

8. Henner Gimpel, Maximilian Ruglinger Digital Transformation: Changes and Chances-Insights based on an Empirical Study, In: Project Group Business and Information Systems Engineering (BISE) of The Fraunhofer Institute for Applied Information Technology FIT, Augsburg/ Bayreuth, 2015. p.1-20.



О ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

И.М. Акулин

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

Аннотация: В статье рассматриваются организационные, правовые вопросы функционирования ПМСП на уровне субъекта РФ. На примере Санкт-Петербурга анализируется текущая ситуация в амбулаторно-поликлиническом звене, вопросы централизации функционирования амбулаторно-поликлинической сферы, сильные и слабые стороны этого решения. Предлагается перейти к централизации управления ПМСП исходя из новых реалий, стратегических задач Государства в условиях новых угроз Ковид-19, обосновывается развитие системы общественного здравоохранения на уровне субъекта РФ, построенных на новых принципах разработанных ВОЗ.

Ключевые слова: Первичная медико-санитарная помощь, ПМСП, система здравоохранение, централизация управления ПМСП, правовой анализ эффективности централизации ПМСП, изменения в правовой базе субъекта РФ в связи с централизацией ПМСП. Общественное здоровье. Общественное здоровье.

Общий анализ проблемы

На протяжении не одного десятка лет тема управления ПМСП является предметом многочисленных дискуссий, обсуждений, принятых решений органов управления системой здравоохранения как

на федеральном, так и на уровне субъекта РФ и муниципальных органов самоуправления. Безусловно, роль амбулаторно-поликлинических учреждений, как основного звена ПМСП и системы здравоохранения РФ, где начинают и заканчивают свое лечение до 80% населения, чрезвычайно важна.

Вопрос как строить эту службу в условиях непрекращающихся реформ системы здравоохранения РФ является очень сложным и обсуждается на всех уровнях. Санкт-Петербург был лидером в организации ПМСП и один из первых начал развитие системы общеврачебных практик в РФ, как главного решающего компонента реформы ПМСП направленной на приближение этой службы к непосредственному месту проживания населения, улучшения качества оказания ПМСП посредством подготовки и переподготовки врачей первого контакта, как взрослому населению, так и детям.^{1,2}

В настоящее время в Санкт-Петербурге развиваются как общеврачебная практика, так и система участкового врачебного обслуживания участковыми врачами -терапевтами и педиатрами. Роль поликлиники, как территориального медицинского центра, все больше и больше ориентирована на систему организации профилактической и оздоровительной работы, а также пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ).

Данная система оказания ПМСП (амбулаторно-поликлинического обслуживания), конечно, соответствует целям и задачам ВОЗ. Однако, особенности организации ПМСП в РФ имеют собственные национальные черты, исторические основы, отличающие ее от опыта и практики в большинстве мировых стран.

Очередная дискуссия в Государственной Думе РФ была связана с некоторыми законодательными изменениями организации в РФ ПМСП, с передачей ее в 2010 году из муниципального управления в управление субъекта РФ.

¹ *О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики. Шабров А.В., Поляков И.В., Акулин И.М. Медицинское страхование. 1995. № 12. С. 42.*

² *Проблемы реформирования системы здравоохранения и перспективы общеврачебной (семейной) практики. Шабров А.В., Акулин И.М., Поляков И.В. Профилактическая и клиническая медицина. 2000. № 1. С. 8.*

В соответствии с планом работы Комитета Государственной Думы по федеративному устройству и вопросам местного самоуправления **14 июня 2019 года в Государственной Думе состоялось заседание «круглого стола» на тему: «О состоянии и перспективах совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации»** с участием депутатов Государственной Думы и членов Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, представителей федеральных министерств и ведомств, законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, муниципальных объединений России, общественных организаций, экспертного сообщества.

В ходе данного мероприятия участники **обсудили опыт и итоги реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 313-ФЗ**, которым организация оказания первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи населению была изъята из компетенции органов местного самоуправления муниципального района, городского округа и отнесена к ведению органов государственной власти субъектов Российской Федерации: как данная реформа отразилась на качестве и доступности первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи, требуется ли корректировка указанного разграничения компетенции и т.д.

Все выступающие сошлись во мнении, что **состояние первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи является неудовлетворительным** и требует принятия срочных мер, прежде всего, в части обеспечения ее доступности для всех жителей страны, особенно в сельской местности, на малонаселенных и труднодоступных территориях.

Председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья МОРОЗОВ Д.А. высказал предположение, что проблема доступности первичной медико-санитарной помощи (а она безусловно существует) **может лежать не в правовой, а в политической, организационной, административной плоскости.**

Он предложил внимательно изучить вопрос о том, действительно ли нужны изменения законодательства **или необходимо корректировать практику его применения.** Выступающий обратил внимание

на проблемы дефицита медицинских кадров, информатизации здравоохранения, оснащения медицинских организаций и др.

Почему же произошла подобная ситуация несмотря на то, что РФ всегда была лидером по организации ПМСП и была признана как одна из успешных систем в мире.

С 1978 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) всегда уделяла огромное внимание развитию первичной медико-санитарной помощи. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2008 г. полностью посвящен развитию первичной медико-санитарной помощи.³ Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) как один из ведущих инструментов стратегии здоровья для всех, так как она, осуществляя главную функцию системы здравоохранения и являясь ее центральным звеном, составляет неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества. На 62-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2009 г. был рассмотрен вопрос дальнейшего развития ПМСП в современных условиях и принята соответствующая резолюция WHA 62.122, в которой, в частности, содержится призыв к государствам-членам обеспечить на всех уровнях политическую приверженность ценностям и принципам Алма-Атинской декларации, сохранять в международной повестке дня высокую значимость вопроса укрепления систем здравоохранения на основе концепции ПМСП, а также обеспечить действия, направленные на организацию всеобщего доступа к первичной медико-санитарной помощи.

В докладе ВОЗ “Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо”⁴ приводятся убедительные аргументы в пользу развития ПМСП, которые приурочены к 30-летию Алма-атинской Декларации.⁵

³ <http://www.who.int/dg/20080915/ru/index.html> © Документационный центр ВОЗ

⁴ <https://www.who.int/whr/2008/summary/ru/>

⁵ *Первичная медико-санитарная помощь: Отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г., проведена совместно Всемирной организацией здравоохранения и Детским фондом Организации Объединенных Наций. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1978 г. (Серия “Здоровье для всех” № 1).*

«Тридцать лет назад в Алма-Атинской декларации первичная медико-санитарная помощь была определена как группа определяющих ценностей для развития здравоохранения, группа принципов для организации служб здравоохранения и как ряд подходов для удовлетворения приоритетных потребностей здравоохранения и воздействия на фундаментальные детерминанты здоровья, - сказала в своей речи, посвященной юбилею Алма-Атинской конференции, Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен. Придавая важное значение работе на местах, **первичная медико-санитарная помощь** отдает должное силе человеческого духа и творческому поиску, оставляя место для решений, разрабатываемых, принимаемых и поддерживаемых общинами».⁶

Термин “ первичная медико-санитарная помощь ” появился сравнительно недавно - в период подготовки и проведения под эгидой ВОЗ международной Алма-Атинской конференции (1978), на которой был положительно оценен опыт развития и функционирования системы ПМСП (амбулаторно-поликлинической помощи) населению СССР. Решение этой Конференции были отражены в 15 основных принципах организации первичной медико-санитарной помощи дали мощный толчок в развитии международного сотрудничества в этой области.

Основные принципы организации первичной медико-санитарной помощи определены в документах ВОЗ, согласно которым ПМСП должна включать минимум профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

Не смотря на то, что на Алма-Атинской сессии ВОЗ в 1977 году опыт СССР в организации первичной помощи признан лучшим и был рекомендован для развития его для других стран членов ВОЗ⁷, в последующие годы отечественное здравоохранение пошло по пути развития специализированного звена в ущерб ПМСП, что отразилось на эффективности системы здравоохранения в целом. Каждая страна должна была обеспечить необходимые меры по принятию на всех правительственных и общественных уровнях обязательств в отношении ПМСП, привлекать широкие массы и общественность, создать благоприятные режимы для работников первичного уровня здравоохранения путем льгот условий труда, достойной оплаты труда.

⁶ https://www.who.int/whr/2008/summary_ru.pdf?ua=1

⁷ *Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ. - 1979. - Т. 33. - № 3. - С. 123 - 156.*

Однако, ситуация в настоящее время в связи с переходом системы здравоохранения РФ на принципы медицинского страхования существенно изменилась, появилось разделение порядка финансирования медицинских организаций ПМСП (бюджетная часть и средства ОМС). Органы управления здравоохранения субъекта РФ в основном участвуют в формировании Программы государственной гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению, а финансовое обеспечение ПМСП проводится через ФФОМС, ТФОМС и страховые медицинские организации.

Появилась реальная возможность для органов управления здравоохранением субъекта РФ сосредоточится на стратегическом планировании системы здравоохранения субъекта РФ, профилактических программах, в том числе организации борьбы за здоровый образ жизни населения.

