организаций.

В системе здравоохранения также происходят перемены в направлении совершенствования мер профилактики заболеваний в рамках ПМСП. Одним из ключевых нововведений является реализация новой идеологии и организационной основы диспансеризации населения, потребность в которой сформировалась в последние годы из-за неудовлетворительного состояния здоровья населения.

Диспансеризация населения в Российской Федерации в исторической перспективе

Диспансеризация в нашей стране имеет давнюю историю. Программа всеобщей диспансеризации населения была принята в 1986 г., согласно ей в поликлиниках были созданы отделения и кабинеты профилактики, увеличена численность врачей-терапевтов участковых и врачей-педиатров, улучшено лабораторно-инструментальное оснащение. Впервые указывалось, что в выделенных группах здоровья следует учитывать лиц с факторами риска возникновения заболеваний, и давались рекомендации по их диспансерному (динамическому) наблюдению.

Однако запланированное ежегодное всеобщее обследование населения не было достаточно обосновано с позиции ресурсного и организационного обеспечения и оказалось весьма затратным, сложным в организационном отношении, затрудняющим текущую работу поликлиник и недостаточно эффективным, что привело к практически недейственности упомянутого приказа на практике. Диспансеризация многие годы ограничивалась только отдельными группами населения (военнослужащие, государственные служащие, дети и подростки, ветераны Великой Отечественной войны, инвалиды, ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС и др.), что регламентировалось отдельными нормативными документами.

С 2006 г. стартовала дополнительная диспансеризация (далее - ДД) работающего населения страны. На начальном этапе ДД была адресована гражданам 35-55-летнего возраста - работникам учреждений бюджетной сферы (образование, здравоохранение, наука, культура, социальная сфера). В последующие годы ограничение по сфере занятости и возрасту было снято. Однако этот этап развития диспансерного метода не способствовал внедрению в реальную практику ПМСП декларируемого многие годы профилактического направления деятельности по целому ряду причин, в определенной степени связанных с организационными особенностями ДД:

профилактические меры ограничивались только выявлением патологии и риска развития заболеваний, но не были дополнены нормативно закрепленными мерами по снижению и коррекции управляемых факторов риска развития ХНИЗ;

не выполнялась преемственность в контроле риска заболеваний (существовал разрыв между учреждениями, проводящими ДД, и учреждениями, в задачи которых входили динамическое наблюдение и лечебно-профилактические меры;

инфраструктура амбулаторно-поликлинических учреждений, призванная выявлять факторы риска и осуществлять меры по их коррекции, практически не была задействована в ходе ДД.

Анализ результатов ДД в период с 2008 по 2011 г., проведенный ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» (далее - ФГБУ «ГНИЦПМ»), демонстрирует почти двукратное снижение количества лиц, прошедших диспансеризацию. В определенной мере это может объясняться тем, что в первые годы возобновления диспансеризации на регулярной основе участие в ней со стороны работающего населения было более активным именно вследствие отсутствия в предыдущие годы возможности таких обследований. Снижение этой активности в последующем (например, в 2010 г. обследовано только 42,7% подлежащих диспансеризации) могло быть связано с организационными недочетами. Вследствие того, что диспансеризация работающего населения осуществлялась по производственному принципу, из-за организационных нестыковок результаты обследования конкретного гражданина зачастую не попадали в руки врача-терапевта того участка, на котором пациент проживал и должен был наблюдаться, который, как правило, и не вовлекался в процесс диспансеризации. В результате после медицинских обследований реальной профилактической помощи в необходимых случаях оказано не было.

Новый порядок диспансеризации взрослого населения

С 2013 г. начинается обновленная диспансеризация, которая в соответствии с определением ст. 46 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Диспансеризации подлежат как работающие, так и неработающие граждане, а также обучающиеся в образовательных учреждениях. Понятие

«определенные группы населения» означает, что диспансеризация проводится в определенные возрастные периоды, 1 раз в 3 года, начиная с 21 года, в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Минздрава России от 03.12.2012 №1006н (далее - Порядок диспансеризации), кроме тех случаев, когда законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ установлен иной порядок проведения диспансеризации.

Новый Порядок диспансеризации разрабатывался с учетом отечественного (как положительного, так и отрицательного) и международного опыта и рекомендаций.

В цели диспансеризации входит:

раннее выявление ХНИЗ, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, основных факторов риска их развития, туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

определение группы состояния здоровья и необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий;

проведение краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведение индивидуального углубленного профилактического консультирования для граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;

определение группы диспансерного (динамического) наблюдения.

Основные принципы Порядка диспансеризации:

участковый принцип организации диспансеризации в системе ПМСП;

возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации:

в медицинской организации - на руководителя организации и заведующего отделением (кабинетом) медицинской профилактики (в т. ч. входящим в состав центра здоровья);

на врачебном участке (терапевтическом, цеховом) - на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача);

проведение диспансеризации в два этапа: на первом этапе (скрининг) выявляются признаки ХНИЗ, факторы риска их развития, потребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача с использованием унифицированной анкеты, а также определяются показания к выполнению обследований и врачебных осмотров, проводится краткое профилактическое консультирование; второй этап - уточнение диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, при необходимости - направление на дополнительные обследования (за рамками диспансеризации), проведение углубленного профилактического консультирования;

конкретизация понятия «факторы риска», к которым отнесены повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, гипергликемия,

курение табака, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение;

принцип дифференцированного набора инструментально-лабораторных методов исследования второго этапа по результатам первого этапа диспансеризации, а также в зависимости от возраста и пола обследуемых;

Новый принцип определения группы здоровья:

к I группе здоровья относят граждан без доказанных заболеваний с низким и средним сердечно-сосудистым риском, определенным по шкале SCORE. Таким гражданам проводится краткое профилактическое консультирование, коррекция факторов риска врачом-терапевтом в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья;

к II группе здоровья относят граждан без доказанных заболеваний с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. Таким гражданам проводится коррекция факторов риска ХНИЗ в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для коррекции факторов риска, эти граждане подлежат диспансерному наблюдению в отделении (кабинете) медицинской профилактики;

к III группе здоровья относят граждан, имеющих доказанные заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи, в т. ч. высокотехнологичной, а также граждан с подозрением на наличие заболевания, требующего дополнительного обследования. Гражданам этой группы, имеющим факторы риска ХНИЗ, проводится их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья;

обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции факторов риска уже в процессе медицинского осмотра в рамках диспансеризации.

Организация проведения диспансеризации в амбулаторно-поликлинических учреждениях

Без учета отдельных категорий граждан, проходящих диспансеризацию в соответствии с иными законодательными и нормативными правовыми актами РФ, ежегодно диспансеризации, начиная с 2013 г., будут подлежать порядка 26 млн. чел. (с учетом наиболее вероятного 50%-го отклика объем обследованных составит около 13 млн. чел.). Безусловно, потребуются тщательная подготовка каждой медицинской организации, участвующей в диспансеризации, и главным образом это коснется поликлиник.

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», в каждой поликлинике должно быть организовано отделение медицинской профилактики. В медицинских организациях, обслуживающих менее 25 тыс. чел., создаются кабинеты медицинской профилактики. В таких организациях для проведения диспансеризации, кроме кабинета медицинской профилактики, привлекаются другие подразделения - для выполнения функций доврачебного приема и

координации мероприятий, централизованного учета (например, кабинет доврачебной помощи, регистратура).

Для проведения первого этапа диспансеризации медицинская организация должна располагать следующим оборудованием: электрокардиограф, флюорограф, маммограф, прибор для ультразвукового исследования органов брюшной полости (для граждан старше 39 лет), приборы для измерения внутриглазного давления, экспресс-анализа содержания глюкозы и холестерина в крови, общего анализа мочи, анализа кала на скрытую кровь, биохимического и клинического анализа крови, определения в крови простатспецифического антигена у мужчин (старше 50 лет). Должна быть предусмотрена возможность проведения цитологического исследования мазка с шейки матки у женщин.

Для проведения второго этапа диспансеризации потребуются прибор для дуплексного сканирования сонных артерий, фиброгастроудоденоскоп, фиброколоноскоп (ректороманоскоп), прибор для определения концентрации гликированного гемоглобина в крови или проведения теста на толерантность к глюкозе. Для проведения углубленного профилактического консультирования необходимы такие специалисты, как невролог, хирург, офтальмолог, акушер-гинеколог.

При отсутствии у медицинской организации, осуществляющей диспансеризацию, лицензии на медицинскую деятельность по отдельным видам работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации в полном объеме, или необходимого оборудования, медицинская организация может заключить договор с иной медицинской организацией о привлечении соответствующих медицинских работников и (или) использовании соответствующего оборудования при проведении диспансеризации.

Безусловно, проведение диспансеризации увеличит нагрузку на всю медицинскую организацию. Проведенные ФГБУ «ГНИЦПМ» расчеты и анализ готовности медицинских учреждений ПМСП по стране показывают, что нагрузка на врача-терапевта участкового возрастет, но не более чем на 8-10% от существующей в настоящее время. Вместе с тем при правильной организации запланированной масштабной диспансеризации и преодолении трудностей первых лет ее реализации, обеспечении необходимых объемов медицинских обследований, внедрении последующего комплекса лечебных и профилактических динамических мер правомерно ожидать снижения нагрузки на службы здравоохранения в связи с обострениями заболеваний.

Результаты апробации новой модели диспансеризации взрослого населения

Апробация новой модели диспансеризации взрослого населения была проведена под методическим руководством сотрудников ФГБУ «ГНИЦПМ» в октябре - ноябре 2012 г. в пяти поликлиниках Московской области (городских, в составе центральных районных и участковых больниц). В течение пяти недель оценивались следующие показатели:

активность населения - общее количество, возрастной и половой состав граждан, пришедших на диспансеризацию;

возможность выполнения программы диспансеризации с учетом реального оснащения, существующих штатов и кадров различных (крупных и небольших) поликлиник;

степень влияния диспансеризации на текущую работу поликлиник;

реальная длительность выполнения комплекса планируемых медицинских обследований (выполнения законченного случая диспансеризации). За период апробации на диспансеризацию пришли 3082 чел. (в среднем по 120 чел. в неделю на одну поликлинику). Среди обследованных пациентов большинство составили лица среднего и старшего возраста: в возрасте 50-59 лет - 24%, 60-69 лет - 22%, 70 лет и старше - 20% (в т. ч. доля лиц старше 80 лет - 2%). Доля лиц в возрасте 20-29 лет составила 10%, 30-39 лет - 10%, 40-49 лет - 14%. Мужчины составили 1/4, женщины - 3/4 обследованных. При сравнении возрастной структуры обследованных с возрастной структурой взрослого населения России, как и ожидалось, лиц в возрасте до 40 лет оказалось почти вдвое меньше, а в старшей возрастной группе - в 1,7-2 раза больше. Важно подчеркнуть, что в среднем возрасте доля обследованных была наиболее сходна с возрастной структурой населения страны. Так, граждан в возрасте 40-49 лет среди обследованных было 14% (в Российской Федерации - 17%), в возрасте 50-59 лет - 24% (в Российской Федерации - 19%), что свидетельствует о реалистичности привлечения на медицинские обследования в рамках диспансеризации в медицинские организации ПМСП по месту жительства лиц среднего возраста, среди которых, как показывают многочисленные эпидемиологические исследования, высока вероятность высокого риска ХНИЗ, поведенческих факторов риска.

Апробация процедуры медицинского обследования в рамках диспансеризации показала, что предложенный набор лабораторно-инструментальных методов и осмотров врачей-специалистов при двухэтапном алгоритме обследования позволяет определить диагноз и последующую лечебную (и диагностическую) тактику у 59% пациентов (III группа здоровья). Поскольку все эти пациенты прошли осмотр и консультирование (в т. ч. и профилактическое) своего участкового врача, очевидна результативность такого обследования и реалистичность последующего диспансерного наблюдения.

Среди обследованных I группа здоровья была установлена только 11% пациентов, что, с одной стороны, может быть отражением небольшой доли лиц с низким и средним риском заболеваний среди взрослого населения нашей страны, с другой стороны, может быть объяснено возрастными особенностями обследованных с преобладанием представителей старших возрастных групп. В задачи апробации не входило оценить распространенность групп здоровья; вместе с тем следует подчеркнуть, что категория лиц с низким и средним риском заболеваний ранее, до проведения широкой диспансеризации, не могла быть выявлена, т. к., как правило, активно в поликлинику не обращалась с этой целью, а амбулаторные обращения в связи с острыми заболеваниями не предполагают ни выявления рисков ХНИЗ, ни профилактического консультирования.

Апробация показала, что четверть обследованных (24%) имели высокий и очень высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний при отсутствии клинически выраженных заболеваний. Практически можно утверждать, что для

этой категории населения проведение медицинских обследований в рамках диспансеризации является не только возможностью своевременного выявления факторов рисков, но и возможностью осуществить их коррекцию в поликлинике, получить профилактическую и необходимую лечебную помощь.

Апробация процедуры диспансеризации позволила выявить организационные проблемы и трудности, а наряду с ними и показать реалистичность выполнения диагностических процедур. Так, первый этап диспансеризации удалось выполнить в среднем за 3 дня с двумя посещениями пациента. На второй этап диспансеризации были направлены 41% граждан от числа прошедших первый этап. Полностью закончили второй этап диспансеризации за период апробации (5 недель) 79% пациентов (21% граждан не успели пройти второй этап в рамках пилотного исследования и заканчивали его в течение следующего месяца), т. е. для большинства граждан прохождение двух этапов диспансеризации заняло около одного месяца.

На втором этапе обследования потребовались консультации специалистов: хирурга (проктолога) - 1,5% пациентов (от общего числа граждан, пришедших на медицинское обследование в рамках диспансеризации), невролога - 13,0%, офтальмолога - 3,0%. Были выполнены лабораторно-инструментальные исследования: определение липидного спектра крови - 33,0% пациентов, фиброгастроуденоскопия - 6,0%, фиброколоноскопия (ректороманоскопия) - 2,0%, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий - 8,0% пациентов.

В целом апробация предложенной процедуры диспансеризации с расширенным объемом инструментально-лабораторных исследований, включая профилактическое консультирование по ее результатам, показала реальную возможность проведения диспансеризации без существенного затруднения текущей работы поликлиники. Наибольшие очереди пациентов вначале отмечались у кабинета ультразвуковых исследований, что удалось скорректировать путем оптимизации маршрута пациента по поликлинике и организационными мерами, которые в каждом учреждении имели свои особенности (в зависимости от местоположения кабинетов). Координирующую функцию в этом процессе выполняли отделения (кабинеты) медицинской профилактики.

Заключение

Безусловно, за такой короткий период апробации было невозможно выявить все проблемные моменты нового варианта диспансеризации взрослого населения. Очевидно, что органам управления здравоохранения и медицинским организациям, готовящимся к проведению диспансеризации на регулярной основе, необходимо предусмотреть не только открытие отделений медицинской профилактики, но и достаточное оснащение учреждений необходимым диагностическим оборудованием или, в крайнем случае, своевременное заключение договоров с медицинскими организациями, имеющими специалистов и такое оборудование.

Совершенствование процесса диспансеризации в учреждениях здравоохранения - проблема многоплановая, и на пути ее решения предстоит преодолеть не только организационные и ресурсные барьеры, но и наиболее

труднопреодолимые традиционно сложившиеся в сознании каждого медицинского работника парадигмы медицинской помощи в целом. Предстоит переосмысление и формирование здравоохранительной идеологии, обретение понимания не только важности медицинских профилактических функций, но и их особенностей и принципиальных отличий от традиционного медицинского, преимущественно лечебно-диагностического вмешательства. Только при этих условиях будет возможно преодолеть декларирование профилактической направленности российского здравоохранения и достичь принятия профилактической парадигмы в повседневной практике.

//Заместитель главного врача.-2013.-№5.-С.18.

Дополнительная литература

Бойцов С. А. Новые клинико-организационные подходы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи / С. А. Бойцов, А. М. Калинина, П. В. Ипатов // Терапевтический архив. - 2013. - №8. - С. 8-13.

Голиков В. Е. Проведение комплексных проверок организации профилактической работы в медицинских учреждениях / В. Е. Голиков, Т. Г. Задоркина // Заместитель главного врача. - 2013. - №9. - С. 96-105.

Камаев И. А. Возможности и перспективы применения мобильных телемедицинских комплексов в профилактических программах / И.А. Камаев [и др.] //Медицинский альманах.-2013.-№2.-С.16-18.

Ретнев В. М. Возможности улучшения проведения профилактических медицинских осмотров / В. М. Ретнев, С. В. Гребеньков // Здравоохранение Российской Федерации. - 2013. - №4. - С. 47-49.

Федоров Ю.Ф. Новые правила проведения медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда //Заместитель главного врача.-2012.-№1.-С.6-13., //Главная медицинская сестра.-2012.-№3.-С.43-50

Организация оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара: медико-социальная и экономическая эффективность

Н.В. Агранович, Т.А. Андросова, Н.Ю. Ермолаева

Особенности оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара

Предпосылками развития стационарзамещающих технологий оказания медицинской помощи являются увеличение доли населения старших возрастных групп и числа больных с хроническими формами заболеваний, а также значительное удорожание стационарного лечения. И хотя первое упоминание о дневных стационарах в России отмечено более 70 лет назад, наиболее популярной

и востребованной формой медицинского обслуживания населения они становятся в конце 1990-х гг., когда приказом Минздрава России от 09.12.1999 №438 было утверждено Положение об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях.

В настоящее время возможность оказания медицинской помощи в условиях стационара предусмотрена ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 №323-03 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «Медицинская помощь может оказываться... в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения)».

Основополагающим нормативным документом, устанавливающим в т. ч. требования к правилам организации деятельности дневных стационаров, является приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Порядок и условия предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров также содержатся в приказах, утверждающих порядки оказания медицинской помощи по профилям, например в приказах Минздрава России от 15.11.2012 №923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» и от 15.11.2012 №918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», а также в некоторых приказах, утверждающих стандарты медицинской помощи при неинфекционных заболеваниях.

В функции дневного стационара входит:

проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, длительно и часто болеющих;

проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после их проведения;

подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания;

проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;

послеоперационное медицинское наблюдение за больными после несложных хирургических вмешательств (удаление доброкачественных опухолей, вросшего ногтя, панариция и др.);

осуществление комплексного восстановительного лечения больных и инвалидов, беременных женщин;

проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

Вместе с тем, лечение в дневных стационарах имеет ограничения для определенного контингента больных. К общим противопоказаниям для лечения в условиях дневного стационара относят:

общее тяжелое состояние пациента (необходимо круглосуточное наблюдение); необходимость круглосуточного введения парентеральных лекарственных препаратов;

необходимость соблюдения пациентом строгого постельного режима; значительное ограничение у пациента возможности самостоятельного передвижения или самообслуживания; ухудшение состояния здоровья в ночное время;

состояния или заболевания, при которых ухудшение провоцируется пребыванием на открытом воздухе (по пути в медицинское учреждение); острые заболевания;

открытая форма туберкулеза, активная форма венерических заболеваний, заразные кожные заболевания.

Стационары дневного пребывания как форма оказания медицинской помощи на современном этапе нашли широкое применение в лечении больных различного профиля. Наибольшее распространение дневные стационары получили в терапевтической службе. Данная форма организации работы позволяет проводить в амбулаторных условиях диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия больным, которые до этого нуждались в госпитализации, круглосуточном медицинском наблюдении. Это в большей степени обосновывает эффективность и экономичность работы дневных стационаров, при том же уровне качества оказания медицинской помощи больным.

Дневной стационар может быть организован как структурное подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения, круглосуточного стационара и в виде стационара на дому.

Рассматривая преимущества дневных стационаров в амбулаторной практике, нужно отметить наиболее значимые из них:

медицинские:

сокращение сроков лечения (при язвенной болезни - на 5,7 дня, бронхиальной астме - на 10 дней, артериальной гипертензии - на 7,2 дня, облитерирующих заболеваниях сосудов конечностей - на 8 дней);

возможность проведения реабилитации больных;

ликвидация очередей на госпитализацию;

снижение числа плановых и неоправданных госпитализаций в стационар;

улучшение использования коечного фонда стационаров;

расширение объема амбулаторно-поликлинической помощи;

социальные:

сокращение сроков временной нетрудоспособности;

снижение вероятности психологического травмирования больного и членов его семьи;

возможность пребывания больных в кругу семьи и посильное выполнение ими привычных обязанностей (уход за детьми, родителями ит. п.);

экономическая эффективность, ее величина зависит от мощности дневного стационара, которая определяется:

числом дней работы дневного стационара в течение недели;

количеством смен работы;

удельным весом работающих пациентов, находящихся на лечении.

Отдельного внимания заслуживает такой тип дневного стационара, как стационар на дому, который предназначен для лечения и динамического наблюдения за больными, не требующими круглосуточного наблюдения и лечения, которые не могут быть госпитализированы по разным причинам (например, женщины, имеющие грудных детей, пожилые лежачие больные, пациенты старческого возраста). Данная форма занимает одно из главных мест в организации оказания медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста и, самое главное, дает возможность расширения объема амбулаторно-поликлинической помощи, снижения числа плановых и неоправданных госпитализаций в стационар без ухудшения доступности лечебно-профилактических мероприятий для данной категории больных.

Анализ эффективности деятельности дневного стационара

В целях оценки медико-социальной и экономической эффективности деятельности дневных стационаров был проведен сравнительный анализ работы дневных стационаров одного из крупнейших амбулаторно-поликлинических учреждений г. Ставрополя - МБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника г. Ставрополя» (далее - поликлиника) и круглосуточного стационара - МБУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя» (терапевтическое и неврологическое отделения) за 2012 г. Дополнительно были изучены показатели эффективности работы стационара на дому, где проводилось лечение больных преимущественно пожилого и старческого возраста.

Дневной стационар поликлиники рассчитан на 23 койки: 8 терапевтических, 4 неврологических, 5 хирургических, 6 гинекологических. Объектами исследования были выбраны терапевтический и неврологический дневные стационары, в которых проходили лечение больные с хроническими неинфекционными заболеваниями. За указанный период здесь были пролечены 629 чел. (410 чел. - в терапевтическом и 219 чел. - в неврологическом). Длительность пребывания одного пациента в дневном терапевтическом стационаре составляла от 7,2 до 13,6 койко-дня (в среднем 10,4 койко-дня), в неврологическом - от 6,1 до 10,7 (в среднем 8,4 койко-дня), совокупный показатель по обоим профилям в 2012 г. составил 6668 койко-дней. Нужно отметить, что 62,80% пациентов дневных стационаров - лица старше трудоспособного возраста.

Преимущественная патология среди пациентов терапевтического дневного стационара - заболевания бронхолегочной (ОРВИ, хронический бронхит, бронхиальная астма) и сердечно-сосудистой систем (стенокардия, гипертоническая болезнь, реабилитация после перенесенного инфаркта миокарда). Пациенты неврологического дневного стационара чаще всего

проходили лечение по поводу цереброваскулярных заболеваний, дорсо- и спондилопатий.

При сравнительном анализе экономической эффективности деятельности дневного и круглосуточного стационаров было выявлено, что оказание квалифицированной медицинской помощи больным с острыми инфекционными и хроническими неинфекционными заболеваниями в стадии обострения в дневном стационаре значительно экономичнее, чем при стационарном лечении с той же патологией. Так, стоимость лечения одного пациента согласно Тарифам на оплату законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, оказанного за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях дневного стационара, утвержденным на территории Ставропольского края в среднем составила 585 руб. в день в терапевтическом дневном стационаре и 889 руб. - в неврологическом. Учитывая среднюю продолжительность лечения и количество пролеченных больных, общие затраты на лечение пациентов в дневных стационарах в 2012 г. составили около 4,5 млн. руб.

При аналогичных длительности лечения и количестве пролеченных больных с той же патологией, стоимость лечения в круглосуточном стационаре составила около 10,0-11,0 млн. руб. (из расчета средней стоимости одного койко-дня в терапевтическом стационаре -1200 руб. и в неврологическом -1350 руб.). А учитывая, что длительность лечения в условиях стационара, как правило, превышает указанные сроки, то и стоимость его значительно выше, чем в дневном стационаре.

Проведенные исследования также показали, что доля больных, выписанных со стабилизацией течения заболевания, в группах, проходивших лечение в дневных стационарах, составила $77,1,1 \pm 2,40\%$, а в группе круглосуточного стационара - $78,70 \pm 2,10\%$ ($p > 0,05$). Улучшение течения заболевания в результате проведенного лечения наблюдалось в $18,52 \pm 1,75$ и $19,09 \pm 2,10\%$ случаев соответственно. Таким образом, различия оказались незначительными, и это позволяет сделать вывод о том, что эффективность лечения определяют не условия оказания медицинской помощи (круглосуточный или дневной стационар), а качество лечебно-диагностических мероприятий.

Показатель удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи (по 10-балльной шкале), рассчитанный по итогам анкетирования пациентов дневного и круглосуточного стационаров, также в среднем не выявил статистически достоверных различий и составил $8,1 \pm 0,9$ и $7,9 \pm 0,8$ балла соответственно.

Вместе с тем, показатель качества жизни в период прохождения лечения был значительно выше у пациентов дневного стационара. Суммарные показатели физического здоровья ($PF + RP + BP + GH$, где PF - показатель физического состояния, RP - ролевого функционирования - влияния физического состояния на повседневную деятельность, BP - выраженности болевого синдрома, GH - общего состояния здоровья) у пациентов круглосуточного стационара и дневного стационара поликлиники составили $178,4 \pm 61,3$ и $204,1 \pm 38,9$ соответственно ($p < 0,005$), а суммарные показатели психического здоровья ($1/T + SF + RE + MH$,

где $1/T$ - показатель витальности (энергичности), SF - социального функционирования, RE - эмоционального состояния, MH - психического здоровья) - $223,7 \pm 83,5$ и $309,2 \pm 64,3$ соответственно ($p < 0,003$) (использована методика оценки качества жизни SF-36 Health Status Survey).

Наибольший положительный показатель качества жизни был отмечен у пожилых пациентов, проходивших лечение в стационаре на дому, что объясняется, прежде всего, стремлением большинства пожилых пациентов в процессе лечения находиться рядом с родными, близкими, друзьями, не изменять привычных условий пребывания (в домашней обстановке), выполнять посильные привычные обязанности (уход за детьми, родителями и т. п.) и снижением вероятности психологического травмирования больного и членов его семьи. Это помогает больным пожилого и старческого возраста в период лечения более активно формировать отношение к своему состоянию с оптимистических позиций, особенно это касается ощущения удовлетворенности жизнью, что необходимо для улучшения физического и психического здоровья.

Таким образом, можно говорить о том, что организация и оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара - это эффективный путь расширения объема и доступности лечебно-профилактической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, а также сбережения ограниченных ресурсов здравоохранения.

//Заместитель главного врача.-2013.-№10.-С20.

Дополнительная литература

Агранович Н. В. Организация оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара: медико-социальная и экономическая эффективность / Н. В. Агранович, Т. А. Андросова, Н. Ю. Ермолаева // Заместитель главного врача. - 2013. - № 10. - С. 20-24.

Шипова В.М., Плутницкий А.Н. Определение численности среднего и младшего медицинского персонала в дневных стационарах //Главная медицинская сестра.-2012.-№4.-С.88-94.

Щепин В.О., Миргородская О.В. Структурно-функциональный анализ деятельности дневных стационаров в Российской Федерации //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2012.-№2.-С.20-23.

Организация оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения

(Опыт Регионального сосудистого центра, Республика Карелия)

Э.В. Шандалович, Т.Д. Карапетян, А.С. Новицкая, А.А. Васьков, Н.Н. Везикова

В Республике Карелия с 2008 г. в рамках Федеральной программы «Снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний» реализуется комплекс мероприятий, направленных на

совершенствование помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (далее - ОНМК). Организованы три первичных сосудистых отделения в районах республики Карелия и Региональный сосудистый центр (далее - РСЦ) на базе ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова» г. Петрозаводска.

До 2008 г. «Республиканская больница им. В.А. Баранова» оказывала преимущественно плановую медицинскую помощь жителям районов Республики Карелия. В связи с организацией РСЦ изменились режим и принципы работы стационара. Для оказания экстренной помощи больным с инсультом в круглосуточном режиме потребовалось эффективно объединить различные клиничко-диагностические службы, включая лабораторный мониторинг, возможность выполнения компьютерной томографии и ангиографических исследований, организацию палат интенсивного наблюдения и реанимации, нейрохирургическую помощь.

Ежегодно в РСЦ по экстренным показаниям с ОНМК госпитализируется 1050-1100 больных с инсультом. Средний возраст пациентов - $67,1 \pm 12,3$ лет. Доля больных, доставленных в РСЦ в первые 3 ч от начала заболевания (период «терапевтического окна»), составляет лишь 23,1%, что связано с географической особенностью территории - большая протяженность при относительно небольшой плотности населения.

Частота применения тромболитической терапии при ишемическом инсульте в РСЦ составляет 10,5% от числа больных, госпитализированных в первые 4,5 ч от начала заболевания, и 2,4% - среди всех госпитализированных с ишемическим инсультом. Основными противопоказаниями для проведения тромболитической терапии являются: выраженность неврологического дефицита (по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS) менее 5 или более 25 баллов) - наблюдалась у 34,5% пациентов, возраст старше 80 лет - у 16,9%, неизвестное точное время начала заболевания (инсульт во сне) - у 16,3% пациентов. У части больных отмечались стойкая артериальная гипертензия (3,4%), эпилептические приступы в дебюте заболевания (1,2%), а также значительный регресс очагового дефицита до начала тромболитической терапии (1,2%) и прием антикоагулянтов (менее 1,0%). В целом к моменту выписки из стационара не имели ограничений жизнедеятельности 65,7% пациентов, нуждались в помощи других лиц - 16,3%, требовали постоянного постороннего ухода - 18,0%.

Известно, что фактор времени имеет первостепенное значение для больного с ОНМК, а участие в лечебном процессе мультидисциплинарной бригады требует согласованности действий на всех этапах оказания медицинской помощи. Практика работы РСЦ с 2008 по 2011 г. показала необходимость создания документа, регламентирующего порядок оказания помощи больным с инсультом для улучшения взаимодействия внутрибольничных структур, сокращения временных потерь на этапе поступления в стационар и отражающего весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий, необходимых больному с ОНМК.

В соответствии с действующим законодательством в РСЦ разработан и в 2012 г. внедрен Порядок оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (далее - Порядок), отражающий все основные этапы диагностики и лечения больного.

Порядок разработан на основании:

приказа Минздравсоцразвития России от 06.07.2009 №389н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»;

приказа Минздравсоцразвития России от 27.04.2011 №357н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 июля 2009 г. №389н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»»; приказа Минздравсоцразвития России от 01.08.2007 №513 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи)».

Диагностические мероприятия, выполняемые больному при поступлении в Региональный сосудистый центр

Первая часть Порядка касается этапа поступления больного в РСЦ. Определены последовательность и сроки выполнения диагностических процедур, а также взаимодействие специалистов (невролога, нейрохирурга, терапевта).

Больные, доставленные с подозрением на ОНМК, осматриваются в экстренном порядке дежурным неврологом неврологического отделения ОНМК, который оценивает общее состояние больного и неврологический статус, при нарушении витальных функций у больного вызывает анестезиолога-реаниматолога неврологического отделения ОНМК для их коррекции. После осмотра дежурного врача-невролога больные с признаками ОНМК направляются в кабинет спиральной компьютерной томографии, где осуществляется проведение спиральной компьютерной томографии (далее - СКТ) головного мозга для уточнения диагноза. По показаниям (необходимость реанимационного пособия, седации, контроля состояния) СКТ выполняется в сопровождении реанимационной бригады.

Больным, поступающим в первые 3 ч от начала заболевания, для проведения тромболитической терапии незамедлительно выполняется забор крови для определения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), международного нормализованного отношения (МНО), протромбинового индекса (ПТИ), анализа крови на сахар, клинического анализа крови, тромбоцитов. Время от момента забора крови до передачи результатов дежурному врачу-неврологу составляет не более 20 мин.

Заключение специалиста - врача лучевой диагностики, проводившего исследование, передается дежурному неврологу в устной форме по завершении исследования, в письменном виде - в течение рабочей смены. При подтверждении диагноза ишемического инсульта больные госпитализируются в блок интенсивной терапии и реанимации (далее - БИТР) неврологического отделения ОНМК.

Больным, у которых по данным СКТ головного мозга установлены признаки геморрагического инсульта, в экстренном порядке, в срок не позднее 60 мин с момента выполнения СКТ, проводится консультация нейрохирурга, после чего принимается решение о тактике лечения больного, проведении дополнительного обследования (тотальной церебральной ангиографии).

Показанием для хирургического лечения инсульт-гематом являются:

возраст пациента до 78 лет;

нарушение уровня сознания - не глубже сопорозного (9-12 баллов по шкале Глазго);

любая локализация, кроме обширного поражения среднего мозга;

объем инсульт-гематомы - более 50 см³ (лобарные и латеральные), более 40 см³ (смешанные), более 20 см³ (медиальные), более 16 см³ (мозжечковые);

время от начала развития инсульта - без ограничений, сопутствующая патология - без ограничений.

Противопоказанием к оперативному лечению служат возраст старше 78 лет и уровень угнетения сознания до комы (4-8 баллов по шкале Глазго).

Окончательное решение о необходимости и сроках вмешательства принимает нейрохирург. При наличии показаний для оперативного лечения больной госпитализируется в нейрохирургическое отделение.

Время от момента поступления больного в РСЦ до перевода в профильное отделение составляет не более 60 мин.

Мероприятия, проводимые в блоке интенсивной терапии и реанимации

Диагностические исследования

Вторая часть Порядка регламентирует комплекс диагностических мероприятий в БИТР. При госпитализации больного в БИТР дежурный врач-невролог передает больного неврологу и анестезиологу-реаниматологу БИТР для дальнейшего обследования и лечения. Всем больным с ОНМК в первые 3 ч выполняются:

оценка неврологического статуса, в т. ч. с использованием оценочных шкал (NIHSS, Рэнкин, Ривермид, Глазго);

оценка соматического статуса;

оценка функции глотания;

лабораторные исследования крови (клинический анализ крови, калий, натрий, хлориды, креатинин, билирубин, А/АТ, АСАТ, сахар крови, АЧТВ, МНО, ПТИ);

общий анализ мочи;

расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ);

электрокардиография;

триплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов, транскраниальное дуплексное сканирование;

эхокардиоскопия трансторакальная, трансэзофагальная эхокардиоскопия при наличии показаний (подозрение на кардиальный источник эмболии при церебральных инфарктах в разных сосудистых бассейнах, подозрение на патологию аорты, подозрение на парадоксальную эмболию, неустановленная причина инсульта).

По показаниям выполняются дополнительные методы обследования (эндоскопическое, рентгенологическое, ультразвуковая диагностика). При наличии показаний, отсутствии противопоказаний проводится тромболитическая терапия по стандартной методике.

В БИТР в течение всего срока пребывания всем больным с ОНМК проводятся:

мониторирование неврологического статуса - не реже 1 раза в 4 ч, при необходимости чаще, с фиксацией данных в истории болезни;

мониторирование соматического статуса, включающее контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы - не реже 1 раза в 4 ч, при необходимости чаще, с фиксацией данных в истории болезни;

мониторирование лабораторных показателей строго по показаниям по назначению врача-невролога и анестезиолога-реаниматолога БИТР;

мероприятия по респираторной поддержке, в т. ч. с использованием аппаратов искусственной вентиляции легких, гемодинамическая поддержка, искусственное питание при наличии показаний.

Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений

В ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова» проводятся мероприятия по предупреждению венозных тромбоэмболических осложнений с оценкой риска кровотечений. С учетом предполагаемого длительного ограничения подвижности, наличия ОНМК, возраста и сопутствующей патологии, оценивается степень риска вторичных тромбоэмболических осложнений и принимается решение о необходимости медикаментозной профилактики (приложение 1). В качестве препаратов выбора используются низкомолекулярные гепарины. Противопоказаниями к назначению низкомолекулярных гепаринов являются недавно перенесенная или планируемая офтальмологическая или нейрохирургическая операция, гепарининдуцированная тромбоцитопения, клинически значимая тромбоцитопения, продолжающееся тяжелое кровотечение, тяжелая патология печени, в т. ч. варикозное расширение вен пищевода, СКФ менее 30 мл/мин, неконтролируемая артериальная гипертензия.

Антимикробная терапия

При возникновении инфекции назначение антимикробной терапии осуществляется в соответствии с формуляром антимикробных препаратов. Локальные эпидемиологические данные показали, что у больных, находящихся в БИТР, нуждающихся в длительной инвазивной искусственной вентиляции легких, наиболее частыми возбудителями нозокомиальных инфекций являются *Pseudomonas aeruginosa* и *Klebsiella pneumoniae*, нередко в резистентных формах, что требует назначения цефалоспоринов III или IV поколения, а также препаратов группы карбапенемов.

Мероприятия по предупреждению повторного ОНМК начинаются не позднее 3 суток с момента развития ОНМК и включают медикаментозную и хирургическую (при наличии показаний) профилактику.

Оперативное лечение больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения

Показаниями для консультации сосудистого хирурга являются: бессимптомные стенозы сонных артерий более 70,0%, симптомные стенозы сонных артерий более 60,0%, двусторонние симптомные стенозы сонных артерий более 50,0%, гемодинамически значимые симптомные изгибы брахиоцефальных сосудов.

В Порядке определены сроки оперативного лечения:

пациенты с транзиторными ишемическими атаками после дообследования в неврологическом отделении ОНМК при выявлении поражения брахиоцефальных артерий оперируются по условно срочным показаниям в течение первых 7-10 суток;

пациенты с «малым» ишемическим инсультом после лечения в неврологическом отделении ОНМК в течение 3 недель и при выявлении поражения брахиоцефальных артерий переводятся в отделение сердечно-сосудистой хирургии для оперативного лечения;

пациенты с «большим» инсультом проходят лечение в неврологическом отделении ОНМК и при выявлении поражения брахиоцефальных артерий через 2-3 месяца от начала инсульта осматриваются в поликлинике Республиканского диагностического центра сердечно-сосудистым хирургом для оценки резидуального неврологического дефицита и решения вопроса о возможности и целесообразности оперативного лечения. Окончательное решение о необходимости и сроках оперативного вмешательства принимает сердечно-сосудистый хирург.

Для оптимизации лечебных и диагностических процедур в первые сутки нахождения больного с ОНМК в БИТР внедрена Карта первого дня пребывания в БИТР (приложение 2), где отражаются основные результаты исследований, необходимые консультации, а также фиксируются временные показатели проводимых мероприятий. Карта используется для оценки качества оказания помощи больным с ОНМК в первые часы пребывания в стационаре.

Реабилитация, вторичная профилактика больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения

Раздел Порядка, касающийся этапа ранней реабилитации, обосновывает продолжение мероприятий, направленных на восстановление нарушенных неврологических функций, с участием мультидисциплинарной бригады в составе лечащего врача-невролога - координатора бригады, логопеда, психолога, инструктора-методиста лечебной физкультуры, физиотерапевта и при наличии медицинских показаний иных специалистов.

Заключительная часть Порядка посвящена завершению стационарного этапа лечения больного с ОНМК. Рекомендована тактика дальнейшего восстановительного лечения в зависимости от неврологического статуса пациента на момент выписки и реабилитационного потенциала. Разработана памятка по проведению вторичной профилактики инсульта, включающая рекомендации по модификации образа жизни и медикаментозной терапии (приложения 3,4).

Основными направлениями медикаментозной профилактики являются гипотензивная, дезагрегантная, гиполипидемическая терапия, а при наличии показаний - прием непрямых антикоагулянтов. Выбор программы вторичной

профилактики осуществляется в зависимости от факторов риска, патогенетического типа и клинического варианта ОНМК, наличия сопутствующих заболеваний.

Заключение

Таким образом, разработка и внедрение в практику РСЦ г. Петрозаводска Порядка оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения позволило адаптировать существующие российские рекомендации по лечению больных с инсультом к условиям отдельного стационара с учетом региональных особенностей. Существует необходимость разработки подобных документов для координации действий амбулаторно-поликлинической службы (вопросы первичной профилактики и информированности населения о возможных сосудистых катастрофах, тактики поведения при появлении первых симптомов заболевания).

Карта пребывания пациента в блоке интенсивной терапии и реанимации неврологического отделения острых нарушений мозгового кровообращения в первые сутки

Пациент (Ф.И.О., возраст)	Время поступления в медицинскую организацию	Время осмотра врача		Время поступления в БИТР		Причина позднего поступления в БИТР	
		невролог	Нейрохирург (при показаниях)	более 60 мин	менее 60 мин		
<p>Диагноз при поступлении</p> <p style="text-align: center;">Обследования в первые сутки</p>							
Исследование	Время выполнения	Причина невыполнения в первые сутки	Осмотр специалистов	показа ия	время осмотра	Показания к профилактике венозной тромбоз-эмболии	Противопоказания к профилактике венозной тромбоз-эмболии
Спиральная компьютерная томография головного мозга			Логопед	сть нет	/	Есть / нет	Есть / нет
Спиральная компьютерная томография-ангиография (при показаниях)			Инструктор-методист ЛФК	сть нет	/		
Тотальная церебральная ангиографии (при показаниях)			Терапевт	сть нет	/		
Электрокардиография			Психиатр	сть нет	/		

Триплексное сканирование брахиоцефальных артерий			Психотерапевт	сть нет			
Транскраниальное дуплексное сканирование			Оценка неврологического статуса				
Эхокардиоскопия (по показаниям)			Шкала	При поступлении	При переводе из БИТР (дата, балл)	При выписке	
Клинический анализ крови			№HSS				
АЧТВ, ПТИ, МНО			Ренкина				
Сахар крови			Ревермид				
Электролиты, креатинин, мочевины, транс-аминазы			Ханта-Хеса (при субарахноидальном кровоизлиянии)				
			Тест трех глотков				
Показания к тромболитической терапии	Есть / нет	Причина противопоказания					

Памятка по вторичной профилактике инсульта

Вы перенесли ИНСУЛЬТ - острое нарушение мозгового кровообращения

Риск повторного инсульта в течение первого года составляет 10-16%.

Как предотвратить повторный инсульт?

Изменить образ жизни:

отказ от курения и алкоголя; физическая нагрузка (30 мин ходьбы в быстром темпе 1-3 раза в неделю);

рекомендации инструктора ЛФК.

Контроль артериального давления:

измерение артериального давления утром и вечером;

целевой уровень артериального давления для Вас:

Методы коррекции артериального давления

Диета	Лекарственные препараты
Снизить потребление поваренной соли до 5 г/сут (не употреблять соленые продукты, не досаливать пищу)	

Прием лекарственных препаратов, снижающих риск атеротромбоза:

аспирин (тромбо АСС, аспикор, кардиомагнил) мг 1 раз в день;

при факторах (1 и более) риска поражения желудка (язвенная болезнь в прошлом, возраст >60 лет, одновременный прием других противовоспалительных

средств (нестероидных противовоспалительных препаратов), варфарина, глюкокортикостероидов (преднизолон): аспирин + омега-3 (омез) 20 мг или аспирин + омега-3 20 мг утром до еды или во время еды;

Контроль уровня холестерина 1 раз в 3 мес., при достижении целевых значений - 1 раз в 6-12 мес. Целевые значения:

холестерин < 4,0 ммоль/л;

триглицериды < 1,7 ммоль/л;

ЛПНП < 2,0 ммоль/л;

ЛПВП > 1,0 ммоль/л для мужчин и > 1,2 ммоль/л для женщин.

Методы коррекции липидного спектра

Диета	Лекарственные препараты
Исключить: Сдобные булочки, пирожки. Цельное и сгущенное молоко, жирные сыры (>30% жирности), кисломолочные продукты. Супы на мясном жирном бульоне. Рыба, жаренная на животных жирах, икра. Утка, гусь, жирное мясо, жирные колбасы, паштеты, кожа субпродукты. Яичные желтки. Сливочное масло, сало, маргарин. Картофель и другие овощи, жаренные на животных жирах, Мороженое, кремы, пирожные, торты, печенье, изготовленное на жирах, шоколад, конфеты	

• Контроль уровня сахара 1 раз в 6-12 мес., при наличии у Вас сахарного диабета - контроль сахара ежедневно с помощью глюкометра.

Целевые значения:

натощак < 5,5 ммоль/л;

после еды < 8 ммоль/л;

перед сном < 7 ммоль/л.

Методы коррекции нарушения углеводного обмена

Диета	Лекарственные препараты
Исключить: сахар, мед, варенье, джемы, сладкие напитки, конфеты, шоколад, мороженое, пирожные, торты, печенье, сдобная выпечка, масло сливочное, сало, майонез, сметана, сливки, сыры >30% жирности	

Памятка по приему непрямых антикоагулянтов

1. Варфарин принимать ежедневно 1 раз в день в 17-19 ч, доза

2. Контроль лабораторного показателя МНО 1 раз в 1-2 недели, при достижении целевого уровня (2,0-3,0, указывает врач) - 1 раз в 4 недели.

3. Возможные осложнения терапии варфарином: кровотечения, синяки - при их возникновении немедленно обратиться к врачу, сдать анализ на МНО!

4. При проведении любых манипуляций (в т. ч. стоматологических), операций сообщить врачам о приеме варфарина.

5. Избегать внутримышечных инъекций.

6. Продукты, содержащие большое количество витамина К, уменьшают действие варфарина (зеленые бобы, шпинат, листья зеленого салата, авокадо, капуста, огурцы). Рекомендуется употребление в пищу продуктов, влияющих на эффект варфарина, ежедневно в одинаковом количестве.

7.Повышение температуры тела (лихорадка) усиливает действие варфарина - в этом случае рекомендован пропуск приема препарата в течение 1-2 дней.

//Заместитель главного врача.-2013.-№1.-С.27.

Дополнительная литература

Данилов В.И. и др. Организация нейрохирургической помощи больным с аневризматическими субарахноидальными кровоизлияниями: опыт Республики Татарстан //Здравоохранение.-2012.-№9.-С.36-43.

Данилова С. Г. Медицинская экспертиза при рассеянном склерозе/С. Г. Данилова, И. Е. Несина // Заместитель главного врача.-2013.-№1.-С.46-55.

Данилова С. Г. Медицинская экспертиза при менингите/С. Г.Данилова, И. Е. Несина //Заместитель главного врача.-2013.-№2.-С.38-47.

Киндаров З. Б. Структура госпитальной заболеваемости и совершенствование медицинской помощи в нейрохирургическом отделении / З. Б. Киндаров, М. М. Идалов, М. М. Юсупова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2013. - №4. - С. 34- 36.

Старченко А.А. Медико-экономические стандарты оказания специализированной неврологической и нейрохирургической помощи в сосудистых центрах крупнейшего субъекта РФ: несоответствие требованиям действующего законодательства в сфере здравоохранения/А.А.Старченко //Менеджер здравоохранения.-2013.-№5.-С.44-53.

Оптимизация офтальмологической помощи на уровне амбулаторно-поликлинического звена

(Опыт ведомственной поликлиники № 5 ФСБ России)

Н.Д. Новикова

Поликлиника № 5 ФСБ России (далее - поликлиника) - многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее комплекс лечебно-профилактических мероприятий прикрепленному контингенту, диспансеризацию и мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и пропаганде здорового образа жизни. В структуре поликлиники организован офтальмологический кабинет, осуществляющий первичную специализированную медико-санитарную помощь в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты, утвержденным приказом Минздрава России от 12.11.2012 №902н.

Сотрудники ведомства имеют возможность проходить ежегодную диспансеризацию в поликлинике, направленную на оценку состояния здоровья, профилактику развития возможных заболеваний с учетом имеющихся факторов риска (условия работы, вредные привычки, отягощенная наследственность) и на

раннее выявление заболеваний с целью назначения адекватной терапии. Учитывая, что прикрепленный контингент - работающие граждане, которые не имеют возможности многократно посещать врача-офтальмолога поликлиники, возникла необходимость упорядочить и оптимизировать работу офтальмологического кабинета для максимально полного обследования пациента уже при первом посещении.

Организация работы офтальмологического кабинета

В офтальмологической службе поликлиники выделен диспансерный кабинет (в составе диспансерного отделения), работа которого направлена на скрининговый осмотр военнослужащих и вольнонаемных сотрудников. При выявлении какой-либо патологии пациент направляется в лечебный кабинет, где проходит полное обследование с назначением необходимого лечения.

Офтальмологический кабинет поликлиники занимает два смежных помещения и соответствует санитарным нормам. В помещении большей площади проводятся амбулаторный прием пациентов, диагностические исследования, первичная обработка - обеззараживание и мытье использованного инструментария и подготовка его к стерилизации. Значительное количество перевязочного материала стерилизуется централизованно. В меньшем по площади помещении оборудована манипуляционная, где выполняются амбулаторные хирургические вмешательства на придаточном аппарате глаза (веках, слезных путях, конъюнктиве), производится стерилизация хирургических инструментов.

До 2006 г. офтальмологическая служба поликлиники выполняла задачи диагностики офтальмологических заболеваний, оказания первичной медико-санитарной помощи и направления больных для дальнейшего обследования в стационары ведомства и города. Улучшение оснащения офтальмологического кабинета позволило оказывать широкий спектр медицинских услуг больным в условиях амбулаторного звена, не прибегая к помощи специалистов стационара.

Новаторским подходом можно считать оказание амбулаторной офтальмо-хирургической помощи в амбулаторных условиях. Врачи поликлиники, имеющие соответствующую квалификацию и навыки, в 2006 г. выступили с идеей организации операционной на базе кабинета (не отделения!). Была найдена возможность на малых площадях кабинета разместить операционный микроскоп, кушетку, необходимый инструментарий, стерилизатор, камеру для хранения стерильного инструмента.

С 2007 г. в кабинете проводится удаление доброкачественных новообразований придаточного аппарата глаза, осуществляется оказание неотложной первичной хирургической помощи при поверхностных ранениях. Такая «автономность» в работе позволяет сократить сроки постановки диагноза, назначить адекватное лечение и ускорить выздоровление больного, а также снизить потребность в госпитализации пациентов с доброкачественными новообразованиями век, конъюнктивы глазного яблока.

В настоящее время работа офтальмологического кабинета включает четыре направления:

- профилактика офтальмологических заболеваний;
- диагностика заболеваний;

лечение офтальмопатологии;
офтальмохирургическая помощь.

Показатели офтальмологической заболеваемости

К сожалению, в настоящее время мы только приходим к пониманию необходимости ежегодной диспансеризации, и в большинстве случаев пациенты обращаются с уже сложившимся симптомокомплексом заболевания (в лучшем случае в начальной стадии). Доля пациентов, принятых по заболеванию, превалирует над количеством здоровых лиц и равняется в среднем 60 к 40% соответственно. В структуре выявленных заболеваний значительную долю составляют аномалии рефракции и патология глазного дна (периферические витреохориоретинальные дистрофии сетчатки, далее - ПВХРД), что связано с тотальной компьютеризацией современного общества. Это приводит к зрительным перегрузкам как в рабочее время, так и в период отдыха. При адекватной коррекции данная патология не снижает качества жизни, однако требует регулярного наблюдения и контроля зрительных функций.

Катаракта (помутнение хрусталика глаза) является закономерным возрастным изменением организма человека после 45 лет. Профилактических мероприятий для этой нозологии не существует. Однако снижение зрительных функций длительное время поддается коррекции, а малотравматичное оперативное вмешательство по замене хрусталика позволяет излечить больного.

Доля нозологий, приводящих к значительному стойкому снижению зрительных функций и требующих постоянного контроля и курсового лечения (глаукома, центральная дистрофия сетчатки, заболевания зрительного нерва, сосудистые окклюзии, кератопатии), составляет около 30% от всех осмотренных пациентов.

Профилактика офтальмологических заболеваний

В условиях офтальмологического подразделения проводятся мероприятия, направленные на профилактику возникновения заболеваний и возможных осложнений уже имеющейся патологии.

Регулярная ежегодная диспансеризация прикрепленного контингента дает возможность выявить незначительные изменения в состоянии зрительных функций, отследить неблагоприятные факторы риска, которые могут спровоцировать развитие патологических изменений. Проводятся консультации по ведению здорового образа жизни, по режимам зрительной нагрузки (при предрасположенности к глаукоме). Пациентам с миопией, спазмом аккомодации и работающим на компьютере предлагаются варианты гимнастики для глаз (с целью мышечной разгрузки). Отдельного внимания заслуживает проблема диагностики и лечения ПВХРД. Стремительный рост выявляемости данной патологии среди прикрепленного контингента поликлиники привел к необходимости формирования отдельной группы наблюдения, численность которой за последние 4 года достигла 468 чел.

Особенностью течения этой патологии является отсутствие клинически значимых жалоб у пациента. Вне контроля за течением заболевания жалобы появляются уже на стадии осложнений, когда выявляются разрывы, отслоение сетчатки различной степени выраженности, что может привести к ограничению

возможности исполнения профессиональных обязанностей даже в случае успешно проведенного лечения. Поэтому регулярное диспансерное наблюдение за такими пациентами является частью профилактической работы для предотвращения тяжелых осложнений заболевания.

Диагностика заболеваний

Работа отделения упорядочена и осуществляется в режиме 5-дневной рабочей недели, в две смены по утвержденному графику.

Амбулаторный прием является смешанным и включает прием с целью профилактического медицинского осмотра (диспансеризации), в связи с острой травмой или заболеванием, по направлению отдела кадров воинских частей для оформления страховых актов по травме, лечебно-диагностический прием, а также прием пациентов, находящихся на динамическом наблюдении. Прием осуществляется по талонам в течение 6 ч. Имеется возможность предварительной самозаписи в регистратуре (на каждого врача заведены папки, с вложенным графиком приема по часам на два дня вперед, и пациенты записываются на удобное время) и записи на прием по телефону.

В каждый утренний прием выделено 1,5 ч для приема пациентов с глаукомой, которым проводятся контроль внутриглазного давления, исследование границ поля зрения, коррекция терапии.

Один раз в неделю (вечерний прием в пятницу) организован диагностический прием: по предварительной записи проводятся компьютерная периметрия, осмотр глазного дна с расширенным зрачком с использованием непрямого бинокулярного офтальмоскопа, ультразвукового исследования, т. е. диагностические исследования, которые занимают длительное время и провести которые в течение первичного приема не представляется возможным.

Лечение офтальмопатологии

В офтальмологическом кабинете поликлиники осуществляется лечение воспалительных, дегенеративных заболеваний переднего отрезка глазного яблока. Организовано курсовое консервативное лечение кератопатий, глаукомы, дистрофий сетчатки различной локализации, атрофии зрительного нерва и других нозологий. Проводится тканевая, репаратная, антиоксидантная терапия. Курсы лечения включают: внутримышечные, парабульбарные, субконъюнктивальные инъекции; внутривенные инфузии на базе дневного стационара поликлиники, дополняемые процедурами в физиотерапевтическом отделении (эндоназальный, трансорбитальный электрофорез, магнитотерапия и проч.).

Это сократило поток пациентов, госпитализируемых в стационар для соответствующего лечения. И хотя подобное комплексное амбулаторное лечение организуется в поликлиниках крайне редко, многие пациенты активно использовали бы возможность без отрыва от трудовой деятельности пройти курс поддерживающей терапии.

Амбулаторная офтальмохирургическая помощь

Для оптимизации амбулаторной помощи выделено два операционных дня в месяц (по одному на каждого врача).

Стерилизация хирургического инструментария проводится непосредственно в операционной, с помощью автоклава, которым оснащен

кабинет. Для хранения стерильного инструментария используется УФ-камера «Панмед».

Оперативные вмешательства проводятся по предварительной записи. Пациенты проходят предоперационную подготовку, которая включает диспансеризацию (с заключением терапевта о допуске к операции), сбор необходимых анализов и оформление надлежащей документации. Материал, полученный в ходе операции, подвергается гистологическому исследованию. Пациенты с выявленными новообразованиями направляются на консультацию к врачу-онкологу в сомнительных случаях.

Учет операций ведется в журнале, где отражаются данные о больном, дата и время операции, имя оперировавшего врача и медицинской сестры, ход операции, результат гистологического исследования.

Врачами-офтальмологами также осуществляются экстренные оперативные вмешательства и манипуляции по показаниям в любой день и смену.

Сотрудники офтальмологического отделения работают в тесном контакте с лечебными и параклиническими отделениями и кабинетами поликлиники, Центральным клиническим военным госпиталем, Главным военным клиническим госпиталем им. Н.Н. Бурденко ФСБ России, другими поликлиниками ФСБ России, а также с городскими стационарами. Это позволило наладить преемственность в лечении больных, оказывать им наиболее разностороннюю и полную медицинскую помощь, принимая во внимание сопутствующие заболевания.

Такой, на наш взгляд, рациональный подход к организации офтальмологической помощи позволил оптимизировать процесс диагностики и лечения офтальмопатологии, что привело к выявлению многих заболеваний на ранних стадиях. Так, несмотря на растущую выявляемость дистрофий сетчатки, в последние годы у наблюдаемых пациентов не зафиксированы осложнения в виде отслойки сетчатки, что связано с проведением своевременного лазерного лечения. А возможность оказания широкого спектра офтальмологической помощи на современном уровне в условиях поликлиники позволяет многим работающим гражданам не прибегать к стационарному лечению и сократить период временной нетрудоспособности.

Повышение уровня лечебно-диагностической работы в амбулаторном звене способствует разгрузке коечного фонда стационара, что особенно важно на данном этапе развития здравоохранения, в целях максимального использования ресурсов поликлинической амбулаторной помощи населению. Таким образом, организация офтальмологической помощи в поликлинике направлена:

- на увеличение доступности офтальмологической помощи;
- своевременность оказания помощи;
- предоставление широкого спектра услуг в рамках амбулаторной помощи;
- преемственность в оказании помощи (скоординированные действия врачей стационара и поликлиники);

технологичный подход к оказанию помощи (комплекс диагностических методик направлен на максимально высокое качество диагностики и лечения)

//Заместитель главного врача.-2013.-№11.-С.31.

Дополнительная литература

Зиновьев Е. В. Роль сестринского персонала в организации диспансерного наблюдения за больным глаукомой / Е. В. Зиновьев // Главная медицинская сестра. - 2011. - №8. - С. 12-25.

Кириченко И. М. Современные подходы к терапии бактериальных заболеваний глаз / И. М. Кириченко // Поликлиника. – 2012. - №1. – С. 88-90.

Махотин А.Е. Доступность медицинской помощи больным с офтальмологическими заболеваниями при различных организационно-правовых формах ее оказания / А. Е. Махотин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2011. - №3. - С. 27-30.

Новикова Н. Д. Оптимизация офтальмологической помощи на уровне амбулаторно-поликлинического звена / Н. Д. Новикова // Заместитель главного врача. - 2013. - №11. - С. 31-36.

Опыт применения комбинированной методики в хирургическом лечении миопии высокой степени / Б. Э. Малюгин [и др.] // Лазерная медицина. – 2013. - №4. – С. 4-7.

Печерей И.О. О реализации прав пациентов при оказании офтальмологической помощи / И. О. Печерей, С.Ю. Голубев // Здравоохранение.- 2013.-№4.-С.94-101.

Приоритетные направления совершенствования специализированной онкологической амбулаторной помощи

А. Ю. Федотов

Охрана здоровья граждан является важнейшей задачей и составной частью государственной социальной политики. Реализация государственной политики любой страны в области здравоохранения возможна путем комплексного решения таких задач, как снижение смертности и заболеваемости, инвалидности, улучшения качества жизни больных.

Злокачественные новообразования (ЗНО) являются одной из основных причин смертности и инвалидности, снижения продолжительности жизни населения. Поскольку ЗНО занимают значимое место в структуре заболеваемости и смертности взрослого населения, одной из актуальных проблем здравоохранения в настоящее время остается совершенствование оказания специализированной помощи онкологическим больным.

Решение данной задачи возможно с помощью реализации целевых комплексных противораковых программ, которые должны стать основой совершенствования онкологической службы, в том числе ее первичного звена.

Целью проведенного нами исследования являлось научное обоснование основных направлений развития и совершенствования организации специализированной амбулаторной помощи онкологическим больным для повышения качества их жизни.

Исследование проведено на базе ГУЗ онкологический диспансер №2 Москвы (ГУЗ ОД №2), обслуживающего население САО и СЗАО города, численностью составляющее около 2 млн. человек.

Проведенный комплексный анализ деятельности ГУЗ ОД №2 показал, что в современных условиях существуют внутренние резервы для повышения эффективности деятельности ЛПУ, оказывающих внебольничную онкологическую помощь. Это свидетельствует о необходимости разработки программ по совершенствованию организации и управления данными медицинскими организациями.

Уровень организации специализированной медицинской помощи и хорошая оснащенность ГУЗ ОД №2, относительно благоприятная ситуация в отношении распространенности онкологических заболеваний на территории обслуживания базового ЛПУ (САО и СЗАО Москвы) позволяют использовать имеющиеся резервы, внедрять новые организационные и современные медицинские технологии.

В последние годы нами была разработана собственная правовая, финансово-экономическая и нормативная база для ГУЗ ОД №2. Наряду с этим внедрен в практику комплекс новых организационных и современных медицинских технологий, которые позволили повысить доступность и качество специализированной амбулаторной помощи больным, находящимся под наблюдением в базовом ЛПУ.

На базе ГУЗ ОД №2 созданы следующие формы повышения эффективности оказания специализированной амбулаторной помощи онкологическим больным.

-Открыто отделение паллиативной онкологии (отделение противоболевой терапии), что позволило снизить на 30% нагрузку на врачей-онкологов общей онкологии на приеме, поднять уровень качества жизни больных с тяжелыми формами заболевания, до минимума свести количество жалоб пациентов и их родственников, сократить на 60% количество вызовов скорой помощи к онкологическим больным IV клинической группы, существенно снизить случаи нарушений при назначении наркотиков в районных поликлиниках (в 2008-2010 гг. комиссией по контролю за использованием наркотических лекарственных средств не выявлено ни одного нарушения в САО и СЗАО).

-Организовано бюро медико-социальной экспертизы, что значительно улучшает качество обслуживания онкологических больных (своевременно решаются вопросы установления группы инвалидности с учетом ближайшего и отдаленного прогноза заболевания, у больных с прогрессирующими и тяжелыми формами онкологических заболеваний группа инвалидности своевременно устанавливается на дому и др.).

-Создано межкрупное маммологическое отделение, в связи с чем появилась возможность организации потока больных, страдающих заболеваниями

молочных желез, повышения обеспеченности и доступности специализированной амбулаторной онкологической помощи для жителей САО и СЗАО Москвы, что способствует увеличению ранней выявляемости патологии молочных желез у женщин и др.

В базовом ЛПУ хорошо отработаны механизмы преемственности между онкологическим диспансером и лечебно-профилактическими учреждениями САО и СЗАО в плане решения сложных диагностических и лечебных вопросов, а также с другими ЛПУ (Московский городской онкологический диспансер, ГКБ № 62, ГКБ № 33 и др.), оказывающими специализированную помощь онкологическим больным. Такое взаимодействие положительно сказывается на эффективности комплексного лечения пациентов и значительно улучшает качество жизни самого тяжелого контингента онкологических больных.

В целях совершенствования информационного обеспечения наряду с социологическими опросами по изучению некоторых параметров качества жизни онкологических больных и качества организации медицинской помощи проводится информирование пациентов и всех заинтересованных о медицинских и социальных услугах, оказываемых в ГУЗ ОД №2 (через средства массовой информации, в ходе разъяснительных бесед врачей с пациентами и встреч пациентов с администрацией диспансера, путем использования наглядного метода). Для обучения населения элементарным навыкам самодиагностики онкологических заболеваний были разработаны памятки-инструкции по раннему выявлению рака молочной железы и колоректального рака.

Проведенное исследование позволило определить приоритетные направления совершенствования организации и повышения эффективности специализированной амбулаторной помощи онкологическим больным.

1. Совершенствование правового обеспечения онкологической службы на уровне первичного звена, включающее проработку на различных уровнях управления вопросов, касающихся

- повышения доступности специализированной медицинской помощи онкологическим больным,

- повышения эффективности системы обеспечения и защиты прав пациентов и медицинских работников,

- размеров и источников финансирования, а также расходования финансовых средств ЛПУ, оказывающих специализированную медицинскую помощь онкологическим больным, развития действенных контрольных механизмов качества лечения,

- реализации перспективных возможностей внутриучрежденческого, текущего и стратегического планирования,

- разработки комплексных программ по снижению заболеваемости и смертности населения от онкологических заболеваний, направленных на поддержание и поступательное укрепление состояния здоровья населения,

- повышение качества трудового потенциала и сокращение социально-экономических потерь по причине заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний населения трудоспособного возраста.

2. Развитие информационного обеспечения специализированной амбулаторной помощи онкологическим больным в целях повышения ее эффективности и доступности, обеспечения руководителей различных уровней управления информацией, необходимой для оперативного принятия управленческих решений. Этому, в частности, будет способствовать:

- совершенствование информационных баз данных для получения достоверного аналитического материала,

- внедрение новых информационных технологий, направленных на повышение уровня профилактики онкологических заболеваний и расширение знаний больного о поведении в социуме,

- обеспечение доступности информации для субъектов системы здравоохранения, а также всех заинтересованных в охране и улучшении здоровья населения с целью оперативного принятия управленческих решений,

- внедрение в онкологических диспансерах системы электронного документооборота с полной компьютеризацией всех рабочих мест и созданием локальной сети,

- повышение уровня информационного обеспечения и компьютеризации участников программы дополнительного лекарственного обеспечения в онкологических диспансерах и аптечных организациях,

- создание условий для открытого доступа пользователей к электронному каталогу изданий научно-медицинских библиотек,

- создание и использование программ мониторинговых исследований, направленных на выявление дефектов, возникающих в оказании медицинской помощи онкологическим больным, параметров, характеризующих качество их жизни, широкое использование средств массовой информации, что будет способствовать более тесным и содержательным контактам с потенциальными потребителями медицинских услуг, оказываемых в онкологических диспансерах,

- взаимодействие со средствами массовой информации и др.

3. Совершенствование системы подготовки и переподготовки кадров в целях повышения качества оказания специализированной амбулаторной помощи онкологическим больным. При этом особое внимание следует уделять вопросам сертификации и аттестации руководителей ЛПУ, оказывающих амбулаторную помощь онкологическим больным, врачебных кадров, среднего медицинского персонала, проведению тематических циклов усовершенствования, компьютеризации рабочих мест врачей-онкологов с подключением к Интернету и системе Med-line и др.

4. Совершенствование организационных механизмов повышения эффективности деятельности ЛПУ, оказывающих специализированную амбулаторную помощь онкологическим больным.

5. Максимальное использование в работе ЛПУ, оказывающих специализированную амбулаторную помощь онкологическим больным, современных организационных форм: отделений паллиативной онкологии, бюро медико-социальной экспертизы, межкрупных (межрайонных) онкологических отделений, с оснащением их современной диагностической и лечебной

аппаратурой и др., а также медицинских технологий диагностики и лечения, контроля за ходом лечебно-профилактических мероприятий.

6. Совершенствование управления ЛПУ, оказывающими специализированную онкологическую амбулаторную помощь, с целью оптимизации их деятельности, дальнейшее совершенствование и укрепление материально-технической базы, усиление взаимодействия между различными ЛПУ, оказывающими специализированную медицинскую помощь больным онкологическими заболеваниями, проведение адекватной кадровой политики, совершенствование систем материального стимулирования медицинского персонала, реализация современных технологий маркетинга и менеджмента и др.

7. Обеспечение научного сопровождения реализации основных направлений развития специализированной амбулаторной онкологической помощи, что будет способствовать ускорению внедрения перспективных механизмов управления ею, разработке, апробации, внедрению перспективных организационных и медицинских технологий, а также оценке их эффективности, оценке результатов и прогнозированию развития онкологической службы на уровне первичного звена, повышению доступности и качества оказываемых медицинских услуг, качества жизни больных, страдающих онкологическими заболеваниями.

Реализация перспективных направлений при условии подготовки и осуществления конкретных программ, принятия соответствующих управленческих и финансовых решений будет способствовать оптимизации деятельности онкологических диспансеров, повышению эффективности специализированной онкологической амбулаторной помощи, ее организационного, ресурсного и кадрового обеспечения в современных условиях в целях повышения качества жизни онкологических больных.

// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2013.-№1.-С.42.

Дополнительная литература

Введенская Е.С. Паллиативная помощь – инновационное направление отечественного здравоохранения/Е. С. Введенская//Медицинский альманах.- 2012.-№4.-С.18-21.

Введенская Е. С. О формировании современного понимания паллиативной помощи / Е. С. Введенская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2013. - №3. - С. 29-32.

Комаров Ю. М. Паллиативная помощь в РФ: текущее состояние и перспективы развития / Ю. М. Комаров // Здравоохранение. - 2013. - №8. - С. 68-75.

Модестов А.А. и др. Модернизация онкологической службы Красноярского края //Здравоохранение.-2012.-№7.-С.98-104.

Роль врачебно-диспетчерской службы в повышении доступности специализированной медицинской помощи онкологическим больным / А. Ф. Лазарев [и др.] // Заместитель главного врача. - 2013. - №12. - С. 14-19.

Федотов А.Ю. Приоритетные направления совершенствования специализированной онкологической амбулаторной помощи/А.Ю. Федотов //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2013.-№1.-С.42-44.

Шипова В. М. Планово-нормативное обеспечение онкологической помощи населению / В. М. Шипова, М. В. Казанцева // Заместитель главного врача. - 2013. - №11. - С. 20-30.

Этика и деонтология в паллиативной медицине //Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи.-2013.-№6.-С.29-32.

Служба скорой медицинской помощи: заданные направления развития Е.В.Ершова

Главной задачей системы здравоохранения является выполнение государственных обязательств перед гражданами при максимально эффективном использовании имеющихся ресурсов. В то же время проведение сколько-нибудь значимых изменений, касающихся оказания медицинской помощи населению, всегда вызывает широкий резонанс как в обществе в целом, так и в профессиональной среде.

«Дорожные карты» мероприятий, направленных на повышение эффективности здравоохранения, реализуются в условиях сложившихся стереотипов потребления медицинских услуг, принятых норм профессиональной деятельности врачей и различных экономических интересов всех лиц, так или иначе вовлеченных в этот процесс.

