УДК 616.41
Богачевская Светлана Анатольевна – канд. мед. наук, зав. отделением функциональной и ультразвуковой диагностики Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Хабаровск). *E-mail: bogachevskayasa@gmail.com*
Бондарь Владимир Юрьевич – д-р мед. наук, глав. врач Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Хабаровск). *E-mail: khvfccvs@mail.ru*
Богачевский Александр Николаевич – сердечно-сосудистый хирург Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Хабаровск). *E-mail: bogachevskiy@gmail.com*
Капитоненко Николай Алексеевич – д-р мед. наук, профессор, и.о. проректора по научной и лечебной работе Дальневосточного государственного медицинского университета Министерства здравоохранения РФ (г. Хабаровск). *E-mail: ozd_fesmu@mail.ru*

С.А. Богачевская
В.Ю. Бондарь
А.Н. Богачевский
Н.А. Капитоненко
S.A. Bogachevskaya
V.Yu. Bondar
A.N. Bogachevskiy
N.A. Kapitonenko

Приоритетные пути развития системы оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Дальневосточном федеральном округе

В статье освящены актуальные вопросы оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения (далее – БСК) жителям Дальневосточного федерального округа (далее – ДФО), а также основные результаты проведенного авторами комплексного анализа деятельности учреждений, оказывающих медицинскую помощь при сердечно-сосудистой патологии; оценки оказания медицинской помощи при БСК посредством анализа (выездная форма работы), качества отбора пациентов на оперативное лечение, изучения мнения пациентов, врачей первичного звена и руководителей системы здравоохранения об организации, уровне доступности и качестве медицинских услуг. Сформированы актуальные проблемы оказания высокозатратной лечебно-диагностической помощи населению при БСК в ДФО. Определены и научно обоснованы пути оптимизации системы оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией.

Priority ways of the health care system for patients with diseases of the circulatory system in the Far-Eastern Federal district

The article shows the urgent questions of cardiovascular care for citizen of the Far East Region, as well as the main results of a comprehensive analysis of the activities of clinics providingcardiovascular medical care, assessment of cardiovascular care through the analysis of duty journeys, the quality of patient selection for surgery, study the views of patients, physicians and health authorities about the organization, the level of accessibility and quality of health services. Urgent problems of high-tech medical care (HTMC) providing to the population in the Far East Region were formed. Ways to optimize the medical care system for patients with cardiovascular disease were identified and scientifically based.

Ключевые слова: *здравоохранение, болезни кровообращения, управление, Дальний Восток России.*

Keywords: *healthcare, diseases of the circulatory system, management, the Far East of Russia.*

Несмотря на то, что в 2014 г. уровень первичной заболеваемости БСК составил 2 878,3 на 100 тыс. населения, и, по сравнению с 2013 г., снизился на 3,7 % (2 989,1 на 100 тыс. населения), а в 2015 г. заболеваемость населения БСК по РФ практически не изменилась (+ 0,03%), прогноз ВОЗ указывает на дальнейшую тенденцию к росту распространенности сердечно-сосудистых заболеваний в мире, а общее число прогнозируемых смертей от различных форм этого класса болезней к 2020 г. может вырасти значительно. На фоне снижения своей доли в структуре причин смерти в последние годы БСК, по-прежнему, занимали первое место [1 – 5].

Особая ситуация сложилась в отдаленных районах страны, где на состояние заболеваемости и смертности от БСК, а также развитие службы оказания медицинской помощи оказывают дополнительное влияние региональные особенности. Имея крупнейшую территорию в Российской Федерации (более 6 млн. квадратных километров – 36,4% территории России), ДФО является одним из самых малозаселенных регионов страны. Численность населения здесь составляет 6211,4 тыс. чел., что на 1,3% меньше, чем в 2010 г. [6]. Таким образом, географические особенности Дальнего Востока – низкая плотность населения, отдаленность и труднодоступность большинства районов – становятся визитной карточкой региона. При этом ДФО является единственным регионом в стране, имеющим чрезвычайно высокий показатель смертности (696 на 100 000 населения), в 1,3 раза превысивший среднероссийский в 2013 г. [7]. За постсоветский период (1991 – 2010 гг.; 1991 г. – год максимальной численности населения – 8064 тыс. чел.) регион потерял 1780 тыс. чел., или

22,1% собственного населения (более чем каждого пятого жителя!), в том числе 225,5 тыс. чел. (12,7%) составила естественная убыль и 1554,5 тыс. чел. (87,3%) – миграционный отток [8].

В ДФО за весь период наблюдения отмечался лишь рост заболеваемости БСК: за 2013 год он составил +0,9%, за 2015 год + 0,4% [2 – 5].