Все это свидетельствует о правильной тенденции в централизации управления ПМСП с учетом вышеперечисленных особенностей изменения системы здравоохранения России. Данная стратегическая линия на развитие профилактического принципа ПМСП возможна только тогда, когда изменится система управления ПМСП на всей территории РФ. Пока проблемы в данном секторе здравоохранения требуют срочных мер, т. к. состояние ПМСП РФ далеки от совершенства. Решать проблемы доступности и качества ПМСП на муниципальном уровне, что было бы рационально в отдаленных и сельских территориях РФ невозможно, ввиду отсутствия материальных и кадровых возможностей для муниципалитетов, не говоря о законодательной базе в сфере здравоохранения муниципального уровня в РФ.⁸ В современных условиях развития медицины высоких технологий, специализированных центров по различным видам медицинской помощи, целесообразно решать путем своевременной доставки пациентов (в том числе санитарной авиацией) в крупные центры медицинской помощи на уровне субъекта РФ.

Как справедливо отметил Президент РФ В. В. Путин, если плохо работает первичное звено, то специализированное звено не исправит положения в ухудшении здоровья населения стра-

⁸ <http://www.idmz.ru/jurnali/menedger-zdravoohranenija/2021/1/rol-organov-mestnogo-samoupravleniia-v-reshenii-problem-obespechennosti-meditsinskimi-kadrami-pervichnogo-zvena-zdravookhraneniia>

ны. Этот тезис подкреплен многочисленными исследованиями.

В настоящее время назрела необходимость пересмотра стратегии развития ПМСП в России на что указал наш Президент. В своем выступлении **20 августа 2019 Президент РФ В.В. Путин** на встрече с министром здравоохранения Скворцовой В.И. отметил критическое состояние этого звена отечественного здравоохранения: «...нехватку врачей первичного звена - около 25 тысяч человек и среднего персонала; около 130 тысяч; низкую зарплату и отсутствие передовых методов ее организации; слабую материально-техническую оснащенность организаций ПМСП». Президентом РФ поставлена задача привести в порядок систему первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) РФ и доложить о результатах к 1 сентября 2020 года. Настало время для серьезного пересмотра путей развития первичной медико-санитарной помощи в РФ».

Хотя большинство субъектов здравоохранения РФ перешли к централизации ПМСП, но при этом необходимо правильно расставить приоритеты, наладить координацию этой работы с территориальными органами исполнительной власти субъекта РФ и органами местного самоуправления⁹. Это не противоречит рекомендациям ВОЗ, так как **в Европейском регионе ВОЗ первичная медико-санитарная помощь предоставляется с помощью самых разнообразных организационных, финансовых, профессиональных и клинических структур**, максимально приближенных к месту проживания населения¹⁰, даны рекомендации для руководителей здравоохранения и лиц, определяющих политику, а также для специалистов в области здравоохранения.¹¹

⁹ Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю., Груздева И.В. *Муниципальная система здравоохранения - проблема собственных полномочий местного самоуправления // Менеджер здравоохранения. - 2005. - № 10. - С.4 - 11.*

¹⁰ *Home care in Europe. Solid facts (Помощь на дому в Европе. Убедительные факты) / под редакцией Tarricone R., Tsouros A.D. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. - 2008. - 36 с.*

¹¹ *Saltman R.B.; Rico A.; Voerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care (Первичную медицинскую помощь - во главу угла? Организационная реформа в европейской первичной помощи). - Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения при Европейском региональном бюро ВОЗ. Копенгаген, 2006. - 280 с.*

Между лицами, определяющими национальную политику во всех странах Европы, существует согласие в том, что, в принципе, первичная медико-санитарная помощь должна служить основой хорошо организованной системы здравоохранения.

Это согласие, однако, не распространяется на специфические **организационно-правовые формы, механизмы предоставления и управления ПМСП – это задача исполнительной власти любой страны в зависимости от условий, традиций, накопленного опыта, удобства для населения**¹². При любом управленческом решении в отношении подчинении поликлиник они остаются приближенными к месту постоянного проживания населения Санкт-Петербурга.