Система здравоохранения - один из наиболее консервативных институтов общества. Не только в России, но и в любой другой индустриально развитой стране существует проблема «инерции здравоохранения» - устойчивости сложившихся экономических и профессиональных отношений в отрасли. Эксперты (Шейман И.М., 2011) выделяют четыре главных проявления такой инерции в Российской Федерации:

- сложившаяся клиническая практика;
- утрата доверия населения к первичному звену здравоохранения;
- представление о приоритете физической доступности медицинской помощи перед другими ее характеристиками;
- нерациональность выбора мест и форм оказания медицинской помощи.

Эти факторы должны учитываться при реформировании всех звеньев оказания медицинской помощи, в частности - службы скорой медицинской помощи (далее - СМП).

Основные характеристики СМП даны в ст. 35 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: она оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Кроме того, определено, что СМП может оказываться в любых условиях: вне медицинской организации, амбулаторно и в стационаре.

По данным Минздрава России, в 2012 г. в стране функционировали 2841 станций СМП и 48 больниц СМП (кочный фонд - 27,2 тыс. коек). Помощь оказывали 10 884 общепрофильных и 5165 специализированных врачебных бригад (из них 1475 - интенсивной терапии), а также 23 190 фельдшерских бригад.

Такая организационная структура службы СМП сложилась в процессе почти пятнадцатилетнего ее реформирования, начатого с издания приказа Минздрава России от 26.03.1999 №100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации». В том числе в приказе шла речь о создании и наделении широкими полномочиями самостоятельно работающих фельдшерских бригад СМП.

В этот сложный период было высказано много противоречивых мнений, часто отношение к фельдшерским бригадам было негативным. Однако, на основе анализа многолетней деятельности (начиная с 1989 г.) станции СМП г. Челябинска, в структуре которой фельдшерские бригады всегда преобладали, нами был сделан вывод о необходимости повышения их значимости. Проведенные впоследствии мероприятия дали мощный толчок развитию службы СМП и всех смежных этапов оказания медицинской помощи.

Оценка рисков

Замещение экономичной амбулаторной помощи более дорогостоящей стационарной и скорой медицинской помощью.

Значительное превышение фактически выполненного объема СМП нормативу, установленному программой государственных гарантий.

Необходимость обеспечения выполнения учреждениями СМП плановых экономических показателей, рассчитанных с учетом принципа возмещения нормативных затрат.

Сегодня служба СМП оказалась на пороге нового этапа реформирования: необходимо дальнейшее совершенствование общей идеологии работы, материально-технической базы, оптимизация численности и структуры выездных бригад, обеспечение кадровыми ресурсами.

С точки зрения системного подхода реформа службы СМП представляет собой процесс внедрения организационных, технических, медицинских и экономических инноваций. Преобразования должны привести к способности быстрого и адекватного реагирования службы на изменяющиеся потребности в этом виде медицинской помощи. Особую роль при этом играет переход на финансовое обеспечение СМП за счет средств ОМС, связан с изменением организационных и финансово-экономических механизмов функционирования службы.

СМП - один из самых дорогостоящих видов медицинской помощи, который оказывается массово (в 2012 г. число лиц, которым оказана помощь при выездах, составило более 47,5 млн. чел.) Программы государственных гарантий предусматривают увеличение расходов на оказание СМП: если в 2009 г. такие расходы составили 53 124 265,62 тыс. руб., то в 2011 г. - 54 704 200,96 руб.

До 2013 г. финансирование службы СМП подразумевало возмещение затрат учреждений, оказывающих СМП, а объем финансирования определялся на основании показателей их мощности. Управление организациями СМП осуществлялось административными методами, без использования экономических инструментов. Все это привело к экстенсивному развитию службы: шло наращивание количества выездных бригад и выполненных выездов. Стимула к повышению эффективности использования имеющихся ресурсов и к интенсификации труда не было.

Важно> Сегодня учреждения СМП должны обеспечивать выполнение плановых экономических показателей, рассчитанных с учетом принципа возмещения нормативных затрат. Наряду с традиционными оценками медицинской и социальной результативности службы должна оцениваться и ее экономическая эффективность.

Международный опыт свидетельствует о том, что в разных странах мира идет постоянный поиск оптимальных решений, позволяющих получать наилучшие результаты при минимизации расходов. При этом можно выделить две основные модели СМП:

-англо-американскую (в т. ч. применяется в Японии), предполагающую наличие только парамедицинских бригад (основная задача которых - оказание экстренной помощи и транспортировка пациентов в стационар);

-европейскую, предусматривающую наличие как парамедицинских, так и врачебных выездных бригад.

Служба врачей общей практики выполняет своеобразную буферную функцию, освобождая службу СМП от несвойственных функций.

В России исторически сложилась иная ситуация, отражающая существующий уровень развития всех звеньев системы здравоохранения. В нашей стране можно выделить три модели организации СМП:

-наличие только фельдшерских выездных бригад;

-наличие фельдшерских и общепрофильных врачебных бригад;

-наличие фельдшерских, общепрофильных и специализированных врачебных бригад.

Объем фактически оказываемой СМП ежегодно превышает нормативы, установленные программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Важно > Превышение планового объема СМП при низких показателях объема амбулаторной медицинской помощи свидетельствуют о недостаточной эффективности работы первичного звена здравоохранения.

Одними из самых частых претензий населения являются жалобы на очереди к участковому врачу, длительное время ожидания приема, неудобный график работы поликлиник (преимущественно в будние дни). Фактически, речь

идет о низкой доступности амбулаторной медицинской помощи для работающего населения. Кроме того, есть существенные проблемы во взаимодействии специалистов первичного звена, нарушается преемственность медицинской помощи на амбулаторном и стационарном этапе.

Недостаточное качество работы амбулаторно-поликлинического звена (в частности, отсутствие эффективного наблюдения за больными с хронической патологией) привело к тому, что СМП является самым распространенным видом внегоспитальной медицинской помощи населению страны, более 80% всех выездов бригад СМП составляют выезды на дом. При этом 30% вызовов в городах и 60% вызовов в сельской местности являются необоснованными.

При анализе структуры обращений на станцию СМП г. Челябинска нами было установлено, что около 40% вызовов относится к разряду «поликлинических» (требующих оказания не экстренной, а неотложной помощи).

В Челябинске отделения (кабинеты) неотложной помощи взрослому населению при амбулаторно-поликлинических учреждениях начали организовываться только во второй половине 2013 г. При этом был допущен ряд управленческих просчетов:

- время работы таких отделений (обычно с 08:00 до 20:00) не совпадает с пиком вызовов, поступающих на станции СМП;

- персонал поликлиник часто плохо владеет навыками оказания неотложной помощи и не умеет пользоваться табельным оборудованием и аппаратурой. Кроме того, переход части врачей скорой медицинской помощи на работу в поликлиники, привел к увеличению (и без того существующего) дефицита кадров на станциях СМП;

- несмотря на возможность транспортировки больного в стационар транспортом поликлиники и в сопровождении медицинского работника отделения неотложной помощи, приказы управления здравоохранения администрации г. Челябинска определяют, что госпитализация осуществляется силами и средствами бригад СМП;

- население недостаточно информировано о принципиальных различиях в работе двух служб (включая и возможный двухчасовой период ожидания бригады неотложной службы).

Важно> До сих пор выездные бригады СМП в г. Челябинске вынуждены подменять собой поликлиники. Помимо неоправданных расходов, это ведет к увеличению времени ожидания бригад СМП больными и пострадавшими, действительно нуждающимися в оказании медицинской помощи в экстренном порядке.

Учитывая, что стоимость одного вызова СМП по программам государственных гарантий в несколько раз превышает стоимость оказания неотложной помощи врачами поликлиник, очевидно, что решение данного вопроса - одно из главных направлений повышения эффективности службы СМП.

В соответствии со ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ, медицинская помощь всех видов (включая скорую), организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а также на

основе стандартов медицинской помощи. Порядок оказания скорой, в т. ч. скорой специализированной, медицинской помощи (далее - Порядок) был утвержден приказом Минздрава России от 20.06.2013 №388. Вместе с тем продолжает действовать и приказ Минздрава России от 26.03.1999 №100 «О совершенствовании скорой медицинской помощи населению Российской Федерации», которым утвержден примерный штатный норматив для станций и отделений СМП.

Отметим, что проект Порядка широко обсуждался в течение предыдущих трех лет. Все заинтересованные специалисты-практики, руководители учреждений СМП, члены профильной комиссии экспертного совета Минздрава России по специальности «скорая медицинская помощь» (далее - Профильная комиссия) имели возможность внести свои предложения. Однако после утверждения Порядка возник новый виток бурных дебатов и недовольства принятым документом.

По мнению многих руководителей службы СМП, самыми проблемными местами в новом Порядке являются следующие:

-при разделении поводов к вызову СМП на «экстренные» и «неотложные» не определены соответствующие нормативы времени ожидания;

-не предусмотрена возможность перенаправления вызова, поступившего на станцию СМП, в медицинские организации, оказывающие неотложную медицинскую помощь;

-в перечне специализированных бригад отсутствуют кардиологические, неврологические, бригады интенсивной терапии и т. п.;

-в составе выездных бригад СМП не предусмотрена должность санитара;

-в состав выездных бригад введены должности фельдшера-водителя и санитара-водителя;

-для дооснащения автомобилей СМП (включая педиатрические и психиатрические бригады, которые теперь должны выезжать на автомобилях класса «С» -специализированные), необходимо приобретение дополнительного дорогостоящего оборудования.

Чтобы правильно оценить опасения специалистов по поводу уменьшения профилей специализированных бригад, коротко напомним, как они создавались. Специализированные бригады впервые появились в 1960-е годы. Так, автор идеи создания кардиологических бригад СМП Б.П. Кушелевский назвал это «велением века», определив для них следующие основные задачи:

-ранняя диагностика острой коронарной патологии;

-ранняя дифференцированная терапия с применением научно-обоснованных современных лекарств и методов;

-ранняя госпитализация (для больных инфарктом миокарда минуя приемный покой).

В дальнейшем подобные задачи ставились при организации специализированных бригад других профилей (неврологического, психиатрического и т. п.). Специализированные бригады превратилась в своеобразную учебную базу по подготовке врачей и фельдшеров (в т. ч. линейных бригад). Затем стали создаваться специализированные стационарные центры

экстренной медицинской помощи с отделениями интенсивной терапии и реанимации. Так, организация специализированных кардиологических, неврологических и реанимационно-анестезиологических бригад СМП в г. Свердловске (ныне - Екатеринбург) стала толчком для открытия инфарктного и токсикологического центров, специализированных отделений для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК).

Нужно учесть, что ранее для работы в службе СМП не требовался сертификат специалиста, что позволяло работать в ней врачам любых специальностей: терапевтам, хирургам и даже патологоанатомам. А в специализированных бригадах и центрах СМП были собраны наиболее квалифицированные специалисты (своеобразная «элита» службы). Благодаря сотрудничеству практических врачей специализированных бригад и научных работников клиник были изучены и решены важные проблемы оказания экстренной помощи больным и пострадавшим на догоспитальном этапе.

Нужно констатировать, что за время, прошедшее с момента создания первых специализированных бригад, в службе СМП многое изменилось:

- скорая медицинская помощь стала самостоятельной специальностью;
- усовершенствована система последипломной подготовки специалистов, можно говорить уже о системе непрерывного профессионального развития медицинских работников в службе СМП (в т. ч. с использованием симуляторов);
- значительно повысился уровень квалификации и «манипуляционной активности» врачей и фельдшеров линейных бригад;
- расширился перечень медицинских технологий, применяемых врачебными и фельдшерскими бригадами;
- в рамках реализации Национального приоритетного проекта «Здоровье» бригады по всей стране были оснащены автомобилями СМП со всей необходимой медицинской аппаратурой;
- существенно изменилась нормативно-правовая база.

В конце 1980-х - начале 1990-х гг. станция СМП г. Челябинска последовательно отказалась от таких бригад, как травматологическая, хирургическая, нейротравматологическая, токсикологическая (поскольку часть выполняемых ими функций была несвойственна СМП и многие лечебно-профилактические учреждения «паразитировали» на этих бригадах, не имея своих специалистов). Перераспределив часть сложных вызовов на оставшиеся специализированные (реанимационные) и линейные бригады СМП, мы не отметили ухудшения качественных показателей работы. Узкие специалисты, работающие на смежных этапах оказания медицинской помощи, также не видят причин для беспокойства при оказании СМП общепрофильными бригадами.

(Главный врач станции СМП несет всю полноту ответственности за результаты финансово-хозяйственной деятельности учреждения. Принимаемые им решения должны базироваться не только на субъективном мнении, но и на знаниях основ менеджмента. Только системный подход позволит правильно определить приоритеты, сохранить кадровый потенциал, организовать работу выездных бригад и всех подразделений станции СМП так, чтобы цели, поставленные перед учреждением, были достигнуты.)

Так, в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, скорая медицинская помощь больным при остром коронарном синдроме и других угрожающих жизни состояниях оказывается фельдшерами и врачами бригад СМП, которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний (в т. ч. с проведением при наличии медицинских показаний тромболизиса). Затем больной доставляется в максимально короткие сроки в сосудистый центр или другую ближайшую медицинскую организацию, имеющую отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделение анестезиологии и реанимации и оказывающую специализированную медицинскую помощь (при отсутствии такой медицинской организации больной транспортируется в ближайшее ЛПУ, имеющее кардиологическое отделение с палатами реанимации и интенсивной терапии).

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, скорая медицинская помощь этой категории больных также оказывается фельдшерскими и врачебными выездными бригадами.

Таким образом, опасения специалистов службы СМП по поводу возможного ухудшения качества оказания экстренной медицинской помощи можно считать преувеличенными. От руководителей учреждений СМП требуется сегодня обеспечить врачей и фельдшеров выездных бригад полноценной организационной и методической поддержкой для принятия правильных диагностических и лечебно-тактических решений (включая возможность использования телемедицинских технологий).

По нашему убеждению, результативность реформ, проводимых в службе СМП в настоящее время, во многом будет определяться «самонастройкой» со стороны медицинских организаций, принятием главными врачами адекватных управленческих решений, связанных с рациональным использованием имеющихся ресурсов. В соответствии с п. 7 Порядка структура и штатная численность станции или отделения СМП устанавливаются главным врачом, исходя из объема оказываемой медицинской помощи, численности обслуживаемого населения и с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

Конечно, существующая нормативная правовая база требует определенной доработки и корректировки, однако основной вектор развития службы СМП уже задан.

//Здравоохранение.-2014.-№4.-С.86.

Дополнительная литература

Вопросы информатизации и автоматизации работы службы скорой помощи в Российской Федерации / С. Ф. Багненко, А. Г. Мирошниченко // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №4. - С. 8-12.

Дежурный Л. И. Система первой помощи в России и её взаимодействие со службой скорой медицинской помощи / Л. И. Дежурный, В. В. Бояринцев, Г. В. Неудахин // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №2. - С. 44-49.

Интенсификация использования ресурсов многопрофильного стационара за счет внедрения технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи / Р. Р. Алимов [и др.] // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №4. - С. 76-82.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления скорой медицинской помощи по ОМС // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2013. - №2. - С. 8-13.

Мельникова О. А. Лекарственное обеспечение при оказании специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи / О. А. Мельникова // Скорая медицинская помощь. - 2012. - Т. 13, №1. - С. 19-26.

Мирошниченко А. Г. Показатели оперативности работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации / А. Г. Мирошниченко, И. М. Барсукова, О. Г. Кисельгоф // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №4. - С. 13-17.

Мирошниченко А. Г. Скорая медицинская помощь-2013: государственные гарантии и целевые показатели в регионах Российской Федерации / А. Г. Мирошниченко, И. М. Барсукова, О. Г. Кисельгоф // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №3. - С. 10-15.

Направления совершенствования скорой медицинской помощи в Российской Федерации / С. Ф. Багненко [и др.] // Заместитель главного врача. - 2013. - №12. - С. 6-11.

Научно обоснованный расчет коек стационарного отделения скорой медицинской помощи / В. Е. Парфенов [и др.] // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №2. - С. 72-77.

Нормативно-правовое регулирование оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе / С. Ф. Багненко [и др.] // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №1. - С. 19-23.

Особенности медицинских технологий в больнице скорой медицинской помощи / А. Г. Мураховский [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2013. - №2. - С. 28-30.

Оценка результатов и перспектив дальнейшего реформирования службы скорой медицинской помощи в рамках задач приоритетного проекта "Здоровье" (на примере Нижегородского региона) / Ю. Н. Филиппов [и др.] // Экономика здравоохранения. - 2011. - №9. - С. 50-53.

Первый опыт работы отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания многопрофильного стационара / В. Е. Парфенов [и др.] // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №3. - С. 61-65.

Пример расчета необходимого числа коек стационарного отделения скорой медицинской помощи / Р. Р. Алимов [и др.] // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №3. - С. 52-53.

Радущкевич В. Л. Оказание неотложной помощи в отдаленных и труднодоступных местностях / В. Л. Радущкевич, Б. И. Барташевич // Скорая медицинская помощь. - 2011. - Т. 12, №4. - С. 41-48.

Салеев В. Б. Отделение скорой медицинской помощи в составе многопрофильной гериатрической больницы / В. Б. Салеев, А. В. Смирнов, А. Б. Трубянов // Скорая медицинская помощь. - 2012. - Т. 13, №4. - С. 28-31.

Скорая медицинская помощь в свете государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года / А. Г. Мирошниченко [и др.] // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №2. - С. 4-9.

Современное состояние и перспективы развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации / С. Ф. Багненко [и др.] // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №3. - С. 4-9.

Стожаров В. В. Скорая медицинская помощь в свете программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 и на плановый период 2014 и 2015 годов / В. В. Стожаров, А. Г. Мирошниченко, И. М. Барсукова // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Т. 14, №1. - С. 4-9.

Организация оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой в Красноярском крае

М.С. Суворов, А.М. Лубнин, А.А. Сурин

Красноярский край - второй по величине регион РФ. Географически расположен в Восточной Сибири, протяженность территории с юга на север составляет около 3 тыс. км, с востока на запад - около 1250 км. Средняя плотность населения края составляет 1,3 чел. на 1 квадратный км, что в 4 раза ниже, чем средняя плотность по России. Дорожная сеть Красноярского края представлена двумя федеральными трассами - М-53 «Байкал» и М-54 «Енисей», а также многочисленными трассами краевого и муниципального значения. Наибольшая плотность автомобильных трасс приходится на южные и центральные территории Красноярского края.

За последние 4 года показатели Дорожно-транспортного травматизма в Красноярском крае остаются стабильно высокими (табл. 1). Так, в 2013 г.

произошло 4479 дорожно-транспортных происшествий (ДТП), в них погибли 523 чел. (8,81%), ранены 5938 чел. Для сравнения приводим показатели по Российской Федерации (табл. 2).

Таблица 1

Динамика показателей дорожно-транспортного травматизма в Красноярском крае за 2010-2013 годы

Годы	Число ДТП	Погибшие в ДТП, чел.	Раненые в ДТП, чел.	Численность населения Красноярского края, чел.	Количество раненых в ДТП на 100 тыс. населения, чел.	Количество погибших в ДТП на 100 тыс. населения, чел.
2010	4985	594	6177	2 828187	218,41	21,00
2011	4948	639	6158	2 829105	217,67	22,59
2012	5135	620	6458	2 838 396	227,52	21,84
2013	4479	523	5938	2 846475	208,61	18,37

Таблица 2

Динамика показателей дорожно-транспортного травматизма в Российской Федерации за 2010-2013 годы

Годы	Число ДТП	Погибшие в ДТП, чел.	Раненые в ДТП, чел.	Численность населения РФ, чел.	Количество раненых в ДТП на 100 тыс. населения, чел.	Количество погибших в ДТП на 100 тыс. населения, чел.
2010	199 431	26 567	250 635	142 856 536	175,44	18,6
2011	170 788	23 471	226 062	142 865 433	158,23	16,42
2012	177504	24040	235 334	143 056 383	164,5	16,80
2013	179017	23 092	236124	143 347 059	164,4	16,07

Мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

В соответствии с приказами Минздрава России от 11.07.2008 №332 «О Порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях» и от 15.12.2009 №991 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком», а также приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 07.08.2008 №31-п, с 2010 г. в регионе проводятся практические мероприятия, направленные

на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП и снижение смертности пациентов с сочетанной травмой.

Первым этапом проводимых мероприятий явилось создание в течение 2010 г. пяти пунктов оказания экстренной медицинской помощи (далее - ПОЭМП), расположенных на наиболее аварийных участках федеральных и краевых автодорог. Структурно ПОЭМП относятся к службе медицины катастроф (Красноярский территориальный центр медицины катастроф). ПОЭМП представляет собой мобильное здание медицинского пункта на шасси, оснащенное необходимым медицинским оборудованием. ПОЭМП обслуживаются автомобилем скорой медицинской помощи класса В и бригадой медицинских работников в составе фельдшера, санитаря, водителя-санитаря. Выезд бригады ПОЭМП осуществляется по вызову оперативного дежурного Красноярского территориального центра медицины катастроф, по вызову экстренных служб района нахождения ПОЭМП либо по сообщению очевидцев произошедшего ДТП. Основной задачей ПОЭМП является оказание медицинской помощи пострадавшим при ДТП в течение т. н. золотого часа.

Вторым этапом (с 2012 г.) явилось ранжирование медицинских организаций края на травмцентры 3-го, 2-го и 1-го уровней. Травмцентры 1-го уровня созданы на базе Краевой клинической больницы (далее - ККБ), Городской клинической больницы № 6 и Городской клинической больницы № 20. Травмцентры 2-го уровня функционируют на базе межрайонных центров (крупные центральные районные больницы края), всего 9 травмцентров. К травмцентрам 3-го уровня отнесены все прочие медицинские организации края, в которых имеются реанимационные койки.

Третьим этапом (с 2013 г.) мероприятий по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП явилось создание в рамках травмцентра 1-го уровня в ККБ отделения травматологии и ортопедии (сочетанной травмы), которое в числе прочего осуществляет логистическую функцию.

С целью получения своевременной (максимально быстрой) информации о пострадавшем (время травмы, диагноз, состояние пациента, объем выполненных лечебно-диагностических мероприятий), а также возможности изучить данные объективного обследования и на основании этого принять решение о дальнейшей транспортировке больного, в 2013 г. был создан сайт мониторинга ДТП. Сайт функционирует как раздел сайта ККБ [www. medgorod.ru](http://www.medgorod.ru), созданного для взаимодействия медицинских организаций края (запись пациентов на консультацию в поликлинику ККБ, получение высокотехнологичной медицинской помощи и т. д.).

Интерфейс сайта представляет собой таблицу, состоящую из порядкового номера, фамилии, имени и отчества пациента, даты его рождения, места вызова, даты создания, принятого решения и чата. Каждая новая заявка выделяется белым цветом, просмотренные заявки - серым цветом. Принятое решение маркируется разными цветами. При развороте заявка состоит из: паспортной части; анамнестических данных, таких как место получения травмы, время получения травмы и т. д.; клинической части, где путем выбора из имеющихся полей

составляется представление о повреждениях (количество сломанных сегментов, перелом костей таза и его тип (с нарушением целостности тазового кольца, без нарушения целостности тазового кольца), перелом позвоночника и его тип (осложненный, неосложненный), наличие или отсутствие у пострадавшего черепно-мозговой травмы и ее выраженность, наличие ожогов, наличие и степень шока). Имеются разделы «Комментарии» и «Выполненные лечебные и диагностические мероприятия», которые являются описательными. К заявке возможно прикрепление файлов с рентгенограммами, анализами и другими данными объективного обследования.

На сайте мониторинга ДТП имеется чат, позволяющий специалисту травмцентра 1-го уровня общаться с лечащим врачом пациента, непосредственно находящимся на месте происшествия.

Заявка создается в медицинской организации при поступлении пациента. Сайт круглосуточно в режиме онлайн мониторируется дежурным травматологом ККБ (травмцентр 1-го уровня), и в онлайн-режиме принимается решение о возможности и необходимости транспортировки пострадавшего в травмцентр 1-го или 2-го уровня либо, при решении оставить пациента в медицинской организации поступления, проводятся консультации лечащего врача на месте специалистами ККБ.

Поскольку информация на сайте содержит сведения, составляющие врачебную тайну, сайт защищен паролем. Пароль выдается ответственным лицам в медицинских организациях края.

Таким образом, начиная с 2013 г. с созданием сайта мониторинга ДТП и отделения сочетанной травмы в ККБ система ранжирования медицинских организаций начала функционировать в полном объеме.

Маршрутизация пациентов с сочетанной травмой

Маршрутизация пациентов с сочетанной травмой в Красноярском крае организована следующим образом. Пострадавший в ДТП на загородной трассе или в результате другого происшествия получает первичную медицинскую помощь по линии скорой медицинской помощи (далее - СМП) или ПОЭМП в зависимости от близости расположения ПОЭМП или подстанции СМП населенного пункта. Как было указано выше, ПОЭМП располагаются на трассах в местах наибольшей аварийности и труднодоступности для СМП (расположены на удалении от населенных пунктов со станциями СМП (учитываются размеры края)).

Затем пострадавшие транспортируются в травмцентры 1-го, 2-го или 3-го уровня. При равном расстоянии от места происшествия до травмцентра 1 -го, 2-го или 3-го уровня приоритет отдается наиболее многопрофильному центру.

При поступлении в травмцентр 3-го уровня пациенту проводятся неотложные противошоковые мероприятия; информация о пациенте сразу при обращении вносится на сайт мониторинга ДТП. Дежурный травматолог ККБ на основе объективной информации (R-снимки и результаты анализов, размещенные на сайте мониторинга ДТП) принимает решение об оставлении его на месте либо о переводе по достижении транспортабельности в травмцентр 2-го или 1 -го

уровня. В травмцентре 3-го уровня могут быть оставлены на окончательное лечение только те пациенты, которым стационарное лечение не требуется.

Все пациенты с повреждениями позвоночника, таза и внутрисуставными переломами, а также имеющие тяжелые повреждения грудной клетки, живота и тяжелые черепно-мозговые травмы подлежат переводу в травмцентры 1-го уровня. Транспортировка пациентов осуществляется силами санитарной авиации.

При наличии переломов длинных трубчатых костей, переломов костей таза без нарушения целостности тазового кольца, неосложненных переломов позвоночника, умеренных травм грудной, брюшной и черепно-мозговой полостей, пациент транспортируется в травмцентр 2-го уровня. Транспортировка осуществляется реанимационным автомобилем, прикрепленным к травмцентру 2-го уровня.

Следует отметить, что у каждого травмцентра 2-го уровня имеется своя зона ответственности, по которой он в круглосуточном онлайн-режиме через сайт мониторинга ДТП отслеживает ситуацию и принимает участие в переводе пациента на свой уровень.

Травмцентры не равнозначны по своим функциональным возможностям. Так, травмцентр 2-го уровня на базе Ачинской ЦРБ (г. Ачинск) практически равен по своему функционалу и уровню специалистов травмцентру 1-го уровня, а такие травмцентры 2-го уровня, как Уярская ЦРБ, Новоселовская ЦРБ, Боготольская ЦРБ, мало отличаются по функционалу от травмцентра 3-го уровня, поэтому решение о переводе пациента либо о продолжении лечения пациента в травмцентре 2-го уровня, если он туда поступил первично, принимается индивидуально в каждом случае.

Результаты проведенных мероприятий

Всего за период функционирования ПОЭМП (с января 2010 г. по январь 2014 г.) совершено 1048 выездов на место ДТП. Нормативное время выезда бригады с момента вызова составляет 2 мин, время прибытия на место происшествия - 20 мин. Среднее время работы бригады на месте ДТП - 46 мин (от 28 до 56 мин). Таким образом, соблюдается правило «золотого часа» доставки пострадавших в медицинскую организацию для оказания специализированной помощи.

Функционирование ПОЭМП как единственной меры по снижению смертности при ДТП (с 2010 по 2012 г.) позволило снизить соответствующий показатель на 0,8%.

С момента создания сайта мониторинга ДТП отслежено 1366 пациентов, принято решение о переводе в травмцентр 1-го уровня в отделение травматологии и ортопедии (сочетанной травмы) ККБ 352 пациентов (данные на 24 января 2014 г.). Всего в отделении сочетанной травмы ККБ на конец января 2014 г. пролечено 428 пациентов с сочетанной травмой. Данные в цифрах перевода пациентов по онлайн-мониторингу и количество пролеченных пациентов различны по причине наличия пациентов, поступивших в отделение напрямую с места получения травмы.

Процентное соотношение распределения пациентов с сочетанием травм скелета и других областей и систем человека представлено следующим образом:

сочетание скелетной травмы и травмы груди - 299 пациентов (70,0% от общего количества пациентов с сочетанной травмой);

сочетание скелетной и абдоминальной травмы - 278 пациентов (65,0% от общего количества пациентов с сочетанной травмой);

сочетание скелетной травмы и черепно-мозговой травмы (далее - ЧМТ) - 243 пациента (80,0% от общего количества пациентов с сочетанной травмой);

сочетание скелетной, абдоминальной и торакальной травмы - 193 пациента (45,0% от общего количества пациентов с сочетанной травмой);

сочетание скелетной, торакальной, абдоминальной и ЧМТ - 240 пациентов (56,0% от общего количества пациентов с сочетанной травмой). Летальность в травмцентре 1-го уровня (отделении сочетанной травмы ККБ) за указанный период представлена следующим образом. Всего скончалось 12 пациентов: в первые сутки - 6 чел. по причине некупированного шока; в первые - третьи сутки - 0 чел.; на третьи - седьмые сутки - 5 чел. по причине инфекционных осложнений, полиорганной недостаточности и в одном случае - инфаркта миокарда; в период с седьмых по тридцатые сутки - 1 чел. по причине псевдомембранозного колита.

В отделении сочетанной травмы ККБ в период с января 2013 г. по январь 2014 г. выполнено 534 оперативных вмешательства. Структура вмешательств:

osteosинтез длинных трубчатых костей - 320 вмешательств;

osteosинтез переломов костей таза и разрывов тазовых сочленений - 94;

операции на грудной клетке - 12;

операции на брюшной полости и органах забрюшинного пространства - 108 вмешательств.

Средний срок нахождения пациента на стационарном лечении составил 27 койко-дней, средний срок нахождения в отделении сочетанной травмы - 14 койко-дней.

Выводы

Созданная в Красноярском крае система онлайн-мониторинга ДТП позволяет отслеживать состояние пациента, объективно и своевременно принимать решение о переводе пациента в травмцентр 1 -го или 2-го уровня для проведения мероприятий damage control и (или) окончательного хирургического лечения.

За время осуществления онлайн-мониторинга отслежено 1366 пациентов, переведено в травмцентр 1-го уровня 352 пациента (данные за январь 2013 г. - январь 2014 г.). При этом существенно повысилась оперативность принятия решений, возросла возможность объективной оценки тяжести повреждений.

Комплексный подход к оказанию медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой: организация ПОЭМП, системы ранжирования оказания помощи в зависимости от тяжести повреждений, отделения сочетанной травмы в ККБ, онлайн-мониторинг позволили оказывать квалифицированную медицинскую помощь в кратчайшие сроки и добиться снижения смертности с 22,59 чел. на 100 тыс. населения в 2011 г. до 18,37 чел. на 100 тыс. населения в 2013 г.

//Заместитель главного врача.-2014.-№4.-С.12.

Дополнительная литература

Брагина С.В. Этапы развития амбулаторной травматолого-ортопедической помощи/ С.В.Брагина, Р.П.Матвеев //Вестник травматологии и ортопедии им.Н.Н.Приорова.-2012.-№2.-С.82-86.

Борисов А.Е. Трудности диагностики и тактика ведения пострадавших с открытыми повреждениями груди и торакоабдоминальными ранениями/А.Е. Борисов, К.Г. Кубачев //Скорая медицинская помощь.-2012г.-№3.-С.66-69.

Горбунков В.Я. и др. Медико-социальные аспекты амбулаторной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2012.-№5.-С.34-36.

Медико-социальные аспекты амбулаторной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях/В.Я. Горбунков [и др.] //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2012.-№5.-С.34-36.

Третьяков Н. В. Эвакуация вертолетами пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях / Н. В. Третьяков, М. М. Авхименко // Медицинская сестра. - 2013. - №5. - С. 39-43.

Возможность и необходимость организации школ для больных туберкулезом Н.М. Собаченкова, И.В. Островская

Физическое и духовно-нравственное здоровье населения определяют интеллектуальный потенциал, экономические возможности, обороноспособность страны, уровень цивилизованности государства, силу его общественных институтов, возможности его властных структур.

Показатели здоровья населения России нельзя назвать удовлетворительными. Сложные социально-экономические условия обусловили, в частности, высокую заболеваемость и смертность. Серьезными проблемами для нашего населения являются алкоголизм, табакокурение, наркомания, туберкулез, ВИЧ-инфекция, инфекции, передающиеся половым путем.

Среди причин неудовлетворительного состояния здоровья выделяют снижение качества жизни (низкий уровень заработной платы, ухудшение условий жизни, труда, отдыха, состояния окружающей среды, качества и структуры питания и т.д.), чрезмерные стрессовые нагрузки, снижение общего уровня культуры, в том числе санитарно-гигиенической.

Поскольку здоровье человека на 50% определяется образом жизни, т.е. его поведением, отношением к собственному здоровью и здоровью окружающих, одно из приоритетных направлений охраны здоровья - формирование у людей навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры.

Последние десятилетия XX века отмечены неблагоприятными сдвигами в эпидемиологии туберкулеза во всем мире. Треть населения планеты подвержена риску заражения туберкулезом, уносящим ежегодно более 2 млн. жизней. По прогнозам Всемирной организация здравоохранения (ВОЗ), в ближайшие 10 лет туберкулез будет занимать одно из главных мест в структуре заболеваемости и смертности.

Ежегодно в России выявляется около 100 тыс. человек, впервые заболевших заразной формой туберкулеза; еще столько же страдают его хроническими формами. 1 больной за год может заразить 5-10, а иногда - до 100 контактирующих с ним людей. ВОЗ относит Россию к 22 странам мира, несущим наибольшее бремя туберкулеза.

Основные причины ухудшения эпидемиологической обстановки по туберкулезу в стране: низкий социально-экономический уровень большинства слоев населения; активные миграционные процессы; рост численности социально-дезадаптированных групп населения и по-прежнему существенным резервуаром туберкулезной инфекции являются учреждения пенитенциарной системы.

Лидеры стран Большой восьмерки в 2006г. сделали заявление в поддержку Глобального плана по борьбе с туберкулезом на 2006-2015гг. Учитывая актуальность проблемы, распоряжением Правительства Российской Федерации от 11.12.06 №1706-р утверждена Концепция Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011гг.)». В концепцию включена и подпрограмма «Туберкулез».

В Программе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», утвержденной Президентом Российской Федерации 24.12.08, определены дополнительные критерии оценки эффективности организации работы по профилактике туберкулеза: охват населения профилактическими осмотрами; показатель абациллирования больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года; показатель клинического излечения впервые выявленных больных туберкулезом; охват лечением больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Хорошо спланированные и организованные в Школах здоровья мероприятия по формированию здорового образа жизни способствуют снижению заболеваемости и смертности. Поскольку хронические неинфекционные заболевания имеют факторы риска поведенческого характера, подходы к их профилактике не являются ресурсоемкими, но могут дать ощутимый социально-экономический эффект.

В современных условиях возрастает роль активного сотрудничества медицинских работников и пациентов в обучении здоровому образу жизни, управлению хроническим заболеванием, улучшению качества жизни и повышению ее продолжительности. Обучение пациентов в Школах здоровья вошло в стандарты оказания медицинской помощи пациентам с разными видами патологии.