Основными причинами роста заболеваемости БСК в регионе стали постарение местного населения, ухудшение экологии, повышение влияния внешних факторов. Потенциальной причиной роста заболеваемости БСК с учетом ориентированности Правительства РФ на Дальний Восток может стать рост миграции населения на Дальний Восток и, вместе с тем, рост БСК как одной из наиболее распространенных патологий населения в связи с обострением хронических заболеваний и повышением адаптационных рисков для прогнозируемого роста миграционного притока (стрессовый компонент не подготовленных к климатическим условиям Дальнего Востока мигрантов). Вторым моментом может послужить повышение экономической привлекательности медицинского туризма в ДФО (в большей степени со стороны наших восточных соседей как клиентов с учетом повышения уровня оказания медицинской помощи при БСК на Дальнем Востоке страны, с одной стороны, и изменения курсов национальных валют в сторону существенного снижения курса рубля и повышения курса китайской йены, с другой). Эти и иные причины не только стоит учитывать в прогнозе потребности в медицинской помощи при БСК в ДФО в ближайшее время, но и провести предварительную подготовку, а также активно влиять на выгодные для региона стороны и направления развития вероятной прогнозируемой ситуации. Кроме того, на сегодняшний день без наличия современной информационной поддержки (программ создания баз данных, формализованных критериев включения пациентов в базы данных) определить потребность и прогнозировать необходимые для этого ресурсы невозможно [9].

Обширная территория ДФО и низкая плотность его заселенности определяют особенности структуры и состава первичного звена медико-санитарной помощи в регионе и маршрутизации потоков пациентов. Эта ситуация, в свою очередь, приводит к необходимости регулирования мероприятий по формированию трехуровневой системы организации оказания медицинской помощи. В соответствии с данной системой медицинские организации первого уровня представлены максимально приближенными к месту жительства организациями, оказывающими медицинскую помощь при наиболее распространенных заболеваниях; медицинские организации второго уровня – специализированными межмуниципальными (межрайонными) центрами, которые предназначены, в первую очередь, для оказания экстренной и плановой специализированной медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами

смертности населения; медицинские организации третьего уровня – областными, краевыми, республиканскими больницами, специализированными диспансерами и центрами, оказывающими не только специализированную, но и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Со слов Министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой в рамках Восточного экономического форума, проведенного 2 – 3 сентября в г. Владивостоке, с 2012 г. в ДФО успешно выстраивается 3-х уровневая система здравоохранения. Уже сейчас более 70% объемов медицинской помощи на Дальнем Востоке оказывается в первичном звене [10].Тем не менее, в ДФО проблема оказания квалифицированной медицинской помощи при БСК в первичном звене стоит на сегодняшний день крайне остро. В отдаленных районах региона зачастую отсутствуют не только кардиологи, но и участковые терапевты (функционируют фельдшерско-акушерские пункты). С учетом высокой распространенности БСК среди населения РФ и ДФО имеется необходимость в квалифицированных специалистах в разделе кардиологической помощи населению Дальнего Востока, а также в отработанной системе распределения потоков пациентов по этапам оказания им медицинской помощи.

С 2012 г. квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь (далее – ВМП) утверждаются непосредственно для учреждений здравоохранения (без привязки к субъектам РФ) [11], что потребовало от учреждений самостоятельно работать с органами управления здравоохранением регионов по привлечению пациентов. При этом направление из регионов пациентов на оперативное лечение было крайне недостаточным. Причины те же: территориальные проблемы в сфере здравоохранения и недостаток в отдаленных районах специалистов соответствующего профиля (кардиологов, сердечно-сосудистых хирургов) и оборудования для своевременной диагностики сердечно-сосудистых заболеваний.

Недооценка на уровне амбулаторного этапа общего состояния пациента, полноты и давности результатов обследований по стандарту подготовки, а также показаний и противопоказаний к оперативному лечению может стать причиной отказа прибывшему пациенту в госпитализации на плановое хирургическое лечение, что влечет за собой физические, психологические и финансовые неудобства для самого пациента и работающего с ним медицинского персонала. Данная проблема достаточно актуальна в том свете, что направляющие учреждения зачастую снимают с себя ответственность за оценку противопоказаний к оперативному лечению (наличие их попросту не учитывается при направлении пациентов).

Следует отметить, что стоимость койко-дня в стационарах различного типа существенно разнится, одним из самых финансовозатратных среди них является кардиохирургический стационар [12].