Существование крупных организационно-правовых форм как поликлиники РФ является уникальным мировым опытом, таких форм ПМСП нет нигде в мире, исключая страны СНГ, где они существуют со времен СССР. **Необходимо отметить, что при любом варианте управления ПМСП (районным или через Комитет по здравоохранению) амбулаторно-поликлиническая медико-профилактическая помощь была есть и останется приближенной к месту жительства населения Санкт-Петербурга. Речь идет только об эффективности управления поликлинической сетью Санкт-Петербурга в условиях новых для отечественного здравоохранения механизмов финансирования через систему ОМС и особенностях организации ПМСП, связанных с пандемией Ковид–19.**

В большинстве стран данная служба ПМСП основана на принципе общеврачебной практики и семейном подходе (медицинская помощь оказывается, как правило, членам всей семьи независимо от возраста). Если строить службу на основе общеврачебной практики, то такой подход оправдан, так как общеврачебная практика в большинстве стран Европы и Северной Америки является публич-

¹² Блохин А.Б. *Организационные и функциональные структуры регионального здравоохранения в условиях формирования его альтернативных форм // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 9. – С. 7-9.*

ной службой, состоящей из врачей в статусе предпринимателя с ограничением правоспособности, служба построена на принципах саморегулирования.¹³ Именно поэтому страхование профессиональной ответственности ВОП является жизненно необходимой юридической процедурой. ВОЗ рекомендует именно этот подход, говоря об поддержании принципа приближения этой службы к общине, учитывая разные системы административного деления в странах, где общины и муниципалитеты являются главными структурными административными образованиями в ведении которых находится организация, финансирование, контроль за медико-социальными услугами предоставления ПМСП населению, в основном опираясь на систему врачей общей практики (ВОП) или семейных врачей (СВ).¹⁴ Попытка создать подобную службу в начале 90-х годов прошлого века, выделив ее из амбулаторно-поликлинического звена в РФ не удалась, поэтому в настоящее время ее невозможно представить работающей в отрыве от поликлинической системы и централизованного управления. Федеральная Программа «Земский доктор» свидетельствует в пользу необходимости управления на уровне субъекта РФ.

В РФ другие принципы исполнительной власти и муниципальной системы управления. В наших условиях главным звеном является территориальная поликлиника и ряд других амбулаторно-поликлинических учреждений (диспансеров, женских консультаций и др.). Исторически сложилось, что в России ПМСП, первичная специализированная медицинская помощь обеспечивается на базе поликлиник, в отличие от многих зарубежных стран, где эта помощь

¹³ *Концептуальные и организационно-правовые принципы функционирования новой публичной службы первичной медико-санитарной помощи (пмсп) населению на основе общеврачебной (семейной) практики. Акулин И.М. В сборнике: Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. VI-я ежегодная конференция с международным участием, посвященная памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича. Под. ред. И.М. Акулина, О.В. Мироненко. 2019. С. 6-9.*

¹⁴ *Роль врача общей практики в первичной медико-санитарной помощи. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2001 г. - 182 с.*

осуществляется в консультативных отделениях при стационарах по направлению только врача общей практики¹⁵.

Однако, **основное отличие заключается в том, что поликлинические учреждения РФ финансируются через систему ОМС**, и только незначительная часть средств выделяется из бюджета субъекта РФ для районных поликлиник по определенным Программам в основном связанными с лекарственным обеспечением льготных категорий граждан в соответствии с законодательством РФ. Таким образом, **за районными территориальными органами управления осталось очень немного функций в управлении ПМСП**, в основном административно-распорядительные по отношению к администрации поликлиник района, за обеспечением внутреннего контроля качества и доступности медицинской помощи населению прикрепленному к конкретной поликлинике (разбор жалоб и за обеспечением внутреннего контроля качества). Весьма ограничены и функции районного звена здравоохранения в профилактическом направлении.

Вневедомственный контроль качества оказания медицинской помощи входит в систему ОМС, или надзорных органов системы Комитета по здравоохранению, к которой администрация территории не имеет отношения и осуществляется эффективно, так как связан со штрафными санкциями.

За районной территориальной администрацией остается весьма условная координационная работа по исполнению Территориальной Программы государственных гарантий бесплатного предоставления медицинской помощи на подведомственной территории, и ограниченный бюджетный контроль за расходованием амбулаторно-поликлиническими учреждениями выделенных средств на социальные программы, в том числе организация профилактической работы среди населения.

¹⁵ *Исторический анализ развития правового регулирования профилактического принципа в организации охраны здоровья населения России. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Сопрун Л.А. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. материалы XII ежегодной научно-практической конференции с международным участием: круглый стол "Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины". 2020. С. 74-112.*

Все эти задачи централизованно способна эффективно решать исполнительная власть в сфере здравоохранения субъекта РФ с учетом общих стратегических задач по охране здоровья населения С.-Петербурга.

Однако, конкретные задачи необходимо решать совместно с районной администрацией, например, вопросы медико-социальной помощи на дому пожилым, инвалидам и другим социально незащищенным слоям населения. В основном это задачи социального или в лучшем случае медико-социального обслуживания населения, особенно пожилого населения.