Большинство хронических заболеваний в настоящее время нельзя излечить, но можно реально их контролировать и обеспечивать профилактику

осложнений, что способно существенно продлить жизнь больных и повысить ее качество. Однако успешно контролировать хроническое заболевание даже при максимальном использовании арсенала современной медицины, но без активного участия пациента не представляется возможным.

Организовать такое участие можно в Школе здоровья. Обучение в Школе определяется как помощь пациентам в приобретении и поддержании навыков, необходимых им для максимального управления жизнью в условиях хронического заболевания либо в определенные периоды жизни. Такой лечебно-образовательный процесс является составной частью ведения пациента. Обучение в Школах ориентировано на пациента и организовано так, чтобы пациенты и их семьи поняли суть заболевания (состояния); цели обучения - помощь больным в самоходе, эффективном лечении, ведении здорового образа жизни, сотрудничестве с медицинским персоналом, что в конечном счете ведет к улучшению качества жизни пациента. Обучение в Школе не только заполняет пробелы в знаниях, но и прогрессивно изменяет представления больного о заболевании и его лечении.

Одна из важных составных частей лечения туберкулеза - просветительская работа среди пациентов. Целью санитарного просвещения во фтизиатрической практике является формирование достаточного уровня санитарной грамотности населения в отношении туберкулеза, что важно для предупреждения заболевания и профилактики распространения туберкулезной инфекции. Медицинский работник находится в постоянном контакте с пациентом, поддерживает его с момента установления диагноза и до завершения лечения. Близкие пациента также нуждаются в поддержке и информации.

С момента установления диагноза пациент должен получить основную информацию о том, что такое туберкулез и как он распространяется. Надо убедить пациента в том, что туберкулез излечим. Некоторые пациенты могут решить, что принимать препараты каждый день очень обременительно, что это пустая трата времени. Необходимо рассказать о курсе лечения, объяснить необходимость приема лекарств.

Все больные туберкулезом хотят знать о заболевании больше и с огромным интересом относятся к обучению. Но добиться только понимания болезни недостаточно - необходимо выработать стойкую мотивацию к выполнению правил жизни, обусловленных туберкулезом. Медицинские работники должны приложить все свои усилия к тому, чтобы из туберкулезных больных пациенты превратились в их союзников в контроле за заболеванием и поняли, что без их участия благоприятного течения туберкулеза добиться невозможно.

Учитывая медико-социальную значимость проблемы туберкулеза, к созданию Школ для больных при противотуберкулезных диспансерах необходимо привлекать медсестер высокой квалификации и с высшим медицинским образованием.

Для изучения возможности организации Школы для больных туберкулезом на базе противотуберкулезного диспансера нами была разработана специальная анкета. Созданы также учебная программа для больных, проект

положения о Школе, должностная инструкция для медсестры, ведущей обучение в Школе, наглядная информация для больных.

Изучение возможности организации Школы проводилось на базе одного из противотуберкулезных диспансеров Москвы в период с июня 2012г. по апрель 2013г. В исследовании участвовали 40 участковых медсестер с разными возрастными и профессиональными особенностями и 40 пациентов диспансера.

Теоретический анализ проблемы показал, что в последнее десятилетие максимум заболеваемости туберкулезом у лиц обоих полов приходится на наиболее трудоспособный возраст - 25-34 года. Это отражает эпидемиологическое неблагополучие по туберкулезу и позволяет предположить, что высокий уровень распространенности болезни в ближайшее время сохранится.

Согласно данным исследования, диспансер обслуживает около 1 млн. человек. За 3 года выявлено около 1000 вновь заболевших; около 800 человек - лица, контактирующие с больными, и около 350 - хронически больные. Большинство пациентов - граждане трудоспособного возраста. Поэтому использование обучающих программ будет иметь не только медицинское, но и социально-экономическое значение, будет способствовать улучшению социальной адаптации пациентов с туберкулезной инфекцией, уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение. В диспансере работают опытные участковые медсестры. Все участвовавшие в исследовании респонденты считают необходимым создание в диспансере Школы для больных. Школа станет таким же инструментом реализации профилактического направления здравоохранения, как и существующие Школы для больных с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, остеопорозом, для больных с табачной зависимостью, с сердечной недостаточностью.

В России хорошо развита противотуберкулезная служба. Противотуберкулезная помощь гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, соблюдения прав человека и гражданина, бесплатности, общедоступности и равных возможностей для всех граждан. Существуют противотуберкулезные диспансеры, туберкулезные больницы. Диспансерное наблюдение за больными и лицами из групп риска по туберкулезу осуществляется в противотуберкулезных диспансерах, противотуберкулезных диспансерных отделениях, туберкулезных кабинетах по месту фактического проживания, работы, учебы или службы в ведомственных учреждениях, содержания в следственном изоляторе или исправительном учреждении. Респонденты хотят обучаться в Школе. Медицинский персонал диспансера считает, что подобные Школы необходимы, и готов работать в Школе.

Проект положения о школе здоровья для пациентов с заболеванием туберкулез

1. Общие положения

Школа здоровья для пациентов с заболеванием туберкулез (далее - Школа) является функциональным подразделением диспансера, предназначена для обучения пациентов и их родственников.

1.2. В своей деятельности Школа руководствуется действующим законодательством РФ, нормативно-правовыми актами, приказами и

распоряжениями Министерства здравоохранения РФ, Департамента здравоохранения Москвы.

1.3.В Школу для обучения направляются пациенты с разной степенью заболевания и их родственники.

1.4.При формировании групп учитывается однородность больных по степени выраженности указанного заболевания. Больные с осложненным течением занимаются индивидуально. Численность больных в группе должна быть не менее 4 и не более 7 человек.

1.5.В Школу направляются пациенты вновь выявленные (впервые заболевшие туберкулезом), а также родственники больного.

Обучение проводится для больных и их родственников в соответствии с программой.

1.7.Обучение не проводится с больными, имеющими тяжелые сопутствующие заболевания, при значительной потере зрения и слуха, нарушением памяти, с лицами, страдающими психическими расстройствами.

1.8.Занятия в Школе ведет медсестра, назначенная главным врачом.

1.9.Школа регистрируется в документах официальной учетно-отчетной медицинской документации.

1.10.Медсестра, ведущая занятия в Школе, обязана ежегодно представлять отчет о своей деятельности руководителю диспансера. Данные по работе Школы включаются в годовой отчет.

Основные цели и задачи Школы

2.1.Основными целями Школы являются:

- совершенствование форм организации обучения больных с заболеванием туберкулез;

- оказание помощи пациентам на основе новых принципов организации лечения и наблюдения.

2.2. Основными задачами Школы являются:

- повышение информированности больных туберкулезом о заболевании и факторах риска его развития и осложнений;

- обучение больных туберкулезом методам снижения неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска (вредные привычки, питание, двигательная активность, контроль стресса);

-обучение больных методам самоконтроля и самопомощи при обострениях;

-формирование у больных ответственного отношения к своему здоровью, выполнению рекомендаций по лечению, повышение мотивации к оздоровлению и приверженности к лечению.

Основная деятельность Школы

3.1.Обучение больных туберкулезом по основным программам.

3.2. Контроль уровня полученных знаний, умений и навыков у больных туберкулезом, обучающихся в Школе.

Проект должностной инструкции медицинской сестры, проводящей обучение пациентов в школе для больных туберкулезом

Общие положения:

Занятия проводит медсестра со средним медицинским образованием по специальности «сестринское дело» либо с высшим образованием по специальности «сестринское дело», прошедшая обучение менеджером сестринского дела по работе в школе для больных туберкулезом.

1.2. В своей деятельности руководствуется положением о Школе для больных туберкулезом, программой обучения, а также другими методическими документами по роду своей деятельности:

- в своей работе руководствуется действующим законодательством, приказами и распоряжениями Министерства здравоохранения Российской Федерации, Департамента здравоохранения города Москвы, уставом больницы, приказами главного врача и другими нормативными актами, регламентирующими выполняемый раздел работы.

Медсестра обязана:

Вести работу в школе для больных туберкулезом, обращая внимание на ведение документации:

- представлять в установленные сроки отчеты о работе Школы;
- систематически совершенствовать свой труд и повышать личную квалификацию;
- следить за соблюдением должностного санитарно-эпидемиологического режима;
- соблюдать правила трудовой дисциплины.

Проводить занятия в школе по установленной программе таким образом, чтобы каждый пациент - слушатель Школы - посещал занятия.

Заполнять журнал посещаемости и обрабатывать данные тестирования по качеству усвоенного материала.

Обучить пациентов:

- теоретическим знанием о туберкулезе;
- основам санитарно-эпидемиологического режима;
- правилам поведения и самопомощи;
- другим знаниям и навыкам в соответствии с тематическим планом занятий.

Проводить индивидуальные консультации для пациентов.

2.6. Обеспечить пациентов справочной литературой.

Медсестра имеет право:

Самостоятельно составлять расписание занятий в Школе для больных туберкулезом в соответствии с тематическим планом.

Получать информацию для выполнения своих функциональных обязанностей.

Вносить предложения по улучшению оказываемой медицинской помощи пациентам.

Участвовать в конференциях, семинарах, лекциях.

Принимать активное участие в общественной жизни коллектива.

Медсестра, проводящая обучение в Школе для больных туберкулезом, несет ответственность за:

- качество проведенной работы;

- качество ведения документации; соблюдение трудовой дисциплины и правил техники безопасности.

//Медицинская сестра.-2013.-№8.-С.24.

Дополнительная литература

Аксенова В.А. Туберкулез в России: проблемы и пути решения/В.А. Аксенова //Справочник фельдшера и акушерки.-2012.-№1.-С.11-15.

Профилактика туберкулеза в Среднем Поволжье и Предуралье / О. П. Щепин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2013. - №4. - С. 21-24.

Современные подходы к реабилитации наркозависимых

Л. К. Шайдукова

Цель данной работы — анализ современных подходов немедикаментозной реабилитации пациентов с наркотической зависимостью на примере социально-реабилитационного центра «Роза ветров» МПУ «Подросток» (Казань). Реабилитационную работу проводят в следующих направлениях: (1) терапия реабилитационной средой и занятостью; (2) групповая и семейная психотерапия; (3) различные тренинги; (4) трудовая социализация профессиональной ориентации. Дестигматизация - облигатная психотерапевтическая процедура, с которой начинается процесс реабилитации. Реабилитационная среда — особый поведенчески скорректированный микросоциум. Тренинги — комплекс психокоррекционных мероприятий различной направленности. Адаптационная психотерапия служит необходимой частью реабилитационного процесса при возвращении пациентов в привычный микросоциум. Семейная психотерапия заключается в обсуждении проблем созависимого поведения, возможных вариантов манипулятивных проявлений у наркозависимых и окружающих их людей. На этапе трудовой социализации и профориентации формируются модусы поведения, необходимого для уверенного вхождения в профессиональную жизнь.

Процесс реабилитации наркозависимых претерпел существенные изменения за последние 20 лет, что обусловлено накоплением опыта наркологами, психологами, психотерапевтами - всеми «реабилитологами», работающими с данным контингентом. Появились научные разработки, позволяющие подойти к реабилитации наркозависимых как к интегративному медикосоциальному процессу; обозначились концептуальные модели реабилитации, впоследствии проверенные практикой. Появился пласт людей — многолетних ремиттентов, работающих волонтерами и способных на собственном примере доказать возможность воздержания от употребления наркотиков.

Реабилитационный процесс включает медицинские, медико-психологические и психосоциальные мероприятия, которые образуют единый комплекс, однако осуществляются в различных по структуре и ведомственной принадлежности учреждениях. Как правило, медицинский этап реабилитации проводят в стационарных отделениях наркологических диспансеров, медико-

психологический этап — в специальных реабилитационных отделениях этих учреждений

Основная задача наркологической службы - оказание неотложной и плановой медицинской психотерапевтической помощи больным, страдающим алкогольной и наркотической зависимостью, по общепринятому алгоритму:

стационарная лечебно-диагностическая помощь больным, страдающим алкоголизмом (наркотической зависимостью), нуждающимся в стационарном лечении;

лечебная медикаментозная помощь в период алкогольного и наркотического абстинентного синдрома;

лечебная помощь (в зависимости от показаний) в виде психотерапии симптомоличностной и социально ориентированной направленности в сочетании с медикаментозными и другими видами лечения; психотерапию проводят в индивидуальной, семейной и групповой формах;

организация стационарной психотерапевтической помощи населению;

внедрение в психотерапевтическую практику новейших достижений в области психотерапии;

проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, осуществление различных видов стационарной экспертизы нетрудоспособности больных алкоголизмом (наркотической зависимостью);

создание для пациентов организованной психотерапевтической среды внутри отделения;

включение самих пациентов отделения в работу макросоциальной группы с участием других больных зависимостью (сообщества анонимных алкоголиков/анонимных наркоманов) и бывших пациентов отделения (клуб пациентов) с целью их скорейшего выздоровления, реадaptации и др.;

подключение близких родственников больных, проходящих лечение в отделении, к участию в группах самопомощи для родственников больных зависимостью с целью создания пациентам условий поддержки семьи в период их восстановления;

психогигиеническая и психопрофилактическая помощь пациентам по научению их преодолевать стрессовые ситуации, состояние дезадаптации и др.;

разработка индивидуальных систем социальной реабилитации для трудового и социального устройства, улучшения социального функционирования пациентов в различных социальных группах;

информационно-познавательные сообщения (лекции) для пациентов и их родственников по тематике; алкоголизм (наркотическая зависимость) как болезнь, семейные и психологические проблемы при зависимости;

плановая медико-реабилитационная помощь на основе философии программы «12 шагов» анонимных алкоголиков.

В широком смысле понятия «реабилитации» ее начало приурочено к этапу оказания медикаментозной помощи в условиях стационара, так как комплекс неотложных и плановых мероприятий служит первой ступенью отхода от наркотической программы в абстинентную (то есть в процесс воздержания). Тем

не менее, когда речь идёт реабилитационных центрах, то упор делают на немедикаментозные формы помощи больным.

Цель настоящей публикации - анализ современных подходов немедикаментозной реабилитации пациентов с наркотической зависимостью в социально-реабилитационном центре (на примере центра «Роза ветров» МПУ «Подросток», Казань). Он был создан на основе опыта семейной борьбы его основателей с наркоманией и зависимым поведением в собственной семье с формированием многолетней (на протяжении 10 лет) ремиссии и экстрополированием данного опыта на других пациентов.

Дестигматизация - облигатная психотерапевтическая процедура, с которой необходимо начать реабилитационный процесс.

Стигматизационные проявления наблюдали у больных наркоманией, когда особую популярность приобретали формулы изначальной «запрограммированности на провал»: «наркоман однажды - наркоман навечно», «бывших наркоманов не бывает», «наркоман - это не диагноз, а состояние души». При проведении психотерапии с данным контингентом больных использовали разнообразные методы и приёмы, интегрирующие когнитивно-логический и аффективно-рациональный компоненты. Рациональная психотерапия включала так называемую «терапию обучением» (educational therapy) с акцентом на семантике речи, когда важна правильная дидактическая подача материала, - формулировку «только четыре, самое большее десять процентов наркоманов дают длительные многолетние ремиссии» заменяли на «существуют «бывшие наркоманы», которые начали новую жизнь, построили успешную карьеру».

Опыт многолетней психотерапии подобных пациентов показывает, что дестигматизация - целенаправленное развенчание мифа о неизлечимости зависимости - служит облигатной психотерапевтической процедурой, позволяющей создать положительный эмоциональный настрой, укрепить доверительные отношения с врачом, преодолеть неконструктивную психологическую защиту, мобилизовать копинговый потенциал. Если сама стигматизация обуславливает возможность употребления психоактивных веществ, то дестигматизация способствует началу конструктивного диалога с последующим «планированием воздержания» (замена словесной формулы «когда всё так плохо, то нет смысла бороться» на «если это возможно, то это должно быть»).

У больных с наркотической зависимостью нередко встречается феномен, который можно было бы обозначить как «антистигма» - гордость от принадлежности к «наркоманам», демонстрация особых знаний, ощущений, нестандартного образа жизни, своеобразная «наркотическая романтика». Вероятно, эта позиция также является защитной: в новой системе ценностей пациенты пытались добиться уважения со стороны «соаддиктов». В этих случаях провести дестигматизацию особенно сложно, так как речь идёт об инверсии социальных ролей и новом пронаркотическом мировоззрении.

Из первого, медицинского этапа в реабилитационной программе остаётся актуальной тематика, связанная с полученной во время наркотизации медицинской патологией. Кроме практических консультаций специалистов

общего соматического профиля, осуществляются чисто теоретические задачи в форме лекций и обсуждения тем: «Соматические расстройства как результат злоупотребления психоактивными веществами», «Болевой синдром в структуре абстинентных расстройств», «Рецидивы первой недели, первого месяца, первого года: анализ возможных причин», «Расстройства сна - причины, клиника, лечение, рецидивирование», «Болезни-спутники наркомании», «Восстановление функций печени при гепатитах», «Проблема инфицирования при наркомании» и т.д.

На втором, медико-психологическом этапе не теряют актуальности положения, касающиеся личностных отклонений, аффективных нарушений в ситуации, когда действие психоактивных веществ прекратилось, а интеграция в микро- и макросоциальные сообщества (такие, как семья, друзья, коллектив) затруднена. Обсуждают проблемы «пограничной личности» в условиях стресса, создают экспериментальные модели стресса и психологических травм, которые способны спровоцировать рецидив, определяют модусы поведения в ситуации фрустрации, выясняют особенности депрессивных расстройств у наркозависимых (темы «Ангедоническая депрессия», «Тревожная депрессия», «Апатическая депрессия», «Маскированная депрессия»), дифференцируют «парадепрессивные» проявления в виде скуки, аномии, лени, дефицита любознательности, слабости мотиваций.

Реабилитационную работу проводят в следующих направлениях: (1) терапия реабилитационной средой и занятостью; (2) групповая и семейная психотерапия; (3) различные тренинги; (4) трудовая социализация профессиональной ориентации.

Реабилитационная среда - особый поведенчески скорректированный микросоциум, окружающий ремиттента; микросреда, в которой он проживает, с которой общается и в которой осуществляет свою деятельность. Выделяются позитивные групповые лидеры, структурируются групповые роли, коллегиально решаются аспекты поощрения и наказания, обсуждаются вопросы обязанностей и дисциплины.

Тренинги - комплекс психокоррекционных мероприятий, который, вероятно, есть в любом центре, однако в данном случае преобладают тренинги, направленные на социализацию, профессиональную ориентацию. «Тренинг решения проблем» состоит из шести занятий: два из них посвящены умению «превращать проблему в цель», три - проблеме ресурсов (инвентаризация числа личностных ресурсов, ревизия во времени и динамике, применение ресурсов в микросоциуме), одно занятие направлено на тренинг работоспособности и умения конструктивно взаимодействовать с социальными сетями. Большой блок тренингов посвящён проблеме «работы с чувствами». Научно доказано, что среди потребителей психоактивных веществ больше алекситимиков и социофобов, чем в общей популяции, что эндогенно мотивирует приём наркотиков как средств, «разблокирующих» алекситимию и корригирующих социофобию. Распознавание чувств, их регуляция, позитивизация, определение манипуляций чувствами (как своих, так и окружающих), выработка «осторожного доверия» — вот неполный перечень навыков, вырабатываемых на тренинге.

Ещё один блок осуществляет «Тренинг социальных ролей». Здесь в форме лекций предоставляют информацию о социальных ролях, негативно окрашенной стигматизации (стигма «наркомана»), ролевом поведении и ролевых ожиданиях. Социальная направленность этого тренинга выражена в его тематике: «Организация конференции», «Кадровое агентство», «Собеседование». В следующем «Тренинге общения» продолжается процесс виртуальной социализации с созданием модели реальных ситуаций. Упражнения помогают приобрести способность к вербальному и невербальному общению, корректировке мышечных блоков и распознаванию пантомимической информации, развивают умение слушать, вступать в дискуссию, отстаивать свою точку зрения, подстраиваться под собеседника (используют такие элементы нейролингвистического программирования, как «отзеркаливание» и «якорение»).

Обсуждают важные для «аддиктивно-зависимой личности» проблемы: страх сказать «нет» в ответ на требования, страх критики, страх настоять на своём, чувство вины за уверенное поведение, дискомфорт от похвалы.

Часть тренинга посвящена конфликтологии. В этом блоке моделируют типы конфликтов, а также способы разрешения основных видов конфликтов - конфликт с самим собой (интра-персональный) и окружающим миром (интер-персональный). Упражнения и ролевые игры раскрывают источник конфликтов (несомненно, внешний, а скрытые источники обсуждают во время индивидуальной психотерапии) и возможные способы их решения. К примеру, одной из причин возникновения конфликтов у наркозависимых бывают такие черты характера, как нетерпимость и нетерпеливость, из-за которых они иногда не могут удержаться ни в социуме, ни в рамках конкретной реабилитационной группы как экспериментальной модели социума. Упражнение «Уйти, чтобы остаться» в игровой форме корригирует дезадаптирующие черты характера.

«Тренинг личностного роста» - интегративная форма позитивной психотерапии, которая основана на формировании позитивных мышления и опыта (переход от «образов препятствий» к «образу успехов»). Используют ещё один вариант психотерапевтического воздействия - релаксацию. Его использование вполне уместно в отношении зависимых от психоактивных веществ лиц, у которых, по меткому определению известного психолога Энтони Кемпински, «чередуются два состояния - спешка и скука». Принятая в центре программа «ментального тренинга» обучает в состоянии глубокой мышечной релаксации актуализировать прошлый позитивный опыт.

Адаптационная психотерапия - необходимая часть реабилитационного процесса, так как нередко рецидивы наркотизации возникают не под воздействием психологических травм, не в ситуации фрустрирующего одиночества, а по адаптационным причинам, при возвращении в прежний микросоциум. У больных с наркотической зависимостью адаптационная психотерапия заключается в проведении микротренингов, в которых моделируют ситуации столкновения с пронаркотическим окружением, обсуждают возможные провокационные и манипуляционные действия бывших аддиктивных «соратников», вырабатывают позицию «невозврата» к прежнему социальному окружению, поведению и патологическим привычкам.

Семейная психотерапия (в том числе) заключается в обсуждении проблем созависимого поведения, возможных вариантов манипулятивных проявлений как у самих наркозависимых, так и у окружающих их лиц; границ ауто- и гетеродеструкции.

В период воздержания от злоупотребления в семье наркозависимых могут возникнуть специфические феномены, изученные нами и опубликованные в научной печати, являющиеся объектом обсуждения совместно с членами этих семей:

сужение кругозора созависимых до сугубо аддиктивных проблем;

возникновение «мистического» мышления, вера в чудесное исцеление с помощью «целителя», «чудо-лекарства», «чудо-способа»;

формирование стилей поведения «опекуна» или «жертвы», повышенный контроль над ремиттентом;

провоцирующее поведение, возникающее у созависимых как проявление «страха перемен»;

фиксация на неудачах родителями, декларация негативных проявлений, сопоставление с прошлым неудачным опытом;

закрепление готовности к провалам «спасительных» программ, формирование «запрограммированности на неудачу»;

ожидание рецидива заболевания созависимыми.

На этапе трудовой социализации и профориентации формируют модусы поведения, необходимого для уверенного вхождения в профессиональную жизнь. Для этих целей разработан тренинг самопрезентации с помощью развития индивидуального речевого стиля: упражнения «дар убеждения», «представление», ролевые игры «собеседование с работодателем», «повышение и увольнение».

Составные элементы трудовой социализации следующие: мотивационная работа (сопровождение наркозависимого из лечебно-реабилитационных центров в программы трудовой социализации); психокоррекционные программы; программы временного трудоустройства; сопровождение в процессе трудоустройства; сопровождение после трудоустройства.

Психокоррекционные программы предназначены для коррекции нарушений первичной и вторичной социализации и нарушений, обусловленных наркотической зависимостью. Программы временного трудоустройства включают предоставление временной работы сроком на 1 день в неделю, на 2-3 дня в неделю, на 2-3 месяца, при этом участие в реальных трудовых отношениях сочетается с программой социально-психологического сопровождения. Программа сопровождения позволяет наркозависимым попробовать себя в реальных трудовых отношениях и «вернуться» в реабилитационный процесс, где они имеют возможность проанализировать свои поступки, мысли, проработать своё состояние на группе и в дальнейшем использовать полученные знания и навыки.

Таким образом, современные подходы к реабилитации в социально-реабилитационном центре заключаются в сочетании терапии средой с семейной и индивидуальной психотерапией, проведением разнонаправленных психокоррекционных тренингов, последующей трудовой профориентацией и

социализацией, что максимально оптимизирует вхождение больных в ненаркотический социум.

//Казанский медицинский журнал.-2013.-№3.-С.402.

Дополнительная литература

Деятельность наркологической службы Российской Федерации: оценка статистических показателей и анализ результатов / Е.А.Кошкина [и др.] //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2013.- №6. – С. 3-8.

Евдокимов А.Г. Решение проблемы оказания медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии опьянения (На примере Волгоградской области)/А.Г. Евдокимов, З.З. Акмаева // Заместитель главного врача.-2013.-№6.- С. 26-31.

Ляхович А. В. Методологические и идеологические подходы к гигиеническому обучению и антинаркотическому воспитанию в общеобразовательных школах/ А.В. Ляхович, А.С.Лозовская //Здравоохранение Российской Федерации.-2013.-№1.-С. 31-36.

Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения (методические рекомендации) //Справочник фельдшера и акушерки.-2013.-№7.-С.68-79.

Уткин Ю.А. Организация наркологической помощи больным хроническим алкоголизмом в Пензенской области / Ю. А. Уткин, Р. Н. Цуканов, И. Л. Лан // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2012.- №5 (вып. 2 «Аддиктивные расстройства»). – С. 58-61.

Царев С. А. Интеграция профилактических программ для потребителей наркотиков в работу наркологической службы / С. А. Царев // Вопросы наркологии. – 2012. - №1. – С.41-42.

Цыганков Б. Д. Подходы к лечению абстинентного, постабстинентного состояния наркологических больных / Б. Д. Цыганков, С. А. Шамов, М. Н. Земсков // Российский медицинский журнал. – 2013. - №4. – С.32-35.

Юридические аспекты проведения медицинских осмотров в наркологии /Н.Д. Красюков [и др.] //Заместитель главного врача.-2013.-№2.-С.62-66.

Якушев Д. Б. Неотложная помощь при опийных наркоманиях / Д. Б. Якушев, С. А. Меркушкина, Н. Н. Скопцова // Справочник фельдшера и акушерки. – 2012. - №10. – С. 51-61.

Организация работы дневного стационара при детской поликлинике

Т.А. Букина

Реформа здравоохранения, проводимая в Российской Федерации в настоящее время, ставит перед медицинскими организациями следующие основные задачи:

выполнение государственных гарантий оказания населению качественной бесплатной медицинской помощи;

повышение эффективности использования ресурсов базы здравоохранения; внедрение новых медицинских технологий, в т. ч. стационарзамещающих; пропаганда здорового образа жизни.

Выполняя перечисленные задачи МБЛПУ «Детская городская клиническая больница №3» (далее - ДГКБ №3) на базе поликлиники организовала дневной стационар, опытом работы которого делится на страницах нашего журнала.

ДГКБ №3 включает стационар на 115 коек (четыре отделения, два из которых неврологического профиля для детей в возрасте от 0 до 1 месяца и от 1 месяца до 3 лет) и три поликлиники на 505 посещений в смену. Больница обслуживает более 34,5 тыс. детей Заводского и Новоильинского районов г. Новокузнецка.

Этапы создания дневного стационара

В 2005г. на базе поликлиники №1 ДГКБ №3 были развернуты койки дневного пребывания неврологического профиля для детей в возрасте от 1 месяца до 1 года.

Для размещения дневного стационара (приложение 1) в поликлинике было пересмотрено расписание работы всех специалистов поликлиники, объединили несколько приемов участковых врачей, медицинских статистов и медицинских сестер диспансерного наблюдения, и из высвободившихся кабинетов был выделен отдельный блок, включающий пост медицинской сестры; кабинеты врача, массажа и ЛФК, физиотерапевтического лечения; комнату отдыха и ожидания процедур.

В штатное расписание поликлиники в связи с организацией дневного стационара введены новые ставки:

0,5 ставки медицинской сестры поликлиники; и 1,5 ставки медицинской сестры по массажу;

1,0 ставки врача-невролога;

1,0 ставки медицинской сестры по физиотерапии.

Внесены изменения в нормативно-правовые акты лечебного учреждения. Издан приказ о создании дневного стационара при поликлинике. Разработаны положение и должностные инструкции (приложение 2).

Кроме того, приобретено необходимое оборудование согласно таблице оснащения работы дневного стационара при поликлинике.

Разработан перечень показаний и противопоказаний для лечения в дневном стационаре.

Определены основные задачи нового отделения:

обеспечение доступности специализированной медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе детям с патологией нервной системы;

повышение экономической эффективности деятельности лечебного учреждения;

пропаганда здорового образа жизни.

Заведена медицинская документация в соответствии с существующими министерскими и больничными приказами:

медицинская карта стационарного больного;

- журнал приема больных и отказов в госпитализации;
- лист врачебных назначений;
- лист физиотерапии;
- журнал учета массажа;
- журнал учета нагрузки медицинской сестры;
- лист учета процедур и полученных ребенком медикаментов;
- статистическая карта выбывшего из стационара.

Организация работы дневного стационара

Дневной стационар работает в двухсменном режиме. Средняя длительность пребывания (курс лечения) пациента в нем составляет 9 дней.

Дневной стационар ежегодно выполняет план по пролеченным больным. За 2010г. пролечено 374 ребенка, проведших в отделении 3790 койко-дней, в 2011г. - 378 детей, проведших в отделении 3065 койко-дней.

В оказываемую ему медицинскую помощь входят: лабораторно-диагностическое обследование, медикаментозная терапия (медикаментозное обеспечение осуществляется согласно формуляру лечебного учреждения), физиотерапевтическое лечение. Мама с ребенком в среднем в день находится в условиях дневного стационара 3 ч.

Медицинская сестра составляет график посещения пациентами специалистов и прохождения процедур (приложение 3). На руки маме выдается информационный лист, в котором расписано время прохождения ребенком специалистов и процедур.

Ребенка, который находится в дневном стационаре, ежедневно осматривает врач: он следит за его состоянием и при необходимости корректирует лечение.

Медицинская сестра ведет журнал очередности больных, проводит антропометрию, измеряет температуру, выдает медикаменты, объясняет маме, как правильно их применять, ориентирует на возможные побочные действия, выполняет инъекции.

В обязанности медицинской сестры по массажу входит обучение мам элементам ЛФК и приемам массажа, чтобы в дальнейшем родители могли самостоятельно проводить массаж и гимнастику в домашних условиях.

На базе дневного стационара работает «Мамина школа», в которой родители (как правило, мамы) обучаются азам ухода за ребенком (приложение 4). Для этих целей разработан план проведения занятий. В школе также имеются пособия по вскармливанию и психомоторному развитию ребенка первого года жизни.

Занятия проводит медицинская сестра дневного стационара в определенный час в комнате отдыха. Расписание вывешивается в доступном

месте, мамы самостоятельно выбирают тему и посещают занятие. Группа слушателей составляет от 5 до 10 человек на одно занятие. Так как курс лечения составляет 9 дней, мамы не успевают посетить все занятия.

Но если у них после проведенного курса лечения ребенка появляется желание послушать определенные лекции, им в этом не отказывают.

Также в школе имеются пособия по вскармливанию и психомоторному развитию ребенка первого года жизни.

Как уже говорилось, в дневном стационаре предусмотрена комната отдыха. Она оснащена всеми необходимыми средствами гигиены по уходу за ребенком (подгузниками, одноразовыми пеленками, салфетками для гигиенической обработки кожи, детскими кремами). Всем этим мамы могут пользоваться бесплатно. В помещении имеется кулер для воды на случай, если маме потребуется напоить или покормить ребенка.

Стоимость одного пролеченного ребенка в стационаре неврологического профиля составляет 15 308 руб. 77 коп. в день, в дневном стационаре - 4599 руб. 93 коп., что примерно в три раза дешевле.

Оценка эффективности работы дневного стационара

Из числа закончивших лечение в 2010-2011 гг. в дневном стационаре 98,9% детей выписались с улучшением состояния, 0,3% - с выздоровлением, у 0,8% состояние осталось без изменения. В повторном курсе лечения нуждается 87,2% пациентов.

Регулярно проводится анкетирование мам с целью определения их отношения к условиям пребывания в дневном стационаре. В 2010г. 95,1% опрошенных считали организацию дневного стационара удобной и целесообразной формой медицинского обслуживания, в 2011г. - 99,3%.

По мнению мам, лечение в дневном стационаре дает определенные преимущества перед лечением в стационаре. В первую очередь они отмечают высокий уровень комфортности пребывания. Основная часть опрошенных положительно оценила возможность после окончания дневного курса лечения остальную часть дня проводить в домашней обстановке, выполняя рекомендации врача.

Дневной стационар: новые возможности

Организация дневного стационара неврологического профиля позволила:

- Проводить курс неврологической реабилитации в психологически комфортных для матери и ребенка условиях.
- Сократить очередь на госпитализацию на неврологическую койку в стационаре, повысить доступность стационарной помощи.
- Повысить гигиеническую грамотность благодаря обучению родителей в «Маминой школе».
- Повысить степень удовлетворенности населения предоставляемыми медицинскими услугами.
- Сэкономить финансовые средства лечебного учреждения.

Приложение 1

Положение о дневном стационаре поликлиники №1 МБЛПУ «Детская городская клиническая больница №3»

1. Общие положения

1.1. Дневной стационар при поликлинике №1 МБЛПУ «ДГКБ №3» является структурным подразделением, предназначенным для оказания диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи пациентам, не подлежащим госпитализации в стационар для круглосуточного наблюдения и лечения, объем лечения и характер заболевания которых требует повседневного наблюдения врача, выполнения значительного и достаточно интенсивного комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, процедур и манипуляций преимущественно в одном лечебном блоке (кабинете, палате) и может быть организовано в нем с учетом территориальной близости проживания (доставки) пациентов от поликлиники.

1.2. Дневной стационар организован приказом по учреждению МБЛПУ «ДГКБ №3».

1.3. В своей работе дневной стационар руководствуется законодательством РФ, приказами и другими нормативными документами Министерства здравоохранения России, федеральными территориальными нормативными документами по обязательному медицинскому страхованию, приказами главного врача учреждения и настоящим Положением.

1.4. Дневной стационар поликлиники работает в системе обязательного медицинского страхования.

1.5. Дневной стационар проходит лицензирование и аккредитацию наряду с другими подразделениями медицинского учреждения в установленном порядке.

1.6. Расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств устанавливаются в соответствии с действующими расчетными нормами и действующим законодательством.

1.7. Режим работы стационара в две смены, с 8:00 до 16:00.

1.8. Отбор и направление больных на обследование и лечение в дневной стационар проводится невропатологами в соответствии с перечнем, утвержденным данным приказом.

1.9. Противопоказаниями к направлению в стационар являются острые заболевания, требующие круглосуточного медицинского наблюдения.

1.10. При ухудшении течения заболевания, необходимости круглосуточного медицинского наблюдения больной должен быть незамедлительно переведен в соответствующее отделение больницы.

1.11. Для регистрации больных, поступающих на лечение в дневной стационар поликлиники, ведется «Журнал приема больных и отказов в госпитализации» (форма №001/у).