Необходимость в повторном проведении диагностических исследований, выполненных в амбулаторно-поликлинических учреждениях,

по причине неудовлетворенности результатами исследований в амбулаторно-поликлиническом секторе (худшее оснащения медицинским оборудованием и кадрами) приводит к удлинению сроков госпитализации и удорожает стоимость услуг до 25%, что в условиях дорогостоящей кардиохирургической койки требует создания квалифицированных подразделений предоперационной подготовки [13, 14].

Ориентированность государственных программ на техническое оснащение амбулаторного звена, укомплектованность и уровень квалификации кадрового состава, разработку и соблюдение алгоритмов предоперационного обследования и, соответственно, снижение объемов обследований в стационаре должна положительно отразиться на уровне диагностики и, как следствие, на сокращении сроков госпитализации.

С целью обеспечения доступности медицинской помощи и повышения эффективности медицинских услуг, согласно Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», проводится ряд мероприятий по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, включающих, в том числе, совершенствование порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения; организацию выездных форм работы центров здоровья в сельской местности и труднодоступных населенных пунктах; расширение практики школ больных с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца и инсультом, мониторинг реализации комплекса мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистой патологией [2 – 5]. Однако предпринимаемых в ДФО мер на сегодняшний день явно не достаточно.

В основе настоящих рекомендаций лежит комплексный анализ оказания медицинской помощи при БСК в ДФО, включающий оценку медико-демографической ситуации по сердечно-сосудистой патологии; структуры оказания медицинской помощи при БСК (в том числе, в разделе «сердечно-сосудистая хирургия»); удовлетворенности населения и медицинских работников (практикующих врачей, руководителей и организаторов здравоохранения) уровнем оказания данного вида помощи, а также научное обоснование мероприятий по совершенствованию системы оказания ВМП при БСК в ДФО. В качестве предмета исследования была определена разработка комплекса мер для оптимизации системы оказания медицинской помощи пациентам с БСК в ДФО. Объектом исследования работы, в соответствии с поставленной целью и задачами, явилась система оказания медицинской помощи пациентам с БСК по профилю «сердечно-сосудистая хирургия».

С целью эффективной реализации предложенной модели оказания высокотехнологичной медицинской помощи в разделе БСК органам управления здравоохранением субъектов РФ, а также руководителям

учреждений субъектов РФ, оказывающих медицинскую помощь пациентам с сердечно-сосудистой патологией, рекомендуется:

1. С целью решения проблем доступности, своевременности и качества обследования пациентов перед госпитализацией в кардиохирургический стационар в рамках системы ОМС организовать формирование «маршрутных» потоков пациентов с талонами на ВМП через краевые (областные) и городские диагностические центры, имеющие высокую пропускную способность, современную клинико-диагностическую базу, многопрофильный спектр квалифицированных узких специалистов для обеспечения лучшей доступности, своевременности и качества обследования; рассмотреть возможность введения системы квотирования для клинико-диагностических обследований. Организовать на догоспитальном этапе преемственный контроль полноты обследования пациентов, направляемых на консультацию и лечение по ВМП, с функционированием системы «обратной связи» между специалистами Центра и амбулаторно-поликлинического звена. С этой целью провести интеграцию учреждений федерального уровня оказания медицинской помощи при БСК в региональную программу диспансеризации и профилактики населения ДФО. Основной целью интеграции определить взаимодействие с учреждениями, занимающимися первичной и вторичной профилактикой БСК. Ответственность за формирование «маршрутных» потоков на уровне субъектов РФ возложить на органы управления здравоохранением субъектов ДФО РФ.

2. Развивать телекоммуникационные технологии при помощи внедрения единой информационной аппаратной (радиологической, ультразвуковой и др.) телекоммуникационной системы, современных медицинских устройств с дистанционной передачей данных (аппаратов с ЭКГ-телеметрией, имплантированных антиаритмических устройств с дистанционным мониторингом), что становится особо актуальным в условиях обширных территорий ДФО. Содействие и контроль по разработке и внедрению подобной системы в субъектах ДФО возложить на органы управления здравоохранением отдельных субъектов.