ВОЗ рекомендует все большее внимание уделять медико-социальной помощи на дому и связывает это с увеличением доли пожилого населения и средней продолжительности жизни, что также свидетельствует о необходимости координации с территориальными социальными службами данного вида медицинской и медико-социальной помощи. **Можно рекомендовать, в связи с этим, объединение районных отделов социальной помощи и здравоохранения в один отдел медико-социальной помощи.**

Также одним из направлений такой совместной координации социальных и других служб района является профилактическая работа по месту учебы и в трудовых коллективах, располагающихся на территории района, эти вопросы необходимо решать совместно администрации районов и Комитетом по здравоохранению. При кадровом дефиците медицинского персонала для обеспечения медицинского обслуживания школьно-дошкольных учреждений можно привлекать медицинских работников их других районов, или формировать медицинские коллективы для профилактических осмотров в масштабах всего города.

В настоящее время чрезвычайно важной задачей государственного масштаба становятся вопросы пропаганды, организации среди населения навыков здорового образа жизни (ЗОЖ), жизнесохранительного поведения, формирование личной ответственности за здоровье, общественного здоровья общества страны, региона, города. Разрабатываются в соответствии с рекомендациями ВОЗ¹⁶ многи-

¹⁶ *A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. Genovese U., Del Sordo S., Casali M., Zoja R., Pravettoni G., Akulin I.M. Journal of Global Health. 2017. T. 7. № 1. C. 010301.*

ми странами стратегии улучшения качества жизни и мер по увеличению основного показателя эффективности системы охраны здоровья - ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) населения, в том числе РФ (80 лет к 2030 году). Формируется в соответствии с новой стратегией ВОЗ новая система общественного здравоохранения, которая объединяет все секторы экономики страны и основана на междисциплинарном принципе¹⁷. Все это требует концентрации усилий исполнительной власти субъектов и Правительства РФ в целом.

Поскольку трудно переоценить главную роль поликлинической сети в эффективной профилактической работе, ЗОЖ, развитии оздоровительных программ среди населения, целесообразно рассмотреть вопрос о необходимости объединения вокруг исполнительной Власти субъекта РФ медицинских организаций ПМСП. Это соответствует стратегии Государства, направленной на реализацию основных программ входящих в национальный проект «Здоровье», и особенно в новых реалиях пандемии Ковид-19.

Таким образом, централизация ПМСП (амбулаторно-поликлинических учреждений) назрела и отвечает новым стратегическим задачам Государства в охране здоровья населения и в условиях чрезвычайных ситуаций, которые могут быть связаны не только с Пандемией Ковид-19. Проведенная нами правовая оценка ситуации также не выявила противоречий в данном выводе. Специфика деятельности районной администрации в лице районных отделов здравоохранения не обнаружена, а функции и задачи аналогичны задачам Комитета по здравоохранению и с учетом того, что Комитет по здравоохранению согласует назначение на должность руководителя районного отдела здравоохранения и медицинских учреждений района данная структура, по существу, дублирует эти функции и не имеет существенных различий.

¹⁷ *Итоги первого рабочего совещания представителей стран-участников сообщества независимых государств по подготовке модельного закона по общественному здравоохранению. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Медяник М.И., Гурьянова Н.Е. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 4. С. 94-102.*

Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга фактически управляет организацией доступной и качественной медицинской помощью жителям района, а районный отдел здравоохранения выполняет функции отдела Комитета по здравоохранению, например, по Выборгскому или иному другому району. Управление этой деятельностью, на наш взгляд, вполне резонно можно организовать напрямую через Комитет по здравоохранению. Вопрос может стоять в этом случае только об особенностях соответствующего управления ПМСП в Комитете, его кадровым обеспечением, разделением функций внутри такого отдела.

Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга в своем годовом отчете за 2019 год привел целевые показатели, отвечая за Федеральный Проект развития ПМСП в Санкт-Петербурге, которые свидетельствуют об эффективности управления данным Проектом на уровне поликлиник участвующих в организации модели «Новой поликлиники».

Приведем оценочные показатели по данным Комитета по здравоохранению, который организовал централизованное управление данной Программой.

В соответствии с изученным нами Докладом Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга **«Основные итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2019 году и основные задачи на 2020 год»**¹⁸

В разделе «Независимая оценка качества условий оказания услуг организациям в сфере охраны здоровья» представлены некоторые результаты.

В 2019 году независимая оценка была проведена в отношении 129 медицинских организаций, по результатам которой:

- 80 баллов и более получили 123 медицинские организации из 129 (95,3%);
- менее 80 баллов — 6 медицинских организаций из 129 (4,7%).