1.12. В дневном стационаре ведется установленная учетно-отчетная медицинская документация:

- медицинская карта стационарного больного (форма 003-у);
- журнал приема больных и отказов в госпитализации (форма 001-у);
- лист врачебных назначений;
- карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (форма 044-у);
- журнал учета процедур (форма 029-у);

■ статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066-у).

1.12. На больного, находящегося в дневном стационаре, записи о состоянии больного при назначении лечения, диагностических исследований, а также обобщенные сведения о проведенном лечении и его результатах вносятся в «Индивидуальную карту развития ребенка» (форма №112-у).

1.14. Учет работы врача, работающего в дневном стационаре поликлиники, ведется на общих основаниях по «Дневнику работы врача» (форма №039/у-87).

1.15. Отчеты о деятельности дневного стационара поликлиник представляются в установленные сроки и в установленном порядке.

1.16. При выписке больного из дневного стационара, направленного другими ЛПУ, оформляется выписка с необходимыми рекомендациями.

1.17. Дневной стационар поликлиники пользуется в своей работе лечебно-диагностическими службами, имеющимися в ЛПУ, в составе которого он организован.

2. Цели и основные виды деятельности

2.1. Основной целью создания дневного стационара поликлиники является оказание комплексной квалифицированной и специализированной медицинской помощи населению при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного наблюдения, когда нет необходимости в круглосуточном лечении, уходе за пациентом.

2.2. В ходе реализации основной цели дневной стационар поликлиники осуществляет:

■ организацию лечебно-диагностического процесса в соответствии с утвержденными медико-экономическими стандартами лечения и реабилитацию пациентов в дневном стационаре по данной патологии;

■ отбор пациентов для лечения в дневном стационаре поликлиники совместно со специалистами клинических служб согласно утвержденным показаниям и согласование при необходимости с врачом, направившим пациента, индивидуального плана и срока лечения;

■ оказание квалифицированной или (и) специализированной медицинской помощи пациентам (диагностика, комплексное лечение, консультации, реабилитационные мероприятия, профилактические мероприятия, в том числе при проведении лечебно-оздоровительных мероприятий диспансерным группам больных) в соответствии с утвержденными территориальными медико-экономическими стандартами по основному и сопутствующим заболеваниям;

■ преемственность, этапность в диагностике, лечении, реабилитации больных;

■ соблюдение санитарных норм и правил эксплуатации медицинского и иного оборудования дневного стационара, требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, требований по охране труда и технике безопасности;

■ повышение квалификации медицинского персонала дневного стационара в учреждениях последиplomной подготовки, обеспечение их аттестации, сертификации;

- контроль текущей деятельности персонала, планирование работы подразделения, разработку и оценку выполнения показателей модели конечных результатов, организацию системы управления качеством лечебно-диагностического процесса в подразделении;

- внедрение новых методов диагностики, лечения и реабилитации, медикаментозное, инструментальное и материально-техническое обеспечение деятельности подразделения;

- оплату труда, материальное стимулирование сотрудников с учетом объема, качества труда;

- обеспечение защиты прав пациента, норм медицинской этики и деонтологии, соблюдение врачебной тайны, безопасных условий лечения и диагностики для пациентов;

- оказание населению районов платных медицинских услуг согласно утвержденным перечням и тарифам, полученной лицензии;

- ведение учетно-отчетной документации, достоверное и своевременное предоставление статистических отчетов и оперативной информации.

3. Порядок финансирования.

3.1. Источниками финансирования дневного стационара поликлиники являются:

- средства обязательного медицинского страхования - за оказание медицинской помощи населению в рамках территориальной программы ТФОМС (по статьям 1,2, 10 сметы расходов);

- средства за оказанные дневным стационаром дополнительные платные медицинские услуги населению района вне рамок территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;

- целевые добровольные взносы и пожертвования юридических и физических лиц, спонсоров;

- дотации бюджета, страховых медицинских организаций;

- иные средства, не запрещенные законодательством РФ;

- средства по договорам программ добровольного медицинского страхования (ДМС).

3.2. Бюджетные средства, средства ОМС и целевые взносы, пожертвования подлежат целевому использованию.

3.3. Оплата медицинской помощи и услуг, оказанных пациентам дневным стационаром поликлиники, производится в порядке расчетов за оказанные виды медицинских услуг. Оплата труда сотрудников производится в соответствии с разработанным и утвержденным в учреждении Положением об оплате труда.

Приложение 2

■ Должностная инструкция

Медицинской сестры дневного стационара поликлиники

Общие положения

- На должность медицинской сестры назначается лицо, имеющее высшее сестринское или среднее профессиональное образование по специальности «сестринское дело», «лечебное дело», «акушерское дело»,

«сестринское дело в педиатрии» и имеющее сертификат по специальности «сестринское дело в педиатрии», без предъявления требований к стажу работы.

- Медицинская сестра назначается на должность и освобождается от должности приказом главного врача учреждения в соответствии с Трудовым кодексом РФ.

- Непосредственно подчиняется главному врачу, заведующей поликлиникой, старшей медицинской сестре поликлиники.

- Работает в режиме нормированного рабочего дня по графику, составленному исходя из 38,5-часовой рабочей недели и утвержденному главным врачом.

- В своей деятельности руководствуется данной должностной инструкцией, приказами Министерства здравоохранения (до момента их отмены).

Должностные обязанности

1. Выполняет лечебные процедуры, назначенные врачом, и регулярно отмечает их исполнение в листке назначений.

2. Следит за своевременным получением результатов лабораторных и других исследований, расклеивает их в медицинские карты госпитализированных.

3. Объясняет родителям способы и порядок подготовки к лабораторным, инструментальным и аппаратным исследованиям и процедурам.

4. Обеспечивает учет, хранение и рациональное использование медикаментов и перевязочного материала.

5. Проводит мероприятия по соблюдению санитарно-дезинфекционного и санитарно-противоэпидемического режима, профилактики внутрибольничных инфекций.

6. Систематически повышает свою квалификацию.

7. Помогает врачу в оформлении документации, подготовке отчетов, показателей работы отделения.

8. Соблюдает санитарно-гигиенический режим на рабочем месте.

9. Соблюдает правила внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной защиты на своем рабочем месте.

10. Участвует в производственной учебе в поликлинике, общебольничных сестринских конференциях, лекциях.

11. Проходит цикл специализации и усовершенствования на курсах повышения квалификации 1 раз в 5 лет.

12. Проходит медицинский осмотр 1 раз в год.

13. Соблюдает правила этики и деонтологии с пациентами, родителями, коллегами по работе.

14. Соблюдает правила личной гигиены и следит за своим внешним видом.

15. Немедленно извещает руководителя о любой ситуации, угрожающей жизни и здоровью людей, о каждом несчастном случае на производстве.

16. Оперативно принимает меры, включая немедленное информирование своего непосредственного или вышестоящего руководителя, по пресечению выявленных нарушений правил внутреннего трудового распорядка, охраны труда, правил техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима,

создающих угрозу деятельности учреждения сохранения, его работникам и пациентам.

17. В соответствии с требованиями специальности в области сестринского дела в педиатрии специалист должен знать, уметь и проводить манипуляции,

Знать:

- профессиональное назначение, функциональные обязанности, права и ответственность;

- систему организации медицинской помощи детям, организацию сестринского дела в медицинских учреждениях по охране здоровья детей;

- Конвенцию ООН о правах ребенка;

- основы законодательства и права в здравоохранении;

- основы медицинского страхования;

- теоретические основы сестринского дела;

- психологию профессионального общения;

- сестринский процесс и его этапы при уходе за детьми;

- основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний и травм у детей различного возраста;

- структуру лечебно-профилактических учреждений;

- виды, формы и методы реабилитации;

- фармакокинетику, фармакодинамику, показания и противопоказания к применению, характер взаимодействия, осложнения применения лекарственных средств, нормативные документы, регламентирующие фармацевтический порядок в медицинских учреждениях;

- методы и средства санитарного просвещения, роль сестринского персонала в федеральных, территориальных программах охраны здоровья населения;

- основы диспансеризации, социальную значимость заболеваний;

- систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов, персонала медицинского учреждения, систем взаимодействия медицинского учреждения с учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля;

- основы гигиенического воспитания населения по вопросам воспитания здорового ребенка и пропаганде здорового образа жизни, ухода за здоровыми и больными детьми;

- психологические основы общения с детьми, их родителями, персоналом; медицинскую этику и деонтологию;

- организацию делопроизводства и учетно-отчетной деятельности структурного подразделения, основные виды медицинской документации;

- охрану труда и технику безопасности в медицинском учреждении;

- функциональные обязанности, права и ответственность младшего медицинского персонала;

- основы медицины катастроф.

Уметь:

- анализировать сложившуюся ситуацию и принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий;
- владеть коммуникативными навыками общения;
- выполнять диагностические, лечебные, реанимационные, реабилитационные, профилактические, лечебно-оздоровительные, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительные мероприятия в соответствии со своей профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями;
- осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при уходе за пациентами;
- владеть техникой сестринских манипуляций;
- оценить состояние, выделить ведущие симптомы у детей, находящихся в тяжелом и терминальном состояниях; оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях;
- оценить действие лекарственных средств у конкретного пациента, оказать доврачебную помощь при лекарственном отравлении;
- подготовить пациента к лабораторным, функциональным, инструментальным методам исследования;
- соблюдать порядок получения, хранения, использования лекарственных средств;
- соблюдать правила техники безопасности и охраны труда;
- вести медицинскую документацию.

Манипуляции:

- первичный туалет новорожденного;
- уход за пуповиной;
- антропометрия;
- пеленание ребенка;
- правильное прикладывание ребенка к груди;
- пользоваться приемами искусственного вскармливания ребенка;
- произвести осмотр кожи и слизистых оболочек у ребенка, определить жизненно важные показатели (температура, АД, число дыханий, число сердечных сокращений);
- сделать внутривенные, внутримышечные, внутрикожные, подкожные инъекции;
- провести искусственную вентиляцию легких различными методами: дыхание «рот в рот»;
- использовать посиндромную медикаментозную терапию при оказании доврачебной помощи в поликлинике.

III. Права

Медицинская сестра имеет право:

1. Вносить предложения по вопросам улучшения организации труда, лечебно-профилактической помощи детскому населению в пределах своей компетенции.
2. Принимать участие в совещаниях (собраниях) по вопросам лечебно-профилактической и организационной работы в поликлинике.

3.Запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей.

4.Повышать свою квалификацию на циклах усовершенствования не реже 1 раза в 5 лет.

5.Проходить в установленном порядке аттестацию с правом на получение соответствующей квалификационной категории.

6.Медицинская сестра пользуется всеми трудовыми правами в соответствии с Трудовым кодексом РФ.

IV. Ответственность

Медицинская сестра несет ответственность за:

1.Неосуществление возложенных на нее должностных обязанностей; сохранность Ф-63.

2.Несвоевременное выполнение приказов, распоряжений и поручений руководства.

3.Несоблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной защиты и техники безопасности.

4.Несвоевременное предоставление достоверной статистической информации (правильность составления отчета по иммунизации детского населения).

5.Непринятие мер, включая своевременное информирование руководства, по пресечению выявленных нарушений правил техники безопасности, противопожарным и другим правилам, создающих угрозу деятельности учреждения, его работникам и пациентам.

V. Взаимоотношения

Медицинская сестра:

1.Свою работу на каждый отчетный год планирует под руководством старшей медицинской сестры.

2.Представляет заместителю главного врача по экономическим вопросам и старшей медицинской сестре поликлиники №1 отчет до 25 числа каждого отчетного периода.

3.Получает от старшей медицинской сестры поликлиники информацию нормативно-правового и организационно-методического характера, знакомится (при необходимости) под расписку с соответствующими документами.

4.Систематически обменивается информацией по вопросам, входящим в ее компетенцию с коллегами.

5.Передает непосредственному руководителю информацию, полученную на совещаниях и семинарах.

Приложение 4

Примерный план занятий в «Маминой школе»

Тема занятия	Дата проведения	
Профилактика кишечных инфекций	03.09.2012	
Профилактика гриппа	05.09.2012	
Преимущество грудного вскармливания	07.09.2012	
Мать, ребенок и ВИЧ	10.09.2012	
Профилактика рахита	12.09.2012	
Влияние табакокурения, алкоголизма, наркомании на формирование и	14.09.2012	

Уход за кожными покровами, слизистой оболочкой	17.09.2012	
Искусственное вскармливание, сроки прикорма	19.09.2012	
Психомоторное развитие ребенка первого года жизни	24.09.2012	
Профилактика травматизма у детей первого года жизни	27.09.2012	

//Главная медицинская сестра.-2013.-№1.-С.31.

Дополнительная литература

Блохина С. И. Формирование региональной модели помощи детям с врожденной и приобретенной патологией / С. И. Блохина, Т. Я. Ткаченко // Здоровоохранение. - 2013. - №5. - С. 104-110.

Букатова Т. Д. Из современного зарубежного опыта организации работы детского дневного стационара / Т. Д. Букатова, А. Н. Прокинова, Н. М. Заика // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2012. - № 2. - С. 47-48.

ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» //Ремедиум Приволжье.-2012.-№1/2.-С.15.

Сидорова Л. А. Первичная медико-санитарная помощь - важная составляющая охраны здоровья детей / Л. А. Сидорова // Медицинская сестра. - 2012. - №8. - С. 33-39.

Организация центра здоровья для детей на базе Республиканской детской клинической больницы

А.В. Голенков, Т.П. Смелова, В.Г. Степанов, А.А. Павлов

Начиная с 2009г. организация центров здоровья в регионах России явилась новой и дополнительной возможностью для населения получить информацию о здоровом образе жизни (далее - ЗОЖ), узнать собственные факторы риска развития заболеваний. В центрах здоровья созданы условия для преодоления вредных привычек, получения рекомендаций по здоровому питанию и коррекции массы тела, предупреждения заболеваний ротовой полости, глаз и др., выявления их на ранних этапах развития. В предыдущих публикациях был представлен положительный опыт работы центра здоровья на базе Городской клинической больницы №1 г. Чебоксары, однако деятельность таких учреждений для детей и подростков осталась неосвещенной.

Функции центров здоровья, регламент работы, оснащение

Формирование ЗОЖ - это комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья, пропаганду ЗОЖ, мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих детей, разработку индивидуальных рекомендаций к ведению ЗОЖ, в т. ч. для детей, борьбу с факторами риска развития заболеваний, просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем, предотвращение социально значимых заболеваний, в т. ч. среди детского населения, увеличение продолжительности активной жизни.

Если ранее отечественная система здравоохранения была ориентирована главным образом на лечение больных, то сейчас декларируются новые задачи - охрана здоровья человека. В связи с тем, что ЗОЖ - это основной параметр, определяющий состояние здоровья нации и каждого отдельного человека, государство приняло решение о создании центров здоровья, задачей которых является обучение населения правилам ведения ЗОЖ, сохранения здоровья.

С этой целью Минздравсоцразвития России был издан ряд приказов, регламентирующих организацию центров здоровья:

- от 10.06.2009 №302н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 года №413»;

- от 19.08.2009 №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (далее - Приказ №597н);

- от 08.06.2010 №430н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009г. №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»»;

- от 16.03.2010 №152н «О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (далее - Приказ №152н).

В соответствии с данными приказами, в 2009г. были открыты 502 центра здоровья для взрослых и 193 центра здоровья для детей (всего 695) в 83 субъектах РФ, где можно пройти бесплатную диагностику или проконсультироваться у врача. В Чувашской Республике с июля 2010г. организована работа двух центров здоровья для детей: на базе Республиканской детской клинической больницы и Городской детской больницы №3.

Бюджетное учреждение «Республиканская детская клиническая больница» Минздравсоцразвития Чувашии является ведущей многопрофильной лечебно-профилактической медицинской организацией республики. Количество коек круглосуточного пребывания больных составляет 370, развернуто 13 специализированных отделений, функционируют консультативная поликлиника на 195 посещений в смену, Республиканский центр восстановительного лечения для детей, Республиканский центр здоровья для детей. Развернута и оснащена параклиническая служба.

Республиканский центр здоровья для детей (далее - Центр здоровья) функционирует на базе Республиканской детской клинической больницы с 1 июля 2010г. Центр здоровья оснащен в соответствии с перечнем оборудования, закупаемого для учреждений здравоохранения субъектов РФ и учреждений здравоохранения муниципальных образований в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у детей, включая сокращение потребления алкоголя и табака (приложение 2 к Приказу №152н).

Штаты Центра здоровья утверждены руководителем учреждения в соответствии с приложением 1 к Приказу №152н. Центр здоровья возглавляет заведующий, назначаемый и освобождаемый от должности руководителем

Республиканской детской клинической больницы. Врачебные должности для обеспечения приема детского населения в Центре здоровья устанавливаются из расчета 0,75 должности врача на 10 тыс. детского населения. Должности медицинских сестер устанавливаются из расчета не менее 1 должности на 1 должность врача. Должности младшего медицинского персонала устанавливаются из расчета не менее 1 должности на 4 должности врачей.

В Центре здоровья ведут прием врачи-педиатры, прошедшие дополнительное обучение по формированию ЗОЖ.

Работа Центра здоровья осуществляется в одну смену с 8:00 до 17:00. Запись детей на обследование ведется посредством электронной регистратуры и по телефону.

Задачи и функции Центра здоровья

Основными задачами Центра здоровья являются:

- . мотивирование детей к личной ответственности за свое здоровье;
- . консультирование, обучение детей и их родителей навыкам ЗОЖ;
- . динамическое наблюдение за группами риска;
- . мониторинг показателей ЗОЖ;
- . внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность учреждений здравоохранения.

Центр здоровья осуществляет следующие функции:

- . информирование родителей и детей о вредных и опасных для здоровья факторах;
 - . групповая и индивидуальная пропаганда ЗОЖ, профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.) и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких;
 - . формирование у населения принципов «ответственного родительства»;
 - . обучение родителей и детей гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включая помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
 - . обучение медицинских специалистов, родителей и детей эффективным методам профилактики заболеваний с учетом особенностей детского возраста;
 - . динамическое наблюдение за детьми группы риска развития неинфекционных заболеваний;
 - . оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья в будущем;
 - . консультирование по вопросам сохранения и укрепления здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха с учетом возрастных особенностей;
 - . разработка индивидуальных рекомендаций по сохранению здоровья;
 - . осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию ЗОЖ, контролю факторов риска развития заболеваний у детей.

Все функции центров здоровья можно условно разделить на два направления: первое - проведение диагностики, тестирования и мониторинга состояния здоровья

пациента, второе - консультирование, обучение и формирование принципов приверженности к ЗОЖ. В соответствии с этим выстраивается структура центра здоровья, которая также предусматривает два блока.

Структура Центра здоровья:

. блок скрининговой диагностики и мониторингования состояния здоровья: кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе, кабинеты инструментального и лабораторного обследований, кабинеты врачей-педиатров, прошедших тематическое усовершенствование по формированию ЗОЖ и медицинской профилактики, кабинет гигиениста стоматологического;

. блок первичной и вторичной профилактики: кабинет (зал) лечебной физкультуры, школы здоровья.

Профилактическая деятельность Центра здоровья осуществляется по трем направлениям:

- . профилактическая работа с населением;
- . методическая работа в Центре здоровья;
- . координационная работа на территории.

Профилактическая работа с населением является главной задачей Центра здоровья и реализуется посредством проведения круглогодичного скрининга населения по обращаемости для выявления лиц с избыточным риском хронических неинфекционных заболеваний. Осуществляется слежение за эффективностью профилактики заболеваний у лиц, выполняющих оздоровительные мероприятия. Создается база данных по результатам обследований. Осуществляется санитарное просвещение и гигиеническое воспитание (памятки, плакаты, брошюры, буклеты, лекции, беседы и др.).

Методическая работа включает: обучение медицинских работников медицинских организаций методам оценки и коррекции факторов риска, индивидуального и группового консультирования; оценку объема и качества профилактической работы в медицинских организациях; внедрение новых форм и методов профилактических услуг; оздоровление медицинских работников; составление ежегодных отчетов.

Координационная работа Центра здоровья на территории включает: взаимодействие с отделениями (кабинетами) медицинской профилактики, другими медицинскими и немедицинскими организациями по разработке и реализации профилактических программ; распространение методических материалов; сотрудничество с медицинскими, образовательными и другими организациями в проведении массовых оздоровительных мероприятий.

Ответственность за проведение профилактической, методической и координационной работы, за состояние материально-технической базы Центра здоровья возлагается на руководителя Центра здоровья.

За Центром здоровья закреплены зоны обслуживания. Помимо прикрепленного городского населения, предусмотрена курация профилактической работы в сельской местности, где реализацию программ сохранения здоровья детей осуществляют детские поликлиники, детские консультации, отделения общеврачебной (семейной) практики при муниципальных учреждениях здравоохранения.

Как показывают результаты профилактических осмотров детей, доля пациентов с функциональными отклонениями остается высокой во всех возрастных категориях, и на эту группу детей направлены основные усилия врачей-педиатров. Особое внимание уделяется межведомственному взаимодействию при внедрении здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе и применению различных форм реабилитационных и оздоровительных технологий. Их приближение к образовательному процессу способствует сохранению и укреплению здоровья обучающихся.

Специалистами Центра здоровья активно используется выездная форма работы: в образовательных учреждениях, загородных оздоровительных лагерях проводится комплексное обследование детей и подростков, ведутся занятия в школе здоровья, распространяются памятки по формированию ЗОЖ. Для этих целей используется мобильный комплекс «Центр здоровья».

Центр здоровья в плановом порядке организует выездные мероприятия, направленные на пропаганду ЗОЖ среди детей, проживающих в зоне ответственности Центра. В памятные международные даты, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (Всемирный день здоровья, Единый день иммунизации и др.) на открытых площадках, в образовательных учреждениях, парках культуры и отдыха организуются обследования детей и подростков специалистами Центра здоровья, распространяется информационно-просветительская литература.

Порядок оказания медицинских услуг в рамках мероприятий по формированию здорового образа жизни

Центр здоровья предоставляет медицинские услуги с периодичностью один раз в год преимущественно здоровым детям, впервые обратившимся в отчетном году для проведения комплексного обследования, у которых решение о посещении Центра здоровья принято родителями (или другим законным представителем) самостоятельно, самостоятельно обратившимся (подростки), направленным медицинскими работниками образовательных учреждений; детям I группы здоровья («практически здоровые») и II группы здоровья (с риском развития хронической патологии и функциональными нарушениями), направленным врачами-педиатрами участковыми, специалистами медицинских организаций; детям, находящимся под наблюдением в Центре здоровья.

Информация об адресе и режиме работы Центра здоровья для детей размещена на официальном сайте Республиканской детской клинической больницы, медицинском портале «Здоровая Чувашия», сайте «Так здорово», информационных стендах во всех медицинских организациях Чувашской Республики, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и сообщается подросткам, родителям или законным представителям детей при обращении в регистратуру и справочную службу. Для информирования населения о деятельности Центра здоровья привлекаются средства массовой информации, специалисты Центра здоровья выступают на родительских собраниях в образовательных учреждениях. Запись на обследование производится через электронную регистратуру, по телефону регистратуры Центра здоровья и при личном обращении.

Обследование проводится при предъявлении страхового полиса обязательного медицинского страхования, свидетельства о рождении или паспорта ребенка, СНИЛС и наличии информированного добровольного согласия на обследование в Центре здоровья.

Центры здоровья оснащены в соответствии с перечнем оборудования, утвержденным Приказом №152н, необходимой компьютерной и оргтехникой. Инсталлированы программные средства для ведения учетных форм (ПК «ФК Центр здоровья», МИС-Статистика).

На ребенка, обратившегося в Центр здоровья, оформляется учетная форма №025-ЦЗ/у-2 «Карта центра здоровья ребенка» (далее - Карта) (приложение 7 к Приказу №597н). В отделении проводится тестирование на аппаратно-программном комплексе и обследование на установленном оборудовании, результаты которых вносятся в Карту, после чего ребенок направляется к врачу-педиатру.

В Центре здоровья проводят комплексное обследование, включающее: измерение роста и веса, тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма; определение глюкозы в крови; комплексную, детальную оценку функций дыхательной системы; оценку состояния гигиены полости рта. Кроме этого, проводится биоимпедансный анализ внутренних сред организма; определение карбоксигемоглобина в выдыхаемом воздухе, уровня кислорода в крови, котинина в моче, общего холестерина крови, артериального давления крови; сканирование стоп для определения наличия и степени плоскостопия и трехмерное сканирование позвоночника.

Анализ деятельности Центра здоровья в 2010-2012 годах

Анализ работы Центра здоровья показал, что в 2012г. большинство обратившихся составили дети, направленные медицинскими работниками образовательных учреждений, - 50,00% (в 2010г. - 34,90%, 2011г. - 57,20%); на втором месте - дети, родители которых самостоятельно приняли решение о посещении Центра здоровья, - 36,50% (в 2010г. - 50,90%, 2011г. - 16,30%); на третьем - дети, направленные амбулаторно-поликлиническими учреждениями, к которым прикреплен ребенок, - 7,20% (в 2010г. - 11,10%, 2011г. - 11,90%). Подростки, обратившиеся самостоятельно, составили 6,20% (в 2010г. - 2,30%, 2011г. - 4,10%); дети, направленные из стационаров, - 0,01 %.

Среди всех обратившихся в 2012г. доля здоровых детей составила 24,60% (в 2010г. - 7,60%, 2011г. - 11,40%), что в 3,2 раза больше по сравнению с 2010г. Доля обследованных детей в возрасте 0-14 лет составила 83,70%.

За 2010-2012гг. в Центре здоровья было обследовано более 18 тыс. детей и подростков. У каждого второго ребенка отмечено нарушение состава тела, у каждого третьего - отклонения в физическом развитии и нарушения со стороны полости рта, 22,00% обследованных детей имеют низкую стрессоустойчивость.

Данные обследования показали, что по сравнению с 2010г. в 2012г. отмечалось уменьшение доли детей: с низкими компенсаторными возможностями и низкой стрессоустойчивостью - в 1,3 раза, отклонениями в физическом развитии - в 1,3, нарушением функции внешнего дыхания - в 1,9, гипергликемией - в 3,5,

активным/пассивным курением - в 4,0, активным курением - в 2,8 раза. Однако увеличилась доля детей с нарушениями со стороны полости рта - в 1,6 раза.

С первых дней функционирования Центра здоровья ведется работа с учреждениями здравоохранения и образования Чувашской Республики по организации обследования детей и подростков. Регулярно практикуется выезд специалистов в детские дошкольные учреждения, средние общеобразовательные школы, загородные оздоровительные лагеря. С 2011г. было совершено более 100 таких выездов, обследовано около 4 тыс. детей. На местах организуется работа школы здоровья по формированию ЗОЖ, проводятся уроки здоровья, распространяются памятки по формированию ЗОЖ среди детей и подростков: «Питание дошкольников», «Питание школьников», «Как физическая активность влияет на здоровье», «Как правильно заниматься физической культурой», «Что мы знаем о табаке», «Как оградить ребенка от алкоголя и наркотиков», «Курение во время беременности: оставьте ребенку шанс».

Оптимизация работы по формированию здорового образа жизни

На основе вышесказанного можно сделать заключение о сущности центров здоровья - это новые структурные подразделения «для здоровья здоровых», технологически ориентированные на максимально точное выявление лиц с определенным набором донологических состояний и рисков заболеваний. По сути это переход на трехуровневую систему организации здравоохранения: центры здоровья - поликлиническое звено - госпитальное звено.

Показатели деятельности кабинета тестирования

Исследования	Число обследованных лиц, абс.			Выявлено лиц с факторами риска					
				абс.			%		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Аппаратно-программное тестирование	3719	7325	6789	1931	4256	3067	51,9	58,1	45,2
Скрининг-оценка уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов	3719	7325	6767	812	1910	1342	21,8	26,1	19,8
Измерение параметров физического развития	3719	7325	6789	1119	2346	1725	30,1	32,0	25,4
Экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей		6724	1718		3141	706		46,7	41,1
Комплексная детальная оценка функций дыхательной системы (спирометрия компьютеризированная)	3688	7136	6746	324	370	308	8,8	5,2	4,6
Биоимпедансметрия (анализ внутренних сред организма; определение процентного соотношения воды, мышечной и жировой ткани)	3182	5289	3176	1574	2968	1644	49,5	56,1	51,7
Экспресс-анализ общего холестерина в крови	3720	3267	4703	459	268	534	12,3	8,2	11,6
Экспресс-анализ глюкозы в крови	3720	7140	6754	157	290	120	4,2	4,1	1,2
Анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением	392	2221	4187	59	256	156	15,1	11,5	3,7

Анализ котинина и других биологических маркеров в крови и моче	17	867	160	3	208	20	35,5	23,9	12,5
Пульсоксиметрия	2470	7166	6765	229	1169	113	9,7	16,3	1,7
Оценка полости рта	3655	7144	6756	1301	2428	1959	17,6	33,9	29,0

Эффективная работа центра здоровья позволит сочетать тактические мероприятия, основанные на прогнозах, с решением стратегических задач (сохранять здоровье для здоровых), основанным на проведении целевых, и тем самым, высокоэффективных, превентивных, мероприятий для лиц с выявленными факторами риска. Далее, группы пациентов с бессимптомными формами заболеваний передаются в другие структурные звенья вертикально организованной системы здравоохранения для более углубленного обследования и лечения. Такой комплексный и адресный подход позволяет оказывать реальное влияние, направленное на предотвращение преждевременной заболеваемости. Таким образом, в короткой перспективе с минимальными вложениями возможно принципиально изменить подход к сохранению здоровья детей. Формирование приверженности к ЗОЖ окажется более действенным, когда будет подкреплено результатами инструментальных исследований. Профилактика пройдет не на популяционном, а на индивидуальном уровне, что на порядок повысит ее эффективность.

Общеизвестно, что результат реализации государственной политики в области формирования ЗОЖ напрямую зависит от эффективности межведомственного взаимодействия. Активную роль в реализации программы по формированию ЗОЖ играют также органы системы образования, культуры, в т. ч. физической, спорта и туризма, органы местного самоуправления.

Для оптимизации работы по формированию ЗОЖ необходимо:

- усилить работу по взаимодействию образовательных учреждений с центрами здоровья для детей в целях организации эффективной работы по мониторингу состояния здоровья детского населения;
- обеспечить оптимальный режим двигательной активности школьников (утренняя гигиеническая гимнастика, динамические паузы, оздоровительная гимнастика, динамические паузы, оздоровительная гимнастика) при организации учебно-воспитательного процесса;
- организовать размещение социальной рекламы в средствах массовой информации в целях популяризации ЗОЖ.

//Заместитель главного врача.-2014.-№3.-С24.

Дополнительная литература

Воропаева Л. А. Опыт сестринской деятельности в центре здоровья / Л. А. Воропаева, А. В. Аверин, А. В. Голенков // Главная медицинская сестра. - 2013. - №2. - С. 10-21.

Гриднев О. В. Отдельные аспекты организации профилактической работы центров здоровья / О. В. Гриднев // Здравоохранение. - 2014. - №1. - С. 36-40.

Петрова Н. Г. Организационно-правовая база оказания помощи населению Российской Федерации при заболеваниях системы кровообращения / Н. Г. Петрова, С. Г. Погосян // Медицинская сестра. - 2013. - №6. - С. 3-6.

Шавалиев Р. Ф. Организация работы Центра здоровья для детей на базе многопрофильного детского лечебного учреждения / Р. Ф. Шавалиев, Г. Р. Яруллина // Заместитель главного врача. - 2012. - №6. - С. 19-26.

Яковлев М. Ю. Применение диагностического программного модуля мониторинга функциональных резервов организма для оценки эффективности оздоровительно-реабилитационных программ / М. Ю. Яковлев, И. П. Бобровницкий, О. Д. Лебедева // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2012. - №2. - С. 7-9.

Организация перинатальной помощи: современные подходы

Н.В. Вартапетова, О.Р. Швабский

Каноны клинической практики родовспоможения формировались в течение многих десятилетий. Немногие врачи задавались вопросом, почему в тех или иных ситуациях нужно поступать именно так, а не иначе. Однако на сегодняшнем этапе развития медицины эти правила нуждаются в ревизии.

Для выстраивания максимально эффективной системы оказания медицинской помощи матерям и новорожденным необходим вдумчивый пересмотр привычных алгоритмов работы. Он должен основываться на данных доказательной медицины и учитывать опыт, накопленный мировым медицинским сообществом.

Кроме того, системный подход к управлению качеством медицинской помощи предполагает периодическое проведение независимого профессионального аудита.

Стратегия риска и антенатальное наблюдение

В 1960-е гг. в акушерстве была выдвинута идея о возможности распределить всех беременных по нескольким группам - в зависимости от суммы баллов, начисленных каждой женщине за наличие определенных факторов риска. Предполагалось, что это позволит выделить тех пациенток, у которых наиболее вероятно развитие осложнений. Это, в свою очередь, позволило бы сконцентрировать большую часть ресурсов (людских, технических и финансовых) для оказания помощи пациенткам из группы высокого риска. Однако выяснилось, что большинство из них рожают нормально, а половина всех осложнений возникает у пациенток из группы низкого риска. Предсказать развитие акушерского осложнения у конкретной пациентки оказалось невозможным.

Возникла новая концепция, включавшая в себя три основных положения:

- ни при одной беременности нельзя сказать, что риска абсолютно нет;
- к любой беременности изначально надо относиться как к нормальной (физиологической);

- медицинские работники всегда должны быть настороженными в отношении признаков возможной опасности. На практике это означает внимательное отношение ко всем пациенткам без исключения, внимательную оценку состояния матери и плода при каждом осмотре (без использования формальной балльной оценки), и главное - постоянную готовность к оказанию адекватной помощи при возникновении любых осложнений. Качество экстренной помощи должно быть одинаковым на любом уровне ее оказания.

Система антенатального наблюдения, сложившаяся еще в 20-е гг. XX в., включает в себя скрининг и регулярные посещения специалиста (акушерки, врача - акушера-гинеколога или семейного врача) с целью как можно более раннего выявления состояний, повышающих риск осложнений. Выявление таких состояний предполагает изменение индивидуального плана ведения беременности (например, при признаках преэклампсии определяют необходимость проведения симптоматической терапии, место и сроки родоразрешения; при выявлении врожденной патологии у плода оценивают возможность и время коррекции порока, уточняют место родоразрешения и т. д.).

Важно > Современный подход предполагает такую организацию медицинской помощи беременным, которая ориентирована не столько на группу риска, сколько на выявленную проблему.

Это означает отказ от «лечения анализов» (т. е. от терапии, основанной только на изменениях лабораторных показателей), от проведения профилактических курсов в критические сроки и т. п. В то же время, обязательны внимательное отношение медицинских работников к любым признакам имеющейся или грозящей опасности и перенаправление пациентки на более высокий уровень оказания медицинской помощи при возникновении проблемы.