3. Непосредственно органам управления здравоохранением субъектов РФ также рекомендуется:

а) провести детальный анализ работы службы и элементов управления;

б) обеспечить реформирование структуры и функциональности учреждений, оказывающих медицинскую помощь при БСК, т. е. профильное разделение объемов медицинской помощи в зависимости от потребностей населения региона. Разделение экстренной и плановой медицинской помощи, первичной диагностики при БСК по разным учреждениям провести следующим образом: оказание экстренной помощи в разделе БСК проводить в большинстве учреждений, осуществляющих медицинскую помощь в рамках ОКС; оказание хирургической помощи в разделе БСК в плановом порядке концентрировать в ограниченном количестве специализированных

учреждений (в зависимости от потребностей региона и мощностей стационара). Не исключается перепрофилирование «нерентабельных» стационаров и отделений, оказывающих хирургическую помощь в разделе БСК в плановом порядке, в стационары и отделения экстренной помощи, терапевтического или диагностического профиля, либо подразделения ранней послеоперационной реабилитации пациентов с БСК;

в) рассмотреть вопрос создания Централизованного регионального фонда поддержки и развития высокозатратной медицинской помощи, в функции которому вменить планирование резервных объемов ВМП, пересмотр стоимостных нормативов сердечно-сосудистых вмешательств, включенных в Территориальную программу государственных гарантий (далее – ТПГГ), до уровня их экономической рентабельности для медицинских учреждений, а также другие аспекты деятельности, способствующие решению проблемы обеспечения ресурсоемкими технологиями жителей ДФО. Предварительная подготовка учреждений и органов управления здравоохранением региона к меняющейся потребности в медицинской помощи при БСК в ДФО и планирование резервных объемов ВМП позволят активно влиять на выгодные для региона стороны и направления развития вероятной прогнозируемой ситуации в данной сфере медицинских услуг.

Органам управления здравоохранением РФ предложить:

а) включить в ежегодные статистические отчеты Минздравов субъектов РФ сведения о распространенности и диспансерном наблюдении пациентов по отдельным видам БСК, а также организовать регулярное проведение текущего прогнозирования динамики заболеваемости и распространенности основных видов сердечно-сосудистой патологии в регионах России с учетом высокой социальной значимости. Кроме того, необходимо организовать ведение клинических регистров пациентов, нуждающихся в оперативном лечении по отдельным нозологическим формам БСК. Максимально полная информация о потребности в объемах оперативных вмешательств при БСК позволит органам управления здравоохранением реально оценить имеющиеся возможности и адекватно планировать мероприятия по улучшению системы здравоохранения в целом.

б) Формировать доказанные стоимостные нормативы по большинству клинико-статистических групп при БСК с учетом понимания, что на сегодняшний день в стране отсутствует качественное импортозамещение в большинстве разделов сердечно-сосудистой хирургии, а также в обеспечении диагностическим оборудованием высокого и экспертного класса. Например, экономическая рентабельность проведения операций реконструкции периферических артерий в рамках ТПГГ может стать фактическим гарантом снижения ампутаций нижних конечностей и, как следствие, инвалидизации населения, обусловленной критической ишемией конечностей.

Таким образом, в основе достижения цели по повышению рентабельности и эффективности работы стационаров, установленной Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», стоит организация преемственного контроля между специалистами стационара и амбулаторно-поликлинического звена на догоспитальном этапе подготовки пациентов на плановое дорогостоящее стационарное лечение. Результаты работы специалистов амбулаторного и стационарного звена в районных и региональных учреждениях здравоохранения, их непрерывное взаимодействие между собой и специалистами федерального уровня определяют объемы и обосновывают этапы и виды оказания медицинской помощи на федеральном уровне. Развитие современных медицинских технологий и телекоммуникаций с одной стороны, и восстановление принципов добросовестного отношения к выполнению своих обязанностей, отзывчивости и внимательного отношения к пациентам и специалистов между собой (включая руководящий состав), с другой, с целью правильной и своевременной передачи и восприятия информации (персональной, профессиональной) должны повысить степень доверия пациентов ДФО к медицинским работникам, а также стать основой профессионального развития специалистов здравоохранения и повышения уровня их трудовой мотивации в разделе БСК. Направленность на снижение стоимости лечения в стационарах, оказывающих ВМП, путем повышения их хирургической активности (оборота койки) за счет госпитализации пациентов непосредственно на оказание ВМП будет оправдана лишь при соблюдении полного алгоритма предоперационного обследования и функционировании системы взаимодействия между специалистами хирургического стационара и звена, осуществляющего предоперационную подготовку. Дифференциация учреждений лечебно-диагностического (терапевтического и хирургического) профиля и учреждений, оказывающих ВМП, в зависимости от потребностей региона и мощностей стационара должна обеспечить повышение качества и доступности предоставляемой медицинской помощипациентам вне зависимости от места их проживания. Предложенные направления в реализации модели оказания медицинской помощи населению ДФО позволяют оптимизировать деятельность и взаимодействие лечебных учреждений районного, регионального и федерального уровней, что является основой для совершенствования оказания медицинской помощи в разделе БСК, ее доступности и качества для населения. При условии принятия и соблюдения предложенных рекомендацийвыявленные финансовые и организационные резервы системы здравоохранения ДФО будут направлены на обеспечение более высокого уровня удовлетворения потребности населения в медицинской помощи при БСК за счет рационализации структуры ее оказания и дифференциации потоков имеющихся ресурсов [15].