¹⁸ <http://miac.zdrav.spb.ru/docs/itogi-razvitiya-zdravooohraneniya/osnovnye-itogi-raboty-v-sfere-zdravooohraneniya-sankt-peterburga/osnovnye-itogi-raboty-v-2019-godu-i-osnovnye-zadachi-na-2020-god>

Критерии оценки качества условий оказания медицинских услуг:

- открытость и доступность информации об организации;
- комфортность условий предоставления услуг;
- доступность услуг для инвалидов;
- доброжелательность, вежливость работников организации;
- удовлетворенность условиями оказания услуг

Число граждан, прошедших профилактические осмотры, увеличилось на 133,3%.

Доля впервые в жизни установленных неинфекционных заболеваний, выявленных при проведении диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре, увеличилась на 145,7% (20 29,1 млн. чел.)

Доля записей к врачу, совершенных гражданами без очного обращения в регистратуру медицинской организации, составило (59 69,7 млн) – увеличилось на 118,1%

Доля обоснованных жалоб (от общего количества поступивших жалоб), урегулированных в досудебном порядке страховыми медицинскими организациями, составило (63,4 %) т. е. осталось неизменным показателем - 100,0%

Доля медицинских организаций, оказывающих в рамках обязательного медицинского страхования первичную медико-санитарную помощь, на базе которых функционируют каналы связи граждан со страховыми представителями страховых медицинских организаций (пост страхового представителя, телефон, терминал для связи со страховым представителем), увеличилось существенно (88,2%) – на 424,0%

Количество посещений при выездах мобильных медицинских бригад, на 1 тыс. посещений составило 13,2 случаев - 100,0%

Количество медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», увеличилось существенно: с 36 ед. до 110 единиц, на 305,6%

Данные показатели отражают тенденцию, которая можно сказать является критерием эффективности централизации управления ПМСП в соответствии с Федеральным проектом Здоровье, разра-

ботанным Паспортом приоритетного проекта “Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь”¹⁹

ТФОМС и медицинские страховые организации наладили работу страховых представителей в медицинских учреждениях (в основном территориальных поликлиниках). В настоящее время работает 487 страховых представителей, сотрудников СМО и ТФОМС. Они осуществляют контроль организационных процессов в медицинских учреждениях и присутствуют в каждой поликлинике. Данная инициатива ФФОМС и ее реализация ТФОМС субъектов РФ имеет централизованную основу, без участия районной администрации, направлена на обеспечение прав застрахованных на бесплатную, качественную и доступную медицинскую помощь. Организована в 299 медицинских организаций работа страховых представителей (посты и визиты страховых представителей, телефоны для прямой связи со страховыми представителями).

Страховыми представителями проделана большая работа: 2 649 292 жителей Санкт-Петербурга индивидуально проинформированы о возможности прохождения гражданином диспансеризации. Такая же работа проведена повторно среди - 923 303 жителей Санкт-Петербурга.

Таким образом, ТФОМС совместно со страховыми медицинскими компаниями надежно осуществляются организацию, контроль качества и доступности ПМСП, и в целом системы оказания медицинской помощи по Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи для жителей Санкт-Петербурга.

В этих условиях централизация управления поликлиническими учреждениями не только не ухудшит ситуации в здравоохранении Санкт-Петербурга, она фактически уже состоялась, если судить о порядке финансирования в соответствии с законодательством РФ об ОМС, налаженного финансового и организационного контроля качества и доступности ПМСП жителям города, со стороны ТФОМС.

¹⁹ <http://static.government.ru/media/files/BbKvslcSzi7i6jBsJ2Ffm22SABoAMtu1.pdf>

Кроме того, **обеспечивается управление в рамках совместного ведения вопросов здравоохранения Федеральной Власти и субъекта РФ со стороны Комитета по здравоохранению и Правительства Санкт-Петербурга в отношении охраны жизни и здоровья населения города в соответствии с многочисленными Программами (Национальный проект «Здоровье»).**

Для оценки вектора развития и мер по принимаемым Правительством Санкт-Петербурга и Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга **необходимо провести более подробно анализ эффективности государственной программы развития здравоохранения на период до 2023 года** в соответствии с Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 30 июня 2014 года N 553 О государственной программе Санкт-Петербурга **“Развитие здравоохранения в Санкт-Петербурге” (с изменениями на 22 августа 2019 года)**.²⁰ Для выводов требуется достаточно серьезное исследование и более адекватные сроки.