Оценка рисков

Позднее предоставление качественной медицинской помощи при изначально нефатальных осложнениях

Отсутствие системного подхода к управлению качеством медицинской помощи матерям и детям

Использование формального подхода к прогнозированию рисков акушерских осложнений

Пациентки из группы низкого риска и без признаков осложнений могут наблюдаться акушеркой и семейным врачом и рожать в учреждении любого уровня. Беременные из группы высокого риска должны быть проконсультированы врачом акушером-гинекологом сразу после постановки на учет, а также в дальнейшем (планово или по показаниям). Таким беременным должны быть предложены расширенные (по сравнению с обычными) скрининговые и профилактические программы. Например, при высоком риске развития преэклампсии рекомендуются регулярное измерение АД, более частые исследования мочи на наличие белка, доплерометрия маточных сосудов в ранние сроки беременности, дополнительное УЗИ и т. п., может быть назначен прием малых доз аспирина. Госпитализация будет предложена только при появлении признаков преэклампсии и в учреждение не ниже второго уровня.

Регионализация перинатальной помощи

Распределение полномочий между учреждениями трех уровней лежит в основе другого важного принципа организации перинатальной помощи - регионализации. Эта идея возникла в 1970-е годы в результате критической оценки своих возможностей специалистами нескольких стран (например, Канады и Австралии). Оказалось, что несмотря на возросший научно-технический потенциал здравоохранения, невозможно (да и не нужно) обеспечить одинаковый объем и уровень помощи всем беременным и новорожденным.

Большинству пациенток не требуются сложные вмешательства - для них достаточно мер психологической или медикаментозной поддержки. Для других, находящихся в состояниях, связанных с угрозой жизни матери и ребенку (например, преждевременные роды, особенно при сроках гестации до 32 недель, при декомпенсации хронических заболеваний матери и т. п.), требуются наличие определенных технических возможностей, навыков медицинского персонала, соблюдение специальных условий.

Схематично система регионализации может быть представлена в виде пирамиды. В ее основании - учреждения первого уровня (участковые или районные больницы без круглосуточного дежурства врачей акушеров-гинекологов и анестезиологической бригады). На этом уровне помощь оказывается только при неосложненном течении беременности и родов. При первых признаках осложнений пациентка должна быть немедленно переведена в ЛПУ более высокого уровня.

Второй уровень - акушерские стационары городских и крупных районных больниц, в которых организовано круглосуточное дежурство врачей-анестезиологов и имеется возможность произвести оперативное вмешательство в любое время без промедления.

Третий уровень - это стационары, где оказывают высокотехнологичную помощь, имеющие мощную диагностическую базу, где есть возможности выхаживания детей, родившихся больными или недоношенными, проведения консультаций смежных специалистов.

Вместе с тем регионализация - это не только разделение ЛПУ на три уровня, но и организация их взаимодействия. Работа на всех уровнях должна быть организована по единым протоколам и стандартам медицинской помощи, перевод пациентов должен осуществляться своевременно, без длительных согласований. При невозможности транспортировки пациентки бригаду специалистов со следующего уровня вызываются «на себя», а перевод осуществляется после стабилизации состояния пациентки. Большое значение в организации работы приобретают телемедицинские технологии.

Критерии качества перинатальной помощи

Для оценки качества перинатальной помощи (как и любой другой) разработано множество индикаторов. Важнейший критерий, принятый в качестве одного из основных для оценки системы здравоохранения в целом, - показатель материнской смертности.

Уровень материнской смертности в мире различен: от 2-4 случаев на 100 тыс. живорожденных в экономически развитых странах Европы (Дания, Швеция, Норвегия), до 1-1,5 тыс. на 100 тыс. живорожденных в Афганистане, Руанде.

В развитых странах оказание качественной перинатальной помощи входит в число приоритетов государства, на нее тратят значительные средства, чаще всего она бесплатна для пациентов. Причины материнской смертности в этих странах, как правило, связаны с тяжелой экстрагенитальной патологией и состояниями, при которых исход мало зависит от действий медицинского персонала. Большинство причин материнской смертности, регистрируемых в «бедных» странах (кровотечения, эклампсия, инфекции и т. д.), предотвратимы при правильном оказании медицинской помощи.

Важно > В России за последние 20 лет уровень материнской смертности снизился практически вдвое и в 2010 г. составил чуть более 16 случаев на 100 тыс. живорожденных. Это тот показатель, который в странах Западной Европы достигли уже в 1970-е гг.

Оценка качества медицинской помощи должна проводиться по единой методике с использованием руководств, основанных на рекомендациях доказательной медицины.

Стоит ли нам воспользоваться опытом этих стран при планировании действий по улучшению ситуации в акушерстве? Следует отметить, что снижение показателя материнской смертности в развитых странах с 50-100 до 15-20 случаев на 100 тыс. живорожденных происходило быстрее, чем достижение уровня 5-7 случаев на 100 тыс. живорожденных.

На рисунке (источник - база данных «Здоровье для всех» ЕвроВОЗ) представлена динамика материнской смертности (МС) в России в сравнении с таковой в Германии, Франции, Соединенном Королевстве Великобритании (СК).

В начале и середине XX века основные успехи по снижению материнской смертности в странах Европы и Северной Америке были связаны с революционными новшествами и научными открытиями, такими как повышение доступности квалифицированной помощи, повышение уровня квалификации акушерок и врачей, организация антенатального наблюдения, внедрение в практику антибиотиков, скрининга АД, контроля уровня белка в моче и т. д.

Дальнейшее снижение показателей материнской смертности связано с улучшением технического оснащения стационаров, внедрением принципа непрерывного образования медицинских работников, решением проблем организационного характера.

Концепция «трех задержек»

Разработке эффективных организационных мер значительно способствовало принятие концепции «трех задержек», в которой признано, что фатальный исход во время беременности, родов или послеродового периода в большинстве случаев связан с поздним предоставлением качественной медицинской помощи. Например, при расследовании случаев материнских смертей от акушерских кровотечений выяснилось, что только 20% из них были фатальны.

Первая группа - задержки при принятии решения о госпитализации или переводе на более высокий уровень помощи; что может зависеть как от медицинских работников, так и от пациентки. Основные ситуации и возможные действия в них следующие:

1. Беременная оказалась в ситуации, когда медицинская помощь недоступна (например, роды начались в отдаленном поселке, в котором нет медицинского учреждения; в послеродовом периоде началось кровотечение, а санитарный вертолет не смог вылететь по погодным условиям).

Для исключения такой ситуации беременная должна вовремя быть перевезена на «большую землю». Однако для случаев, когда это невозможно, должна четко функционировать система регионализации, предусматривающая взаимодействие различных экстренных служб (санитарной авиации, медицины катастроф и т. п.). Важно, чтобы была предусмотрена возможность госпитализации в ЛПУ соседних регионов (что в настоящее время бывает проблематично).

2. Беременная недооценила свое состояние, не придавала значения первым симптомам осложнения или не знала, куда ей обратиться в данный момент (например, отметила незначительные кровянистые выделения из половых путей в воскресенье вечером, и решила дождаться утра, когда откроется женская консультация; ночью произошла отслойка плаценты).

В этом случае пациентка не была проинформирована о настораживающих признаках осложнений, их возможных последствиях и своих действиях. Важно, чтобы при антенатальном наблюдении информация предоставлялась понятно и в полном объеме.

3. Беременная отказалась от медицинской помощи.

Во многих случаях такие беременные принадлежат маргинальным социальным группам (алкоголики, наркоманы, бомжи, нелегальные мигранты и т. д.); в развитых странах на них приходится до 20% случаев материнской смертности. Для работы с этими контингентами пациенток разрабатываются специальные программы по обеспечению медико-социальной помощью.

Другая часть пациенток отказывается от медицинской помощи вполне сознательно, основываясь на предшествующем негативном опыте (грубое отношение персонала ЛПКУ, невнимание к просьбам о родах без вмешательств, отказ в совместном пребывании с ребенком и т. д.). Для решения этой проблемы необходимо сделать базовым принципом организации перинатальной помощи ориентацию на интересы и предпочтения пациенток.

Вторая группа - задержки при переводе в ЛПУ следующего уровня; что чаще происходит по причинам, зависящим от пациентки.

- В большинстве случаев перевод беременной с первого уровня на II или III возможен в плановом порядке, без необходимости медицинского сопровождения (например: при многоплодной беременности или рубце на матке, не дожидаясь начала родовой деятельности).

В таком случае проезд пациентки (возможно, и членов семьи) в ЛПУ следующего уровня и обратно должен быть финансово обеспечен. Решение и этого вопроса возможно на уровне муниципального образования.

- При необходимости срочной транспортировки возможно несколько вариантов: использование санитарного транспорта (в сопровождении акушерки или врачебной бригады) или специализированного транспорта (в сопровождении реанимационной бригады).

Задача руководителя ЛПУ - обеспечение взаимодействия медицинских учреждений всех уровней (в т. ч. санитарной авиации или службы медицины катастроф).

- Важным фактором являются большие расстояния и плохое состояние дорог. В этом случае большое значение имеет взаимодействие между медицинскими учреждениями как одного региона, так и соседних регионов.

Третья группа - задержки оказания адекватной медицинской помощи на уровне ЛПУ: при недооценке тяжести состояния при поступлении, неправильной диагностике, при позднем привлечении консультантов, при неправильно назначенном лечении, при несогласованной работе и т. д.

Основные причины таких задержек - недостаток знаний и практических навыков, неумение применить их на практике в условиях стрессовой экстренной ситуации, недостаточная коммуникация между специалистами в учреждении, а также между медработниками и пациентами (членами семьи)¹.

Важно > Акушерская ошибка - это всегда цепь запоздалых, неправильных, неадекватных коллективных действий. Если специалист не умеет сделать необходимого - виноват в том числе тот, кто не проверил его знания и допустил к самостоятельной работе. Если не оказалось нужного лекарственного препарата или оборудования - тот, кто должен был обеспечить их наличие.

Главной причиной некачественной медицинской помощи в России является отсутствие единых клинических протоколов на уровне учреждения, региона, страны. Наличие таких протоколов на каждую нозологию или процедуру - обязательное условие для лицензирования любой европейской клиники. К сожалению, в нашей стране до сих пор распространено мнение о вреде стандартов.

Существующая в нашей стране система последиplomного образования, включающая в себя двухмесячные курсы повышения квалификации раз в пять лет, не отвечает современным требованиям, которые предъявляются к специалистам. Каждый год появляются десятки новых лекарств и технологий. Чтобы быть в курсе нового необходима постоянная учеба. Важно, чтобы навыки оказания помощи в экстренных ситуациях были отработаны до автоматизма.

Важно > Тренинги, в которых должен быть задействован весь медицинский персонал, эффективны, если они проводятся по реалистичным сценариям, не реже одного раза в полгода и предусматривают обязательное тестирование.

В западных странах принята система «кредитных баллов», начисляемых каждому медицинскому работнику за участие в конференциях, симпозиумах, подготовку обзоров статей, проведение тренингов и т. д. Определенная сумма баллов необходима для подтверждения сертификата специалиста. Учебные семинары, которые проводятся под эгидой профессиональных обществ акушеров-гинекологов, рационально сочетают теоретическую и практическую часть (для обучения практическим навыкам активно используются симуляторы и тренажеры). К сожалению, в нашей стране о системе непрерывного последиplomного образования пока только говорят.

Важно > Согласно современной модели перинатального ухода ко всем беременным и роженицам необходимо относиться одинаково внимательно, проводить переоценку риска во время каждого визита, своевременно выявлять осложнения и в случае необходимости перенаправлять на более высокий уровень оказания помощи (или вызывать такую помощь на себя).

Медицинский персонал, работающий на всех уровнях оказания медицинской помощи, необходимо обучать навыкам реанимации по единым алгоритмам, и эти навыки должны быть отработаны до автоматизма. Непрерывное образование медицинских работников и регулярные тренинги (не реже 2 раз в течение года) - залог адекватной помощи, а значит, безопасности пациентов. Оценка качества медицинской помощи должна проводиться по единой методике с использованием руководств, основанных на рекомендациях доказательной медицины.

В основе системного подхода к управлению качеством медицинской помощи матерям и детям должен лежать постоянный независимый аудит, в том числе случаев материнской и перинатальной смертности и «критических случаев»
//Здравоохранение.-2012.-№4.-С.90.

Опыт использования медицинских и организационных инноваций

Рязанским областным клиническим перинатальным центром

Е.И. Петрова, Е.Н. Микитюк, Л.Е. Караушева, Л.В. Ефанова

С 1 марта 2011г. начал работу ГУЗ Рязанский областной клинический перинатальный центр - учреждение третьего уровня оказания медицинской помощи, включающий медицинскую помощь любой степени сложности беременным и новорожденным.

В настоящее время в Рязанской области сложилась трехуровневая система службы родовспоможения, которая позволяет создать этапность, преемственность и непрерывность оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и их новорожденным детям.

Перинатальный центр - это специализированное медицинское учреждение, которое предоставляет все виды высокотехнологичной стационарной и стационарзамещающей помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии. Центр осуществляет амбулаторную, консультативно-диагностическую, медико-реабилитационную помощь преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных и их новорожденным детям, а также медицинскую помощь по выхаживанию недоношенных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела (до 1000 г).

В структуру перинатального центра входят:

консультативно-диагностическая поликлиника (КДП) с дневным стационаром на 10 коек. В поликлинике ведут приемы врачи различных специальностей: акушеры-гинекологи, терапевт, эндокринолог, офтальмолог, невролог, уролог, кардиолог, стоматолог, психотерапевт, сексолог;

медико-генетическая консультация (МГК);

центр медико-социально-психологической помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;

дистанционный акушерский консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами (ДАКЦ);

дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами (ДКЦ);

отделение функциональной и ультразвуковой диагностики;

физиотерапевтическое отделение;

клинико-диагностическая лаборатория;

отделение гинекологии на 15 коек;

акушерский стационар, представленный:

- отделением патологии беременности на 35 коек;

- акушерским (послеродовым) отделением для родильниц на 50 коек;

- отделением анестезиологии и реанимации на 11 коек;

- отделением экстракорпоральных методов очищения крови;

педиатрический стационар представлен:

отделением новорожденных на 50 коек,

отделением патологии новорожденных и недоношенных детей на 30 коек;

отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН)

на 12 коек.

Для достижения более высоких результатов в работу Центра постоянно внедряются технологические, организационные, медицинские инновации. Все отделения Центра работают в тесной взаимосвязи между собой и со всеми вспомогательными подразделениями - аптекой, пищеблоком, бухгалтерией, организационно-методическим отделом и т. д.

На сегодняшний день единое информационное пространство перинатального центра функционирует на базе Карельской медицинской информационной системы (КМИС). Для оптимизации рабочего времени специалистов и сохранения времени ожидания пациентов в Центре внедрена система электронной регистратуры, которая позволяет проводить запись на прием к врачам КДП и медико-генетической консультации используя личные календари врачей, в том числе через Интернет. С помощью КМИС в единую сеть объединено 201 рабочее место врачей, медицинских сестер, заведующих, администрации, статистиков. Начиная с регистратуры поликлиники, приемных отделений акушерского и педиатрического стационаров в Центре заполняются электронные амбулаторные карты, истории болезни, истории родов, истории развития новорожденных. Вся медицинская документация находится в единой базе данных и ведется в электронном виде, включая все данные осмотров, дневниковые записи, консультации, результаты проведенных исследований (УЗИ, ЭКГ), протоколы операций и другую информацию, фактически введен электронный документооборот. В Центре внедрена лабораторная информационная система (ЛИС) для ведения электронного учета анализов. С помощью системы телемедицины в Центре имеется возможность консультировать беременных с тяжелой экстрагенитальной патологией в ведущих

клиниках Москвы и России и участвовать в проводимых видеоконференциях, телемостах и обучающих семинарах.

Благодаря внедрению в Центре замкнутого цикла документооборота удалось добиться правильного заполнения медицинских документов, что в свою очередь позволяет выгружать корректную статистику прямо из КМИС без привлечения дополнительных человеческих ресурсов на ее переработку и проверку. На данный момент ведутся работы по внедрению в аптеке и пищеблоке финансово-экономической подсистемы КМИС.

С целью обеспечения этапности, непрерывности и преемственности в оказании медицинской помощи беременным высокой группы акушерского и перинатального риска, проживающих в Рязани и Рязанской области, в перинатальном центре созданы ДАКЦ и ДКЦ, имеющие 3 реанимобиля с транспортными кюветами для новорожденных и реанимационным оборудованием для родильниц, оснащенные системой ГЛОНАСС.

С помощью программы «Мониторинг беременных и женщин, завершивших беременность», создана областная база беременных женщин с выделением в ней особой группы высокого риска, которые и попадают под наблюдение специалистов ДАКЦ. На каждую беременную группы высокого риска заводится электронная обменная карта наблюдения в ДАКЦ, в которую заносятся все данные обследований, консультаций и рекомендации. Беременные группы высокого риска направляются для обследования и консультаций в КДП на стационарное лечение в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением в перинатальном центре. На учете в ДАКЦ с 01.07.2011 по 01.06.2012 состояло 1595 женщин (1019 из области и 576 из города). Проведены консультации по 489 электронным картам, посетили КДП 1053 женщины, находились на стационарном лечении в отделении патологии беременности 479 женщин. Завершили беременность всего 1283 женщины (792 из области и 491 из города), в том числе в ГБУ РО ОКПЦ - 792; в родильных домах Рязани - 344, в ЦРБ - 131.

Большая роль в работе ДАКЦ отведена организационно-методической и профилактической работе кураторов с учреждениями родовспоможения. За 2012г. кураторами были осуществлены выезды в 15 районов Рязанской области, проконсультировано 185 беременных женщин, в том числе 101 женщина группы высокого акушерского и перинатального риска. Для оказания экстренной акушерской медицинской помощи в районах области или в Рязани в ДАКЦ имеется круглосуточная бригада из врачей акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезистки, которая незамедлительно выезжает на вызов, а дежурные врачи Центра имеют возможность контролировать сложившуюся ситуацию по скайпу. С начала 2012г. выездные анестезиолого-реанимационные акушерские бригады ДАКЦ ГБУ РО ОКПЦ осуществили 17 выездов.

В 2012г. планируется наладить связь между всеми родильными отделениями области, родильными домами г. Рязани и перинатальным центром с помощью телемедицинских установок, приобретенных за счет программы модернизации здравоохранения в Рязанской области.

МГК является одним из структурных подразделений перинатального центра. К задачам МГК относятся вопросы профилактики, диагностики и лечения наследственных и врожденных заболеваний; консультативный прием супружеских пар по проблеме прогноза потомства; прием детей с целью исключения наследственной патологии; прием по вопросам бесплодия и невынашивания с целью исключения генетических форм патологии. В консультации проводится дородовая диагностика врожденных пороков развития (ВПР) и наследственных заболеваний плода, которая включает массовое обследование беременных из всей Рязанской области на сывороточные маркеры ВПР плода и синдрома Дауна. На данный момент скрининг проведен 15 073 беременным, из них 13 086 — во II триместре. С 20 ноября 2011г. начато обследование беременных в I триместре, его прошли 1987 беременных женщин. Также проводится 2-й этап ультразвукового скрининга беременных (уточняющая диагностика), всего обследовано 4930 беременных.

На базе перинатального центра создан и работает перинатальный консилиум в составе ведущих специалистов Рязанской области, основная задача которого - определить дальнейшую тактику ведения беременных с ВПР плода. Так, за время работы Центра всего выявлено 200 беременных с ВПР, из них 68 беременностей прервано, 129- пролонгировано с последующим родоразрешением и хирургической коррекцией порока. В 3 случаях ВПР наблюдался у одного плода из двойни, беременность пролонгировалась, 7 женщин отказались от прерывания беременности.

С 1 ноября 2011г. начал работу центр медико-социально-психологической помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в состав которого входят психологи, юристы, социальные работники. Центр оказывает содействие в предоставлении временного приюта в учреждениях социальной защиты, организации патронажа женщин, нуждающихся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке. В кабинет обращаются беременные женщины по собственной инициативе либо по направлению лечащего врача. В отделениях перинатального центра проводятся ежедневные обходы психологов и юриста, даются компетентные консультации для беременных и родильниц относительно их прав. Особое внимание уделяется женщинам с репродуктивными потерями, многодетным матерям, а также тем, кто хочет отказаться от новорожденного. За период с декабря 2011г. по настоящее время было проконсультировано 368 женщин, из них 8 несовершеннолетних, по вопросам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья, подготовки к семейной жизни, ориентации на здоровую семью. Среди этих женщин одна нуждалась в медико-социальном патронаже и была переведена на проживание в центр социальной поддержки «Семья». Всего были направлены в центр «Семья» 2 женщины. Две из девяти женщин, изъявивших желание отказаться от ребенка, изменили решение и оставили детей.

Одна из самых актуальных на сегодняшний день проблем - это женское и мужское бесплодие. Основной задачей кабинета охраны репродуктивного здоровья (КОРЗ), действующего на базе КДП перинатального центра, является обеспечение большей доступности населения Рязанского региона к сложным и

высокозатратным современным лечебно-диагностическим мероприятиям, позволяющим сегодня диагностировать и лечить практически все формы женского и мужского бесплодия. В перинатальном центре супружеским парами, имеющим проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем, предоставляется возможность пройти полное диагностическое обследование, в том числе лабораторное, с последующим направлением их на экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) в федеральные учреждения здравоохранения по квоте региона. КОРЗ работает в тесном сотрудничестве с гинекологическим отделением перинатального центра, особое внимание в котором уделяется развитию эндоскопических методов диагностики и лечения заболеваний репродуктивной системы, проблемам невынашивания беременности малых сроков. Эндоскопия в гинекологии сегодня представляет собой одно из наиболее интенсивно развивающихся направлений. В отделении гинекологии выполняется широкий спектр операций по поводу бесплодия трубно-перитонеального и гормонального генеза. За время работы КОРЗ (с июля 2011г. по июнь 2012г.) обследовано 226 женщин в связи с бесплодием и невынашиванием беременности различной этиологии, 23 женщинам проведены лапароскопические вмешательства, 10 женщинам выполнена гистероскопия, 30 женщин направлены на ЭКО, 14 женщин вынашивают беременность.

Родовое отделение в перинатальном центре представлено 10 индивидуальными родовыми залами, оснащенными современным медицинским оборудованием. Во время родов широко применяется перидуральная и спинномозговая анестезия. Практикуются и немедикаментозные методы обезболивания - принятие теплового душа, свободное положение в первом периоде родов, в том числе с использованием фитболов. Каждой женщине в родах проводится кардиотокография (КТГ) - ведущий метод оценки функционального состояния плода. Широко практикуются партнерские роды, способствующие повышению взаимответственности медицинского персонала, рожениц и членов семьи, что снижает частоту конфликтов и жалоб.

Все палаты в перинатальном центре одно- и двухместные, оснащены отдельными душевыми кабинами, санитарными узлами, удобными функциональными кроватями, холодильниками, телевизорами, беспроводным выходом в Интернет с помощью Wi-Fi; 60% всех палат - это палаты совместного пребывания «Мать и дитя». В каждом отделении стационара имеются видеотелефоны, скайпы. Разрешены посещения беременных, родильниц и новорожденных родственниками. Таким образом, созданные комфортные условия пребывания женщин в перинатальном центре способствуют благоприятному исходу родов.

Если учесть, что основной контингент пациентов перинатального центра - это беременные группы высокого перинатального риска, большую роль, несомненно, играет приближение высококвалифицированной неонатальной помощи к акушерскому стационару. Для оказания медицинской помощи новорожденным используется аппаратура экспертного класса для дыхательной поддержки, комплексные системы для выхаживания и обеспечения жизнедеятельности глубоко недоношенных детей, включая кювезное

выхаживание, высокоточные аппараты для внутривенного парентерального питания, аппаратура для диагностики состояния внутренних органов и систем, газового состава крови и т. д. В ОРИТН ведется круглосуточный мониторинг жизненно важных функций у новорожденных, находящихся в критическом состоянии, включая определение ЧСС, АД, уровень насыщения крови кислородом, ЧДД, газовый состав выдыхаемой смеси. Информация выводится на монитор в ординаторской, что дает врачу возможность наблюдать за состоянием ребенка дистанционно и анализировать данные, записанные на компьютере. В практику ОРИТН внедрен метод малоинвазивного введения препаратов экзогенного сурфактанта детям с признаками респираторного дистресс-синдрома новорожденных. Из 3414 родившихся в перинатальном центре детей 319 были переведены в ОРИТН (из них 32 ребенка с экстремально низкой массой тела), 587 детей переведены в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей. В ОРИТН с помощью анестезиолого-реанимационных неонатальных бригад ДКЦ поступают и новорожденные, родившиеся в других родовспомогательных учреждениях Рязанской области, нуждающиеся в реанимационной медицинской помощи. Так, за 2012г. было осуществлено 60 выездов, 25 детей транспортированы в перинатальный центр или областную детскую больницу, 14 детям медицинская помощь оказана на месте ввиду нетранспортабельности ребенка.

На сегодня основной задачей специалистов перинатального центра является выработка тактики ведения беременных с преждевременно излившимися околоплодными водами в сроках 22-27 нед. и родившихся новорожденных с экстремально низкой массой тела.

По программе модернизация здравоохранения Рязанской области с 2011г. в перинатальном центре для повышения качества медицинской помощи новорожденным и беременным были внедрены 5 медико-экономических стандартов.

Услуги ГБУ РО ОКПЦ доступны всем гражданам, нуждающимся в предоставляемых Центром видах медицинской помощи на основе программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи с учетом исполнения права застрахованных лиц на выбор медицинской организации и врача в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Перспективными направлениями в работе Центра являются:

консультация и ведение беременных группы высокого акушерского риска, беременных с тяжелой экстрагенитальной патологией;

медицинская помощь пациентам с проблемами репродуктивного здоровья, невынашивания беременности;

внедрение высоких технологий в родовспоможении (в том числе использование высококачественной современной аппаратуры, оптимально подходящей для оказания медицинской помощи женщине и новорожденному, включая выхаживание детей с экстремально низкой массой тела от 500 г).

Сегодня уже можно сказать, что областной клинический перинатальный центр - это уникальное для Рязанской области специализированное

высокотехнологичное медицинское учреждение, деятельность которого направлена на своевременное выявление беременных и новорожденных группы высокого риска и оптимальное использование эффективных методов акушерской и неонатологической помощи.

Наша цель - достичь самого высокого уровня медицинских услуг. Они должны быть технологичными, качественными, экономически эффективными и востребованными.

//Здравоохранение Российской Федерации.-2013.-№1.-С.45.

Дополнительная литература

Аберхаева Л.С., Гильманов А.А. Научно-методическое обоснование организации межрайонного центра перинатальной медицины//Казанский медицинский журнал.-2012.-№1.-С.138-141.

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: стандарты и нормативы // Справочник фельдшера и акушерки. - 2013. - №10. - С. 81-94.

Растегаева И. Н. Пути совершенствования диспансеризации беременных женщин и родильниц / И. Н. Растегаева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2013. - №2. - С. 19-21.

Старченко А.А. Материнская и неонатальная смертность: квинтэссенция в проблеме дефектов оказания медицинской помощи в Российской Федерации/ А.А. Старченко //Менеджер здравоохранения.-2013.-№1.-С.64-67.

Старченко А.А. О проектах нормативных актов, устанавливающих стандарт оказания медицинской помощи в акушерстве/А.А. Старченко //Менеджер здравоохранения.-2013.-№2.-С.58-61.

Основные направления организации стационарной медицинской помощи лицам старших возрастов

И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева

Постарение населения ставит перед системой здравоохранения задачи, решение которых носит комплексный характер и требует значительных кадровых, материальных и финансовых ресурсов.

В связи с постарением возрастает потребность населения во всех видах медицинской помощи, в том числе отнесенной к разряду специализированной.

1. Стационарная помощь, которую целесообразнее условно разделить на несколько видов:

1) Гериатрическая - специально выделенные койки и подразделения больниц для круглосуточного лечения пациентов старших возрастов. В свою

очередь они могут подразделяться в зависимости от класса патологии на гериатрические специализированные: кардиологические, пульмонологические, урологические и т.д.

2) Медико-социальная - круглосуточные койки и подразделения для у которых, помимо медицинских, выражены социальные показания к госпитализации. Эти подразделения могут использоваться для долечивания и реабилитации пациентов после лечения в гериатрических подразделениях до восстановления способности пожилых людей к самообслуживанию.

3) Специализированная помощь пожилым пациентам в круглосуточных стационарах многопрофильных больниц по плановым и экстренным показаниям.

2. Стационаророзамещающая помощь:

1) Дневные стационары при больницах и поликлиниках, в том числе стационары на дому. Их основное предназначение - долечивание и реабилитация пожилых пациентов после гериатрических и других стационаров, лечение хронических больных, паллиативная помощь при тяжелых заболеваниях.

2) Дневные медико-социальные пансионаты - «дедсады», представляющие собой организации, не входящие напрямую в сеть медицинских организаций, но имеющие в своей структуре медицинские подразделения (кабинеты) для выполнения назначений врачей (физиотерапевтические кабинеты, кабинеты массажа и ЛФК, медицинские тренажерные кабинеты и залы для реабилитации и т.д.).

3. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1) Гериатрические кабинеты (центры) (отделения медико-социальной помощи) при муниципальных поликлиниках с задачами, определенными Приказом МЗ СССР от 23.09.1981 №1000 (в ред. от 22.12.1989, с изм. от 04.05.1990) и Приказом МЗ РФ от 28.07.1999 №297.

2) Гериатрические кабинеты для консультативной помощи при медицинских организациях клинического уровня, гериатрических стационарных подразделениях и специализированных гериатрических стационарах.

4. Скорая медицинская помощь.

5. Гериатрические аптеки или отделы при крупных аптеках, консультанты, имеющие подготовку по вопросам гериатрической фармакологии.

6. Социальные службы для пожилых и старых людей.

Рассмотрим более подробно особенности стационарной помощи для пожилых и старых больных.

Вопрос о целесообразности выделения отдельных гериатрических стационаров или подразделений обсуждается давно. С одной стороны, концентрация пожилых и старых пациентов в специальных медицинских организациях или отделениях выступает как искусственная изоляция этого контингента, сопровождающаяся необходимостью признания того, что в таких учреждениях будут находиться более тяжелые больные, требующие чаще постороннего ухода, здесь однозначно будут более высокие показатели внутрибольничной летальности, что, несомненно, окажет влияние на психоэмоциональное состояние пациентов.

К этому необходимо добавить большие трудности для соблюдения санитарно-гигиенического режима, охранительного режима, ведь не секрет, что значительное число соматических заболеваний сопровождается нарушением психики, да и сам контингент гериатрических учреждений не только более психически лабилен, чем молодые, но и имеет достаточно большой удельный вес людей, страдающих психическими отклонениями. Совместное, пусть даже не очень длительное, проживание пожилых и старых людей нередко сопровождается конфликтными ситуациями, что отнюдь не способствует улучшению или стабилизации состояния здоровья.

С другой стороны, пожилой возраст требует особенных подходов к диагностике и лечению. Когда эти особенности, определяющие основные параметры обследования, фармакотерапии, психотерапии, реабилитации, для всего контингента, находящегося на лечении в больнице или структурном подразделении ее, формируют системные направления, то эффективность работы с пожилыми пациентами возрастает по сравнению с индивидуальными применениями особенностей оказания помощи им в смешанных по возрастному составу отделениях. По большому счету никогда не удастся лечить пожилых больных только в гериатрических больницах или подразделениях, поэтому следует рассматривать все варианты их госпитализации.

Создание специализированных гериатрических больниц (подразделений) должно учитывать особенности пожилых пациентов и их потребности в процессе оказания медицинской помощи в период нахождения в медицинском учреждении.

Расположение и планировка таких больниц и подразделений должны быть удобны для пациентов. Желательно, чтобы эти учреждения находились в нешумной зоне с хорошими подъездными путями и транспортным обеспечением. Если здание многоэтажное, то обязательно должны быть лифты. Пандусы, перила и другие приспособления, облегчающие передвижение пожилых пациентов, особые покрытия полов, специальные двери — все это должно стать непременным атрибутом таких отделений, так же, как и камеры видеонаблюдения. Палаты должны быть не более чем на 2 пациента, в них должны быть санузлы, желательны душевые кабины.

Таким образом, для того, чтобы открыть гериатрические отделения, необходимы значительные затраты, ибо использование многих больничных помещений, существующих сегодня, превратит гериатрические отделения в своеобразные резервации для старых людей, где само пребывание не улучшит настроение и не будет способствовать выздоровлению. Эти подразделения должны будут не только не уступать по условиям пребывания госпиталю для ветеранов войн, но и превосходить их.

Вполне уместной была бы организация системы сотовой связи с использованием «кнопок тревоги». Следует предусмотреть возможность оборудования в таких стационарах и специальных помещений для отправления религиозных обрядов.

Большое значение имеет превращение таких специализированных больниц в полнокровные **социально-гериатрические центры**, где были бы организованы постоянно действующие консультативные приемы не только врачей-

специалистов, но и сотрудников пенсионного фонда, службы социального обеспечения, юристов, нотариусов.

Применение медико-технологических стандартов в оказании медицинской помощи пожилым пациентам тоже имеет свои особенности. Медико-технологические стандарты, в соответствии с которыми по законодательству должна быть оказана медицинская помощь с 1 января 2013 года, содержат все компоненты лечебно-диагностического процесса с его длительностью по различным нозологическим формам.

В то же время пожилые и старые пациенты требуют к себе особого подхода, связанного с возрастными особенностями, о которых в описании стандартов ничего не говорится, тем не менее, само содержание стандарта предусматривает перечень медикаментов, а также диагностические и лечебные мероприятия, которые могут применяться для взрослых пациентов любого возраста. Другое дело, что медикаментозное лечение пожилых пациентов должно быть подчинено определенным правилам гериатрической фармакологии, реализация которых должна осуществляться при активном участии специалистов-врачей клинических фармакологов, которых необходимо ввести в штат таких больниц.

Адекватность дозировки и совместимости применяемых препаратов, лечение с обязательным учетом сопутствующей патологии, оптимальное количество назначаемых медикаментов, эффективное сочетание медикаментозного и других видов лечения (физиотерапевтическое, массаж, ЛФК), необходимый уровень двигательной активности пациентов, соблюдение ими диеты, соответствующей заболеванию и применяемым лекарствам, - вот лишь некоторые из вопросов, которые должны решать клинические фармакологи совместно с лечащими врачами. При этом необходима определенная настороженность в отношении полипрагмазии, которая в пожилом возрасте может привести к серьезным осложнениям.

Одновременно встают вопросы преемственности лечения на разных этапах. Нельзя допустить, чтобы в стационарах отменялись препараты, которые больные длительное время принимали на амбулаторном этапе. Эта же проблема стоит при выписке пожилых пациентов из стационаров на амбулаторное лечение или на лечение в дневные стационары. Прием медикаментов, что очень важно для определенной категории пожилых больных, должен обязательно происходить в присутствии медицинского персонала.

Специализированные гериатрические стационары должны стать учебной базой для подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам геронтологии и гериатрии. Внедрение системы стажировки, которая применяется во многих странах Запада, когда врачи клинических специальностей командированы в такие больницы на некоторое время (2-3 месяца), чтобы обучиться навыкам работы с лицами старших возрастов, особенностям общения с ними, применения медикаментов и т.д., позволило бы обеспечить систему здравоохранения востребованными при значительном постарении населения подготовленными кадрами.

Кроме того, гериатрические стационары обязательно должны стать местом прохождения практики для студентов высших и средних медицинских учебных заведений, стажировки врачей-ординаторов.