Литература и источники:

1. Бокерия, Л. А. Болезни системы кровообращения и сердечно-сосудистая хирургия в Российской Федерации. Состояние и проблемы / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова // ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева». Аналитический вестник. Об актуальных проблемах борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. – Москва, 2015. – № 44 (597). – С. 9 – 18.

2. Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения" 02 июня 2014 г. (обновлён 28 июля 2016 г.) [Электронный ресурс] –.– Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info

3. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2015 г. [Электронный ресурс]. – 2016. – 214 с. –.– Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/gosudarstvennyy-doklad-o-realizatsii-gosudarstvennoy-politiki-v-sfere-ohrany-zdorovya-za-2014-god ; https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/gosudarstvennyy-doklad-o-realizatsii-gosudarstvennoy-politiki-v-sfere-ohrany-zdorovya-za-2014-god

4. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2013 г. [Электронный ресурс]. – 127 с. –.– Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/doklad_2013

5. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 г. [Электронный ресурс]. – 161 с. –.– Режим доступа: http://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/026/627/original/Doklad_o_sostojanii_zdorovja_naselenija_2014.pdf?1434640648

6. Мотрич, Е. Л. Роль миграции в динамике численности и составе населения Дальневосточного федерального округа / Е. Л. Мотрич // Региональные проблемы. – 2015. – Т. 18. – № 3. – С. 6 – 14.

7. Сон, И. М. Профилактика неинфекционных заболеваний, проблемы и пути решения / И. М. Сон, Н. П. Соболева, Е. Д.Савченко // Аналитический вестник. Об актуальных проблемах борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. – Москва, 2015. – № 44 (597). – С. 49 – 56.

8. Мотрич, Е. Л. Демографические и миграционные процессы на Дальнем Востоке России [Электронный ресурс] / Е. Л. Мотрич // Доклад на V Дальневосточном международном экономическом форуме 4 – 5 октября 2011 г. в г. Хабаровске –.– Режим доступа: http://assoc.khv.gov.ru/regions/information/demographic-migration-processes

9. Фуфаев, Е. Н. К вопросу о методике клинико-социальных исследований по изучению потребности в кардиохирургической помощи / Е.Н. Фуфаев //Качественная клиническая практика. – 2003. – № 2. – С. 108 – 113.

10. Выступление министра Вероники Скворцовой на сессии "Стратегические векторы развития здравоохранения на Дальнем Востоке" в рамках Восточного экономического форума [Электронный ресурс] –.– Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/09/02/3135-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-sessii-strategicheskie-vektory-razvitiya-zdravoohraneniya-na-dalnem-vostoke-v-ramkah-vostochnogo-ekonomicheskogo-foruma

11. Матвеев, Э. Н. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне [Электронный ресурс] / Э. Н. Матвеев, С. А. Леонов, И. М. Сон // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – № 1. – С. 34 – 38 –.– Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/309/30/lang?ru/ (дата обращения: 10.08.2015).

12. Итоговый отчет по проведению обзора бюджетных расходов на здравоохранение от консорциума в составе закрытого акционерного общества «ЗАО «ЮНИКОН/МС консультационная группа» и Центра экономико-социальных исследований [Электронный ресурс] // Nemchenko.ru. – Москва : ИЭПП, 2001. –.– 580 с. –.– Режим доступа: http://www.nemchenko.ru/data/200902/str401580.pdf (дата обращения 10.08.2015).

13. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг. : постановление правительства Хабаровского края от 24.12.2013 г. № 452-пр. [Электронный ресурс] // Cardiokhv.tmweb.ru –.– Режим доступа: http://cardiokhv.tmweb.ru/img/text/garant_HKV_goverment_2014-2016.pdf (дата обращения: 10.08.2015).

14. О плановых объемах высокотехнологичной медицинской помощи федеральным государственным бюджетным учреждениям, подведомственным Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству и государственным учреждениям, подведомственным российской академии медицинских наук, в 2012 г.: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального медико-биологического агентства и Российской академии медицинских наук от 27 декабря 2011 г. № 1673н/658/79 // СПС «Консультант Плюс».

15. Потенциальные возможности реструктуризации сети лечебных учреждений при всеобщем переходе здравоохранения РФ в систему обязательного медицинского страхования / С. А. Богачевская [и др.] //

Социальные аспекты здоровья населения [Электронный ресурс]. – 2014 (6). – 25.02.2015 г. –.– Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/622/30/lang,ru/