Эффективность такой реформы зависит от организации в Комитете по здравоохранению соответствующего структурного подразделения, возможно целесообразно создать по аналогии с Федеральным Центром **организации первичной медико-санитарной помощи, - Региональный Центр организации первичной медико-санитарной помощи Санкт-Петербурга.**

Также важно понимать, что **без энергичного руководства, лидерских качеств и желания ответственных лиц Комитета по здравоохранению модернизировать управление ПМСП (переподчинить амбулаторно-поликлинические учреждения районного уровня Комитету по здравоохранению Санкт-Петербурга) добиться эффекта не удастся.**

Очевидно, что централизация потребует некоторого увеличения управленческих кадров, расширения штатного расписания, ввиду большого количества поликлинических учреждений (около 160 единиц). Однако, с учетом достаточной самостоятельности поликлиник (через процедуру лицензирования и аккредитации, осуществляемой субъектом РФ) и наличия хорошо организованной на тер-

²⁰ https://www.gov.spb.ru/static/writable/ckeditor/uploads/2019/09/17/05/О_государственной_программе_Развитие_здравоохранения.pdf

ритории Санкт-Петербурга системы обязательного медицинского страхования в лице ТФОМС, Росздравнадзора и других контролирующих организаций субъекта РФ Санкт-Петербурга, качество и доступность медицинской помощи населению Санкт-Петербурга надежно защищено.

Однако, подобная реформа должна на наш взгляд, должна проводиться постепенно, возможно, с отработкой управления ПМСП на базе 2-3-х районов с постепенным расширением проекта и включением всех поликлинических учреждений Санкт-Петербурга.

Также необходимо сохранить взаимодействие с районными администрациями Санкт-Петербурга для координации и реализации медико-социальных программ в сфере здравоохранения, противоэпидемической, профилактической деятельности в районах в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации по Ковид-19. **Такие масштабные мероприятия по борьбе с Ковид – 19 требуют эффективного централизованного управления на уровне субъекта Российской Федерации.**

Правительство Санкт-Петербурга, Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга успешно осуществляет свои функции по борьбе с Ковид – 19, благодаря централизованному управлению, координации и преемственности всех звеньев системы здравоохранения. **В настоящее время в отношении управления ПМСП на уровне субъекта РФ становится решающим фактором успешности реформ в здравоохранении России.**

Выводы:

1. Администрация районов Санкт-Петербурга является структурным подразделением исполнительной Власти и подчиняется Правительству Санкт-Петербурга. В связи с этим районной администрации делегированы права в отношении организации ПМСП в плане ее доступности и качественного предоставления медицинской помощи населению района. Существующая система подчинения и управления ПМСП (амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями) Администрациями районов Санкт-Петербурга соответствует их полномочиями утвержденным Правительством Санкт-Петербурга и Уставом города, которыми делегировала им исполнительная Власть Санкт-Петербурга в отношении системы

управления и предоставления качественной и доступной медицинской помощи и, в частности ПМСП. Данные функции являются правомочными в отношении ПМСП.

2. Все распорядительные и нормативные документы Администрации Санкт-Петербурга и в ее лице КПЗ являются обязательными для исполнения амбулаторно-поликлиническим учреждениям районного подчинения, равно как распоряжения районной исполнительной власти, которые как правило дублируют распоряжения Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

3. Поликлиники района финансируются по душевому нормативу через систему ОМС и частично из бюджета Санкт-Петербурга на отдельные программы, связанные с лекарственным обеспечением или Целевыми Программами. Дополнительное финансирование может осуществляться из внебюджетных источников районных бюджетов, если районная администрация сочтет необходимым расширить программы медицинской и профилактической помощи населению сверх программы ОМС, однако, реальными бюджетными средствами на эти цели районная администрация не располагает и решения по этому вопросу должна согласовывать с Правительством Санкт-Петербурга.

4. Финансирование амбулаторно-поликлинических медицинских организаций не пострадает ни при подчинении их Комитету здравоохранения и также при сохранении существующего управления через районные администрации Санкт-Петербурга. Так как финансовое обеспечение в основном осуществляется через систему ОМС Санкт-Петербурга в рамках Территориальной Программы государственных гарантий с участием страховых медицинских организаций (по душевому принципу) в зависимости от прикрепленного населения. Бюджетное финансирование поликлиник по некоторым городским и федеральным программам сохранятся при любом варианте развития событий (подчинение КПЗ или через районные администрации). Бюджетное финансирование относится к сфере компетенции Правительства города и распределяется в соответствии с законодательством Санкт-Петербурга, регулирующим этот процесс.