Медико-социальные отделения для лиц старших возрастов были открыты в Самарской области еще в 1989 году, во время эксперимента по внедрению нового хозяйственного механизма в здравоохранении. Особую роль они сыграли в сельской местности. Это были структурные подразделения больниц, куда госпитализировались пожилые и старые пациенты, у которых социальные показания для госпитализации превалировали над медицинскими. Открытие таких отделений позволило решить несколько задач:

- «разблокировать» дорогостоящие больничные койки в специализированных отделениях, где не по медицинским показаниям длительное время находились пожилые пациенты;

- повысить эффективность долечивания и реабилитации пожилых пациентов;

- обеспечить пациентов своевременными консультациями врачей-специалистов, адекватной медицинской помощью, а при возникновении показаний своевременным переводом в соответствующие лечебные отделения;

- при оптимизации коечного фонда сохранить рабочие места для медицинских работников.

Актуальность создания таких отделений не исчезла и в настоящее время.

Что же касается организации стационарной помощи лицам пожилого и старческого возраста в специализированных подразделениях и больницах, то здесь должны применяться все правила, сформулированные для гериатрических стационаров. Это имеет большое значение. В настоящее время, например, в городе Самаре в специализированных отделениях получают помощь около 55 тысяч пожилых пациентов, что составляет 38% от всех больных в возрасте 18 лет и старше. При рассмотрении госпитализации по отдельным классам заболеваний этот показатель в кардиологических отделениях равен 62,4%, эндокринологических - 36,5%, онкологических - 39,8%, урологических - 24% и т.д.

Нами подсчитано, что для оказания гериатрической помощи в стационарах г. Самары (без учета медико-социальных отделений) необходимо 2,6 тысячи больничных коек при занятости койки в году 310 дней. При этом следует учесть, что значительная часть пожилых пациентов получает специализированную помощь, помимо муниципальных больниц, в ведомственных, частных, областных и федеральных медицинских организациях.

Таким образом, постарение населения ставит перед организаторами здравоохранения серьезные задачи не только по совершенствованию гериатрической помощи, но и по оптимизации всей системы организации медицинской помощи населению, изменению потоков пациентов, разработки системы показаний для стационарного лечения и пребывания на медико-социальных койках. Все это должно сочетаться с активизацией работы по обучению врачей и среднего медицинского персонала по вопросам геронтологии и гериатрии.

//Менеджер здравоохранения.-2012.-№7.-С.20.

Дополнительная литература

Артемьева Г. Б. Постарение населения и некоторые проблемы организации скорой медицинской помощи / Г. Б. Артемьева, И. А. Гехт // *Здравоохранение Российской Федерации*. - 2012. - №3. - С. 42-44.

Ахунова Э. Р. Особенности заболеваемости городского населения пожилого возраста Казани по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации / Э. Р. Ахунова, М. Ю. Абросимова // *Казанский медицинский журнал*. - 2013. - №5. - С. 637-640

Бялик М. А. Лечение боли у пожилых людей / М. А. Бялик // *Медицинская сестра*. - 2011. - №6. - С. 21-25.

Голенков А. В. Особенности реабилитации психически больных пожилого и старческого возраста в отделении сестринского ухода / А. В. Голенков, О. Г. Рындина, М. А. Синдякина // *Главная медицинская сестра*. - 2012. - №4. - С. 125-131.

Солодинина Е. Н. Оценка потребности пожилых пациентов в медицинской и социальной помощи в период ремиссии / Е. Н. Солодинина, Л. Х. Георгиева // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. - 2011. - №3. - С. 36-38.

Эртуханов М. С. Анализ организации медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в условиях сложной социально-экономической обстановки в регионе / М.-Ш. С. Эртуханов, А. К. Ревской // *Здравоохранение Российской Федерации*. - 2012. - №1. - С. 42-44.

Актуальные аспекты законодательства, регулирующего порядок оказания психиатрической помощи

В. Г. Трпель, М.А. Шишов, Е.В. Шумилина

Провозглашенные в Конституции РФ цели политики Российской Федерации как социального государства (ст. 7) определяют обязанность государства заботиться о благополучии своих граждан, закрепляют среди важнейших прав человека права на охрану здоровья и медицинскую помощь. Вместе с тем действующее законодательство содержит целый ряд как законодательных, так и подзаконных актов в сфере здравоохранения, отдельно регулирующих правовое положение лиц, страдающих психическими заболеваниями. Устанавливая отдельный правовой статус для вышеуказанной категории граждан, федеральный законодатель, согласно разъяснениям Конституционного суда РФ, изложенным в Постановлении Конституционного суда РФ от 13.07.2010 №15-П, действуя в рамках предоставленных ему дискреционных полномочий, связан, однако, требованиями ст. 55 (ч. 3)

Конституции РФ, допускающими возможность ограничения прав и свобод человека и гражданина федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства. При этом, как следует из правовых позиций Конституционного суда Российской Федерации, предусматриваемые им меры принудительного характера должны отвечать требованиям справедливости, быть соразмерными конституционно закрепленным целям и охраняемым интересам, а также характеру совершенного деяния. Такие меры допустимы, если они основываются на законе, служат общественным интересам и не являются чрезмерными. В тех случаях, когда конституционные нормы позволяют законодателю установить ограничения закрепляемых ими прав, он, имея целью воспрепятствовать злоупотреблению правом, должен использовать не чрезмерные, а только необходимые и обусловленные конституционно признаваемыми целями меры. В Послании Президента РФ Федеральному собранию от 26.04.2007 было указано на необходимость строительства эффективного государства, обеспечивающего безопасность людей.

В контексте вышеизложенного рассмотрим отдельные вопросы медицинского освидетельствования, проводимого врачом-психиатром с целью установления противопоказаний для занятия отдельными видами деятельности.

В соответствии с положениями ст. 6 Закона РФ от 02.07.1992 №3185-1 (ред. от 06.04.2011) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», на основании оценки состояния психического здоровья гражданина по решению врачебной комиссии, уполномоченной на то органом здравоохранения, в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний гражданин может быть временно признан непригодным к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности вследствие наличия психического расстройства. Одним из таких противопоказаний, установленных Постановлением Правительства РФ от 28.04.1993 №377 (ред. от 23.09.2002) «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»» является наличие хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Наличие хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями в силу пп. «а» п. 24 Правил оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 21.07.1998 №814 (ред. от 07.07.2011), является и одним из противопоказаний к владению оружием. Однако согласно п. 2 приказа Минздрава РФ от 11.09.2000 №344 (ред. от 12.07.2010) «О медицинском освидетельствовании граждан для выдачи лицензии на право приобретения оружия» оценка состояния психического здоровья гражданина в данном случае проводится не комиссионно, а единолично врачом-психиатром. При этом согласно разъяснениям, указанным в письме Минздрава РФ от 02.02.2001 №2510/1122-01-32 «О медицинском освидетельствовании граждан для выдачи лицензии на право приобретения

оружия», вышеуказанный приказ не предусматривает обязательного присутствия психиатров в лечебно-профилактическом учреждении во время медицинского освидетельствования граждан, необходимое для этого освидетельствование психиатрами может осуществляться в психоневрологических учреждениях (подразделениях) с выдачей заключения освидетельствуемому гражданину. В силу ст. 23 Закона РФ от 02.07.1992 №3185-1 (ред. от 06.04.2011) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации. Отметим, что отсутствие установленной формы заключения освидетельствуемого гражданина создает условия для злоупотребления со стороны недобросовестных врачей-психиатров. В частности, предоставляет возможность вместо заключения предоставить справку о том, что гражданин, претендующий на приобретение оружия, не состоит на учете в органах здравоохранения по поводу психического заболевания (психиатрическом учете). На первый взгляд, правомерность выдачи подобных справок косвенно подтверждена положениями ст. 6 Закона РФ от 11.03.1992 №2487-1 (ред. от 07.02.2011) «О частной детективной и охранной деятельности в Российской Федерации», согласно которым лицензия на осуществление частной детективной деятельности не предоставляется гражданам, состоящим на учете в органах здравоохранения по поводу психического заболевания.

Однако необходимо учитывать, что приказ Минздрава СССР от 29.12.1979 №1333 «О порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан», регулирующий порядок выдачи справок, подтверждающих, что данное лицо на психиатрическом учете не состоит, утратил силу еще в 1988 г. в связи с изданием приказа Минздрава СССР от 21.03.1988 №221 «О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР по разделу «Лечебно-профилактическая помощь населению». Приказ Минздрава СССР от 11.02.1964 №60 «Об обязательном учете больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического заболевания» также утратил силу в связи с изданием приказа Минздрава РФ от 11.01.1993 №6 «О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы». Более того, ст. 27 Закона РФ от 02.07.1992 №3185-1 (ред. от 06.04.2011) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» при наличии у лица хронического и затяжного психического расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями предоставляет право устанавливать диспансерное наблюдение на основании решения комиссии врачей-психиатров, но не предусматривает обязанности ведения учета таких лиц.

В настоящее время в Российской Федерации предусмотрен только статистический учет заболеваемости психическими расстройствами в объеме, указанном в приказе Росстата от 22.11.2010 №409 «Об утверждении Практического инструктивно-методического пособия по статистике здравоохранения». Вместе с тем дополнительную сложность в данный вопрос вносит сложившаяся правоприменительная практика, в т.ч. Верховного суда РФ

(определения от 14.04.2011 №48-011-12; от 19.01.2011 №83-010-26СП; от 04.08.2010 №56-010-59), свидетельствующая о продолжающемся использовании термина «психиатрического учета», существовавшего в Советском Союзе, факт нахождения на котором автоматически влек серьезные ограничение правоспособности.

Таким образом, несмотря на то, что противопоказание для занятия отдельными видами деятельности одно (наличие хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями), порядок его установления различен: освидетельствование на право приобретения оружием проводит врач-психиатр единолично, освидетельствование с целью установления противопоказаний к выполнению деятельности, связанной с источником повышенной опасности, проводит врачебная комиссия, уполномоченная на то органом здравоохранения. При этом положения ст. 6 Закона РФ от 11.03.1992 №2487-1 (ред. от 07.02.2011) «О частной детективной и охранной деятельности в Российской Федерации», предусматривающие предоставление информации об учете лиц в органах здравоохранения по поводу психического заболевания, прямо противоречат Закону РФ от 02.07.1992 №3185-1 (ред. от 06.04.2011) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В контексте вышеизложенного, без сомнения, «прорывом» в законодательстве, регулирующем медицинскую деятельность, стало принятие Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», установившего необходимые правовые основы для регулирования различных видов медицинской экспертизы и медицинского освидетельствования. В частности, в соответствии с ч. 4, ч. 5 ст. 65 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинское освидетельствование проводится в медицинских организациях в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Как следствие, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации получило необходимые полномочия для дальнейшей унификации и совершенствования порядка проведения медицинского освидетельствования с участием врачей-психиатров.

Следующим актуальным вопросом является правовое регулирование процесса исполнения принудительных мер медицинского характера, применение которых складывается из двух составных частей: назначения и исполнения. Порядок назначения принудительных мер медицинского характера достаточно подробно указан в Постановлении Пленума Верховного суда РФ от 07.04.2011 №6 «О практике применения судами принудительных мер медицинского характера».

Исполнение принудительных мер медицинского характера охватывает, кроме собственно лечебной работы, также организацию периодических врачебных освидетельствований для постановки перед судом вопроса о продлении назначенной меры или изменении ее вида; организацию системы безопасности психиатрических стационаров, осуществляющих принудительное

лечение; систему документации, необходимой для надлежащего осуществления принудительного лечения.

В силу положений ст. 99 Уголовного кодекса Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 21.07.2011) суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:

- амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Согласно ч. 3 ст. 97 Уголовного кодекса Российской Федерации порядок исполнения принудительных мер медицинского характера определяется уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации и иными федеральными законами. Вместе с тем необходимо отметить, что фактически деятельность по организации и осуществлению принудительных мер медицинского характера уголовно-исполнительным законодательством (Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации от 08.01.1997 №1-ФЗ (ред. от 06.11.2011)) не регламентируется в полном объеме.

Порядок применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (ст. 21 и ч. 1 ст. 81 Уголовного кодекса Российской Федерации), согласованный с Верховным судом, Генеральной прокуратурой и МВД России, приведенный в методическом письме Минздрава России от 23.07.1999 с учетом заключения Минюста России, не применяется, а само методическое письмо признано утратившим силу (письмо Минздрава РФ от 10.05.2001 №2510/4817-01-25). Вступивший в законную силу в 2009 г. Федеральный закон от 07.05.2009 №92-ФЗ «Об обеспечении охраны психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением» регулирует правовые основы обеспечения охраны только в отношении психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением. Специальное законодательство в сфере здравоохранения: ст. 13 Закона РФ от 02.07.1992 №3185-1 (ред. от 06.04.2011) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ч. 11 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» — носит бланкетный характер и отсылает к порядку, установленному Уголовным кодексом Российской Федерации, Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации, федеральным законом.

Как следствие, вопросы охраны и обеспечения безопасности лиц, подлежащих принудительным мерам медицинского характера, и сотрудников психиатрических стационаров общего типа, а также психиатрических стационаров специализированного типа остаются неурегулированными. При этом согласно положениям ст. 39 Закона РФ от 02.07.1992 №3185-1 (ред. от 06.04.2011) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

обеспечение безопасности находящихся в стационаре пациентов относится к обязанностям администрации и медицинского персонала психиатрического стационара.

С учетом вышеизложенного необходимо отметить, что проводимая Минздравсоцразвития России работа по приведению ранее принятых подзаконных актов в соответствие с действующим законодательством требует поддержки со стороны законодателя в части устранения противоречий и оптимизации законодательных актов, регулирующих порядок исполнения принудительных мер медицинского характера.

В заключение необходимо отметить, что современный этап организации и функционирования системы здравоохранения предъявляет к врачу-психиатру, а тем более к руководителю учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, повышенные требования. Недостаточно быть компетентным только в вопросах диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств, необходимо знать правовые основы своей профессиональной деятельности, а также постоянно осуществлять мониторинг изменений различных аспектов законодательства в сфере здравоохранения.

// Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2012. - №1. - С. 134.

Дополнительная литература

Актуальные проблемы стационарной психиатрической помощи в России / В. С. Ястребов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. - 2013. - Т. 113, №10. - С. 4-10.

Елфимова Е. В. Оказание психиатрической помощи пациентам соматических ЛПУ / Е. В. Елфимова, М. А. Елфимов // Заместитель главного врача. - 2013. - №6. - С. 14-25.

Лиманкин О. В. Вопросы совершенствования психиатрической помощи и развития общественного здравоохранения: Организация неврологической и психиатрической помощи. Эпидемиология / О. В. Лиманкин // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. - 2011. - Т. 111, №11. - С. 56-61.

Перечень острых состояний в психиатрической практике и оказание доврачебной помощи // Главная медицинская сестра. - 2012. - №5. - С. 38-47.

Стационарная психиатрическая помощь в Российской Федерации: организационно-экономический аспект / Л. С. Шевченко [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. - 2013. - Т. 113, №12. - С. 89-93.

Назначение лекарственных препаратов в амбулаторных условиях: основные изменения

Е.Р. Захарочкина, А.М. Битерякова

В большинстве случаев оказание медицинской помощи сопряжено с применением лекарственных средств. Важнейшее место в цепочке «пациент - медицинский работник - фармацевтический работник» занимает назначение, выписывание и отпуск рецептурных лекарственных препаратов. Основные аспекты обращения лекарственных препаратов для медицинского применения в амбулаторных условиях четко регламентируются федеральными законами и нормативными актами Минздрава России.

С вступлением в силу приказа Минздрава России от 26.02.2013 №94н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. №110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» отменены многие ранее действовавшие положения, касающиеся назначения и выписывания лекарственных препаратов.

В соответствии со ст. 73 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники обязаны назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти).

В соответствии со ст. 4 Федерального закона от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» рецепт на лекарственный препарат - это письменное назначение лекарственного препарата по установленной форме, выданное медицинским или ветеринарным работником, имеющим на это право, в целях отпуска лекарственного препарата или его изготовления и отпуска.

В соответствии со ст. 25 и 26 Федерального закона от 08.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки 2 и 3 Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства РФ от 30.06.1998 №681 (далее - списки II и III Перечня), отпускаются в медицинских целях по рецепту. Рецепты, содержащие назначение наркотических средств или психотропных веществ, выписываются на специальных бланках.

Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов для медицинского применения, формы рецептурных бланков, порядок оформления рецептурных бланков, их учета и хранения утверждены вступившим в силу с 1 июля 2013 г. приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1175н (далее - приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1175н)

Наркотические и психотропные лекарственные препараты списка II Перечня выписываются на специальном рецептурном бланке по форме, утвержденной приказом Минздрава России от 01.08.2012 №54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации,

учета и хранения, а также правил оформления» (далее - Приказ Минздрава России от 01.08.2012 №54н).

Основным нормативным документом, регулирующим рецептурный и безрецептурный отпуск физическим лицам лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров другие фармакологические активные вещества (комбинированные препараты), является приказ Минздрава России от 17.05.2012 №562н (далее - Приказ Минздрава России от 17.05.2012 № 562н) с важнейшими изменениями, внесенными в 2013 г. (эти изменения коснулись главным образом введения количественных ограничений на препараты фенobarбитала, фенobarбитала в сочетании с эрготамином гидротартратом, фенobarбитала в сочетании с кодеином, фенobarбитала в сочетании с эфедрином гидрохлоридом, хлордиазепоксида; уточнения количественных ограничений на другие препараты и т. д.).

Рассмотрим подробнее общие аспекты назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденные Приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1175н.

Назначение и выписывание лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в медицинских организациях осуществляется следующими медицинскими работниками:

-лечащим врачом;

-фельдшером, акушеркой в случае возложения на них полномочий лечащего врача в порядке, установленном приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 №252н;

-индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность.

Медицинские работники выписывают рецепты за своей подписью и с указанием своей должности на лекарственные препараты по международному непатентованному наименованию (МНН), а при его отсутствии - группировочному наименованию. В случае отсутствия МНН и группировочного наименования лекарственный препарат назначается и выписывается медицинским работником по торговому наименованию (ТН)

В статье 4 Федерального закона от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» приводятся следующие определения МНН и ТН:

-международное непатентованное наименование лекарственного средства - наименование фармацевтической субстанции, рекомендованное Всемирной организацией здравоохранения;

-торговое наименование лекарственного средства - наименование лекарственного средства, присвоенное его разработчиком.

Очень важно обратить внимание на понятие «группировочное наименование лекарственного препарата». Это наименование лекарственного препарата, используемое с целью объединения в группу (под одним наименованием) лекарственных средств, не имеющих рекомендованного МНН, согласно составу действующих веществ, или объединения в группу комбинированных лекарственных препаратов (письмо Минздрава России от

17.10.2013 №25-4/10/2-7719). Эта формулировка предложена Минздравом России как поправка к Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств».

По решению врачебной комиссии медицинской организации при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) осуществляется назначение и выписывание:

-не входящих в стандарты медицинской помощи лекарственных препаратов;

-лекарственных препаратов по торговым наименованиям.

При этом решение врачебной комиссии медицинской организации, оформленное в виде протокола, фиксируется в медицинских документах пациента и в журнале врачебной комиссии.

Наряду с назначением и выписыванием готовых лекарственных препаратов, медицинские работники осуществляют также назначение и выписывание лекарств, подлежащих изготовлению аптечными организациями (лекарственных препаратов индивидуального изготовления).

При выписывании рецепта на лекарственный препарат индивидуального изготовления, наименования наркотических и психотропных лекарственных препаратов списков II и III Перечня, иных лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету (ПКУ), пишутся в начале рецепта, затем - все остальные ингредиенты. При этом, количество жидких фармацевтических субстанций указывается в миллилитрах, граммах или каплях, а остальных фармацевтических субстанций - в граммах.

Сведения о назначенном и выписанном лекарственном препарате (наименование, разовая доза, способ и кратность приема или введения, длительность курса, обоснование назначения) указываются в медицинской карте пациента

Рецепт выписывается на имя пациента, для которого предназначен лекарственный препарат, и может быть получен пациентом или его законным представителем. Факт выдачи рецепта законному представителю фиксируется записью в медицинской карте пациента.

Медицинским работникам запрещается выписывать рецепты на лекарственные препараты:

-при отсутствии медицинских показаний;

-незарегистрированные на территории РФ;

-которые используются только в медицинских организациях (в соответствии с инструкцией по медицинскому применению);

-на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в список II Перечня, зарегистрированные в качестве лекарственных препаратов (для лечения наркомании).

Осуществляющим медицинскую деятельность индивидуальным предпринимателям запрещается выписывать рецепты на лекарственные препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III Перечня.

Запрещается при выписывании рецепта превышать предельно допустимое количество лекарственного препарата для выписывания на один рецепт,

установленное приложением №1 к Порядку назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденному Приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1175н, на следующие наименования в различных формах выпуска и дозировках:

-список II: бупренорфин, дигидрокодеин (ДГК Континус), морфина гидрохлорид, омнопон, промедол (тримеперидина гидрохлорид), морфина сульфат (МСТ Континус) или другие аналоги продолжительностью действия не менее 12 часов), просидол, фентанил, кодеин (кодеина фосфат);

- список III: натрия оксibuтират, буторфанол, налбуфин.

При оказании пациентам паллиативной медицинской помощи предельно допустимое количество указанных лекарственных препаратов для выписывания на один рецепт может быть увеличено не более чем в 2 раза.

Нежелательно превышать рекомендованное количество лекарственного препарата для выписывания на один рецепт, установленное Приложением №2 к Порядку назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденному Приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1175н, на следующие наименования в различных формах выпуска и дозировках (в скобках для удобства указано как контролируется вещество в чистом виде согласно постановлению Правительства РФ от 30.06.1998 №681 (Сп. II - наркотическое средство, Сп. III - психотропное средство, Т.1 Сп. IV - прекурсор таблицы 1 списка IV) и постановлению Правительства РФ от 29.12.2007 №964 (сильнодействующее - СД):

-комбинированные лекарственные препараты, содержащие соли кодеина (Сп. II);

-эфедрина гидрохлорид и другие соли эфедрина (Т.1 Сп. IV);

-теофедрин, теофедрин-Н (+), нео-теофедрин (содержат в составе эфедрин (Т.1 Сп. IV);

-солутан (содержит в составе эфедрин (Т.1 Сп. IV); пазмовералгин, спазмовералгин-нео (содержат фенобарбитал, соль кодеина, эфедрин);

-другие комбинированные лекарственные препараты, содержащие эфедрина гидрохлорид (Т.1 Сп. IV) и подлежащие ПКУ;

-комбинированные лекарственные препараты, содержащие псевдо-эфедрина гидрохлорид (Т.1 Сп. IV)и подлежащие ПКУ;

-клонидин (клофелин) (СД);

-анаболические стероиды (СД): метандростенолон, оксандролон, ретаболил (нандролон), нандролон, феноболил (нандролон), силаболин (этилэстренол) и др.;

-комбинированные лекарственные препараты, содержащие фенил-пропаноламин (Т.1 Сп. IV) и подлежащие ПКУ;

-фенобарбитал (Сп. III);

-бензобарбитал (СД);

-примидон (по химическому строению близок к фенобарбиталу).

Следует обратить внимание, что на некоторые лекарственные препараты, включенные в Приложение №2, в настоящее время отсутствует регистрация в Российской Федерации.

Для вышеуказанных позиций рекомендованное количество лекарственного препарата для выписывания в одном рецепте может быть увеличено не более чем в 2 раза (при оказании пациентам паллиативной медицинской помощи).

Также разрешается превышать рекомендованное количество при выписывании рецептов на готовые лекарственные препараты и лекарственные препараты индивидуального изготовления пациентам с хроническими заболеваниями (на рецептурных бланках формы №107-1/у, для которых может устанавливаться срок действия рецепта в пределах до одного года).

Очень важно обратить внимание, что рецепты на производные барбитуровой кислоты, эфедрин, псевдоэфедрин в чистом виде и в смеси с другими лекарственными средствами, лекарственные препараты, обладающие анаболической активностью, комбинированные лекарственные препараты, содержащие кодеин (его соли), для лечения пациентов с хроническими заболеваниями могут выписываться на курс лечения до двух месяцев. В этих случаях на рецептах производится надпись «По специальному назначению», отдельно скрепленная подписью медицинского работника и печатью медицинской организации «Для рецептов».

При выписывании наркотических и психотропных лекарственных препаратов списков II и III Перечня, иных лекарственных препаратов, подлежащих ПКУ, доза которых превышает высший однократный прием, медицинский работник пишет дозу этого препарата прописью и ставит восклицательный знак

Состав комбинированного лекарственного препарата, обозначение лекарственной формы и обращение медицинского работника к фармацевтическому работнику об изготовлении и отпуске лекарственного препарата выписываются на латинском языке.

Допустимые к использованию рецептурные сокращения предусмотрены Приложением №3 к Порядку назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденному Приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1175н.

Не допускается сокращение близких по наименованиям ингредиентов, составляющих лекарственный препарат, не позволяющих установить, какой именно лекарственный препарат выписан.

Способ применения лекарственного препарата обозначается с указанием дозы, частоты, времени приема относительно сна (утром, на ночь) и его длительности, а для лекарственных препаратов, взаимодействующих с пищей, - времени их употребления относительно приема пищи (до еды, во время еды, после еды).

При необходимости немедленного или срочного отпуска лекарственного препарата пациенту в верхней части рецепта проставляются обозначения *cito* (срочно) или *statim* (немедленно).

При оказании первичной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях назначение и выписывание лекарственных препаратов осуществляется:

-медицинским работником в случаях типичного течения заболевания пациента исходя из тяжести и характера заболевания;

-по решению врачебной комиссии в случаях:

1) одновременного назначения одному пациенту 5 и более лекарственных препаратов в течение одних суток или свыше 10 наименований в течение одного месяца;

2) назначения лекарственных препаратов при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых согласно инструкциям по их применению приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента;

3) назначения наркотических и психотропных лекарственных препаратов списков II и III (в случае принятия руководителем медицинской организации решения о необходимости согласования назначения с врачебной комиссией). Таким образом, назначение и выписывание наркотических и психотропных лекарственных препаратов списков II и III производится пациентам с выраженным болевым синдромом любого генеза самостоятельно медицинским работником либо медицинским работником по решению врачебной комиссии (в случае принятия руководителем медицинской организации решения о необходимости согласования назначения с врачебной комиссией).

Согласно действующим нормативным документам в настоящее время существует 5 форм рецептурных бланков:

-рецепты на лекарственные препараты выписываются на рецептурных бланках по формам №148-1/у-88, 148-1/у-04 (л), 148-1/у-06 (л) и 107-1/у, утвержденным Приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1175н.

-наркотические и психотропные лекарственные препараты списка II Перечня выписываются на специальном рецептурном бланке по форме, утвержденной Приказом Минздрава России от 01.08.2012 №54н.

Приведем краткую информацию по каждому из действующих рецептурных бланков.

Рецептурный бланк формы №107/у-НП «Специальный рецептурный бланк на наркотическое средство или психотропное вещество»

Утвержден приказом Минздрава России от 01.08.2012 №54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления».

Предназначен для выписывания наркотических средств или психотропных веществ, внесенных в список II Перечня и зарегистрированных в РФ в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения.

Рецепты действительны в течение 5 дней.

На одном рецептурном бланке выписывается одно наименование наркотического (психотропного) ЛП, количество которого указывается прописью.

Руководители медицинских организаций должны обратить внимание на порядок составления заявок на рецептурные бланки, а также организацию их регистрации, учета и хранения

Рецептурный бланк формы №148-1/у-88

Предназначен для выписывания:

1) психотропных веществ, внесенных в список III Перечня, зарегистрированных в установленном порядке в качестве ЛП;

2) иных лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету;

3) лекарственных препаратов, обладающих анаболической активностью;

4) лекарственных препаратов, указанных в п. 5 Порядка отпуска физическим лицам лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров другие фармакологические активные вещества, утвержденного приказом Минздрава России от 17.05.2012 №562н, а именно:

а) кодеин или его соли (в пересчете на чистое вещество) (Сп. II) в количестве до 20 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы) или в количестве до 200 мг включительно (на 100 мл или 100 г жидкой лекарственной формы для внутреннего применения);

б) псевдоэфедрина гидрохлорид (Т. I Сп. IV) в количестве, превышающем 30 мг, и до 60 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

в) псевдоэфедрина гидрохлорид (Т. I Сп. IV) в количестве, превышающем 30 мг до 60 мг включительно в сочетании с декстрометорфаном гидробромидом (Сп. III) в количестве, превышающем 10 мг, и до 30 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

г) декстрометорфана гидробромид (Сп. III) в количестве до 200 мг включительно (на 100 мл или 100 г жидкой лекарственной формы для внутреннего применения);

д) эфедрина гидрохлорид в количестве, превышающем 100 мг, и до 300 мг включительно (на 100 мл или 100 г жидкой лекарственной формы для внутреннего применения);

е) эфедрина гидрохлорид (Т. I Сп. IV) в количестве до 50 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

ж) фенилпропаноламин (Т. I Сп. IV) в количестве до 75 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы), или до 300 мг включительно (на 100 мл или 100 г жидкой лекарственной формы для внутреннего применения);

з) фенобарбитал (Сп. III) в количестве до 15 мг включительно в сочетании с кодеином (или его солями) (Сп. II) независимо от количества (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

и) фенобарбитал (Сп. III) в количестве до 20 мг включительно в сочетании с эфедрином гидрохлоридом (Т. I Сп. IV) независимо от количества (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

к) хлордиазепоксид (Сп. III) в количестве, превышающем 10 мг, и до 20 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

5) лекарственных препаратов индивидуального изготовления, содержащих наркотическое средство или психотропное вещество списка II Перечня, и другие фармакологические активные вещества в дозе, не превышающей высшую

разовую дозу, и при условии, что этот комбинированный ЛП не является наркотическим или психотропным ЛП списка II Перечня.

На одном рецептурном бланке разрешается выписывать только одно наименование ЛП.

Рецепты действительны в течение 10 дней.

Рецептурный бланк формы №107-1/у

Предназначен для выписывания:

1) лекарственных препаратов, указанных в п. 4 Порядка отпуска физическим лицам лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих, кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, другие фармакологические активные вещества, утвержденного приказом Минздрава России от 17.05.2012 № 562н, а именно:

а) эрготамина гидротартрат (Т.І Сп. IV) в количестве до 5 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

б) эфедрина гидрохлорид (Т.І Сп. IV) в количестве до 100 мг включительно (на 100 мл или 100 г жидкой лекарственной формы для внутреннего применения);

в) псевдоэфедрина гидрохлорид (Т.І Сп. IV) в количестве, не превышающем 30 мг (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

г) псевдоэфедрина гидрохлорид (Т.І Сп. IV) в количестве, не превышающем 30 мг, в сочетании с декстрометорфаном гидробромидом (Сп. III) в количестве, превышающем 10 мг, и до 30 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

д) декстрометорфана гидробромид (Сп. III) в количестве, превышающем 10 мг, и до 30 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

е) фенобарбитал (Сп. III) в количестве, превышающем 20 мг, и до 50 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

ж) фенобарбитал (Сп. III) в количестве до 20 мг включительно в сочетании с эрготамином гидротартратом (Т.І Сп. IV) независимо от количества (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

з) хлордиазепоксид (Сп. III) в количестве до 10 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

2) иных лекарственных препаратов, не указанных для рецептурных бланков формы №107/у-НП «Специальный рецептурный бланк на наркотическое средство или психотропное вещество», формы №148-1/у-88, форм №148-1/у-04 (л), 148-1/у-06 (л).

На одном рецептурном бланке разрешается выписывать не более трех наименований лекарственных препаратов.

Рецепты действительны в течение двух месяцев со дня выписывания.

При выписывании медицинским работником рецептов на готовые ЛП и ЛП индивидуального изготовления пациентам с хроническими заболеваниями разрешается устанавливать срок действия рецепта в пределах до одного года и превышать рекомендуемое количество ЛП для выписывания на один рецепт, установленное приложением №2 к настоящему Порядку.

При выписывании таких рецептов медицинский работник:

-делает пометку «Пациенту с хроническим заболеванием»,

-указывает срок действия рецепта и периодичность отпуска ЛП из аптечной организации или ИП, имеющим лицензию на фармацевтическую деятельность (еженедельно, ежемесячно и иные периоды),

-заверяет это указание своей подписью и личной печатью, а также печатью медицинской организации «Для рецептов».

Рецептурные бланки форм №148-1/у-04 (л), 148-1/у-06 (л)

Предназначены для выписывания ЛП гражданам, имеющим право на бесплатное получение ЛП или получение ЛП со скидкой.

Рецепты действительны в течение 1 месяца со дня выписывания.

Рецепты на ЛП гражданам, достигшим пенсионного возраста, инвалидам первой группы и детям-инвалидам действительны в течение трех месяцев со дня выписывания.

Для лечения хронических заболеваний указанным категориям граждан рецепты могут выписываться на курс лечения до трех месяцев.

На рецептурном бланке формы №148- 1/у-04 (л) и формы №148-1/у-06 (л) рецепт выписывается медицинским работником в трех экземплярах, с двумя экземплярами которого пациент обращается в аптечную организацию.

Наркотические и психотропные ЛП списка II Перечня выписываются на специальном рецептурном бланке на наркотическое средство и психотропное вещество, к которому дополнительно выписываются рецепты в трех экземплярах на рецептурном бланке формы №148-1/у-04 (л) или формы №148-1/у-06 (л) (в этом случае они действительны 5 дней).

Психотропные ЛП списка III Перечня, иные лекарственные средства, подлежащие ПКХ ЛП, обладающие анаболической активностью, комбинированные ЛП, указанные в п. 5 Порядка отпуска физическим лицам лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров другие фармакологические активные вещества, утвержденного приказом Минздрава России от 17.05.2012 №562н, выписываются на рецептурном бланке №148-1/у-88, к которому дополнительно выписываются рецепты в трех экземплярах на рецептурном бланке формы №148-1/у-04 (л) или формы №148-1/у-06 (л) (в этом случае они действительны 10 дней).

На одном рецептурном бланке формы №148-1/у-04(л) и формы №148-1/у-06(л) разрешается выписывать только одно наименование ЛП.

Срок действия рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы №148-1/у-04(л) и формы №148-1/у-06(л) (5 дней, 10 дней, 1 месяц, 3 месяца) указывается путем зачеркивания или подчеркивания.

В заключении отметим, что руководителям медицинских и фармацевтических организаций целесообразно ознакомить работников с обновленным порядком назначения и выписывания рецептурных препаратов, формами рецептурных бланков и особенностями их заполнения, организации учета и хранения. Особое внимание следует уделить нормативным аспектам назначения и выписывания наркотических и психотропных лекарственных препаратов, а также комбинированных лекарственных препаратов, содержащих

малые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

//Управление качеством в здравоохранении.-2014.-№1.-С.26.

Дополнительная литература

Мороз Т. Л. Проблемы нормативно-правового регулирования деятельности больничных аптек/Т.Л. Мороз //Заместитель главного врача.-2013.-№2.-С.67-72.

Мороз Т. Л. Оптимизация лекарственного обеспечения стационарных больных с использованием системы единичных доз / Т. Л. Мороз // Заместитель главного врача. - 2013. - №7. - С. 60-64.

Наркевич И.А. Технологическая модернизация процессов лекарственного обеспечения в ЛПУ/ И.А. Наркевич, С.З. Умаров //Менеджер здравоохранения.-2013.-№1.-С.44-49.

Панов А. В. Административная ответственность за нарушение правил хранения лекарственных средств / А. В. Панов, М. А. Миселева // Заместитель главного врача. - 2013. - №10. - С. 66-71.