5. Система управления здравоохранением субъекта РФ должна быть направлена на решение стратегических задач плановых и экстренных профилактических, эпидемических меропри-

ятий, организации предоставления качественной и доступной медицинской помощи населению, формированию стратегии здорового образа жизни населения, совершенствования системы ПМСП. Особенно это эффективно в условиях пандемии, как Ковид-19, опыт борьбы с этой особо опасной инфекцией в течении 2020 года и по настоящее время убедительно доказал этот вывод В качестве основных исполнителей совершенствования ПМСП в новых условиях безусловно являются поликлинические учреждения, способные быстро и своевременно реагировать на ежечасно меняющуюся ситуацию и своевременно в кратчайшие сроки исполнять распоряжения Комитета по здравоохранению Санкт-Петербург.

6. Кроме того, в современных условиях выполнения стратегических задач в сфере здравоохранения Государства, Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга, как орган исполнительной Власти Санкт-Петербурга, с помощью прямого эффективного управления медицинскими организациями ПМСП получает возможность сосредоточиться на основных стратегических задачах решения медико-демографических проблем, увеличении ОПЖ (ожидаемой продолжительности жизни) населения Санкт-Петербурга - основного показателя оценки эффективности систем здравоохранения конкретного субъекта РФ, входящего в критерии оценки исполнительной Власти субъекта РФ.

7. В настоящее время централизация управления и переподчинения поликлинических учреждений в системе ПМСП в этой связи целесообразно. В условиях ОМС многие функции, особенно финансирование, вневедомственный контроль качества медицинской помощи и другие, осуществляется через систему ОМС.

8. Реформа ПМСП должна проводиться постепенно на примере нескольких районов с последующим расширением этого управления на все районы Санкт-Петербурга. Необходимо согласовывать данное решение с районными администрациям, которые могут поддержать реформу управления ПМСП, исходя из интересов населения и необходимости в последующем координировать многие медико-социальные программы в отношении пожилых, инвалидов, социально незащищенных слоев населения района.

Общий вывод:

1. Централизация ПМСП и переподчинение районных государственных поликлинических учреждений, на наш взгляд необходимое решение. Наше мнение о целесообразности такого переподчинения на данном этапе развития системы здравоохранения Санкт-Петербурга носит исключительно рекомендательный характер и не построено на организационно-правовом анализе законодательного массива исследованных документов.

Этот вывод основан на анализе **эпидемиологической ситуации в РФ связанной с Ковид-19, а также положительной оценки предварительных итогов модернизации системы ПМСП в регионах РФ, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 9 октября 2019 года № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения», которое принято на основании и в соответствии с Постановления Правительства РФ «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»; Указа Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»; Указа Президента РФ от 07.05.2018 № 204. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».**

2. **В случае решения Правительства Санкт-Петербурга о нецелесообразности переподчинения поликлиник осуществляющих ПМСП Комитету здравоохранения, необходимо провести мониторинг эффективности существующей модели управления ПМСП и прогноза модели централизованной системы управления ПМСП на уровне Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, что потребует привлечения независимой организации, например, СПбГУ.**

3. Целесообразно разработать и утвердить комплексную Программу развития и совершенствования ПМСП Санкт-Петербурга в соответствии с Национальными проектами Правительства РФ в сфере здравоохранения.

4. Для координации действий всех ветвей власти в Санкт-Петербурге (межсекторальное взаимодействие) в сфере организации ПМСП, в соответствии со стратегией Государства направленного на организацию мер по обеспечению основного показателя эффективности охраны здоровья населения РФ по достижению к 2030 году ожидаемой продолжительности (ОПЖ) – 80 лет, основанного на профилактических принципах; пропаганды и создание условий среды населения поведению способствующему ЗОЖ необходимо создать **Центр организации первичной медико-санитарной помощи Санкт-Петербурга.**

Центр может обеспечить мониторинг мероприятий программы, межведомственной координации, преемственности среди медицинских организаций – участников проекта, оценку эффективности системы ПМСП в Санкт-Петербурге.

5. Предложить СПбГУ научное сопровождение данного проекта с целью выработки совместных решений совершенствования и развития ПМСП, оценки его эффективности и организационно-правовых решений.



РЕАЛИИ РЕАЛИЗАЦИИ ЦИФРОВЫХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Черных Е.О., Акулин И.М., Чеснокова Е.А.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия.

***Аннотация.** За последние десять лет в Российской Федерации активно идет процесс цифровизации ключевых отраслей экономики. Особую роль в данном процессе занимает система здравоохранения, которая исторически базируется на незыблемых постулатах этики и права, которые не всегда соблюдаются. Данные противоречия исследуются в данной статье. Важную роль в вопросах реализации новых технологий играет мнение конечных пользователей, пациентов и представителей профессионального врачебного сообщества. Изучено, проанализировано мнение о правовых аспектах, принятия*