Панов А. В. Новое лицензионное требование по регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету / А. В. Панов // Заместитель главного врача. - 2013. - №8. - С. 54-59.

Персональная мобильная медико-фармацевтическая электронная карта покупателя (пациента) как инструмент оптимизации медицинского и фармацевтического обслуживания населения/И.А. Кирщина [и др.] //Казанский медицинский журнал.-2012.-№2.-С.322-323.

Соколова Н.А. Льготное лекарственное обеспечение граждан/ Н.А. Соколова //Справочник фельдшера и акушерки.-2012.-№8.-С.89-92.

Федоров А. А. Обеспечение граждан лекарственными средствами и медицинскими изделиями на основании постановления Правительства РФ от 30.07.1994 №890 / А. А. Федоров // Здравоохранение. - 2013. - №9. - С. 40-46.

С 2014 года вместо аттестации рабочих мест нужно проводить специальную оценку условий труда

В конце прошлого года законодатели приняли Федеральный закон от 28.12.13 №426-ФЗ«О специальной оценке условий труда». Согласно этому документу на смену аттестации рабочих мест пришла спецоценка, проводить которую должны все без исключения работодатели. Кроме того,

в целый ряд законов внесены изменения, связанные со спецоценкой. В частности, увеличен административный штраф за отказ от специальной оценки и ужесточено уголовное наказание лиц, по вине которых произошел несчастный случай на производстве. Соответствующие поправки утверждены Федеральным законом от 28.12.13 №421-ФЗ.

Вводная часть

В 2013 году и ранее работодатели проводили аттестацию рабочих мест. Данная обязанность была закреплена за ними в статье 212 ТК РФ (подробнее об этом читайте в материале «Аттестация рабочих мест: общие правила и отдельные нюансы»).

С начала 2014 года на смену аттестации пришла специальная оценка условий труда. Соответствующие поправки внесены в Трудовой кодекс, где само понятие «аттестация рабочих мест» теперь отсутствует.

Определение специальной оценки условий труда и правила ее проведения приведены в недавно принятом Федеральном законе от 28.12.13 №426-ФЗ (далее — Закон №426-ФЗ). В нем говорится, что спецоценка — это единый комплекс последовательно осуществляемых мероприятий по идентификации вредных и (или) опасных производственных факторов и оценке уровня их воздействия на работника. По результатам спецоценки устанавливаются классы и подклассы условий труда на рабочих местах.

Кто должен проводить специальную оценку

Обязанность по проведению и финансированию спецоценки лежит на работодателях. Это следует из статьи 212 ТК РФ (в новой редакции) и из части 1 статьи 8 Закона №426-ФЗ. Таким образом, специальную оценку должны проводить все без исключения компании, а также ИП, принявшие на работу сотрудников.

Что касается предпринимателей без наемного персонала, то они не являются работодателями, поэтому проводить спецоценку им не нужно. Но как только в штате появится хотя бы один сотрудник, предпринимателю придется организовать специальную оценку вновь созданного рабочего места.

Физические лица без статуса ИП, нанявшие работников, спецоценку не проводят. Эта норма закреплена в статье 3 Закона №426-ФЗ.

Какие рабочие места подлежат специальной оценке

Существует ряд отличий между перечнем рабочих мест, которые подлежали аттестации, и рабочими местами, которые подлежат специальной оценке.

Так, аттестацию назначали только в отношении мест, где использовался ручной инструмент, оборудование, механизмы, машины, установки, устройства, аппараты и транспортные средства, и где присутствовали источники опасности. Для специальной оценки подобные ограничения не установлены. Другими словами, ее необходимо проводить независимо от наличия (либо отсутствия) вышеперечисленных факторов.

Еще одно отличие касается рабочих мест надомников и дистанционных работников. Такие места подлежали аттестации на общих основаниях. Но теперь

в Законе №426-ФЗ четко сказано: в отношении условий труда надомников и тех, кто трудится удаленно, специальную оценку проводить не нужно.

Особого внимания заслуживают рабочие места офисных сотрудников. Прежде не было ясности, нужно ли подвергать их аттестации (подробнее об этом см. «Минтруд: организации обязаны проводить аттестацию рабочих мест в офисе»). Но теперь повода для разногласий нет, поскольку никаких исключений для офиса в Законе №426-ФЗ не сделано. Это значит, что спецоценку рабочих мест офисного персонала нужно проводить в обязательном порядке.

Как часто проводить спецоценку

По общему правилу специальную оценку необходимо проводить не реже, чем один раз в пять лет. Если же рабочее место было аттестовано, то спецоценку можно назначить через пять лет после завершения аттестации. При этом предусмотрен ряд случаев, когда специальную оценку необходимо проводить вне плана, то есть ранее вышеуказанного срока. Прежде всего, это ввод в эксплуатацию новых рабочих мест. Далее следуют изменение технологического процесса, состава применяемых материалов и прочие нововведения, которые способны повлиять на уровень воздействия вредных и опасных производственных факторов. Также внеплановая спецоценка обязательна при несчастном случае на производстве или профзаболевании, причиной которых послужили вредные или опасные условия труда. Наконец, поводом для внеплановой спецоценки может послужить предписание инспектора труда или мотивированное предложение выборных органов первичной профсоюзной организации.

Как начать специальную оценку

Чтобы начать спецоценку условий труда, работодатель должен предпринять следующее: создать комиссию и заключить гражданско-правовой договор со сторонней организацией, которая специализируется на проведении спецоценки.

В комиссию включаются представители работодателя, профсоюзные деятели (если в компании есть первичная профсоюзная организация), а также штатный или сторонний специалист по охране труда. Если работодатель является субъектом малого предпринимательства, то в комиссию должен входить руководитель либо ИП. Возглавить комиссию должен представитель работодателя или сам работодатель.

Сторонняя организация, проводящая спецоценку — это юридическое лицо, которое соответствует трем критериям. Во-первых, по уставным документам основным видом деятельности является специальная оценка условий труда. Во-вторых, в штате есть не менее пяти экспертов, получивших сертификаты на выполнение работ по спецоценке. Причем, как минимум один из экспертов должен быть врачом по общей гигиене, либо врачом по гигиене труда или врачом по санитарно-гигиеническим лабораторным исследованиям. В-третьих, в организации есть испытательная лаборатория, аккредитованная на измерение вредных и опасных факторов производственной среды и трудового процесса.

Соответствующие организации и эксперты должны быть занесены в специальный реестр. Кроме того, выбранная работодателем организация, проводящая спецоценку, должна быть по отношению к нему независимым лицом.

Проведение спецоценки и оформление ее результатов

В ходе специальной оценки эксперты сторонней организации исследуют рабочие места на наличие или отсутствие вредных и (или) опасных производственных факторов. Рабочие места, на которых подобные факторы не выявлены, заносятся в декларацию. Эту декларацию нужно представить в трудовую инспекцию. Форма и порядок подачи будет разработан и утвержден специалистами Минтруда.

Рабочие места, на которых выявлены вредные или опасные факторы, подвергаются испытаниям и измерениям. По их итогам каждому рабочему месту присваивается класс условий труда. Всего такие классов четыре: оптимальный, допустимый, вредный и опасный. В свою очередь вредные условия труда делятся на четыре подкласса: первой, второй, третьей и четвертой степени.

По окончании спецоценки комиссия составляет отчет, куда включается ряд сведений. Среди них перечень рабочих мест с указанием выявленных вредных или опасных факторов, протоколы испытаний и измерений, заключение эксперта и проч. Форму отчета и инструкцию по его заполнению должны утвердить специалисты Минтруда России.

Далее работодатель должен ознакомить с отчетом каждого работника под роспись. Сделать это нужно в общем случае в течение 30 календарных дней с даты утверждения отчета. В этот же период сводные данные спецоценки необходимо разместить на официальном сайте компании (при его наличии).

Где используются результаты специальной оценки

В числе прочего, результаты спецоценки используются при заполнении формы 4-ФСС. На основании этих данных сотрудники фонда соцстрахования определяют, какой размер скидки или надбавки по взносам «на травматизм» нужно установить для того или иного страхователя (подробнее об этом см. «Как ФСС рассчитывает скидки и надбавки к страховому тарифу»).

Правда, в действующей форме 4-ФСС, утвержденной приказом Минтруда от 19.03.13 №107н, предусмотрены поля для результатов аттестации, а поля для результатов спецоценки отсутствуют. Но, скорее всего, в ближайшее время в бланк будут внесены соответствующие изменения. А пока этого не произошло, допустимо, на наш взгляд, ставить данные по специальной оценке в действующую форму.

Кроме того, результаты спецоценки служат основанием для назначения дополнительных тарифов по взносам в ПФР. Из статьи 58.3 Федерального закона от 24.07.09 № 212-ФЗ следует, что в зависимости от класса и подкласса значение тарифа может колебаться от 0 до 8 процентов (см. таблицу).

Таблица

Значения дополнительных тарифов пенсионных взносов

Класс условий труда	Подкласс условий труда	Дополнительный тариф взносов в ПФР
Опасный	4	8 %
Вредный	3.4	7 %

Класс условий труда	Подкласс условий труда	Дополнительный взнос в ПФР	тариф
	3.3	6 %	
	3.2	4 %	
	3.1	2 %	
Допустимый	2	0 %	
Оптимальный	1	0 %	

Также результаты спецоценки применяются для организации медосмотров, для разработки мероприятий по улучшению условий труда и для иных целей. Полный перечень таких целей приведен в статье 7 Закона № 426-ФЗ. Если последняя аттестация рабочих мест проводилась менее пяти лет назад, то ее результаты приравниваются к результатам специальной оценки. После истечения пятилетнего срока с даты завершения последней аттестации ее результаты аннулируются, и работодатель должен провести спецоценку.

Чем грозит отказ от спецоценки

Если специальная оценка условий труда не проводилась, работодателя могут привлечь к административной ответственности.

Сейчас санкции за данное правонарушение предусмотрены статьей 5.27 КоАП РФ. Размер штрафа составляет для должностных лиц от 1 000 до 5 000 руб., и для юридических лиц — от 30 000 до 40 000 руб. Возможен и другой вариант наказания — приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Начиная с 2015 года в случае отказа от спецоценки инспекторы станут применять новую норму, а именно — статью 5.27.1 КоАП РФ. Величина штрафа будет составлять для должностных лиц и ИП от 5 000 до 10 000 руб., и для юридических лиц — от 60 000 до 80 000 руб. Предусмотрен и более мягкий вариант наказания — предупреждение. Если нарушение будет совершено повторно, размер санкции увеличится и составит для должностных лиц и ИП от 30 000 до 40 000 руб., для юридических лиц — от 100 000 руб. до 200 000 руб.. Вместо штрафа повторно провинившихся должностных лиц смогут дисквалифицировать на срок от одного года до трех лет, а деятельность ИП и организаций приостановить на срок до девяноста суток.

Если же на предприятии произошел несчастный случай, то отсутствие результатов спецоценки может служить доказательством вины работодателя. А если вина будет доказана, руководителя привлекут к уголовной ответственности по статье 143 УК РФ. Эта статья подразумевает наказание в виде штрафа в размере до 400 000 руб. или в размере заработной платы или иного дохода за период до восемнадцати месяцев. Есть и другой вариант наказания — исправительные работы на срок до двух лет, либо принудительные работы на срок до одного года, либо лишение свободы на срок до одного года. В случае смерти сотрудника руководителя могут лишить свободы, либо направить на принудительные работы на срок до четырех лет. А в случае смерти двух

и более сотрудников руководителю грозит лишение свободы или принудительные работы на срок до пяти лет.

Дополнительная литература

Афонин С. В. Особенности подготовки раздела «Охрана труда» в коллективном договоре ЛПУ / С. В. Афонин // *Здравоохранение*. - 2012. - №2. - С. 88-93.

Королева Е. П. Охрана труда медицинских работников: психоэмоциональные факторы / Е. П. Королева // *Здравоохранение*. - 2013. - №4. - С. 44-51.

Синдецкая Е. В. Система управления охраной труда в городской больнице / Е. В. Синдецкая // *Заместитель главного врача*. - 2013. - №6. - С. 76-83.

Троицкая В. М. Финансирование за счет средств ФСС России мер по предупреждению производственного травматизма и профессиональных заболеваний / В. М. Троицкая // *Здравоохранение*. - 2012. - №1. - С. 80-87.

Федоров Ю. Ф. Проведение в ЛПУ аттестации рабочих мест по условиям труда / Ю. Ф. Федоров // *Здравоохранение*. - 2011. - №10. - С. 82-87.

Новые требования к организации обработки персональных данных в медицинском учреждении

А.П.Столбов

Процесс модернизации здравоохранения неразрывно связан с внедрением автоматизированных информационных систем в деятельность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Автоматизация затрагивает как лечебно-диагностический процесс - медицинские технологии обследования и лечения, так и процессы управления и планирования - сбора и обработки информации. Поэтому вопросы организации обработки и защиты персональных данных в информационной системе (ИС) находятся сейчас в центре внимания всех руководителей учреждений здравоохранения.

После внесения изменений в 2011 г. в федеральный закон «о персональных данных» (далее - закон) был издан целый ряд нормативных документов, определяющих новые требования к организации обработки и обеспечению безопасности персональных данных.

Рассмотрим кратко перечень основных мероприятий, которые должны быть выполнены медицинской организацией как оператором персональных данных, с учетом изменений, внесенных в 2013 г. в Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Основы) и в Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об

обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закон об ОМС).

Напомним, что персональные данные (ПДн) - это набор сведений, позволяющий идентифицировать личность конкретного человека и (или) определить, что эти сведения относятся к конкретному физическому лицу - субъекту персональных данных. Выделяют следующие категории персональных данных:

-общедоступные (ст. 8 Закона), включаемые с письменного согласия субъекта в общедоступные источники (справочники, адресные книги и т. д.);

-публичные, содержащие сведения которые подлежат распространению без согласия субъекта в соответствии с федеральными законами (отметим, что в Законе эта категория ПДн в явном виде не выделяется); например, согласно ст. 21 и 79 Основ на официальном сайте медицинской организации должны публиковаться сведения об образовании и квалификации медицинских работников; в то же время, если на сайте публикуется фотография работника, что в последнее время достаточно часто практикуется, на это необходимо его письменное согласие (см. ст. 152.1 Гражданского кодекса РФ); оно может быть включено в текст трудового договора с работником;

-специальные (ст. 10 Закона), содержащие сведения о состоянии здоровья, расовой и национальной принадлежности, интимной жизни, философских и религиозных убеждениях, для которых определены особые условия их обработки и установлены самые жесткие требования к защищенности;

-биометрические (ст. 11 Закона), характеризующие физиологические и биологические особенности человека, которые используются оператором для установления его личности; обработка биометрических данных может осуществляться только с письменного согласия субъекта, за исключением особых случаев, предусмотренных федеральными законами об обороне, безопасности, транспортной безопасности, противодействии терроризму, борьбе с коррупцией, о государственной службе, осуществлении правосудия и т. д.; если биометрические данные, например, фото лица или отпечатки пальцев работника, используются для идентификации личности и управления доступом в помещения или в ИС, необходимо его письменное согласие; заметим, что согласно разъяснениям Роскомнадзора рентгеновские снимки, изображения полученные на КТ, МРТ, УЗИ и т. д. не являются биометрическими данными, поскольку не используются в медицинской организации для установления личности пациента (это не относится к учреждениям, осуществляющим судебно-медицинскую экспертизу);

-иные категории персональных данных, не относящиеся к вышеперечисленным.

Важно> Автоматизированную обработку и защиту персональных данных в учреждении следует рассматривать как совокупность взаимосвязанных бизнес процессов, которые должны быть надлежащим образом формализованы, регламентированы и документированы, с четким определением процедур и операций с данными, ролей, прав, обязанностей и ответственности всех участников процессов.

Назначение ответственного за организацию обработки персональных данных

Медицинская организация как оператор персональных данных должна назначить ответственного за организацию обработки персональных данных (ст. 22.1 Закона), который обязан:

а) доводить до сведения работников требования законодательства и иных нормативных документов, регламентирующих процессы обработки персональных данных;

б) осуществлять внутренний контроль за соблюдением требований по их обработке;

в) организовывать прием и обработку обращений субъектов персональных данных - пациентов и работников (ст. 14, 18, 20 Закона); ответ субъекту должен быть дан в течение 30 дней (ст. 20 Закона).

Ответственный за обработку персональных данных получает указания непосредственно от руководства медицинской организации и подотчетен только ему, то есть это лицо, которое: имеет достаточно высокий должностной статус; хорошо знает и понимает рабочие процессы, логистику потоков документов и персональных данных в организации; имеет необходимые компетенции в правовых вопросах - знает права и обязанности оператора и субъектов персональных данных.

Процесс создания системы защиты информации

Создание системы защиты информации в ИС предполагает выполнение целого комплекса взаимосвязанных организационных и технических мероприятий, направленных на предотвращение потери, искажения и несанкционированного доступа к документам, базам данных, программным и техническим средствам ИС.

Важно> Для создания комплексной системы защиты информации в ИС целесообразно привлекать специализированные организации, имеющие лицензии Федеральной службы по техническому и экспортному контролю (ФСТЭК) на осуществление деятельности по технической защите конфиденциальной информации и Федеральной службы безопасности (ФСБ) на оказание услуг в области шифрования информации.

В общем случае процесс создания системы защиты информации в ИС включает следующие этапы:

1. Инвентаризацию и категорирование массивов данных и документов, обрабатываемых в ИС (персональные данные работников, пациентов, их законных представителей, коммерческая тайна, иная информация ограниченного доступа, обезличенные данные, персональные данные из общедоступных источников, публичные персональные данные, общедоступная информация и т. д.); издание приказа, определяющего полномочия доступа различных категорий (должностей) работников к указанным массивам данных и документов, мест их обработки и хранения и т. д.;

2. Выделение в составе ИС учреждения подсистем, в которых обрабатываются персональные данные (ИС ПДн):

-работников (подсистемы кадрового, пенсионного и налогового учета, расчета заработной платы, ведения расписания приемов и др.);

-пациентов (медицинская ИС, подсистемы ведения регистра прикрепленного населения (госпитального регистра), формирования реестров (счетов) на оплату медицинской помощи по ОМС, ДМС, платным услугам и др.);

3.Классификацию ИС ПДн, определение типов актуальных угроз безопасности и необходимого уровня защищенности персональных данных в системе в соответствии с критериями, описанными в Требованиях к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных (утв. постановлением Правительства РФ от 01.11.2012 №1119) (всего установлены четыре уровня защищенности, самый высокий из которых - первый); согласно указанному документу ИС медицинской организации классифицируется как «информационная система, обрабатывающая специальные категории персональных данных»; опуская методические подробности и технические детали, можно констатировать, что если в системе обрабатываются данные более 100 тыс. пациентов, то ИС должна иметь самый высокий, первый уровень защищенности, менее 100 тыс. - второй уровень; для каждого уровня защищенности в Требованиях к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных перечислены требования к ИС, а в Составе и содержании организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных (утв. приказом ФСТЭК России от 18.02.2013 №21) указан базовый набор организационных и технических мер, обеспечивающий безопасность персональных данных (в наборе не указаны меры, реализуемые с помощью шифровальных (криптографических) средств защиты информации, применение которых регламентируется нормативно-методическими документами ФСБ);

4. Проектирование и внедрение системы защиты информации, в т. ч. приобретение и установку необходимых средств технической защиты информации, разработку организационно-распорядительных документов, определяющих правила и процедуры обеспечения защиты информации в ходе эксплуатации ИС (всего около 40 документов - положений, инструкций, журналов, ведомостей и т. д.);

5.Испытания системы защиты информации в ИС, издание приказа о вводе системы в эксплуатацию.

6.Общий порядок проектирования и внедрения системы защиты информации в ИС описан в Требованиях о защите информации, не составляющей государственную тайну, содержащейся в государственных информационных системах (утв. приказом ФСТЭК России от 11.02.2013 №17).

Необходимо отметить, что если в ИС медицинского учреждения осуществляется сбор и обработка персональных данных пациентов или медицинских работников на уровне муниципального образования или субъекта РФ, то такая ИС относится к государственным ИС и в соответствии с Требованиями о защите информации, не составляющей государственную тайну, содержащейся в государственных информационных системах, при вводе системы

в эксплуатацию должна проводиться также аттестация ИС по требованиям защиты информации.

Важно> Оператор самостоятельно определяет состав необходимых и достаточных мер, обеспечивающих требуемый уровень защищенности ИС (ст. 18.1 Закона).

Сведения, необходимые для размещения на сайте МО

Медицинской организации необходимо опубликовать на своем сайте в сети Интернет:

- документы, определяющие политику медицинской организации (оператора) в отношении обработки персональных данных и реализации требований к их защите (ст. 18.1 Закона); к сожалению, нормативно-методические документы, в которых приведены требования к содержанию этих документов для медицинских организаций пока не опубликованы;

- сведения о медицинских работниках - Ф. И. О., должность, образование, квалификация (ст. 21, 79 Основ); специального согласия работников на публикацию указанных персональных данных не требуется.

Важно > В расписании приема конкретными врачами (Ф. И. О., должность), которые публикуются в Интернете или размещаются на стендах в медицинской организации, в дни когда нет приема, нельзя указывать - «болен», «отпуск», «командировка» и т. д. Надо просто указывать «Нет приема».

Направление уведомления в Роскомнадзор

Медицинское учреждение должно направить уведомление об обработке ПДн (ст. 22 Закона) в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор, www.rsoc.ru) - уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных, осуществляющий надзор и контроль за соответствием обработки ПДн требованиям Закона, - который ведет реестр операторов (ст. 23 Закона). Форма уведомления утверждена приказом Роскомнадзора от 19.08.2012 №7061, регламент ведения реестра, в т. ч. исключения операторов из реестра, - приказом Минкомсвязи России от 21.12.2011 №3462. В уведомлении должны быть указаны Ф. И. О., должность и контактные реквизиты ответственного за организацию обработки персональных данных.

Медицинская организация не обязана подавать указанное уведомление, если персональные данные (см. ч. 2 ст. 22 Закона):

-обрабатываются без использования средств автоматизации (компьютеров);

-никому не передаются без согласия пациента, например при оказании платных медицинских услуг по договору;

-обрабатываются и передаются только в ИС, имеющие статус государственных информационных систем, например, только в территориальный фонд ОМС, медицинский информационно-аналитический центр или орган управления здравоохранением.

Во всех случаях Роскомнадзор имеет право (ст. 23 Закона):

-запрашивать у физических и юридических лиц и безвозмездно получать информацию, необходимую для осуществления своих полномочий, в т. ч.

осуществлять проверку сведений, указанных в уведомлении и привлекать для этого иные государственные органы;

-требовать от оператора уточнения, блокирования (временного прекращения обработки) или уничтожения недостоверных или полученных незаконным путем персональных данных, а также принимать меры по приостановлению или прекращению обработки данных, осуществляемой с нарушением требований Закона, обращаться в суд с исковыми заявлениями в защиту прав как субъектов персональных данных, так и неопределенного круга лиц, и представлять их интересы в суде;

-привлекать к административной ответственности лиц, виновных в нарушении требований Закона.

Оператор обязан предоставить Роскомнадзору по его запросу необходимую информацию, в т. ч. документы, определяющие политику и процедуры обработки ПДн (ст. 18.1 Закона), в течение 30 дней (ч. 4 ст. 20 Закона).

Организация получения, учета и хранения письменного согласия

Медицинскому учреждению необходимо организовать процесс получения, учета и хранения письменного согласия субъектов - работников и пациентов - на обработку ПДн, в т. ч. на их предоставление (передачу) кому-либо в необходимых случаях (ст. 6,9,10 Закона, ст. 13 Основ). Отметим, что оформление согласия медицинского работника на передачу его персональных данных органам управления здравоохранением или уполномоченным ими организациям для ведения федерального регистра медицинских и фармацевтических работников не требуется, поскольку это предусмотрено ст. 91, 92, 93 Основ.

Согласие пациента на передачу персональных данных, содержащих сведения, относящиеся к врачебной тайне, не требуется, если:

а) медицинская помощь оказывается по программе ОМС и данные передаются только в территориальный фонд ОМС и страховую медицинскую организацию, что предусмотрено ст. 34, 38, 39,43,44 и 48 Закона об ОМС;

б) передача осуществляется в случаях, предусмотренных ч. 4 ст. 13 Основ;

Письменное согласие пациента на передачу его персональных данных требуется в случаях, когда:

а) медицинская помощь оказывается за плату или по ДМС и данные передаются третьим лицам, не являющимися медицинскими организациями, например, в страховую компанию или страхователю, если им не является сам пациент или его законный представитель; как правило, согласие на это включается в текст договора;

б) информация о состоянии его здоровья передается лицам, указанным самим пациентом или его законным представителем при оформлении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (ст. 19 Основ; порядок дачи этого согласия утвержден приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1177н); при этом должны быть указаны Ф. И. О. и контактные данные этих лиц; заметим, что необходимо получить их согласие на обработку персональных данных, если только они не являются законными представителями пациента, что должно быть оформлено документально; сведения об этих лицах вносятся в медицинскую карту пациента;

в) осуществляется трансграничная передача персональных данных пациента (ст. 12 Закона), например, при осуществлении телемедицинских консультаций, в страны, не являющиеся сторонами Конвенции Совета Европы по защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных или не включенные в перечень иностранных государств, обеспечивающих адекватную защиту прав субъектов персональных данных, утверждаемый Роскомнадзором (см. приказ Роскомнадзора от 15.03.2013 №274).

Важно > Во всех случаях, когда принятие клинических решений врачом осуществляется исключительно на основе данных, представленных в электронном виде (например, в электронной медицинской карте пациента), на это необходимо письменное согласие пациента или его законного представителя (ст. 16 Закона).

Согласие пациента на обработку персональных данных в письменной или любой иной форме, позволяющей подтвердить факт его получения, необходимо также, если:

-передача персональных данных (документов) пациента осуществляется по открытым каналам связи (сети Интернет, электронной почте), поскольку при этом не гарантируется их конфиденциальность, о чем пациент должен быть специально предупрежден;

-обработка осуществляется третьим лицом (аутсорсером) на основании договора-поручения оператора (ч. 3 ст. 6 Закона), в т. ч., например, в «облачном» центре обработки данных, программно-технические средства которого не контролируются оператором.

В случае смерти пациента согласие на обработку его ПДн дают наследники, если такое согласие не было дано им при жизни (часть 7 ст. 9 Закона).

Следует обратить внимание, что хотя оформление письменного согласия пациента на обработку его персональных данных в медицинской организации, как было указано выше, в ряде случаев и не является обязательным, пациент имеет право обратиться к оператору с заявлением о прекращении обработки его ПДн (отзыв согласия, часть 2 ст. 9 Закона). В случае отзыва согласия пациентом медицинское учреждение имеет право продолжить обработку его персональных данных (часть 2 ст. 9, часть 2 ст. 10, п. 7 части 1 ст. 6 Закона), в частности, хранить и обрабатывать данные персонифицированного учета, необходимые для формирования и выставления счета на оплату медицинской помощи (срок исковой давности - 3 года), записи в электронной медицинской карте пациента (срок хранения - 25 лет) и т. д. Отзыв согласия субъекта на обработку его ПДн осуществляется в письменной форме.

При этом субъект ПДн должен быть предупрежден о правовых последствиях прекращения дальнейшей обработки его персональных данных в медицинской организации (ст. 18 Закона).

Случаи отказа от предоставления персональных данных

В случаях, когда пациент отказывается предоставить свои персональные данные, необходимо разъяснить ему юридические последствия отказа (часть 2 ст. 18 Закона), в частности:

а) возможность получения медицинской помощи анонимно только за плату, за исключением случаев оказания экстренной или неотложной помощи (ст. 84 Основ) и обследования на ВИЧ в государственных и муниципальных учреждениях (ст. 4 Федерального закона от 30.03.1995 №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»);

б) практическую невозможность предъявления претензий по поводу качества лечения, в т. ч. через суд, поскольку процедурно сложной становится персонализация и аутентификация медицинской документации, оформленной на анонима (об этом пациент должен быть предупрежден во всех случаях анонимного обращения за медицинской помощью).

Основания, порядок и сроки ознакомления пациента с персональными данными

ЛПУ обязано при обращении или по запросу ознакомить пациента с его персональными данными (например, с медицинской картой, записями в базе данных медицинской ИС), информировать пациента о правовых основаниях, целях, способах и сроках их обработки, а также предоставить информацию о лицах (за исключением работников медицинской организации - оператора), которые могут иметь доступ к персональным данным пациента на основании договора с оператором или федерального закона, например, о страховой компании, о территориальном фонде ОМС (ст. 18 Основ). Ответ на обращение пациента (субъекта) должен быть дан в течение 30 дней (ст. 20 Закона). Ознакомление субъекта с его ПДн и предоставление ему указанной информации должны осуществляться бесплатно. Заметим, что основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них пациенту или его законному представителю устанавливаются Минздравом России (ст. 22 Основ). Порядок выдачи медицинской организацией справок и заключений утвержден приказом Минздрава России от 02.05.2012 №441н. При оказании платной медицинской помощи, в т. ч. по договору ДМС, пациенту после исполнения договора выдаются медицинские документы (копии, выписки), отражающие состояние его здоровья (п. 25 Правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006).

Исправление неверных или неполных персональных данных

При обращении или по запросу субъекта либо Роскомнадзора медицинской организации необходимо обеспечить исправление неверных или неполных ПДн в базе данных ИС и (или) в документах в течение не более семи дней со дня предоставления правильных сведений (часть 3 ст. 20 Закона). При выявлении ошибок в ПДн их обработка должна быть приостановлена (заблокирована) и они должны быть исправлены (ст. 21 Закона). При этом медицинская организация (оператор) обязана уведомить пациента об исправлении его ПДн, а также при необходимости уведомить об этом третьих лиц, кому неверные сведения были переданы ранее. Например, территориальный фонд ОМС или страховую медицинскую организацию. Это же относится и к случаям исправления ошибок в персональных данных работников.

Приведенный перечень не исчерпывает всего множества мероприятий по организации обработки и защиты персональных данных, которые должны выполняться в медицинском учреждении. В частности, не рассмотрены вопросы оценки возможного вреда пациенту в случае утечки его персональных данных (ст. 18.1 Закона), оценки эффективности системы защиты (ст. 19 Закона), особенности применения «облачных» технологий и аутсорсинга обработки персональных данных. В следующих публикациях мы постараемся ответить на некоторые из них.

Список нормативных и методических документов

1.Федеральный закон от 27.07.2006 №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (в ред. от 28.12.2013 г.).

2.Указ Президента РФ от 17.03.2008 №351 «О мерах по обеспечению информационной безопасности Российской Федерации при использовании информационно-телекоммуникационных сетей международного информационного обмена...».

3.Указ Президента РФ от 15.01.2013 №31с «О создании государственной системы обнаружения, предупреждения и ликвидации последствий компьютерных атак на информационные ресурсы Российской Федерации».

4.Положение от 15.09.2008 №687 «Об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации» (утв. постановлением Правительства РФ).

5.Требования к материальным носителям биометрических персональных данных и технологиям хранения таких данных вне информационных систем персональных данных. Утверждены постановлением Правительства РФ от 06.07.2008 №512 (в ред. от 27.12.2012 г.).

6.Перечень мер, направленных на обеспечение выполнения обязанностей, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных» и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами, операторами, являющимися государственными или муниципальными органами (утв. постановлением Правительства РФ от 21.03.2012 №211).

7.Требования к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных. (утв. постановлением Правительства РФ от 01.11.2012 №1119).

8.Положение о лицензировании деятельности по технической защите конфиденциальной информации (утв. постановлением Правительства РФ от 03.02.2013 №79).

9.Положение о лицензировании деятельности по разработке, производству, распространению шифровальных (криптографических) средств, информационных систем и телекоммуникационных систем, защищенных с использованием шифровальных (криптографических) средств, выполнению работ, оказанию услуг в области шифрования информации, техническому обслуживанию шифровальных (криптографических) средств, информационных систем и телекоммуникационных систем, защищенных с использованием шифровальных (криптографических) средств (за исключением случая, если техническое обслуживание шифровальных (криптографических) средств, информационных систем и телекоммуникационных

систем, защищенных с использованием шифровальных (криптографических) средств, осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя) (утв. постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 №313).

10. Состав и содержание организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных (утв. приказом ФСТЭК России от 18.02.2013 №21).

11. Требования о защите информации, не составляющей государственную тайну, содержащейся в государственных информационных системах (утв. приказом ФСТЭК России от 11.02.2013 №17).

12. Требования о защите информации, содержащейся в информационных системах общего пользования (утв. приказом ФСБ России и ФСТЭК России от 31.08.2010 №416/489).

13. Информационное сообщение ФСТЭК России от 15.07.2013 № 240/22/2637 по вопросам защиты информации и обеспечения безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах в связи с изданием приказа ФСТЭК России от 11 февраля 2013 г. №17 «Об утверждении требований о защите информации, не составляющей государственную тайну, содержащейся в государственных информационных системах» и приказа ФСТЭК России от 18.02.2013 №21 «Об утверждении состава и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных».

14. Разъяснения Роскомнадзора от 30.08.2013 «О вопросах отнесения фото и видеоизображения, дактилоскопических данных и иной информации к биометрическим персональным данным и особенности их обработки».

//Здравоохранение.-2014.-№3.-С.42.

Дополнительная литература

Автоматизация подготовки документов медицинского отделения / Ю.Л. Минаев [и др.] // Медицинский альманах.-2013.-№2.-С.27-30.

Анализ внедрения электронной регистратуры в работу амбулаторно-поликлинического учреждения/ Т. В. Баранова [и др.] //Медицинская сестра.-2013.-№3.-С.38-41.

Будущее информатизации здравоохранения: когнитивные системы / Г. А. Бледжянц [и др.] // Здравоохранение. - 2013. - №8. - С. 54-60.

Дубровин А. А. Проблемы и пути решения организации доступа населения к информационным ресурсам в лечебно-профилактических учреждениях при внедрении комплексной медицинской информационной системы / А. А. Дубровин, Н. М. Жилина // Менеджер здравоохранения.-2013.-№1.-С.50-54.

Квасов С.Е. К вопросу о проблеме информатизации здравоохранения в условиях глобализации общества/С.Е. Квасов //Медицинский альманах.-2012.-№4.-С.12-14.

Лямина Н. П. Внедрение телемедицинских технологий в реабилитационную практику современной системы здравоохранения / Н. П. Лямина, Е. В. Котельникова // Здравоохранение. - 2013. - №8. - С. 106-114.

Мороз Т. Л. Информационное обеспечение системы персонифицированного внутрибольничного распределения лекарственных препаратов / Т. Л. Мороз // Заместитель главного врача. - 2013. - №9. - С. 74-79.

Назарова Н.В. Обработка персональных данных в медицинской организации/Н.В. Назарова //Заместитель главного врача.-2013.-№5.-С.66-74.

Натензон М.Я. Использование телемедицинских систем в практике сельского здравоохранения/М.Я. Натензон //Здравоохранение.-2012.-№1.-С.56-62.

Рябко С.Д. Защита информационной инфраструктуры медицинского учреждения. //Здравоохранение.-2012.-№7.-С.34-39.

Седова Н.Н. К вопросу об информированном добровольном согласии в условиях детского инфекционного стационара/Н.Н. Седова, К.О. Каплунов //Менеджер здравоохранения.-2013.-№1.-С.29-35.